



Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing

Bakalářská práce

Studijní program:

B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor:

Všeobecná sestra

Autor práce:

Adéla Jansová

Vedoucí práce:

Mgr. Zuzana Paukertová

Fakulta zdravotnických studií



Zadání bakalářské práce

Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing

Jméno a příjmení: **Adéla Jansová**
Osobní číslo: D18000073
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Zadávací katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2020/2021**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Popsat hodnotící škály používané v klinické praxi dle Evidence Based Nursing.
2. Zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v rámci poskytování ošetrovatelské péče.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Hodnotící škály jsou součástí zdravotnické dokumentace a pomáhají všeobecným sestřím posoudit zdravotní stav pacienta. Pomocí těchto škál je možné naplánovat intervence, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. V současné době je všeobecným sestřím znám velký rozsah hodnotících škál, například posuzování vědomí, bolesti, nutričního stavu, soběstačnosti a rizika vzniku flebitidy a dekubitů.

Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku připraveného k publikaci.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

- 1) Výzkumné otázky nestanoveny, jedná se o popisný cíl.
- 2a) Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných škálách vztahující se k hodnocení bolesti?
- 2b) Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných škálách vztahující se k hodnocení dekubitů?
- 2c) Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných škálách vztahující se k hodnocení místa vpichu?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: Polostrukturovaný rozhovor

Vyhodnocení dat: Rozhovory budou nahrány na diktafon a následně budou data zpracována písemnou formou do programu Microsoft Office Word.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: Vybraná nemocnice krajského typu.

Čas výzkumu: leden-březen 2021.

Vzorek:

Respondenti: Všeobecné sestry.

Počet: Po dosažení teoretické saturace.

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50-70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- BAŠKOVÁ, Martina. 2015. Hodnocení bolesti a syndromu z odnětí léčiva. *Česko-slovenská pediatrie*. **70**(2), 34. ISSN 0069-2328.
- CSISKO, Matej. 2016. Posudzovanie bolesti v ošetrovateľskej praxi. *Zdravotníctví a medicína. Sestra*. **2016**(3), 28-29. ISSN 2336-2987.
- GLAC, Tomáš et al. 2016. Indikátor kvality ošetrovateľské péče v prevenci infekce místa inzerce centrálního žilního katetru. *Florence*. **12**(5), 34-35. ISSN 1801-464X.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2020. *Ošetrovateľství v intenzivní péči 2*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.
- PARISI, R., C. BORTOLUZZI a M. PELLEGRINET. 2017. Catheter related venous thrombosis: diagnosis and management. *Kazuistiky v angiologii*. **4**(1), 34-36. ISBN 978-80-87969-26-7.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2018. *Ošetrovateľství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2327-8.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. 2016. Hodnocení místa vpichu u periferních žilních katetrů. *Florence*. **12**(6), 30-33. ISSN 1801-464X.
- STRÍŽKOVÁ, Klára a Markéta KOUTNÁ. 2016. Hodnocení postupu ošetření invazivních vstupů se zaměřením na kvalitu fixace. *Léčba ran*. **3**(3), 15-18. ISSN 2336-520X.
- ULRYCH, Ondřej. 2016. Stanovení míry rizika prevence vzniku proleženiny. *Léčba ran*. **3**(3), 7-8. ISSN 2336-520X.
- VÖRÖSOVÁ, G., A. SOLGAJOVÁ a A. ARCHALOUSOVÁ. 2015. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5538-0.

Vedoucí práce:

Mgr. Zuzana Paukertová
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

1. září 2020

Předpokládaný termín odevzdání:

30. června 2021

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

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

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

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

3. května 2021

Adéla Jansová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé závěrečné práce Mgr. Zuzaně Paukertové, za odborné a trpělivé vedení, poskytnutí cenných rad, věnovaný čas a za vstřícný přístup. Poděkování také patří vedoucím pracovníkům vybraných nemocnic za umožnění výzkumu a všem, kteří se účastnili výzkumného šetření, za jejich ochotu, čas a sdílení zkušeností.

V neposlední řadě, patří poděkování mé rodině a příteli za vytvoření prostoru a podmínek pro zpracování bakalářské práce a za jejich podporu během celého studia.

Anotace

Jméno a příjmení autora:	Adéla Jansová
Instituce:	Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií
Název práce:	Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Počet stran:	65
Počet příloh:	13
Rok obhajoby:	2021

Anotace:

Tato bakalářská práce je zaměřena na znalosti všeobecných sester o hodnotících škálách zaměřených na bolest, dekubity a invazivní vstupy. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje jednotlivé hodnotící škály, a jak již napovídá název, uvádí i základní přehled informací o Evidence Based Nursing (EBN).

V druhé (výzkumné) části byly nejprve formulovány čtyři výzkumné otázky, které vedly k přípravě scénáře polostrukturovaných rozhovorů a následně byly využity jako nástroj pro sběr dat. Polostrukturované rozhovory byly vedeny s všeobecnými sestrami. Práce jako celek poskytuje informace a přehled ohledně Evidence Based Nursing a především o hodnotících škálách zaměřených na bolest, dekubity a invazivní vstupy. Teoretické poznatky jsou konfrontovány se skutečnými znalostmi všeobecných sester ohledně EBN. Výstupem bakalářské práce je článek připravený k publikaci.

Klíčová slova: hodnotící škály, bolest, dekubity, invazivní vstupy, Evidence Based Nursing

Annotation

Name and surname:	Adéla Jansová
Institute:	Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies
Title:	Evaluation scales in nursing practise according to Evidence Based Nursing
Supervisor:	Mgr. Zuzana Paukertová
Pages:	65
Appendix:	13
Year of thesis defense:	2021

Annotation:

This bachelor thesis is focused on the knowledge of general nurses about evaluation scales focused on pain, pressure ulcers and invasive inputs. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part describes the individual evaluation scales and, as the name suggests, provides a basic overview of information about Evidence Based Nursing.

In the second (research) part, four research questions were first formulated, which led to the preparation of a scenario of semi-structured interviews, which were used as a tool for data collection. Semi-structured interviews were conducted with general nurses. The work as a whole provides information and an overview of Evidence Based Nursing and especially about the evaluation scales focused on pain, pressure ulcers and invasive inputs. Theoretical findings are confronted with the real knowledge of general nurses about EBN. The output of the bachelor thesis is an article prepared for publication.

Key words: evaluation scales, pain, pressure ulcers, invasive inputs, Evidence Based Nursing

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
1 Úvod	11
2 Teoretická část	12
2.1 Evidence Based Nursing	12
2.1.1 Proces využívání Evidence Based Nursing	13
2.2 Hodnotící škály	17
2.2.1 Bolest	18
2.2.2 Dekubity	21
2.2.3 Invazivní vstupy	25
2.3 Vybrané hodnotící škály používané v zahraničí	30
3 Výzkumná část	31
3.1 Cíle a výzkumné otázky	31
3.2 Metodika výzkumu	32
3.3 Kategorizace a analýza výzkumných dat	33
3.3.1 Kategorie 1 – Specifika pracoviště	33
3.3.2 Kategorie 2 – Bolest	49
3.3.3 Kategorie 3 – Dekubity	50
3.3.4 Kategorie 4 – Invazivní vstupy	51
4 Diskuze	53
5 Návrh doporučení pro praxi	57
6 Závěr	58
Seznam použité literatury	60
Seznam tabulek	63
Seznam schémat	64
Seznam příloh	65

Seznam použitých zkratek

ADL	Activities of daily living
aj.	a jiné
apod	a podobně
atd.	a tak dále
BMI	Body mass index
EBM	Evidence Based Medicine
EBN	Evidence Based Nursing
GCS	Glasgow Coma Scale
INS	Infusion Nurses Society
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
VAS	Vizuální analogová škála
s.	strana
SAS	Sedation-Agitation Scale
VIP	Visual Infusion Phlebitis

1 Úvod

Předkládaná bakalářská práce se zabývá tématem hodnotících škál používaných v ošetrovatelské praxi. Konkrétně se věnuje škálám bolesti, dekubitů a místa vpichu. Hodnotící škály jsou nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace. Sestry a lékaři zjišťují prostřednictvím pozorování a rozhovorů informace o pacientech. Tyto informace jsou pak podkladem pro ošetrovatelské diagnózy a další postupy ošetrovatelské péče. Všeobecné sestry tyto škály využívají k poskytování kvalitní a individuální péče pacientům. Jejich pomocí totiž můžeme předcházet různým rizikům, která pacientovi hrozí. Jsou rovněž výchozím bodem pro zjištění potřeb a dovedností pacienta. Některé škály pomohou pacienta zařadit do určité bodové skupiny, díky níž je možné upravovat plán ošetrovatelské péče a posléze již posuzovat pacienty individuálně. Hodnotících škál existuje značné množství. Příkladem takové škály může být hodnocení soběstačnosti, vědomí, hojení ran, stavu výživy a mnoho dalších.

Tato bakalářská práce je zaměřena na škály hodnotící bolest, místo vpichu a riziko dekubitů. Tento typ škál patří k nejčastěji používaným, jejich znalost by měla patřit mezi běžné kompetence všeobecných sester. Na základě tohoto předpokladu je cílem výzkumného šetření zjistit, zda všeobecné sestry používají hodnotící škály v praxi a zda znalostmi o těchto škálách disponují. Dále by mělo z výzkumu vyplynout také to, zda se všeobecné sestry v praxi častěji řídí existujícími škálami nebo spíše spoléhají na vlastní úsudek. Těchto zjištění by mělo být dosaženo pomocí výzkumné techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tento způsob získávání informací je pro zvolené téma vhodný, jelikož poskytuje dostatečnou flexibilitu při dotazování tváří v tvář. Dále také umožňuje funkčně reagovat na získávané informace, a to v aktuálním čase, což by mělo ideálně vést k získání komplexních informací o dané problematice.

Přínosem práce bude zjištění současného stavu využívání konkrétních škál v reálné praxi vybraných všeobecných sester. Práce jako taková může v budoucnu přispět ke vzdělávání sester v této oblasti. V neposlední řadě poslouží i její autorce k utřídění základních a podstatných poznatků o dané problematice.

2 Teoretická část

Tato bakalářská práce s názvem *Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing* se věnuje vybraným hodnotícím škálám v ošetrovatelské praxi. Bakalářská práce je zaměřena na škály hodnotící bolest: Vizuální analogová škála, Obličejová škála a Mapa bolesti. Dále hodnocení rizika dekubitů: škála dle Nortonové, Waterlow a Bradenové. Poslední oblastí je hodnocení místa vpichu: škála dle Madonna, škála infiltrace a škála Jacksona.

Cílem výzkumného šetření je zjištění znalostí všeobecných sester o hodnotících škálách vztahujících se k hodnocení bolesti, dekubitům a místu vpichu. Přínosem práce bude zjištění současného stavu využívání konkrétních škál v klinické praxi vybraných všeobecných sester.

2.1 Evidence Based Nursing

Evidence Based Nursing (dále také EBN), neboli ošetrovatelství založené na důkazech se prvně objevuje v 90. letech 20. století v kontextu vzniku principů medicíny založené na důkazech – Evidence Based Medicine. Původem pochází tento druh ošetrovatelství z anglofonních zemí (tj. Kanada, USA, Austrálie či Velká Británie), jak ostatně napovídá samotný originální název (Jarošová a Zeleníková, 2014).

První existující definicí EBN je ta, již vyslovili DiCenso, Cullum, Ciliska, v roce 1998: „*Praxe založená na důkazech je klinické rozhodnutí podle nejlepšího dostupného vědeckého důkazu v kombinaci se sesterskými odbornými znalostmi s přihlédnutím k preferencím pacienta a dostupným zdrojům*“ (Jarošová a Zeleníková, 2014, str.12).

Evidence Based Nursing je úmyslné, jasné a pozorné používání těch nejlepších soudobých důkazů při poskytování individuální ošetrovatelské péče pacientům. V tomto procesu se bere ohled na tzv. holistický přístup k pacientům (Jarošová a Zeleníková, 2014). To znamená, že pacientovi je poskytována ošetrovatelská péče, jež zohledňuje spirituální, tělesné a psychogenní potřeby člověka. Cílem holistického přístupu je pak vyváženě uspokojit všechny tyto vyjmenované potřeby (Švejdrová, 2010). Soudobá ošetrovatelská péče je stále podrobována novým výzvám a dochází v ní k viditelnému

vývoji, a to zejména zkvalitněním služeb poskytovaných pacientům. Důležitou složkou zmíněného vývoje je právě zavedení EBN do běžné praxe (Jarošová a Zeleníková, 2014).

Principy EBN byly vytvořeny na základě tzv. nejlepšího důkazu, tedy z hromadění validních výsledků výzkumu opírajících se o praktickou zkušenost a hodnoty pacienta. Mezi prvotřídní důkazy patří právě kazuistiky a názory odborníků. Ošetrovatelská péče, která není podložena odbornými studii, by neměla být vůbec poskytována. Všeobecná sestra využívající principy EBN musí při poskytování péče zvážit intervence, efektivitu a přijatelnost volených přístupů k pacientovi, zcela zásadní je vnímání pacienta jako svébytného subjektu nikoliv jako objektu. Právě přístup k pacientům jako k v podstatě rovnocenným komunikačním partnerům může zajistit tu nejkvalitnější péči založenou na vzájemném respektu (Ježková a Kvapilová, 2013).

2.1.1 Proces využívání Evidence Based Nursing

Evidence Based Nursing je specifický proces, který se obvykle skládá z 5 až 6 na sebe navazujících kroků. Počátek celého procesu se váže k volbě klinické otázky, na niž je následovně hledána odpověď. Druhým krokem je vyhledávání relevantní literatury, která reflektuje problém nastíněný v naší otázce. V tuto chvíli je nutná obezřetnost, zejména s ohledem na rok vydání vybrané literatury, a tedy aktuálnost informací. Samozřejmostí je čerpání z literatury primární. Dalším krokem je aplikace získaných poznatků do praxe. Posledním krokem je zhodnocení dosažených výsledků vzešlých z praktické fáze (Ježková a Kvapilová, 2013).

Pro větší přehlednost lze proces Evidence Based Nursing shrnout do následujících bodů

0. Kritický postoj k praxi

1. Formulace klinické otázky

2. Systematické vyhledávání nejlepšího dostupného důkazu

3. Kritické posouzení důkazu

4. Aplikace důkazu do klinické praxe

5. Zhodnocení výsledku

Krok 0. Kritický postoj k praxi

Tento pojem reflektuje vstupní předpoklad, v němž by si studenti, sestry, medicí či lékaři měli uvědomovat nejistotu své práce, tedy aby si dokázali přiznat svoji zdravou míru nejistoty a byli ochotni a připraveni se celoživotně vzdělávat. Není jistě překvapivé, že volba zdravotnické profese je jistého druhu posláním a velkou zodpovědností, v níž i zdánlivě nepatrná nevědomost může vést ke ztrátě lidského života. Proto je důležité zaujmout předně kritický postoj k sobě samému, mít dostatek znalostí a neustále své znalosti prohlubovat, podrobovat kritice a osvojovat si znalosti nové (Ježková a Kvapilová, 2013).

Krok 1. Formulace klinické otázky

V současné době se změnil způsob vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotníků. Dostupné nejsou už pouze knihy a oborové odborné žurnály, ale i velké množství online dostupných zdrojů. Díky těmto možnostem může být problém najít správný a spolehlivý zdroj informací (Jarošová a Zeleníková, 2014).

Jak správně formulovat klinickou otázku? Doporučený postup, jak formulovat otázku, je postupovat pomocí metody PICO(T), která nám pomůže vyhledat relevantní informace a připravit klinické otázky (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015).

Písmeno **(P)** znamená pacient, subjekt pacienta musí být známý, aby bylo možné vyhledávání podstatných důkazů. Písmeno **(I)** znamená intervence – co je považováno za hlavní intervenci. Písmeno **(C)** znamená porovnání (z anglického překladu slova *comparision*) – jakou jinou alternativu intervence zvolit? Nemusí se vyskytovat v každé klinické otázce, proto je důležité zvážení, zda ji vůbec zahrnout. Písmeno **(O)** znamená výsledek (z anglického překladu slova *outcome*), tedy ptá se po tom, jakého výsledku chceme dosáhnout. Poslední písmeno **(T)** znamená čas z anglického překladu slova *time*, který nám značí odhad toho, v jakém časovém horizontu chceme výsledku dosáhnout (Filická, 2013).

Krok 2. Systematické vyhledávání nejlepšího dostupného důkazu

Následující krok EBN je tzv. systematické vyhledávání nejlepšího dostupného důkazu. Základem systematického vyhledávání nejlepšího dostupného důkazu je správná formulace klinické otázky podle formátu PICO(T). Ten pomáhá zúžit výběr vyhledávaných studií, aby byly vybrány jen ty nejkvalitnější a nejrelevantnější, a to s ohledem na řešený problém.

Cílem tohoto kroku je vyhledávání reflexe již existujícího výzkumu, jež nám usnadní rozhodování v klinické praxi. Pro snadnější vyhledávání je účinné použít vhodná klíčová slova, přičemž vhodný důkaz se nachází v odborných textech. Jak už bylo upozorněno, je nutné věnovat pozornost roku vydání konkrétních publikací, protože některé informace (uvedené ve starších zdrojích) už nemusí být aktuální a platné. Mezi nejlepší důkazy patří vědecké články, kazuistiky, doporučení, zdravotnické časopisy a znalost vhodných databází, v nichž lze tyto zdroje funkčně vyhledávat (Ježková a Kvapilová, 2013).

Primárním zdrojem v doporučených databázích pro Evidence Based Nursing v ošetrovatelství je například CINAHL, PUBMED, MEDLINE, MEDSCAPE (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015).

Krok 3. Kritické posouzení důkazu

Třetím krokem je kritické posouzení důkazu. Ten přichází na řadu v momentě, kdy je vyhledávání nejlepšího dostupného důkazu u konce. V tuto chvíli, je třeba rozdělit, přečíst, zkontrolovat a zhodnotit vyhledané výsledky. Plevová (2018) ve své knize *Ošetrovatelství* udává, že výzkum zhodnotíme pomocí kladení 3 základních otázek:

1. Je platný?
2. Je důležitý natolik, aby se něco měnilo?
3. Je použitelný pro mého pacienta či situaci?

Dalším formátem kritického posouzení důkazů je tzv. IMRAD (*introduction, methods, results and discussion*), podle kterého jsou tvořeny články v časopisech. Písmeno **I** značí jednoduše introduction (úvod) – tato část běžně obsahuje informace o tématu daného článku a informace o tom, proč se autoři rozhodli provést tento konkrétní výzkum. Následující písmeno **M** (*methods*) – značí vybrané metody, zjistíme tedy, jak byl konkrétní výzkum proveden. Součástí **Results** (výsledky) je pak shrnutí toho k jakému závěru se daní autoři dobrali. Poslední část **And (a) Discussion** (diskuze) slouží k zhodnocení výsledků, jejich významů a zejména k diskuzi nově objeveného s již existujícími zdroji poznatků (Plevová et al., 2018).

Krok 4. Aplikace důkazu do klinické praxe

Čtvrtým krokem je aplikace nalezených důkazů do praxe. Ty se stávají důležitými při klinickém rozhodování a plánování ošetrovatelské péče. Před provedením dalšího kroku je podstatné, abychom pacienta poučili o jeho plánované léčbě a popřípadě mu dali prostor k vyjádření. Jak už bylo naznačeno, zcela zásadní je respekt k hodnotám pacienta

a jeho rodiny a pacientovo chápání léčebného procesu. Aby edukace měla smysl, pacient musí znát všechny potřebné informace. Na místě je i spolupráce a konzultace s ostatním zdravotnickým personálem, společné posouzení validních důkazů a zohlednění všech možností ošetrovatelské péče (Plevová et al., 2018).

Krok 5. Zhodnocení výsledku

Posledním krokem je zhodnocení výsledku, tedy závěr celého procesu. V tomto kroku jde o to celý postup shrnout a kriticky zhodnotit. Tedy si například uvědomit, co lze příště udělat lépe či jinak, jak by změna ovlivnila výsledky pacienta apod. Podle Plevové (2018) je vhodné si nakonec položit tyto tři otázky:

1. Byla naše intervence úspěšná?
2. Existují k problematice nové publikované informace a data?
3. Jak mohu zlepšit nebo aktualizovat své klinické rozhodnutí?

Účinná je dokumentace zhodnocených výsledků, z důvodu používání nejnovějších dostupných důkazů a rozvoje klinických posudků. Do dokumentace je zapotřebí zapsat úspěchy i neúspěchy, tedy zda bylo klinické rozhodnutí správné a úspěšné nebo co naopak nebylo vhodné a kde proběhlo selhání. Poctivá dokumentace umožní zvýšení efektivity v dalších případech, které budou podobné a v nichž bychom dané postupy mohli znovu využít (Plevová et al., 2018).

2.2 Hodnotící škály

V současné době se ošetrovatelská péče rychle vyvíjí a používá se v ní řada hodnotících či měřících technik a škál, které zdravotnickému personálu pomáhají zajistit individualizovanou a kvalitní péči pacientovi. Dříve byly všeobecné sestry pouhými asistentkami a tyto hodnoty byly sledovány a vyhodnocovány výlučně lékaři.

V současnosti má však všeobecná sestra možnost zhodnotit v mnoha oblastech pacienta sama a poskytnout mu tak samostatně hodnotnou ošetrovatelskou péči. Klíčovým krokem k poskytnutí individuální péče je primární sběr dat o pacientovi. Zdrojem těchto dat je především vstupní anamnéza a fyzikální vyšetření. Co pacient neprozradí sám, mohou všeobecná sestra nebo lékař zjistit doplňujícími otázkami, případně odvodit z pozorování pacienta při komunikaci s ním. Vrátime-li se ke škálám, je nutné si uvědomit, že ke správnému užití musí všeobecné sestry tyto škály především znát, dále znát způsoby jejich použití a v tomto ohledu by měly samozřejmě uplatňovat formy samostudia (Cetlová, Drahošová a Točíková, 2012).

Různé druhy škál pomáhají objektivizovat záznamy o pacientovi, a tím poskytovat podklad pro kvalitní, efektivní a účinnou péči a také přináší globální a holistické výsledky (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015). Všeobecná sestra pomocí škál shromáždí potřebné hodnoty a informace o pacientovi a vyhodnocuje další postupy pro ošetrovatelskou péči. V jednotlivých škálách jsou přesně definované otázky, na které se všeobecná sestra ptá pacienta a k nimž přiřazuje hodnoty (Bírešová, 2011). Důležité je otázku vždy správně položit, dobře artikulovat a popřípadě pacientovi dovysvětlit na co konkrétně je tázán.

Pomocí využívání těchto škál můžeme předcházet různým rizikům, která pacientovi hrozí. Mezi tato rizika patří riziko pádu, riziko dekubitů apod. I z těchto důvodů se u pacientů obdobná podezření zaznamenávají a zpracovávají. Jsou rovněž výchozím bodem pro zjištění potřeb a dovedností pacienta. Některé škály pomohou pacienta zařadit do určité bodové skupiny, díky níž je možné upravovat plán ošetrovatelské péče a posléze již posuzovat pacienty individuálně. Použití hodnotících škál je velice jednoduché, časově nenáročné, pomáhá odhalit další potíže nemocného a jejich použití doprovází zřetelné pokroky v ošetrovatelské péči (Bírešová, 2011)

Hodnotících škál je značné množství, příkladem takové škály je hodnocení bolesti, což je nejčastějším problémem pacientů. Nejznámější a nejvíce využívané škály jsou Vizualní analogová škála, Mapa bolesti, Obličejová škála nebo Melzackova škála bolesti.

Další často používanou škálou je hodnocení soběstačnosti, známa je pod názvem Barthelův test základních dovedností (ADL). Dále se hodnotí například nutriční stav pacienta podle Body mass index (BMI), riziko dekubitů podle škál nesoucí název Nortonové stupnice, Waterlow a mnoho dalších (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015).

Tato bakalářská práce se bude věnovat podrobněji třem oblastem, a to bolesti, dekubitům a místu vpichu. Důvodem tohoto výběru je fakt, že tento typ škál patří k nejčastěji používaným a jejich znalost by měla patřit mezi běžné kompetence všeobecných sester. Jednotlivé škály a oblasti jsou podrobněji představeny v následujících odstavcích.

2.2.1 Bolest

S bolestí se ve zdravotnictví setkáváme prakticky neustále. Bolest je příznakem onemocnění různého původu. Může se jednat především o bolest chronickou, která je nemocí sama o sobě, jak uvádí Richard Rokyta (2012) ve své knize, jiným případem je pak například bolest akutní, která má rychlý nástup a od prvního typu bolesti se liší dobou trvání.

Chronická bolest je trvalá nebo se často opakuje, má delší trvání, ale rozvíjí se pomalu. U pacientů trpících chronickou bolestí, je pravděpodobná sociální izolace, deprese, špatná nálada, výkyvy psychiky. Akutní bolest na druhou stranu vzniká náhle a trvá méně než 6 měsíců. Pro pacienty je to velká psychická zátěž, a proto se u nich velmi často objevuje agresivita a nervozita. U pacienta se může prokázat neklidné spaní nebo brzké buzení, zvýšený tlak, zvětšené zornice atd. (Rokyta, 2012).

Bolest je možné dále dělit například na bolest viscerální a somatickou. Bolest viscerální, která má doprovodné symptomy jako pocení nebo nevolnost se projevuje nejčastěji tlakem, pálením a pícháním na určitém místě. Somatická bolest je buď hloubková, nebo povrchová a projevuje se většinou ostrým a pichlavým pocitem bolesti. Bolest by se měla řešit co nejdříve, člověk trpící bolestí může být agresivní, nervózní, bezmocný, přestane o sebe dbát, což může v neléčené době vést až k těžkým depresím (Rokyta, 2012).

Zmírnění bolesti nebo úplné odstranění bolesti je v uvedených případech hlavním cílem lékařů, všeobecných sester a součástí ošetrovatelského procesu. V minulosti se

bolest léčila pouze studenými obklady nebo rostlinnými extrakty, díky zdokonalování péče se v současnosti ovšem vyskytuje mnohem více možností, jak od bolesti pacientovi pomoci. Důležité je si uvědomit, že bolest je symptom a je subjektivní neboli osobní, to znamená, že každý bolest prožívá jinak, někdo ji snáší hůře a jiný zase o něco lépe. Na tuto individualitu je třeba brát zřetel. Právě využívání různého druhu škál je v poskytování individuální péče klíčové (Roušková, 2012).

V tomto kontextu byly vybrány tři škály bolesti, které se v praxi nejvíce objevují (a které patří k nejčastěji užívaným, jak už bylo ostatně konstatováno). Jedná se o Vizuelní analogovou škálu (zkratka VAS), obličejovou škálu bolesti a Mapu bolesti, které jsou představeny v dalších podkapitolách.

Již bylo naznačeno, že faktorem, který ovlivňuje bolest může být i typ osobnosti, jeden může bolest nést mnohem lépe než ten druhý. Záleží i na věku, pohlaví, kultuře, na psychickém stavu pacienta a na jeho náladě (Piecková, 2011). Nejen proto, že bolest člověka značně vyčerpá (a to jak fyzicky, tak i psychicky), je hodnocení bolesti nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Součástí tohoto hodnocení je předně anamnéza, tedy výpověď pacienta, v níž hovoří o sobě a o svých problémech přičemž zdravotník si může doplnit nezmíněná témata tím, že se pacienta doptává. Lékař tak například zjistí, co pacient užívá na úlevu od bolesti, nebo zda používá nějakou úlevovou polohu. Další postup je zjištění, za jaké situace je bolest horší, popřípadě kam bolest vystřeluje či přítomnost doprovodných symptomů, jako je například nauzea. Dalším postupem je fyzikální vyšetření, při němž je potřeba zvolit správnou diagnostiku. Korektní diagnóza je totiž hlavním klíčem k úspěšnému postupu. Dle diagnózy a správného hodnocení bolesti lékař určí další plán péče, ten se ale může měnit vzhledem k vyvíjejícímu se stavu pacienta (Csisko, 2016).

Hodnotící škály bolesti jsou především verbální, pacient tedy běžně dokáže popsat bolest, tj. jaká je bolest – ostrá, tupá, vystřelující, dále také upřesňuje, jaká je její lokalizace. Nevhodné jsou verbální hodnotící škály bolesti pro dětské pacienty, protože ti ještě nedokážou svou bolest přesně popsat. Dalším typem hodnotících škál jsou neverbální škály, ty se používají hlavně v pediatrii a u pacientů, kteří mají zhoršenou komunikaci po nějakém úrazu nebo jsou například cizinci. Nejčastěji používanou škálou je pak Mapa bolesti. V případě tohoto typu škály se používá obrazový materiál, na němž je zobrazená postava pacienta a zaznamenává se lokalizace bolesti podle toho, jak pacient sám ukazuje na připraveném obrazovém materiálu. Vizuelní analogová škála je další

hojně používanou škálou, která konkrétně hodnotí intenzitu bolesti. A poslední zmíněnou škálou je škála obličejová, která je vhodná pro dětské pacienty nebo pacienty se zhoršenou komunikací (Birešová, 2011).

2.2.1.1 Vizualní analogová škála

Vizualní analogová škála (zkratka VAS) se používá u pacientů, kteří jsou při vědomí a nemají poruchu komunikace. Vizualní analogová škála ukazuje intenzitu bolesti, která se řadí mezi hlavní parametry bolesti (viz Příloha A).

Lepší určení míry bolesti poskytuje škála prostřednictvím číselné řady, jež obsahuje body od 0 do 10. Číslo 0 značí žádnou bolest a číslo 10 značí bolest nesnesitelnou. VAS je součástí vstupní anamnézy, v níž na základě pacientova vlastního ohodnocení lékař rozhodne, zda je nutno podat analgetika. Analgetika jsou léky, které tlumí bolest a způsobí stav bez bolesti. Podstatným krokem je, aby lékař nebo všeobecná sestra hodnotili bolest v pravidelných intervalech, aby bylo zřejmé, jaké množství analgetik podat, nebo zda (a kdy) se může dávka snížit. (Ondriová a Sinaiová, 2014).

Bašková (2015) uvádí, že někteří pacienti mohou trpět syndromem z odnětí sedativ a analgetik po ukončení farmakologické léčby z důvodu podání nadměrných dávek zmíněných léčiv.

2.2.1.2 Obličejová škála bolesti

Obličejová škála bolesti nebo také výrazová škála je účelná zejména u dětských pacientů, u pacientů se zhoršenou komunikací a u nemocných, kteří z důvodů nemoci nedokážou svou bolest dostatečně popsat. Na ose od 0 do 5 jsou znázorněny obličejové s různou mimikou (viz Příloha B). Pacient vybere, jaký obličej nejlépe vystihuje intenzitu jeho bolesti. Obličej s úsměvem (0) značí žádnou bolest a poslední obličej se slzami (č. 5) vyznačuje nesnesitelnou bolest (Birešová, 2011).

Důležité je pacienta při využívání škál důkladně edukovat, je neprofesionální spoléhat na znalost pacienta o škálách, jelikož takový mylný předpoklad může vést ke stanovení nekorektní anamnézy (Ondriová a Sinaiová, 2014).

2.2.1.3 Mapa bolesti

Mapa bolesti je škála, která hodnotí lokalizaci bolesti na základě vlastního úsudku nemocných, jež přibližují svou bolest prostřednictvím vizuálních pomůcek. Tato škála je v dnešní době běžnou součástí vstupní anamnézy. Na listu je vyobrazena celá postava člověka zepředu i zezadu a po informování pacienta sestra zakreslí jaká část těla pacienta bolí (viz Příloha C). V případě, že se jedná o dětského pacienta, který dosáhl věku 4 let, nebo o pacienta, který hůře komunikuje, může sám zaznamenat, kde bolest pociťuje (Ondriová a Sinaiová, 2014).

V případě, že se bolest nevyskytuje pouze na jednom místě, zakreslí pacient, případně všeobecná sestra, pomocí šipek a čar do jakých míst bolest vystřeluje. Díky této škále všeobecná sestra i lékař zjistí, na jakou část těla se mají zaměřit a jaké zvolit další postupy (Ondriová a Sinaiová, 2014).

2.2.2 Dekubity

Další oblastí, které se budeme věnovat, jsou dekubity, které se vyskytují prakticky velice často, zejména u geriatrických pacientů. Dekubit nebo také proleženina je defekt, který vzniká na tzv. predilakčních místech. Predilakční místa jsou takové oblasti, v nichž se ocitá kost v blízkosti kožního povrchu, takovým místem může být označená sakrální oblast, paty, sedací kost, hýždě, boky, lokty, ramena apod. (Vytejková et al., 2015).

Proč a jak vůbec dekubit vznikne? Dekubit vzniká z důvodu působení tlaku na kůži, která se přestane dostatečně prokrvovat, množství kyslíku se začne snižovat a v důsledku toho pak začne nekrotizovat. Nekróze ovšem nepodléhá jenom kůži, ale i svaly, šlachy apod. Dekubit má své fáze, ve kterých se postupně rozvíjí a způsobuje pacientovi nepříjemné komplikace (Ondriová a Fertalová, 2013).

Vlivů, které působí při vzniku dekubitů je značné množství, a proto je i rozdělujeme do menších podskupin. Mohou to být příčiny místní, kam se řadí například vlhkost kůže, tlak, který delší dobu působí na predilekční místa a tření kůže. Další příčina je označována jako celková, to může být například kachektický pacient nebo vyšší věková skupina, protože u starších pacientů je větší riziko vzniku dekubitů. Příčinou může být rovněž

imobilita pacienta, nemocný se tak například nemůže sám otáčet a polohovat, tudíž tato zodpovědnost závisí na zdravotnickém personálu, který by měl imobilního pacienta po určitém časovém intervalu polohovat a dopomáhat si antidekubitálními pomůckami (Vytejšková et al., 2015).

Dekubitové rány jsou velice bolestivé a pokud jsou v pokročilejším stádiu a otevřené mohou být bránou infekce do organismu pacienta, i proto je velice důležitá péče o ně a jejich okolí. Jak už bylo zmíněno dekubity mají i své stupně vývoje (Vytejšková et al., 2015).

První stupeň vzniku dekubitů je erytém, to znamená, že je kůže začervenalá, lehce oteklá a teplá. Pacient nepocítuje bolest, ale pálení. Druhý stupeň indikuje vznik puchýřů, kvůli kterým už je tato fáze pro pacienta nepříjemná a bolestivá z důvodu tvorby puchýřů. Třetí stupeň zahrnuje vznik nekrózy na místech, kde je zasažena i podkožní vrstva. Čtvrtý stupeň je typický vytvořením vředu, v této fázi odumírá svalová tkáň a je postižena i kost (Ondriová a Fertalová, 2013).

Léčba dekubitů v prvním stupni je založena na přikládání krytí. V druhém stupni je léčba o něco časově náročnější. Základem je vyčištění rány a snaha o prevenci před vstupem infekce do organismu. Nejčastěji se mechanicky odstraní nekrotické části například pinzetou a pak se rána proplachuje fyziologickým roztokem. Kvůli zachování vlhkosti rány volíme příslušné a odpovídající krytí dle stavu rány. Při převazech je nutností být obezřetný kvůli nově vzniklému epitelu. V případě, že se dekubit nehojí, je potřeba změnit plán ošetrovatelské péče (Ondriová a Fertalová, 2013).

Prevence dekubitů by měla být včas zahájena a neměla by být podceňována. Mezi hlavní prevence vzniku dekubitů patří polohování a využívání antidekubitálních pomůcek. Mohou to být různé válce, klíny, zvedáky, kluzké podložky, ale například i matrace, které snižují riziko tvorby dekubitů. Zmíněno bylo také polohování, které je základem prevence vzniku dekubitů. Na tento přístup je však potřeba si dát pozor, kvůli špatnému posouvání pacienta na lůžku může totiž dojít k strhnutí kůže. Je proto potřeba dodržovat časové limity polohování, zvolit správné polohy a vyhovět pacientovým přáním. Nesmíme opomíjet, že dekubity jsou velice bolestivou záležitostí (Ulrych, 2016).

Další nezbytnou prevencí dekubitů je hygiena, která může být pro pacienta velkou zátěží, ale díky ní se omezí vstup infekce do rány. Důležitý je vhodný výběr kosmetiky. Dále se mohou použít masážní gely s hřejivým nebo chladivým efektem k prokrvení kůže (Koutná a Ulrych, 2015).

Hodnocení stavu dekubitů se provádí při každém převazu. Zhodnotíme velikost, hloubku rány, povrch, zda rána hnisá nebo zda je nekrotická apod. Dále je hodnoceno okolí, množství sekretu, přítomnost granulace či epitalizace a zápach (Ondriová a Fertalová, 2013).

Rizika dekubitů se hodnotí pomocí několika hodnotících škál, které pomáhají zjistit, jak velké riziko vzniku dekubitů pacientovi hrozí. Mezi hojně používané škály patří například Nortonova škála, která obsahuje položky zaznamenávající schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přítomná onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, inkontinenci, aktivitu a pohyb. Další využívaná škála – dle Waterlow hodnotí stavbu těla, typ kůže, pohlaví, věk, zvláštní rizika, kontinenci, neurologické poruchy, pohyblivost, chuť k jídlu, operaci/trauma a medikaci. Bradenova škála se pak zaměřuje na hodnocení citlivosti kůže, vlhkosti, výživy, aktivity, pohyblivost a tření (Ulrych, 2016).

Blíže představené tři škály byly pro tuto bakalářskou práci vybrány opět z důvodu jejich častého (tj. běžného) používání. Není však možné tvrdit, že by byly známy pouze tyto tři škály. K hodnocení dekubitů se také používá škála dle Knolla, Tradenova stupnice a škála dle Shannonové (Šenkárová, 2013). Následující text se podrobněji zaměřuje pouze na vybrané škály.

2.2.2.2 Škála dle Nortonové

Škála dle Nortonové byla poprvé zviditelněna v roce 1962 ve Velké Británii a slouží ke zhodnocení schopnosti spolupráce, ta může být úplná, malá, částečná nebo žádná. Tato stupnice rizika vzniku dekubitů je jednou z nejvíce využívaných škál v praxi na území České republiky (Kuckir et al., 2016). Další oblastí, jež se pomocí škály hodnotí je přítomnost přidružených onemocnění jako například diabetes mellitus, horečky, obezity nebo kachexie aj. Hodnocení podléhá také tělesný stav (dobrý, zhoršený, špatný, velmi špatný), pohyblivost (úplná, částečná, velmi omezená, žádná) nebo věk (0-10, 11-30, 31-60 a nad 60 let). Dále se také hodnotí stav pokožky, ten může být normální, vykazovat známky alergie, pokožka může být vlhká, suchá. Nedílnou součástí je pak také zjištění stavu vědomí (dobrý, apatický, zmatený, bezvědomí), inkontinence (není, občas, převážně močová, stolice i moč) a poslední oblastí, jíž se věnuje pozornost, je aktivita (chodí, doprovod, sedačka, upoután na lůžko) (Ulrych a Koutná, 2015).

Všeobecná sestra přiřazuje jednotlivé body (na škále od 1 do 4) k těmto zmíněným oblastem a podle celkového bodového výsledku vydedukuje, zda pacient patří do rizikové skupiny nebo nikoliv (viz Příloha D). Minimální počet získaných bodů je 9 a maximální počet je 36. Čím méně získaných bodů, tím větší riziko vzniku dekubitů. Bodové hranice se pohybují v hodnotách od 13-9, což signalizuje, že riziko je velmi vysoké, při bodech 18-14 je riziko vysoké, v případě rozpětí 23-19 je riziko střední a nízké riziko je při 25-24 bodech. Pokud dosahuje pacient 26 bodů a více není ohrožen vznikem dekubitů (Ulrych a Koutná, 2015).

2.2.2.3 Škála dle Waterlowa

Škála dle Waterlowové vznikla v roce 1985. Na rozdíl od škály dle Nortonové se v této škále hodnotí 10 oblastí namísto 9. Stejně jako v předešlé škále je ovšem hodnocena míra rizika vzniku dekubitů. Mezi hodnocené oblasti se řadí stavba těla, která může být průměrná, nadprůměrná, obézní, podprůměrná. Následující je hodnocení typu kůže v ohrožené oblasti (zdravá, papírová/suchá, vlhká) dále jsou zohledněny pohlaví, věk (14-49, 50-64, 65-74, 75-80, 81 a více), přítomnost zvláštních rizik (porucha výživy tkání, srdeční selhání aj.), kontinence (kontinentní, občasná inkontinence, zavedený močový katetr, inkontinence stolice, kompletní inkontinence). Mezi další hodnocení patří neurologická porucha (DM, roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda aj.), pohyblivost (plná, neklid, apatie, omezená hybnost, nehybnost na lůžku, nehybnost v křesle), chuť k jídlu (průměrná, slabá, sonda, nic ústy, operace), medikace (cytostatika, vysoké dávky steroidů, protizánětlivé léky) a operace (ortopedická, pod úrovní pasu, páteř, operace delší jak dvě hodiny (viz Příloha E) (Ulrych a Koutná, 2015).

Pacient může získat minimálně 2 body, při získání 9 bodů je pacient bez rizika, ale při 10-14 bodech je pacient rizikový. Bodové rozmezí 15-19 znamená vysoké riziko vzniku dekubitů a při 20 a více bodech se pacient nachází ve velice vysokém riziku vzniku dekubitů (Ulrych a Koutná, 2015).

2.2.2.4 Škála dle Bradenové

Škála dle Bradenové, která také slouží k hodnocení míry rizika tvorby proleženin byla zveřejněna v roce 1987 Barbarou Bradenovou. Jmenovaná škála se skládá z 6 kategorií, jimiž jsou: aktivita (připoután na lůžko, připoután k židli, příležitostně chodí, chodí často, dále citlivost (úplně limitovaný, hodně limitovaný, mírně limitovaný, žádné poškození) a pohyblivost (úplná nepohyblivost, velmi omezená, mírně omezená, bez omezení).

Následujícími kategoriemi podléhajícími hodnocení jsou vlhkost (velmi vlhká kůže, příležitostně mokrá, zřídka mokrá, nikdy mokrá), výživa (velmi špatná, neadekvátní, adekvátní, výborná) a poslední složkou je tření (problém, možný problém, bez problému) (viz Příloha F) (Koutná a Ulrych, 2015).

Všeobecná sestra nebo lékař přiděluje body v rozmezí od jedné do čtyř ke každé kategorii. Minimální celkový počet získaných bodů je 6 a maximální 23. Pro tuto škálu platí, že čím menší je hodnota získaných bodů, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Při získání 12 bodů a méně je vysoké riziko vzniku dekubitů. V případě získání 13-15 bodů se označuje jako střední riziko vzniku dekubitů. Minimální riziko nastává při dosažení 16 bodů (Koutná a Ulrych, 2015).

2.2.3 Invazivní vstupy

Péče o invazivní vstupy jsou nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Jsou hodnoceny všeobecnými sestrami. Invazivní vstupy zamezují vstupu infekce do těla a nastávajícím komplikacím, jež mohou nastat (Vytejková, 2015).

Pomocí invazivních vstupů dochází k zavedení vstupu přes kůži do organismu. Nejčastějším důvodem je podání léků pacientovi, a to buď do periferního žilního vstupu nebo do centrálního žilního vstupu. Dále se může jednat o evakuaci tekutiny pomocí drenáže. Dalším způsobem, kdy je možné použít invazivní vstup je odebírání krve k následnému vyšetření pacienta nebo například při darování krve (Vytejková, 2015).

Nejčastějším invazivním vstupem je periferní žilní kanylace. Tento invazivní vstup se zavádí pomocí kanyly s kovovou jehlou, po napíchnutí žíly se však jehla vytáhne a zůstává v žíle pouze plastová kanylka. Nejčastějším místem zavedení jsou žíly na ruku, a to v loketní jamce, na hřbetu ruky nebo na předloktí. Při neúspěšném zavedení kanyly

do žil na ruku se mohou využít i žíly na nohou, konkrétně v oblasti nártu či kotníku (Vytejková, 2015).

Před zavedením periferní žilní kanyly do organismu je vždy nutné pacienta edukovat a popsat mu, jak bude výkon probíhat. Pokud proběhne zavedení kanyly v pořádku, všeobecná sestra použije krytí, které se musí měnit podle stavu kanyly a jejího okolí. Během pobytu pacienta v nemocnici by všeobecná sestra měla pravidelně kontrolovat místo vpichu a okolí. V případě potíží (krvácení, otok, vlhké nebo špinavé krytí), všeobecná sestra provede převaz. Převaz je nutné vždy dělat v rukavicích a místo dezinfikovat (Střížková a Koutná, 2016).

Dalším příkladem invazivních vstupů je centrální žilní, který lze členit podle použitého materiálu k tomuto vstupu (např. polyuretan, polyvinyl), podle lokalizace zavedení (vena subclavia, vena jugularis) nebo také podle délky ponechání katétru. Indikací pro zavedení centrálního žilního katétru je mnoho. Mezi ty nezákladnější patří například dlouhodobá parenterální výživa a podání cytostatik (Střížková a Koutná, 2016). Jak udává Glac (2016): „*V rámci doporučení je vyžadováno zavedení centrálních žilních katetrů v tzv. čisté zóně, tedy na resuscitačním lůžku pacienta, operačním sále nebo v zákrokové části dospívacího pokoje.*“ Před zavedením kanyly je k výkonu potřeba připravit sterilní stůl s pomůckami k výkonu. Při chystání pomůcek se musí dbát na aseptický přístup a zdravotnický personál by tedy měl použít ochranné pomůcky (rukavice, čepici, plášť) (Glac et al, 2016).

Během zavedení kanyly může nastat mnoho komplikací. Příkladem takových komplikací je zalomení kanyly, neprůchodnost kanyly, což může být zapříčiněno například vytvořením trombu (Vytejková, 2015). Při vzniku žilní trombózy je nutná včasná léčba, a to hlavně antikoagulační léčba (po dobu minimálně 3 měsíců). Pokud mají lékař či všeobecná sestra podezření na žilní trombózu, neměl by se katétr vytahovat do doby, dokud se neprokáže místo a velikost trombu. Při odstranění je nutno brát v potaz riziko vzniku vzduchové embolie nebo třeba krvácení (Parisi, Bortoluzzi a Pellegrinet, 2017). Mezi další komplikace patří hematoma vznikající v případě, že všeobecná sestra perforuje žílu, nebo může dojít k extravazaci, při které tekutina nevniká do žíly ale mimo žílu. Následující, v předchozím textu již zmíněnou komplikací je flebitida (Kaponouvá, 2020).

Hodnocení invazivních vstupů je důležitým aspektem ošetrovatelské péče. Je důležité kontrolovat místo vpichu a jeho okolí a popřípadě zapojit pacienta, aby sám nahlásil

současný problém, aby všeobecná sestra mohla včas zasáhnout a popřípadě kanylu vytáhnout. Nejčastějšími symptomy komplikací, a to hlavně flebitidy jsou zarudnutí, otok či bolest. Dalším problémem může být infiltrace, při níž tekutina podávána pacientovi prosakuje a proniká do podkoží. Kvůli zmíněným potencionálním komplikacím je nutné kontrolovat kanylu, a to zejména, zda je průchodná, zda nenastaly změny v místě vpichu či okolí nebo zda pacienta nepálí nebo nebolí podávání tekutin a léků do žíly. Obezřetní musíme být i v dodržování lékařem předepsaného časového rozmezí, ve kterém je látka podávána a v jakém množství (Sedlářová et al., 2016).

K usnadnění a lepšímu přehledu všeobecné sestry se proto opětovně používají hodnotící škály. Škály všeobecné sestry upozorní (pomocí existujícího bodového rozmezí) na riziko vzniku flebitidy nebo infiltrace (Sedlářová, Zvoníčková a Svobodová, 2017).

Pro tuto bakalářskou práci byla pro bližší představení zvolena škála dle Maddona, škála infiltrace a škála dle Jacksona.

2.2.3.2 Škála dle Madonna

Nejčastěji používanou škálou pro hodnocení flebitidy je právě ta dle Maddona (viz Příloha G). Tato škála zahrnuje stupně od 0 do 4 a hodnotí tíži tromboflebitidy (Sedlářová, 2016). Sedlářová (2016) ve svém článku píše: „*Nepodařilo se nám dohledat žádnou původní práci tohoto autora ani odkazy na tuto škálu v zahraniční odborné literatuře. V literatuře je však velmi často zmiňována Maddoxova škála. Zpočátku jsme se domnívali, že se jedná pouze o záměnu písmen ve jméně autora. Avšak ani původní verze z r. 1977 (Maddox et al, 1977), ani upravená verze z r.1983 (Maddox et al, 1983) neodpovídá Maddonově škále, která se používá u nás.*“

Škála dle Maddona se skládá pouze ze symptomů, jež jsou popsány pomocí stupňů od 0 do 4. Stupeň 0 značí, že se nevyskytuje žádná bolest ani reakce v okolí. Stupeň 1 se projevuje bolestí. Stupeň 2 se projevuje bolestí a zarudnutím okolí. Třetí stupeň zahrnuje bolest, zarudnutí ale i otok nebo pruh v průběhu žíly. Poslední 4. stupeň se projevuje hnisem, otokem, zrudnutím a bolestivým pruhem v průběhu žíly (Cetlová, Drahošová a Točíková, 2012).

2.2.3.3 Škála infiltrace

Při zavedení žilního katetru se nehodnotí pouze riziko vzniku flebitidy, ale také infiltrace. Infiltrace znamená, že tekutina, která je podána pacientovi prosakuje a proniká do podkoží, nikoliv do žíly (Vytejková, 2015). Hodnotící škála obsahuje stupně od 0 do 4 (viz Příloha H).

Hodnotí se zde barva kůže, velikost otoků, teplota kůže, napětí kůže a prokrvení. Škála ve stupních infiltrace zahrnuje indikaci jejich příznaků. Stupeň 0 znamená že pacient je bez příznaků, stupeň 1 naznačuje, že začíná blednout kůže a objevuje se otok, kůže je studená. 2. stupeň se vyznačuje bledou kůží, otokem větším než v prvním stupni (více jak 2,5 cm), bolestí, ta ovšem může být přítomna, ale nemusí. 3. stupeň infiltrace se projevuje bledou kůží, otokem nad 15 cm, pacient pociťuje mírnou bolest a poslední 4. stupeň se vyznačuje bledou průsvitnou kůží, otokem nad 15 cm, bolestí, poruchou prokrvení a dochází k prosáknutí podaných tekutin (Sedlářová et al., 2016).

2.2.3.4 Jacksonova škála

Jacksonova škála je také nazývána jako VIP skóre (*Visual Infusion Phlebitis Scale*) (viz Příloha I). Jejím tvůrcem je Andrew Jackson, který pracuje v nemocnici ve Velké Británii jako specialista se zaměřením na cévní vstupy. Tato škála byla zveřejněna v roce 1998 (Sedlářová et al., 2016).

Jacksonova škála obsahuje stupně vzniku flebitidy a je symbolizována hodnotami od 0 do 5, navíc je také barevně rozlišená. Díky barevnému značení upozorní, kdy je potřeba věnovat pozornost k případnému vzniku flebitidy. Škála se skládá z barvy červené, která značí potřebu léčby, další barvou je oranžová, která už nutí zdravotnický personál zpozornět a poslední barvou je zelená, která signalizuje, že je vše v naprostém pořádku (Sedlářová, Zvoníčková a Svobodová, 2017).

Škála zohledňuje příznaky flebitidy a těmi jsou otok, horečka, palpačně ztvrdlá žíla, začervenání, bolest a tuhý otok nebo také indurace. V každém stupni Jacksonovi škály jsou uvedené krátké instrukce k dalšímu postupu ošetrovatelské péče. Podle Sedlářové (2016) se v některých britských nemocnicích vyvěšuje tato škála na chodbách či na patientských pokojích, a tak se mohou i pacienti zapojit do procesu svého léčení. I zde je důležitá edukace pacienta o riziku vzniku flebitidy, v případě projevení se komplikací pak

může sám pacient problém nahlásit všeobecné sestře, a tak všeobecná sestra komplikaci podchytí včas. Sedlářová (2016) uvádí, že pro použití VIP škály v jiných nemocnicích a zemích je nutný souhlas Andrew Jacksona. Pro Českou republiku souhlas zajistili členové Antibiotického týmu z nemocnice v Českých Budějovicích.

2.3 Vybrané hodnotící škály používané v zahraničí

Ve velké míře používáme techniky převzaté ze zahraničí nebo modifikované. Shromáždit se je snažila např. doc. PhDr. Marta Staňková CSc. ve své praktické příručce pro sestry nazvané *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi* nebo PhDr. Lada Cetlová a kolegyně s názvem *Hodnotící a měřící techniky pro nelékařské profese*.

Z průzkumu o používání hodnotících škál bolesti zaměřeného na německé pečovatelské domy vyplývá, že v 10 z 12 pečovatelských domů tyto škály používají. 132 ze 151 (87 %) všeobecných sester pracujících v těchto pečovatelských domech tvrdí, že hodnotící škály bolesti používá. Nejvíce používaná škála bolesti je číselná škála. Srovnatelný počet všeobecných sester používá Obličejovou škálu bolesti (Osterbrink et al., 2014).

Dalším zajímavým výzkumem, který provedli Pancorbo-Hidalgo se svými kolegy, byla studie různých nástrojů pro hodnocení rizik dekubitů publikované ve španělštině, angličtině, francouzštině a portugalštině. Výzkumníci provedli metaanalýzu, aby určili, který z mnoha dostupných nástrojů pro hodnocení rizik dekubitů prokázal nejlepší spolehlivost a platnost. Porovnali Bradenovu stupnici, Nortonovu stupnici a Waterlowovu stupnici. Došli k závěru, že Bradenova stupnice byla testována v největším počtu studií a prokázala se jako nejlepší ukazatel spolehlivosti a platnosti v různých prostředích a byla lepším prediktorem dekubitů než škály ostatní (Home of the Braden Scale, 2016).

Z provedené studie Australana Gilliana Ray-Barruela je patrné, že nejčastěji používanými nástroji byly VIP, stupnice flebitidy dle INS a škála Maddona, všechny však byly upraveny různými autory a existuje i několik verzí každé škály. Ve Spojených státech patří škála infiltrace a VIP mezi oblíbené a hojně využívané nástroje k hodnocení flebitidy. Stejný názor sdílí i Britská královská vysoká škola ošetrovatelství, která k hodnocení flebitidy doporučuje VIP stupnici (Ray-Barruel Gillian et al., 2014).

3 Výzkumná část

V předchozích kapitolách byly shrnuty základní informace ohledně Evidence Based Nursing a hodnotících škál týkajících se bolesti, dekubitů a invazivních vstupů. Na základě těchto teoretických informací byl stanoven cíl práce a formulovány výzkumné otázky.

3.1 Cíle a výzkumné otázky

Cíle práce

1. Popsat hodnotící škály používané v klinické praxi dle Evidence Based Nursing.
2. Zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v rámci poskytování ošetrovatelské péče.

Výzkumné otázky

1. Výzkumné otázky nestanoveny, jedná se o popisný cíl.
- 2 a. Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných škálách vztahující se k hodnocení bolesti?
- 2 b. Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných škálách vztahující se k hodnocení dekubitů?
- 2 c. Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách vztahujících se k hodnocení místa vpichu?

3.2 Metodika výzkumu

Pro sběr dat k výzkumné části této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní průzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru. Před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum s dvěma respondenty, ten sloužil k ověření kvality výzkumného nástroje, dále také k ověření snadné pochopitelnosti otázek v rozhovoru a adekvátnosti formulace těchto otázek.

Výzkum byl realizován na dvou odděleních intenzivní péče v nemocnici krajského typu a na dvou odděleních standardní péče. Předem připravený scénář rozhovoru s otevřenými otázkami a občasným doplňujícím dotazováním byl uskutečněn s šestnácti respondenty v průběhu dubna, května a června. Jak bylo již upozorněno, tyto rozhovory byly zaznamenány prostřednictvím diktafonu. Do výzkumného vzorku byly vybrány všeobecné sestry.

Respondenti odpovídali na sadu otázek týkajících se délky praxe na pozici všeobecné sestry, znalosti Evidence Based Nursing, chodu oddělení, využití hodnotících škál, získání informací o hodnotících škálách. Avšak pro tuto bakalářskou práci byly nejdůležitějšími kategorie znalosti o hodnotících škálách týkající se bolesti, dekubitů a invazivních vstupů. Poslední otázky zjišťovaly názory všeobecných sester na používání hodnotících škál v ošetrovatelské praxi (viz Příloha J).

Rozhovor byl vždy proveden individuálně v soukromé místnosti o polední pauze všeobecných sester, aby nebyla narušená práce s pacienty a aby bylo zároveň zajištěno komfortní a klidné místo pro samotné respondenty. Před realizací rozhovorů byl všeobecným sestrám poskytnut k prostudování a podepsání informovaný souhlas s provedením výzkumu, kde byly ujištěny o zajištění své anonymity v rámci výzkumu (viz Příloha K). Svým podpisem tak souhlasily s účastí ve výzkumu za předem daných (a v informovaném souhlasu uvedených) podmínek. Po seznámení všeobecných sester s bakalářskou prací (resp. jejím tématem) a formulářem k provedení výzkumu byly nahrávány odpovědi všeobecných sester na diktafon, při čemž každá s tímto způsobem sběru dat předem souhlasila. Výzkum byl ukončen ve chvíli, kdy došlo k informačnímu nasycení v kontextu tématu a cílů práce. Následně byly rozhovory písemně přepsány do Microsoft Word a sestry v rámci anonymizace očíslovány jako R1, R2 atd. (respondent 1, respondent 2 atd.). Takové kódové označení sloužilo k lepší přehlednosti v textu a následnému snadnému odkazování v něm. Provedení výzkumu bylo také vždy písemně povoleno vybranou nemocnicí, v příloze je uveden protokol k provádění výzkumu (viz Příloha L).

3.3 Kategorizace a analýza výzkumných dat

Jak už bylo upozorněno, výzkumná data byla získána prostřednictvím rozhovorů, ty byly nahrány na diktafon a následně písemně přepsány pomocí programu Microsoft Word (viz Příloha L). Jak už bylo uvedeno, respondenti jsou v analýze označeni jako R1 (respondent 1), R2 (respondent 2) atd. Pro získání poznatků byla tato data kódována.

Výzkumná data byla zpracována technikou tužka-papír a následně kategorizována do schémat vytvořených v programu Microsoft Word. K tematicky relevantním částem textu byly v první fázi přiřazovány kódy, jež označovaly základní skutečnosti vztahující se k hlavnímu tématu práce. Posléze došlo k rozdělení těchto kódů do kategorií a podkategorií kopírujících logiku výzkumných otázek. Hlavními kategoriemi jsou specifika pracoviště, bolest, dekubity, invazivní vstupy. Podkategorie těchto hlavních tematických kategorií se skládají ze dvou výzkumných vzorků, tím prvním jsou sestry z oddělení intenzivní péče a tím druhým jsou všeobecné sestry ze standardních oddělení. Cílem bylo to, aby byla pokryta všechna hlavní témata práce.

3.3.1 Kategorie 1 – Specifika pracoviště

Výzkumné šetření bylo provedeno na dvou pracovištích, a to na intenzivním a standardním oddělení, dohromady bylo zpovídáno 16 respondentů. Tento výběr pracovišť měl primárně posloužit k zjištění potenciaálních rozdílů v chodu oddělení a různorodosti názorů na hodnotící škály, které jsou právě ovlivněny například tím, kolik pacientů má všeobecná sestra na starost během jedné směny. To je samozřejmě závislé právě na druhu oddělení, na němž pracuje.

3.3.1.1 Podkategorie – Intenzivní lůžka

První výzkumný vzorek determinovaný specifíkem pracoviště tvoří 8 všeobecných sester pracujících na oddělení intenzivní péče. Pro tento výzkum byla vybrána dvě oddělení intenzivních lůžek pro potenciaální rozmanitost odpovědí a snazší porovnání dat. Respondenti pracující na oddělení intenzivní péče jsou v textu označeni jako R1

až R8. Zmiňovaná oddělení byla také zvolena z důvodu častého a běžného využívání hodnotících škál a očekávaném přehledu všeobecných sester o jmenovaných škálách.

Délka praxe

Zprvu byly všeobecné sestry dotazovány na délku praxe na pozici všeobecná sestra, tento faktor totiž může ovlivňovat znalost respondentů v oblasti týkající se hodnotících škál. Pro větší přehlednost je délka praxe shrnuta v následující tabulce.

Tab. 1 Přehled výzkumného vzorku na oddělení intenzivní péče

Číslo respondenta	Pohlaví	Délka praxe
R1	žena	14 let
R2	žena	5 let
R3	muž	20 let
R4	žena	4 roky
R5	žena	2,5 roku
R6	žena	1,5
R7	žena	3 roky
R8	žena	3 roky

Jak je patrné z příložené tabulky, délka praxe se u jednotlivců liší poměrně zásadně, nejčastěji se setkáváme s 3-5 lety, ale vidíme i velmi dlouhé praxe (14-20 let) či úplné začátky (1,5 roku).

3.3.1.2 Podkategorie – Standardní lůžka

Druhý výzkumný vzorek tvoří 8 všeobecných sester různé věkové kategorie a délky praxe, pracujících na standardním oddělení. Stejně jako na oddělení intenzivní péče byla každé sestře přislíbena anonymita odpovědí. Respondenti standardních pracovišť jsou v textu uvedeny v rozmezí R9 až R16. Rozhovory probíhaly stejně jako na předešlém oddělení a byly položeny totožné otázky. Pro standardní oddělení byly opět vybrány dvě pracoviště.

Respondenti byli nejdříve dotazováni na délku praxe ve zdravotnictví. Jak již bylo zmíněno v předchozí části pro intenzivní lůžka, pro lepší přehlednost jsou tyto údaje opět shrnuty v tabulce.

Tab. 2 Přehled výzkumného vzorku na standardním oddělení

Číslo respondenta	Pohlaví	Délka praxe
R9	Žena	3 roky
R10	Žena	15 let
R11	Žena	12 let
R12	Žena	19 let
R13	Žena	11 let
R14	Žena	1 rok
R15	Žena	13 let
R16	Žena	3 roky

Oproti respondentům v prvním výzkumném vzorku vidíme většinou velmi dlouhou dobu zaměstnání, většiny více než deset let, jen tři respondenti z osmi se pohybují v nižších hodnotách.

Provoz intenzivních oddělení

Tento soubor otázek zjišťuje chod daného oddělení. V rámci této práce je důležité zajímat se o tento tematický okruh z důvodu časového zaneprázdnění všeobecných sester, které se může projevit právě na využívání hodnotících škál. Tato kategorie byla zjišťována pomocí čtyř otázek a to: kolik mají všeobecné sestry příjmů během dne, jaký je maximální počet lůžek na oddělení, kolik pacientů se aktuálně vyskytuje na oddělení a kolik pacientů má na starosti jedna sestra ve své jedné směně.

1. otázka: Kolik máte příjmů během dne?

Na otázku č. 1 odpověděl R1 takto: „*Jelikož jsme intenzivní péče, tak se to liší, někdy otočíme celou jipku a někdy žádný příjem není, ale většinou ty dva, tři lidi, opravdu je to nárazový, není to opravdu daný, máme i plánovaný příjmy a od toho se to odvíjí.*“ R2 odpověděl totožně, tedy 2-3 příjmy denně. R4, R5, R6 odpověděli, že denně mohou mít jeden až dva příjmy. R7 a R8 odpověděli totožně a to, že mají dva až tři příjmy denně,

ale jsou situace, kdy nejsou žádné příjmy. Situace respondentů byla vesměs totožná, samozřejmě se konkrétní směna řídila aktuální situací.

2. otázka: Jaký je Váš maximální počet lůžek?

R1, R2 a R3 uvedli totožnou odpověď – 6 lůžek. Ostatní respondenti uvedli, že maximální počet lůžek na jejich oddělení je 12.

3. otázka: Kolik máte nyní pacientů?

Tato otázka zjišťovala, jaká je nynější situace na oddělení, na němž se dotazovaní nacházeli, a tedy kolik mají všeobecné sestry nyní pacientů. R1, R2, R3 odpověděli, že nyní mají plný stav, tedy 6 pacientů na oddělení. R4, R5, R6, R7, R8 uvedli, že nynější stav je 10 pacientů z 12 lůžek. Obdobně jako v předchozích případech byla situace proměnlivá dle aktuální situace a dispozice samotného oddělení

4. otázka: Kolik pacientů má na starost jedna sestra ve směně?

Poslední otázka zjišťovala, kolik pacientů má na starost jedna sestra během směny. R1 uvedl: „*Na den, když jsme, tak jsme ve třech a každá sestra má dva pacienty a když jsme na noc tak jsme ve dvou a jedna sestra má 3 pacienty.*“ R2 a R3 uvedli stejnou odpověď jako předešlý respondent. R4, R5, R6, R7, R8 odpověděli, že na jednu sestru vychází jeden nebo 2 pacienti, podle stavu personálu. Opět vidíme podobné principy u všech respondentů, byť jednotlivá čísla se drobně liší.

Provoz standardních oddělení

Jak již bylo řečeno v předešlých řádcích, chod oddělení ovlivňuje zpracování hodnotících škál, hlavním důvodem je, že jsou sestry na odlišných pracovištích různě časově zaneprázdněné. Ve srovnání s oddělením intenzivní péče mají všeobecné sestry na standardních odděleních na starost více pacientů, a proto dochází k poměrně patrným rozchodům v názorech a znalostech týkajících se hodnotících škál.

Všeobecné sestry byly dotazovány na 2 standardních odděleních na otázky jako je počet příjmů během dne, maximální počet lůžek, nynější počet pacientů a kolik pacientů má na starost jedna sestra během směny.

1. otázka: Kolik máte příjmů během dne?

V této otázce se odpovědi nepatrně lišily z důvodů poskytnutých rozhovorů ze dvou standardních oddělení. Často zmiňovanou odpovědí bylo, že v některé dny není žádný příjem a někdy až 4 příjmy, jak uvedl R9. Další odpovědí je např.: „*To se různí, bývá i 8 příjmů během denní směny ale třeba i 8 kolem noční směny*“ (R12).

2. otázka: Jaký je Váš maximální počet lůžek?

Z výzkumného šetření vyplynuly dvě odpovědi. Na prvním oddělení je maximální počet lůžek 21, avšak jejich počet bude v následujících měsících navýšen až na 27 lůžek. Na druhém oddělení je dle odpovědi sester 33 lůžek.

3. otázka: Kolik máte nyní pacientů?

Všeobecné sestry se samozřejmě řídily aktuální situací. Rozhovory byly provedeny v několika dnech, proto se odpovědi liší. R13 uvedl, že momentálně mají 20 pacientů. Na druhém oddělení všeobecné sestry uvedly, že mají plný stav a to tedy 21 pacientů. Jak již bylo řečeno, stav počtu pacientů se mění den ode dne, důkazem toho je odpověď R15, který uvedl, že nyní mají 17 pacientů, ale v předchozích dnech měly plný stav, jak uvedla i jiná sestra.

4. otázka: Kolik pacientů má jedna sestra ve směně?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že všeobecné sestry mají na starost všechny pacienty, které mají ve směně, důkazem toho, je odpověď R9: „*My se nedělíme, my to děláme všichni, maximálně jsme 2 sestry a děláme to dohromady,*“ nebo odpověď R12 „*My to máme rozdělený, že je jedna sestra papírová a druhá dělá pomocný práce jako brau-nyly a tak.*“

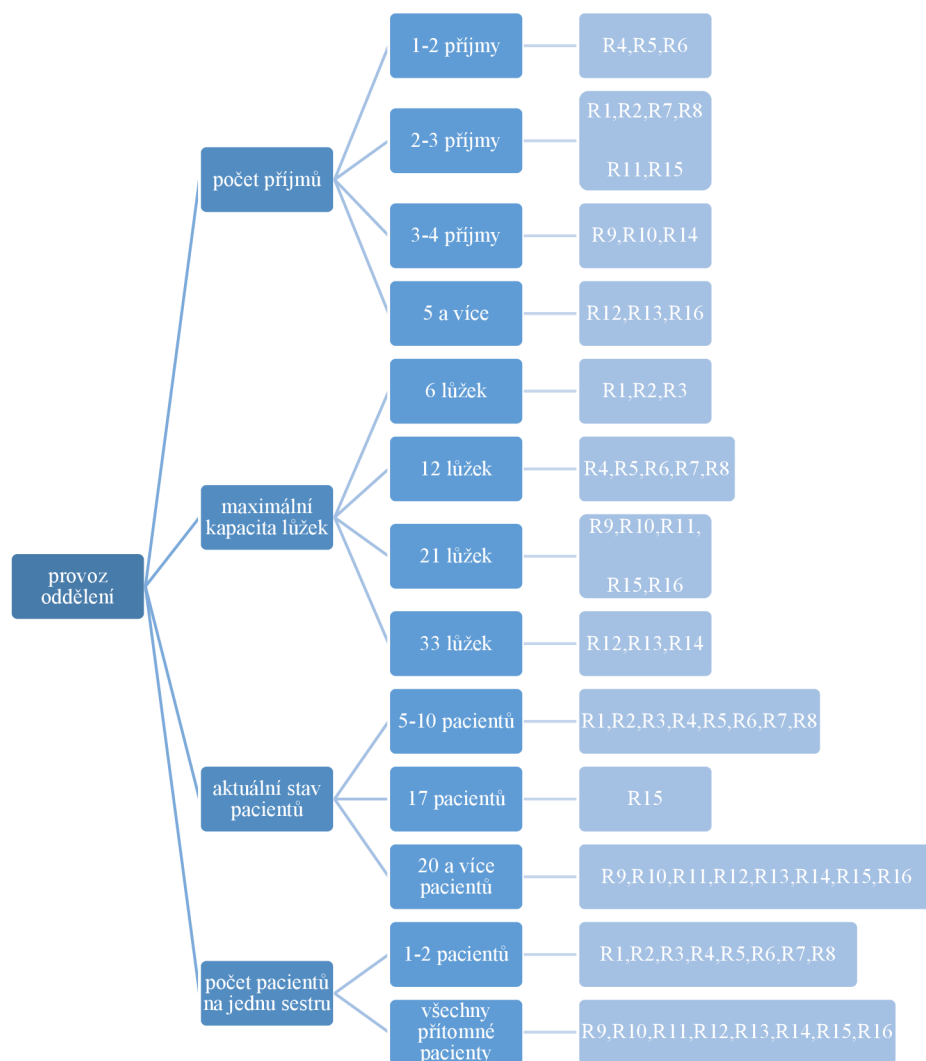


Schéma 1 Provoz oddělení na lůžkách intenzivní a standardní péče (Zdroj: autor)

Zkušenost všeobecných sester z oddělení intenzivní péče s Evidence Based Nursing

Po získání dat v následující kategorii byly stanoveny tři otázky zabývající se zkušeností sester s Evidence Based Nursing.

1. otázka: Víte, co je Evidence Based Nursing (EBN)?

První otázka zjišťovala, zda všeobecné sestry vůbec znají pojem Evidence Based Nursing. R1 odpověděl: „*Ne, neslyšela jsem o tom.*“ Další čtyři respondenti (R2, R3, R5, R6) odpověděli totožně, tedy, že EBN vůbec neznají. R4 a R7 uvedli, že vědí, co Evidence Based Nursing znamená, ale neuvedli správnou definici, takže by o jejich znalosti EBN bylo možné polemizovat či pochybovat. To ostatně dokazuje následující odpověď: „*Ano, to je jakoby praxe založená na důkazech z ošetrovatelství získaný*“ (R7). Poslední respondent (R8) jako jediný správně uvedl, že je to Ošetrovatelství založené na důkazech.

2. otázka: Kde jste o EBN získala informace?

Následující otázka zjišťovala, kde se všeobecné sestry dozvěděly o Evidence Based Nursing, ale pouze u respondentů, kteří uvedli, že znají EBN, protože u těch, kteří EBN neznali, samozřejmě nemělo smysl dále se doptávat. Všichni tři respondenti, kteří se s termínem setkali a alespoň přibližně věděli, oč se jedná (R4, R7 a R8) shodně uvedli, že tuto znalost nabyli při studiu na vysoké škole.

3. otázka: Hledal/a jste někdy už výsledky výzkumu EBN?

Stejně jako v předchozím případě byli dotazováni ti, co se s EBN již setkali. R4 odpověděl: „*Zatím ještě ne, ale brzo se k tomu dostanu, protože také budu psát práci.*“ R7 uvedl: „*Cíleně asi ne, nevím, jestli jsem třeba narazila někde na nějaký výzkum, když jsem hledala třeba k diplomce nebo tak, ale že bych vyloženě věděla, že to je pod Evidence Based Nursing, tak to ne.*“ Poslední respondent uvedl, že pro sebe si výsledky výzkumu nikdy nehledal. Přestože tři z respondentů měli o EBN nějaké povědomí, jejich znalosti nebyly v tomto tematickém okruhu dostačující.

Zkušenost všeobecných sester z oddělení standardní péče s Evidence Based Nursing

Tématem bakalářské práce, jak již bylo několikrát zmíněno, jsou hodnotící škály založené na Evidence Based Nursing, a proto byly sestry dotazovány i na pojem Evidence Based Nursing.

1. otázka: Víte, co je Evidence Based Nursing?

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že ani jeden respondent nemá znalost o EBN. Pouze R13 se pokusil o definici, avšak nesprávně, odpověděl následovně: „*To je nějaká sesterská škála, jako evidence?*“ Z důvodu neznalosti všeobecných sester o EBN nebyly položeny další otázky týkajících se tohoto pojmu, jak tomu bylo na oddělení intenzivní péče, kde někteří z respondentů měli o EBN povědomí.

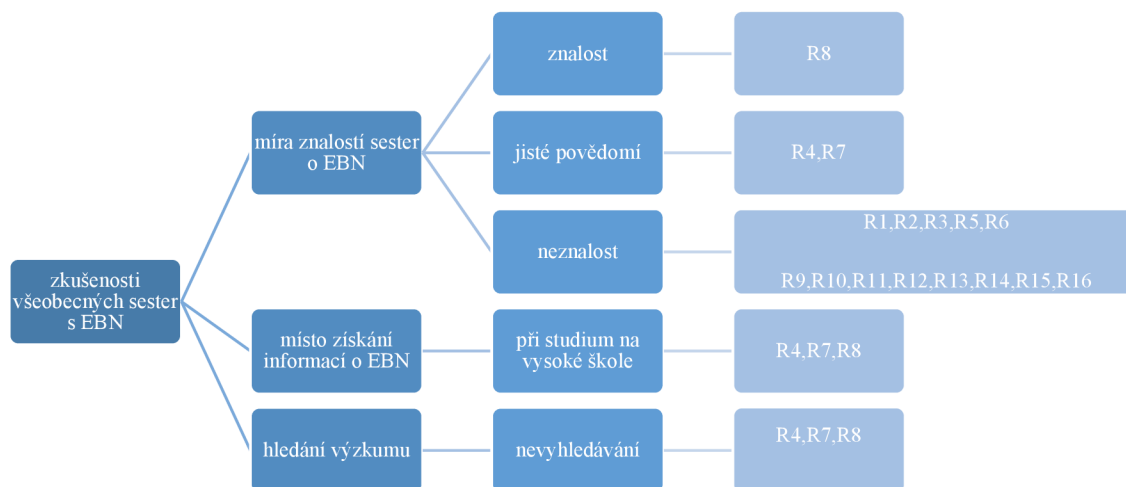


Schéma 2 Zkušenost respondentů s EBN (Zdroj: autor)

Využití hodnotících škál na oddělení intenzivní péče

Zatímco předchozí pasáže ukazovaly spíše okolní souvislosti, v tomto oddíle už se dostáváme k jádru výzkumu. V této tematické kategorii byli respondenti dotazováni na škály, které používají na oddělení, formu hodnotící škály, na časové rozmezí k vyplnění hodnotící škály a kde získali informace o hodnotících škálách.

1. otázka: Používáte na Vašem oddělení některé hodnotící škály? Jestliže ano, které?

Z odpovědí respondentů vyplývá, že všichni využívají škály bolesti – VAS a SAS, dále Barthelův test základních všedních činností a hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Například R1 odpověděl: „*Určitě, tak máme, co se týká flebitid, to je VIP, nevím teď jak to je anglicky, tím hodnotíme invazivní vstupy, na bolest hodnotíme VAS, Barthelův test, co se týče schopnosti obsloužit se sám nebo s pomocí sestry, nutriční screening, pády a dekubity Nortonovu, to jsou škály, který používáme.*“ Často zmiňovanými škálami byl také Nutriční screening a Riziko pádu. Jednou byla zmíněna škála hodnotící hloubku poruchy vědomí, tzv. Glasgow Coma Scale (GCS). Důkazem toho je odpověď R3: „*Používáme, no tak třeba bolest nebo riziko dekubitů, nebo používáme Glasgow, Barthel. Co ještě používáme? Riziko pádu, to je zhruba asi všechno.*“

2. otázka: V jaké formě používáte hodnotící škály?

V druhé otázce této kategorie, která se týkala formy použití hodnotících škál, to znamená, zda je škála součástí ošetrovatelské dokumentace, nebo zda jsou odděleně. Všichni respondenti odpověděli totožně. V tomto případě, že jsou hodnotící škály součástí ošetrovatelské dokumentace.

3. otázka: Kolik minut Vám trvá takovou hodnotící škálu vyplnit?

Následující otázka zahrnovala časové rozmezí k vyplnění hodnotící škály. Skoro všichni respondenti uvedli, že škálu vyplní maximálně do 5 minut. Časové rozmezí se však do nějaké míry lišila, ale pouze o minuty. R2 uvedl, že taková hodnotící škála zabere víc, než jak odpověděli předchozí respondenti: „*Myslím si, že to zabere klidně i 10 minut.*“ R3 nedokázal říct přesnou časovou jednotku, tvrdí, že záleží na stavu pacienta, odpověděl následovně: „*To záleží na tom, jak vypadá ten pacient, pokud pacient spolupracuje a některý věci mi třeba i sdělí a nebo přijede a vidím, že je soběstačný, tak to mám za chvíli hotový, jsem schopný to vyplnit po cestě z emergency, ale někdy to trvá samozřejmě dýl a než se člověk dostane k těm informacím, který k tomu potřebuje...*“ Z předchozích řádků vyplývá, že většina respondentů vyplní škálu do 5 minut, ovšem záleží na škále, kterou zrovna hodnotí, protože jsou různě dlouhé a obsáhlé, na stavu pacienta a jeden z respondentů uvedl, že záleží i na tom, zda je škála nově zavedená, ale i v tomto případě se jedná pouze o 5 minut k vyplnění takové škály. R8 variabilitu věnovaného času na vyplňování škál popsal následovně: „*Podle toho, jestli jí známe nebo neznáme, když je známá, tak třeba do dvou minut a když je to nějaká nově zavedená, tak kolem 5 minut si myslím.*“

4. otázka: Kde získáváte informace ohledně hodnotících škál?

Z odpovědí vyplynulo, že většina respondentů získala informace ohledně škál v praxi. Všeobecné sestry uvedly, že na svém oddělení mají dané standardy k používání škál, to znamená, že mají jasně dané tabulky, podle kterých hodnotí pacienta. Příkladem toho je odpověď R1: „*Máme tady prostě ty tabulky a když se něco změní nebo aktualizuje, tak nám prostě řeknou teď se to dělá takhle a jedem podle toho.*“ Tři respondenti uvedli, že získali nejvíce informací o hodnotících škálách při studiu na vysoké škole. Další složkou, kde získali respondenti informace o hodnotících škálách bývají školení od vrchní či staniční sestry. Příkladem je odpověď R6: „*Máme tady vlastně vyvěšený myslím si, že na sesterně jsou jakoby ty tabulky, kde je přesně to rozmezí, s tím, že na každém boxu ještě zvlášť ještě máme takhle, jako můžete vidět tady, ty jednotlivé tabulky, takže to tady*

vlastně máme všude k dispozici, ale samozřejmě školení na to taky jsou, s tím že vlastně denně se to musí přepočítávat, přesně se koukat i podle stavu pacienta, jak na tom vlastně je a pak to přehodnotit.“

Využití hodnotících škál na standardním oddělení

Následující soubor otázek se zajímal o využívání škál na oddělení, tzn. jaké škály nejčastěji používají, zda jsou součástí dokumentace a jak dlouhé trvání má vyplnění takové škály.

1. otázka: Používáte na Vašem oddělení hodnotící škály? Jestliže ano, které?

Všechny všeobecné sestry uvedly, že na svém oddělení používají hodnotící škály. Mezi nejvíce používané a zmiňované se řadí Vizuální analogová škála bolesti (VAS), škála dle Nortonové, hodnotící riziko vzniku dekubitů, Barthelův test základních všedních činností (ADL) a Nutriční screening. R10 odpověděl následovně: *„Ano, používáme škálu na bolest, VASku a na dekubity Nortona, Nutriční screening a Barthel ještě.“*

2. otázka: V jaké formě používáte hodnotící škály?

V této otázce se respondenti shodovali na tom, že hodnotící škály jsou běžnou součástí ošetrovatelské dokumentace, důkazem toho je odpověď R12: *„Ošetrovatelskou dokumentaci tam máme Nortona a Barthela a součástí lékařský dokumentace je VASka.“* R9 odpověděl: *„Je to součástí preskripce ze zadní strany, tam hodnotíme bolest v závislosti na podávání analgetik a jinak, když vypisujeme tu ošetrovatelskou, tak tam hodnotíme riziko pádu a riziko dekubitů, jestli se do toho dá ještě počítat a je tam součástí toho ještě Barthel.“*

3. otázka: Kolik minut Vám trvá takovou škálu vyplnit

V této otázce se respondenti opět lišili, ale pouze nepatrně. Většina sester uvedla, že jim vyplnění škály trvá maximálně 5 minut, konkrétně tuto odpověď uvedlo 6 sester. Dva respondenti uvedli, že škály jim trvá zhodnotit déle než 5 minut, příkladem takové odpovědi je R10, který uvedl, že hodnotící škály vyplňuje až 30 minut. Další respondent, který uvedl, že s vyplněním škály stráví více než 5 minut je R11, který odpověděl následovně: *„U nás na pracovišti, co používáme, tak 15 minut.“*

4. otázka: Kde získáváte informace ohledně hodnotících škál?

Respondenti byli dotazováni na to, zda si sami vyhledávají informace ohledně hodnotících škál, či dochází na semináře, školení apod. Většina sester si o škálách nevyhledává informace, neboť ty, co s nimi pracují již několik let, znají a vědí, jak je správně

používat. Většina sester se o škálách dozvěděla při studiu, avšak ve své praxi se již v tomto směru dále nevzdělávaly.

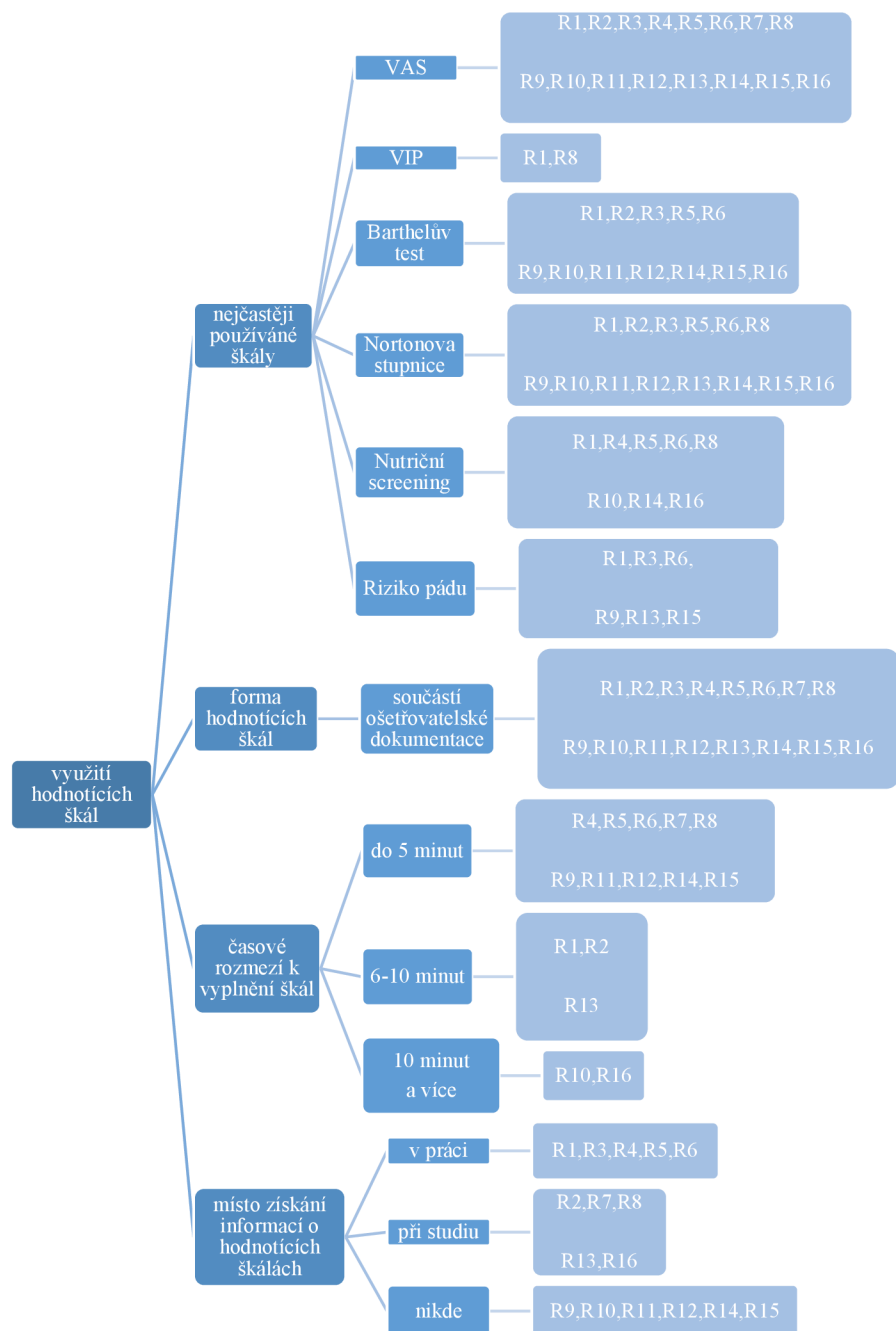


Schéma 3 Využití hodnotících škál (Zdroj: autor)

Postoj všeobecných sester intenzivní péče k používání hodnotících škál v praxi

V rámci této kategorie docházelo ke zjištění toho, jaké mají respondenti názory na využívání hodnotících škál. Šlo tedy primárně o to dozvědět se o tom, jaké s nimi mají

zkušenosti nebo co by změnili při jejich používání. Respondenti byli dotazováni na 5 otázek a mohli vyjádřit své nápady a názory k využívání hodnotících škál.

1. otázka: Myslíte si, že jsou hodnotící škály přínosem pro ošetrovatelskou péči?

Většina respondentů si myslí, že hodnotící škály jsou určitě přínosem. R5 uvedl: *„Já bych řekla, že ty, co hodnotí rány a dekubity, že určitě, asi i ty vstupy a myslím si, že riziko pádu je strašně jako, prostě je to individuální v rámci toho pacienta, jakože, jestli vidím, že je neklidný, tak hold mu dám postranice nebo prostě udělám něco pro to, aby jako nespádnul, ale to mi jako třeba přijde zbytečný ale jinak dobrý.“* Respondent 6 odpověděl, že pokud všeobecné sestry poctivě přepočítávají a dodržují předkládané standardy, tak jsou hodnotící škály určitě přínosem. R7 tvrdí, že hodnotící škály jsou určitě přínosem, hlavně v intenzivní péči jsou hojně využívány. R8 uvedl: *„Některý určitě ano, ale myslím si, že bez některých bychom se jako obešli. Já si myslím třeba, když hodnotíme u nás ten Barthelův test, tak že si myslím, že u našich pacientů to není úplně jako směrodatný.“* Většina respondentů na oddělení intenzivní péče si myslí, že jsou hodnotící škály přínosem, důležitým prvkem je ovšem správné využívání. Negativně ohodnocen byl pouze Barthelův test, avšak hodnotící škály bolesti, dekubitů a invazivních vstupů byly hodnoceny kladně a označeny jako přínosné.

2. otázka: Přijdou Vám hodnotící škály přehledné?

Následující otázka se zajímala o přehlednost hodnotících škál. Zjišťovala tedy to, zda respondenti někdy měli pocit, že se ve škálách neorientují. Většina respondentů odpověděla, že se v textu hodnotící škály orientují dobře, hlavně tedy u těch, které běžně používají a jsou jim známé. R3 odpověděl: *„Tak chvíli mi to trvalo, než jsem si zvykl, tam člověk musí chvíli třeba přemýšlet a mít opravdu nějaké informace o tom, ať už z dokumentace nebo od pacienta.“* R5 má neutrální postoj co se týká přehlednosti škál, odpověděl následovně: *„Dá se v tom orientovat dobře, akorát jsou některý věci nejasný nebo nejednoznačný, že bych někdy řekla, že třeba to platí jenom na půl, tak nevím, jestli jako zaškrtnout, jakože ano nebo nepočítat jakože ne.“* R6 si myslí, že jsou přehledné a dobře vymyšlené ale škála o riziku pádu je pro respondenta zmatečná, avšak je to jediná výjimka a s dalšími škálami je spokojená. R8 odpověděl shodně jako R3, že se ve škálách dobře orientuje, avšak významnou roli hraje zvyk na používání těchto škál. Z předchozích řádků vyplývá, že respondenti jsou spíše spokojeni s přehledností škál a jsou již zvyklí na jejich používání. Pouze škála k hodnocení rizika pádu byla negativně ohodnocena a označena respondentem za zmatečnou.

3. otázka: Setkali jste se někdy se situací, že byste nevěděli, kam zařadit pacienta v hodnotící škále?

Pět respondentů uvedlo, že již byli v takové situaci, kdy nemohli pacienta zařadit do bodové kategorie. R1 a R3 zmínili, že neschopnost zařazení pacienta do kategorie nastala při užití škály pro riziko vzniku dekubitů – škála dle Nortonové. R2 a R7 se shodli, že s takovou komplikací se setkali u hodnocení bolesti, konkrétně u škály sedace a agitace (SAS). R6 uvedl, že škála ADL (*activities of daily living*), která slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech je často problémem a je potřeba rada další kolegyně/kolegy. R8 odpověděl: „*Asi spíš, že někdy přehodnocujeme kategorie, někdo to vyhodnotí, tak, že ten pacient je soběstačný a když bych šla přímo podle té škály nebo podle těch kritérií, tak to úplně neodpovídá, jinak asi ne.*“

Pouze dva respondenti uvedli, že neměli problém se zařazením pacienta do kategorie. Většina respondentů se octla v situaci, kdy nebylo možné pacienta zařadit. Dvakrát byla zmíněna škála k hodnocení vzniku dekubitů – Nortonova stupnice a škála bolesti tzv. škála SAS.

4. otázka: Pomáhají Vám hodnotící škály při Vaší práci nebo je to pro Vás spíš zdržení?

Respondenti shodně uvedli, že jsou hodnotící škály v jejich práci přínosné, pouze jeden respondent uvedl, že je to pro něj zdržení. R3 tvrdí, že se hodnotící škály časem berou jako součást a není problém je vyplnit. R4 odpověděl: „*Jak která, my tady třeba používáme, když pacient už není sledovaný, nemá žádnou analgosedaci ani sedaci, tak stále hodnotíme ten SAS, takže je to takový, ne vždycky jsou ty škály, jakože správně využity.*“ R6 má kladný postoj k využívání hodnotících škál v praxi: „*Já si myslím, že určitě pomáhají, hlavně u těch dekubitů si myslím a vlastně i u těch invazivních vstupů si myslím, že jsou to takový důležité škály.*“ R8 si myslí, že většinou jsou přínosné, avšak jsou situace, kdy je to naopak. Uvedl: „*Třeba u těch dekubitů si myslím, že pomůžou, že můžeme, já nevím, předcházet tomu, že by ty dekubity mohly vzniknout, ale někdy si myslím, že je to spíš zdržení, když pak je problém, že to není v překladový zprávě správně vyplněný a jsou kvůli tomu dohady, tak mi to přijde zbytečný.*“

5. otázka: Jaký vidíte problém při používání hodnotících škál?

Poslední otázka měla za úkol zjistit, jaký je problém při využívání hodnotících škál. R1 si myslí, že problémem je nejednoznačnost škály, odpověděl následovně: „*Asi ne, spíš, že jsem někdy v situaci, kdy nevím jestli 2, 3, je to takový, podle toho, jak je to*

přesně definovaný, tak nevím jestli tam dát opravdu tohle nebo až tohle, nevím, někdy to je vyloženo u těch vstupů, třeba někdy no, že člověk si říká viděl bych to tady na to ale ... někdy se v tom člověk asi zmitá no, že si nemůže někdy vybrat jedno nebo druhý. “

Naopak velice pozitivní názor mají respondenti 2,3 a 6, zmiňují, že jim škály vyhovují a je to daný standard, který by neměnili. R4 si myslí, že hodnotící škály nejsou vždy správně použity, takovým příkladem je škála SAS, kdy pacient nemá žádnou analgosedaci ani sedaci a stále ji musí hodnotit. R5 uvedl: *„Já bych je možná trochu víc konkretizovala, že třeba některý ty položky, zvláště u těch pádů třeba, jsou scuknutý do jednoho bodu a já bych je třeba jako rozvedla do jiných bodů, že třeba prostě v tom bodu jsou třeba 3 věci ale ten pacient už nesplňuje všechny 3 věc, a nebo tam je třeba naopak nějaká modifikace toho výrazu nebo něco takovýho, tak kolikrát právě nevím jestli to tam mám počítat, že jako bych to víc rozvedla a ne tolik to kumulovala ty výrazy k sobě.“* R7 zmínil zajímavý názor: *„No, já třeba teď dělám diplomku zrovna na hodnotící škály, kdy tady v intenzivní péči se na bolest používá ta vizuální analogová škála a vzhledem ke spektrum pacientů ta Vaska nemá svoji výpovědní hodnotu, takže si myslím, že na intenzivní péči by měli být ohodnoceny ještě ohledně bolesti na jinou škálu.“* Poslední respondent (R8) navrhl řešení ke správnému použití škál: *„Asi větší seznámení personálu s těma škálama jako obecně, aby to nebylo jako úplně to nutný zlo, ale aby je mohli využívat pro tu svoji práci, protože asi nějaký svoje opodstatnění mají.“*

Z výzkumného šetření tedy vyplynulo, že většina respondentů uvedla hodnotící škály jako přínosné, pouze pár všeobecných sester mělo zajímavé poznatky, které by mohly přispět ke zlepšení využití hodnotících škál. Jenom jeden respondent z oddělení intenzivní péče bere hodnotící škály jako zdržení při práci.

Postoj všeobecných sester standardní péče k používání hodnotících škál v praxi

V této oblasti, byli respondenti dotazováni na jejich názory týkajících se hodnotících škál, a tedy hlavně na to, jestli je považují za přínosné, zda je zdržují nebo jsou pro ně naopak nápomocné. V tomto tématu byli respondenti dotazováni na pět otázek.

1. otázka: Myslíte si, že hodnotící škály jsou přínosem pro ošetrovatelskou péči?

Z rozhovorů vyplývá, že všeobecné sestry považují hodnotící škály spíše za nepřínosné. Pouze 3 všeobecné sestry uvedly, že jsou škály určitě přínosem pro ošetrovatelskou péči, např. R14 odpověděl následovně: *„Určitě ano, musíme vědět kam zařadit ty*

pacienty, do jaký skupiny, a hlavně kvůli ty bolesti musíme vědět jakou má bolest.“ Pět respondentů si myslí, že jsou škály nepřínosné nebo pouze některá z nich vnesla pozitivum pro ošetrovatelskou péči, nejčastěji zmiňovanou škálou, která je považována za přínosnou je Nortonova stupnice. To shrnuje například R16: *„No tak třeba pro zjištění rizika vzniku dekubitů ano, ale myslím si, že by nemuselo být tolik škál, ale stačilo, aby se hodnotilo opravdu jen to důležité, myslím si, že zkušená sestra pozná, že pacientovi začíná flebitida, a tak no, jako asi bychom se bez nich obešli si myslím.“*

2. otázka: Přijdou Vám hodnotící škály přehledné?

Vyhodnocení odpovědí na tuto otázku zahrnuje názory všeobecných sester na přehlednost hodnotících škál. Sedm respondentů uvedlo, že škály, které používají na svém oddělení jsou přehledné a nemají problém se v nich orientovat. Respondent č. 10 uvedl, že mu přijdou škály nepřehledné, odpověděl takto: *„Jako někde tam jsou zbytečně duplicitní informace.“*

3. otázka: Setkali jste se někdy se situací, že byste nevěděli, kam pacienta zařadit?

Z výsledků vyplývá, že většina respondentů nebyla v situaci, kdy nevěděli kam pacienta zařadit. Tři respondenti se ovšem vyskytli i v situaci, v níž nevěděli, kam pacienta zařadit a shodli se na tom, že tato situace nastala při vyhodnocování rizika vzniku dekubitů, tedy u škály dle Nortonové. Příkladem takové odpovědi je odpověď R10: *„Teď nevím, jestli to byla Nortonova a tam ta kolonka přidružené onemocnění, nejsou tam všechny onemocnění, který by tam měly být zahrnuty.“*

4. otázka: Pomáhají Vám hodnotící škály při Vaší práci nebo je to pro Vás spíše zdržení?

Převážná část respondentů uvedla, že hodnotící škály jsou pro ně spíš zdržením. R11 odpověděl následovně: *„No tak je to prostě jen teorie, to vyšetření, který si člověk dělá sám ti dá podle mě víc, na papíře to fakt neuvidíš, je to dobrý jen, že se udělá jako záznam, nebo třeba pro sestru, která jde na další směnu, tak si může udělat obrázek, ale jako zas ta osobní přítomnost je mnohem lepší, já to třeba z těch škál nevyčtu, jaký ten pacient je, vždycky když o něm mluvím, tak si ho musím představit.“* Dva respondenti uvedli, že při jejich práci jim hodnotící škály pomáhají, příkladem takové odpovědi, je odpověď R13: *„No my je uděláme při příjmu a pak nám je přehodnocuje staniční po těch 14 dnech, takže zabýváte se papírama a to jakoby nezdržuje.“*

5. otázka: Jaký vidíte problém při používání hodnotících škál?

Z rozhovorů vyplývá, že pět respondentů nevidí problém v používání hodnotících škál nebo uvádějí, že nad hodnotícími škálami tímto způsobem nepřemýšleli, či je v tuto chvíli nic nenapadlo. Tři z osmi respondentů uvádí, že vidí problém při využívání hodnotících škál, konkrétně odpověděli např. R10: „*Je to takový neobjektivní a takový zdržování*“ a R9: „*Asi třeba na tu bolest by bylo dobrý to zahrnout ještě jinam, jako mezi jiný otázky třeba při příjmu, u nás je podstatná ta bolest.*“

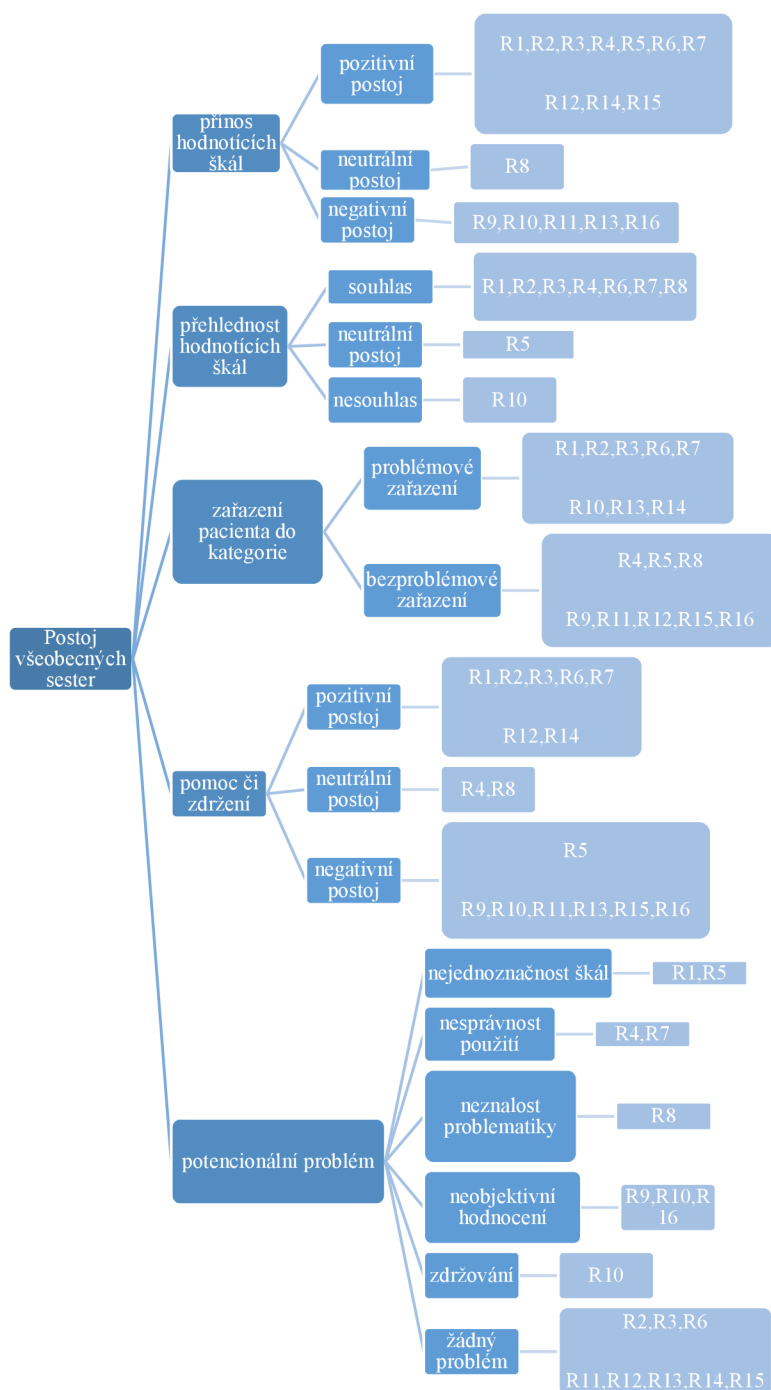


Schéma 4 Postoj všeobecných sester k používání hodnotících škál v praxi (Zdroj: autor)

3.3.2 Kategorie 2 – Bolest

Tato kategorie zjišťuje znalost všeobecných sester v oblasti hodnotících škál bolesti. Respondentům byly položeny 3 otázky na jednotlivé škály týkající se bolesti. V této kategorii jsou výsledky prezentovány již od všech respondentů, neboť zde byly odpovědi jednoznačné a nebylo třeba rozdělení do podkategorií.

1. otázka: Co je to Vizuelní analogová škála?

Z výzkumného šetření vyplývá, že Vizuelní analogovou škálu zná všech 16 dotazovaných respondentů. Příkladem takové odpovědi je odpověď R2, který uvedl: „*Takže VASka, tam se určuje bolest, kdy jednička je mírná bolest, 2 je střední bolest, 3 je středně těžká a 4 je už nesnesitelná.*“

2. otázka: Co je to Obličejová škála bolesti?

Tato otázka ukázala, že více jak polovina respondentů nezná zmíněnou hodnotící škálu a sedm respondentů uvedlo, že jmenovanou škálu znají. Například R8 správně definoval již zmíněnou škálu, odpověděl následovně: *To je škála, která vlastně hodnotí bolest a používá se třeba u dětí, která je ve formě těch obličejů, kde ty děti ukážou přímo podle toho, jak se cítí.*

3. otázka: Co je to Mapa bolesti?

Pomocí této otázky bylo zjištěno, podobně jako v předchozí otázce, a to, že více jak polovina respondentů nemá znalosti o Mapě bolesti. Pouze šest všeobecných sester uvedlo Mapu bolesti jako pro sebe známou. R6 odpověděl: „*Taky tady máme to je vlastně celej ten panáček nakreslený, kde těm pacientům vlastně říkáme ať nám ukážou místo, kde je něco bolí.*“

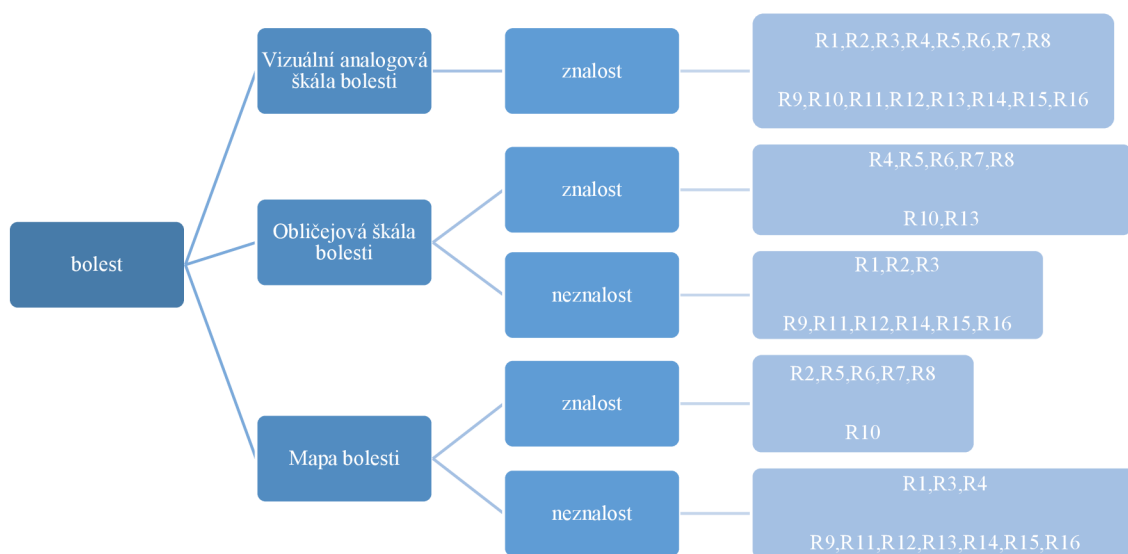


Schéma 5 Znalost respondentů o hodnotících škálách bolesti (Zdroj: autor)

3.3.3 Kategorie 3 – Dekubity

V této oblasti byly všeobecné sestry byly dotazovány na znalosti ohledně tří hodnotících škál týkajících se dekubitů. Jak již bylo uvedeno výše, jsou zde prezentovány výsledky od všech respondentů.

1. otázka: Co je to škála dle Nortonové?

Všichni dotazovaní respondenti mají znalosti o škále dle Nortonové a běžně ji používají ji na svém oddělení k hodnocení rizika vzniku dekubitů.

2. otázka: Co je to škála dle Waterlow?

Většina všeobecných sester uvedla, že tuto škálu nezná a v praxi ji nevyužívá. R1 odpověděl: „*Něco mi to říká, ale neřeknu Vám to teda, nevím.*“ Dvě všeobecné sestry (R7 a R8) mají o jmenované škále povědomí, avšak nedokázaly ji definovat. R7 uvedl: „*Znám ji, ale nepoužívám ji v praxi, ale ani nevím, jak vypadá ty jo.*“ R8 odpověděl podobně: „*Já si myslím, že bude taky k dekubitům, ale jistá si nejsem.*“ Ani jedna všeobecné sestra ze standardního oddělení tuto škálu neznala. Škála dle Waterlow nebyla tedy obecně rozšířenou znalostí, existovalo pouze jakési povědomí, ale jistou znalost neprokázal, na rozdíl od škály dle Nortonové, nikdo.

3. otázka: Co je to škála dle Bradenové?

Hodnoticí škálu dle Bradenové nevedl ani jeden respondent jako známou, pouze R6 a R8 se shodují v tom, že o hodnoticí škále slyšeli, avšak neznají podrobnosti a nedokázali by definovat, k čemu škála slouží.

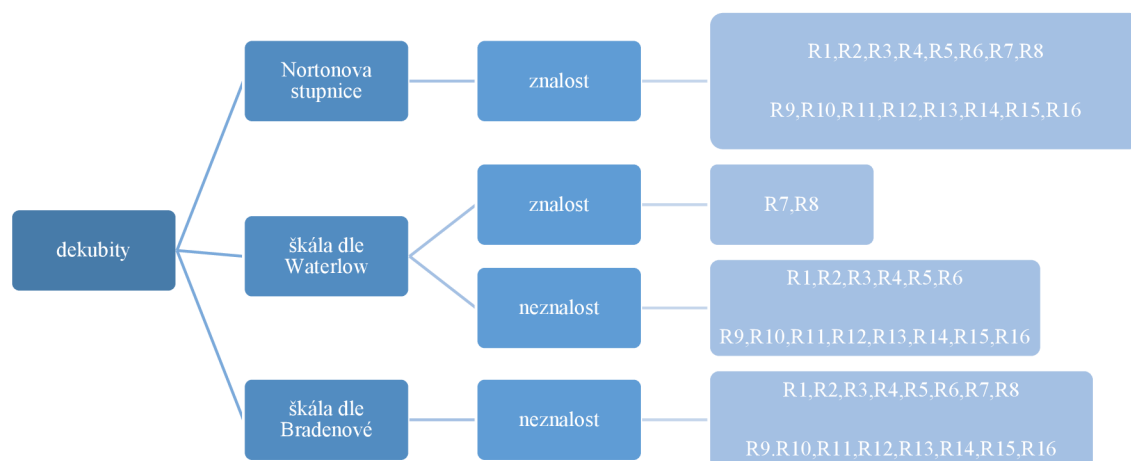


Schéma 6 Znalost respondentů o hodnoticích škálách dekubitů (Zdroj: autor)

3.3.4 Kategorie 4 – Invazivní vstupy

Poslední kategorií, která z rozhovorů vyplývá, je znalost všeobecných sester o hodnocení místa vpichu. Stejně jako předchozí kategorie se skládá ze 3 otázek, jež ověřují znalost všech dotazovaných všeobecných sester v tomto směru.

1. otázka: Co je hodnoticí škála dle Maddona?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že 9 všeobecných sester má znalost o hodnoticí škále dle Maddona. R8 odpověděl: „*To je k hodnocení periferních žilních katétrů, jestli je tam nějaký, hodnotí se jakoby riziko infekce a taky ji používáme.*“ Zbylých 7 respondentů se s touto škálou nesešlo.

2. otázka: Co je to škála infiltrace?

O hodnoticí škále dle infiltrace měla znalost pouze jedna všeobecná sestra, která uvedla: „*Ano, to se hodnotí, když to jde para.*“ Ostatní respondenti neznali zmíněnou škálu, ani ji nikdy nepoužili.

3. otázka: Co je to hodnoticí škála VIP (Visual infusion phlebitis)

Takzvanou škálu VIP znala polovina respondentů, a to především na lůžkách intenzivní péče, jelikož tuto hodnotící škálu běžně využívají na svém oddělení, zatímco na standardních lůžkách se s touto škálou nikterak běžně neseťkávají. Například R7 odpověděl takto: „*Ano, tu používáme u nás na oddělení a hodnotíme s ní periferní žilní katétr.*“

Respondenti ze standardního oddělení, kteří nepoužívají hodnotící škály k hodnocení místa vpichu byli dotazováni, zda tedy kontrolují invazivní vstupy v pravidelných intervalech. Všeobecné sestry se v této odpovědi shodují a uvádějí, že kontrolují místo vpichu každý den a následovně je slovně hodnotí v ošetrovatelské dokumentaci. Příkladem takové odpovědi vidíme zde: „*Jasně, každý den to kontrolujeme a zaznamenáváme každý den slovně do dokumentace.*“ (R9)

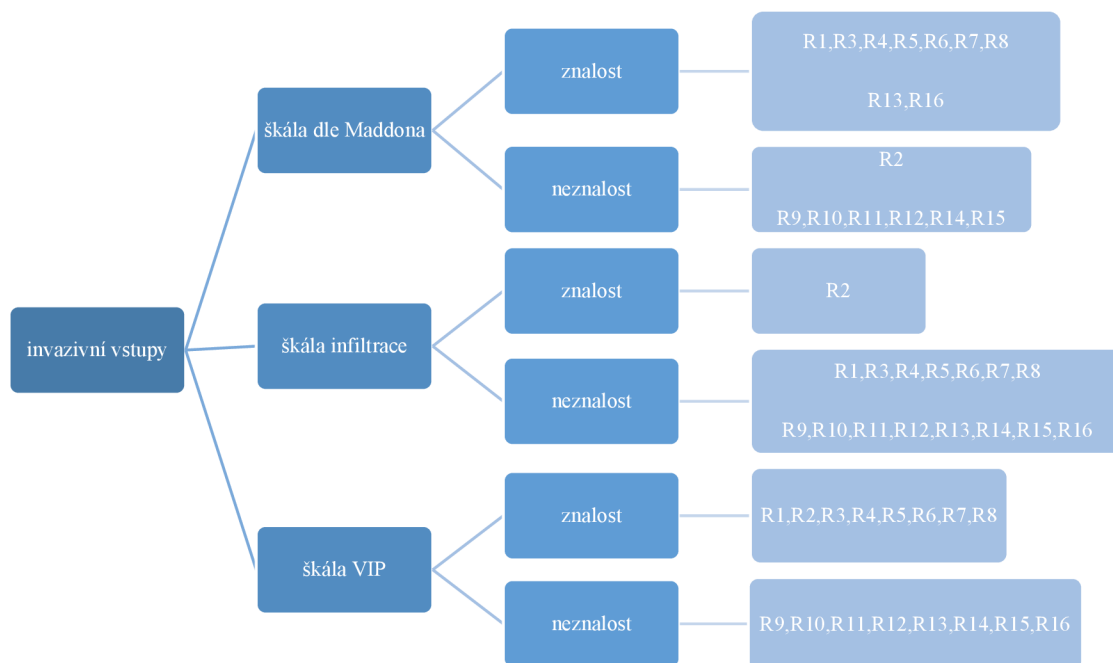


Schéma 7 Znalosti respondentů o hodnotících škálách invazivních vstupů (Zdroj: autor)

4 Diskuze

Podle Vörösové, Solgajové a Archalousové (2015) pomáhají hodnotící škály sestřám i lékařům objektivizovat záznamy o pacientovi a poskytovat mu tak individualizovanou a efektivní péči, což má být hlavní předností pro personál pracující ve zdravotnictví. To je zároveň důvod ke správnému používání hodnotících škál a sebevzdělávání v rámci tématu. Takové sebevzdělávání by ideálně mělo vést k dosažení dostatečné znalosti týkajícího se hodnotících škál.

Výzkumné šetření v rámci této bakalářské práce bylo zaměřeno především na znalost hodnotících škál zaměřených na bolest, dekubity a invazivní vstupy. Prvním cílem byl popis hodnotících škál využívaných v klinické praxi dle Evidence Based Nursing. Druhý cíl práce zjišťoval znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Konkrétně byly popsány škály zaměřené na bolest, dekubity a invazivní vstupy. Ke každému cíli byla vytvořena výzkumná otázka. Výzkum byl proveden prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s 16 respondenty ze 4 pracovišť, a to na 2 odděleních intenzivní péče a 2 odděleních standardních pracovišť.

Jak bylo již uvedeno, v rámci rozhovorů byla zjišťována především znalost všeobecných sester ohledně hodnotících škál, na tuto znalost se zaměřil druhý stanovený cíl, ke kterému byly formulovány 3 výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou je: *Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných škálách vztahující se k hodnocení bolesti?* K této výzkumné otázce byli respondenti dotazováni na tři často využívané škály v ošetrovatelské praxi, a to na Vizuální analogovou škálu, Obličejovou škálu bolesti a na Mapu bolesti. V této oblasti byla nejvíce známá Vizuální analogová škála, kterou uvedli všichni respondenti za známou, což potvrzuje poznatky Bírešové (2011). I přesto, že Bírešová (2011) uvádí, že Mapa bolesti a Obličejová škála jsou také známé techniky hodnotící bolest, výsledky z rozhovorů toto její tvrzení nepotvrzují. Zbylé dvě hodnotící škály (Obličejová škála bolesti, Mapa bolesti) nebyly uvedeny respondenty za známé, neboť ani polovina respondentů neprokázala vědomost ohledně těchto škál, a proto je jejich znalost možné hodnotit podstatně nižší než u škály VAS. Znalosti ohledně Obličejové škály jsou pravděpodobně nižší z důvodu preferovaného využití u dětí, kteří nedokáží svou bolest popsat, a proto je snazší ukázat, který nákresový obličej vystihuje jejich bolest, jak ostatně uvádí i Bírešová (2011) ve svém textu.

Následující výzkumná otázka zněla takto: *Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných škálách vztahující se k hodnocení dekubitů?* Jak uvádí Ulrych (2015) mezi hojně využívané škály patří škála dle Nortonové, Waterlow a škála dle Bradenové, na které byly respondenti také dotazováni. Nejvíce znalostí respondenti prokázali u škály dle Nortonové, což odpovídá i poznatku od Kuckir (2016). Nortonova stupnice je tedy v souladu s Kuckir (2016) i respondenty rozhovorů této bakalářské práce považována za nejvíce využívanou škálu k hodnocení rizika vzniku dekubitů na území České republiky. Znalost ohledně škál dle Waterlow a dle Bradenové byla značně nižší než u škály dle Nortonové. V zahraničí je naopak dle průzkumu od Home of the Braden Scale (2016) spíše využívaná škála dle Bradenové a je označena za velice spolehlivou škálu.

Poslední výzkumná otázka týkající se invazivních vstupů zněla: *Jaké jsou znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách vztahující se k hodnocení místa vpichu?* V této oblasti byli respondenti dotazováni opět na 3 škály týkající se invazivních vstupů, a to na škálu dle Madonna, škálu infiltrace a škálu VIP. Gillian (2014) uvádí, že v zahraničí jsou tyto škály oblíbené a hojně využívané. Je to pravděpodobně způsobeno tím, že tyto škály pochází právě ze zahraničí, a to konkrétně z Velké Británie. U nás v České republice tak hojně využití a dobré znalosti o těchto škálách nebyly patrné a rozhovory je nepotvrdily. Dle odpovědí respondentů je nejvíce známá hodnotící škála dle Maddona, ta dle Sedlářové (2016) hodnotí tíži tromboflebitidy. Cetlová, Drahošová a Točíková (2012) uvádí, že tato škála obsahuje pouze symptomy, projevující se u flebitidy oproti dále zmiňujícím škálám. Škálu dle Maddona zná 9 respondentů z 16, což je více jak polovina. Další škálou je škála infiltrace. Infiltrace znamená, že tekutina podávaná pacientovi prosakuje do podkoží. V této oblasti jsou všeobecné sestry neznalé, pouze jedna všeobecná sestra uvedla správnou definici. Poslední škála, tzv. VIP nebo také Jacksonova škála, u které Sedlářová, Zvoníčková a Svobodová (2017) uvádí, že obsahuje stupně vzniku flebitidy a barevné označení, tudíž sestry upozorní, kdy věnovat pozornost k případnému vzniku flebitidy. Tato škála je podstatně známější, a to především na odděleních intenzivní péče, kde VIP škála nahradila škálu dle Maddona, avšak na standardním oddělení je tato škála neznámá, neboť k hodnocení rizika vzniku dekubitů nepoužívají hodnotící škály a místo vpichu kontrolují dle svého úsudku a zkušeností a následně zapisují své pozorování do ošetrovatelské dokumentace, což je postup, který využívají rutinně.

V kontextu zjišťování znalostí o využívání hodnotících škál, byly všeobecné sestry dotazovány i na jejich vlastní názory v tomto ohledu. Bírešová (2011) tvrdí, že všeobecná sestra pomocí škál shromažďuje potřebné informace o pacientovi a vyhodnocuje následující postupy pro ošetrovatelskou péči. Dále také uvádí, že jejich použití je jednoduché a časově nenáročné, s tímto tvrzením ovšem nesouhlasí více jak polovina dotazovaných sester. Tento názor zastávají především všeobecné sestry, pracující na standardních odděleních, patrně z důvodu toho, že mají na starost více pacientů než na oddělení intenzivní péče. Často uváděnou odpovědí je právě to, že sestry tráví mnoho času s vypisováním papírů, přičemž by raději trávili čas s poznáním pacienta a péčí o něj. Názory, které se opakovaly byly například i to, že sestrám hodnotící škály nepomáhají, ale větší pomocí jsou pro lékaře. Důležitou podmínkou pro správné využívání hodnotících škál je především znalost v tomto ohledu, znát způsoby jejich použití a jak uvádí Cetlová, Drahošová a Točíková (2012) samovzdělávat se. Toto tvrzení lze považovat za diskutabilní, neboť sestry uvedly, že mají jasně dané standardy, popřípadě přímo dané tabulky pro užívání škál, avšak po škole, kde se většina sester o škálách dozvěděla již žádné samostudium či konference, školení apod. neproběhly.

Bírešová (2011) ve svém textu uvádí, že některé škály pomohou pacienta zařadit do určité bodové skupiny, díky níž je možné upravovat plán ošetrovatelské péče a posléze již posuzovat pacienty individuálně. V tomto tvrzení dochází v kontextu provedených rozhovorů k rozporu, z důvodu toho, že většina sester má totiž problémy se zařazením pacienta do určité bodové skupiny, často zmiňovanou škálou, kde tyto problémy nastávají, je Nortonova stupnice.

Celkový pohled všeobecných sester na hodnotící škály, které vychází z jejich vlastních zkušeností a znalostí, lze hodnotit jako spíše negativní. Nespokojenost s touto problematikou je podmíněn především časovým faktorem a zaneprázdněním sester s další administrativní prací, přestože takový typ práce již vnímají jako rutinní a zvykly si na něj. Z těchto důvodů mají rozdělenou práci na administrativní a praktickou, tudíž jedna sestra píše papíry a druhá sestra se stará o pacienty. Důkazem toho je, že více jak polovina sester uvedla v rozhovoru, že hodnotící škály považují spíše za zdržení než za pomoc při ošetrovatelské péči. Zde je právě viditelný rozdíl, protože na intenzivních odděleních mají sestry na starost 2-3 pacienty, v některých případech pouze jednoho pacienta, na druhou stranu na standardním oddělení pečují sestry o mnohem více pacientů. Takový rozdíl vede i k názorovému rozkolu, týkajícího se hodnotících škál.

Na základě výsledků z rozhovorů s všeobecnými sestrami byla navržena doporučení ke zlepšení využití hodnotících škál, které budou uvedeny v následující kapitole.

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků, které odhalily spíše negativní postoj ke škálám, jsou navrhována následující doporučení. Jejich cílem je zlepšení znalostí v okruhu hodnotících škál a k předejití některým obtížím, které respondenti zmiňovali.

Za zcela zásadní doporučení považují rozvinutí snahy o pořádání seminářů na téma hodnotících škál, které se nejvíce využívají v praxi. Při těchto seminářích by bylo vysvětleno použití těchto škál a probíhalo by bližší seznámení s problematikou, a to s důrazem na prospěšnost využívání škál (př. časovou efektivitu, zlepšení péče apod.). Všeobecným sestrám by tak mohlo pomoci vysvětlení jednotlivých bodů ve škálách nebo uvedení příkladů, co dělat, když pacienta nelze zařadit do kategorie. V hodinách semináře by měly sestry prostor zeptat se na informace, které jim nejsou zcela jasné, a naopak odhalit pořadatelům semináře problematické pasáže těchto škál, na které naráží všeobecné sestry ve své každodenní praxi. Po odhalení problematických aspektů a po vyslechnutí požadavků by následně mohlo dojít k úpravě hodnotících technik.

Důležitá je v tomto ohledu motivace sester k využívání hodnotících škál a také důraz na dobré porozumění, protože při neznalosti a nepochopení používání škál může dojít ke špatné ošetrovatelské péči poskytované pacientům.

Hodnotící škály by se tak ve výsledku měly stát tématem celoživotního vzdělávání sester, aby byly sestry proškoleny za účelem správnosti používání škál, což by nakonec mohlo vést k nastolení standardů k jednotnému používání.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na znalosti všeobecných sester o nejčastěji užívaných hodnotících škálách, a tedy škálách zaměřených na bolest, dekubity a invazivní vstupy. Cílem práce bylo zjistit, jaký mají všeobecné sestry přehled v již zmíněné oblasti (tj. zda škály znají, zda je používají apod.)

V teoretické části práce jsou představeny základní teoretické poznatky jako například proces Evidence Based Nursing. Samotný název této bakalářské práce napovídá, že EBN je nezbytnou součástí práce. V další části jsou popsány hodnotící škály obecně a následně jsou rozděleny do tří již jmenovaných oblastí. Každá oblast obsahuje 3 škály, na které byly všeobecné sestry dotazovány (VAS, Obličejová škála bolesti, Mapa bolesti, Nortonova stupnice, škála dle Waterlow, škála dle Bradenové, škála dle Maddona, škála infiltrace a VIP). Poslední část teoretického pojednání zahrnovala poznatky o použití hodnotících škál v zahraničí.

Výzkumná část se řídila předem stanovenými cíli a výzkumnými otázkami. Výzkum byl veden v rámci kvalitativního přístupu a sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru s všeobecnými sestrami. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na 2 cíle.

Prvním cílem byl popis vybraných hodnotících škál používaných v ošetrovatelské praxi. Tento cíl byl pouze popisný, proto k němu nebyly stanoveny žádné výzkumné otázky. První cíl byl tedy splněn pomocí vypracování teoretické části bakalářské práce. V práci jsou popsány škály bolesti, a tedy Vizuální analogová škála, Mapa bolesti a Obličejová škála bolesti, poté škály dekubitů, konkrétně Nortonova stupnice, škála dle Waterlow a škála dle Bradenové a poslední oblastí jsou škály zaměřující se na invazivní vstupy, a to škála dle Maddona, infiltrace a škála VIP.

Druhým cílem bylo (v návaznosti na ten první) zjistit znalosti sester o těchto škálách v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Výzkumné šetření ukázalo, že znalost všeobecných sester v oblasti hodnotících škál bolesti není mezi dotazovanými na dobré úrovni a většina z nich nemá informovaný přehled o používaných škálách. Nejznámější škálou bolesti byla Vizuální analogová škála, kterou uvedli všichni respondenti jako známou. Zmapování znalostí v oblasti hodnotících škál dekubitů nebylo tak jednoznačné jako v předchozím případě. Všichni respondenti měli přehled o škále hodnotící riziko vzniku dekubitů, škále dle Nortonové, avšak zbylé dvě škály (škála dle Waterlow a škála dle Bradenové) nebyly označeny respondenty jako známé. Posledním zkoumaným tématem

byly hodnotící škály zaměřené na invazivní vstupy. Z rozhovorů vyplynulo, že polovina respondentů má dobrou úroveň znalostí o hodnotící škále dle Maddona a škále VIP, především tomu tak bylo na oddělení intenzivní péče, kde tyto škály hojně využívají. Na druhou stranu škálu infiltrace neznal téměř nikdo z respondentů.

Výsledky této práce ukázaly, že znalosti všeobecných sester vztahujících se k hodnotícím škálám poskytovaných v ošetrovatelské péči nejsou na tak dobré úrovni. Mezi nejvíce známé škály patří Vizuální analogová škála bolesti, Nortonova stupnice a škála dle Maddona. Výzkumné šetření ukázalo spíše neuspokojivé výsledky s používáním hodnotících škál. Někteří respondenti vnímají určité benefity v používání škál, například tím, že ulehčují práci. Je zřejmé, že by bylo záhodno, aby se vědomí o škálách zvyšovalo, a i ty ostatní škály se staly běžnou znalostí a mohly tak ulehčovat práci všeobecných sester napříč různými pracovišti. Hodnotícím škálám bychom se měli určitě věnovat i v následujících letech a pracovat na jejich zlepšení, aby jejich použití bylo užitečné a smysluplné.

Na základě výsledků výzkumného šetření prezentovaných v příslušných pasážích tohoto textu je patrné že výzkumných cílů této bakalářské práce bylo dosaženo. V souladu s výsledky ze sběru dat byla definována doporučení, která by mohla pomoci předejít obtížím zmiňovanými respondenty a zlepšit tak kvalitu poskytované ošetrovatelské péče pacientům. Výstupem bakalářské práce bude rovněž odborný článek určený k publikaci (viz Příloha M).

Seznam použité literatury

BAŠKOVÁ, Martina. 2015. Hodnocení bolesti a syndromu z odnětí léčiva. *Česko-slovenská pediatrie*. **70**(2), 34. ISSN 0069-2328.

BÍREŠOVÁ, Edita. 2011. Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče. *Sestra*. **21**(7-8), 38-40. ISSN 1210-0404.

CETLOVÁ, L., L. DRAHOŠOVÁ a I. TOČÍKOVÁ. 2012. *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-45-0.

CSISKO, Matej. 2016. Posudzovanie bolesti v ošetrovateľskej praxi. Zdravotníctví a medicína. *Sestra*. **2016**(3), 28-29. ISSN 2336-2987.

GLAC, Tomáš et al. 2016. Indikátor kvality ošetrovatelské péče v prevenci infekce místa inserce centrálního žilního katetru. *Florence*. **12**(5), 34-35. ISSN 1801-464X.

JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.

JEŽKOVÁ, Lenka a Bára KVAPILOVÁ. 2013. Ošetrovatelství založené na důkazech. *Sestra*. **23**(2), 27-30. ISSN 1210-0404.

FILICKÁ, Janka. 2013. Ošetrovatelství založené na důkazech. *Sestra*. **23**(11), 42-44. ISSN 1210-0404.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2014. Evidence Based Nursing. *Sociální služby* [online]. 20-21 [cit. 2020-11-25]. ISSN1803-7348.

Home of the Braden Scale. 2016. PREVENTION PLUS. *Prevention plus* [online]. [Cit. 2021-01-02].

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. Praha. ISBN 978-80-271-0130-6.

KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.

KUCKIR, Martina et al. 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0054-5.

ONDRIOVÁ, Iveta a Tereziá FERTAĀLOVÁ. 2013. Dekubity jako indikátor kvality. *Sestra*. **23**(1) s. 48-50. ISSN 1210-0404.

ONDRIOVÁ, Iveta a Anna SINAIOVÁ. 2014. Vybrané atributy pooperační bolesti u dětí. *Sestra*. **24**(4), 37-39. ISSN 1210-0404.

OSTERBRINK, Jürgen et al. 2014. Adherence of pain assessment to the German national standard for pain management in 12 nursing homes. *Pain research & management* [online]. **19**(3), 133-40 [cit. 2021-06-02]. DOI:10.1155/2014/785765.

PARISI, R., C. BORTOLUZZI a M. PELLEGRINET. 2017. Catheter related venous thrombosis: diagnosis and management. *Kazuistiky v angiologii*. **4**(1), 34-36. ISBN 978-80-87969-26-7.

PIECKOVÁ, Lenka. 2011. Management bolest – charakteristika bolesti, její rozdělení. *Sestra*. **21**(7-8), 37-38. ISSN 1210-0404.

PLEVOVÁ, Ilona et al. 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

RAY-BARRUEL, Gillian et al. 2014. Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice* [online]. **20**(2), 191-202 [cit. 2021-06-02]. DOI:10.1111/jep.12107.

ROKYTA, R., M. KRŠIAK a M. KOZÁK. 2012, *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-02-1.

ROŠKOVÁ, Silvia. 2012. Bolest-fyziologie, fáze, léčba. *Sestra*. **22**(4), 49-51. ISSN 1210-0404.

SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. 2016. Hodnocení místa vpichu u periferních žilních katetrů. *Florence*. **12**(6), 30-33. ISSN 1801-464X.

SEDLAŘOVÁ, P., M. ZVONÍČKOVÁ a H. SVOBODOVÁ. 2017. Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétry. *Medicina pro praxi*. **14**(2), 94-97. ISSN 1214-8687.

STŘÍŽKOVÁ, Klára a Markéta KOUTNÁ. 2016. Hodnocení postupu ošetření invazivních vstupů se zaměřením na kvalitu fixace. *Léčba ran*. **3**(3), 15-18. ISSN 2336-520X.

ŠENKÁROVÁ, Zuzana. Hodnotící nástroje v paliativní péči. 2013. *Sestra*. **23**(2). 38-39. ISSN 1210-0404.

ŠVEJDOVÁ, Kateřina. 2010. Filozofie v ošetrovatelství. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [Cit. 2020-11-28].

ULRYCH, Ondřej. 2016. Stanovení míry rizika prevence vzniku proleženiny. *Léčba ran*. **3**(3), 7-8. ISSN 2336-520X.

VÖRÖSOVÁ, G., A. SOLGAJOVÁ a A. ARCHALOUSOVÁ. 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5538-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha. ISBN 978-80-247-3421-7.

Seznam tabulek

Tab. 1 Přehled výzkumného vzorku na oddělení intenzivní péče

Tab. 2 Přehled výzkumného vzorku na standardním oddělení

Seznam schémat

- Schéma 1 Provoz oddělení na lůžkách intenzivní a standardní péče
- Schéma 2 Zkušenosti respondentů s EBN
- Schéma 3 Využití hodnotících škál
- Schéma 4 Postoj všeobecných sester k používání hodnotících škál v praxi
- Schéma 5 Znalost respondentů o hodnotících škálách bolesti
- Schéma 6 Znalost respondentů o hodnotících škálách dekubitů
- Schéma 7 Znalost respondentů o hodnotících škálách invazivních vstupů

Seznam příloh

Příloha A Vizuální analogová škála bolesti

Příloha B Obličejová škála bolesti

Příloha C Mapa bolesti

Příloha D Nortonova stupnice

Příloha E Hodnotící škála dle Waterlow

Příloha F Hodnotící škála dle Bradenové

Příloha G Hodnotící škála dle Maddona

Příloha H Hodnotící škála infiltrace

Příloha I Jacksonova škála

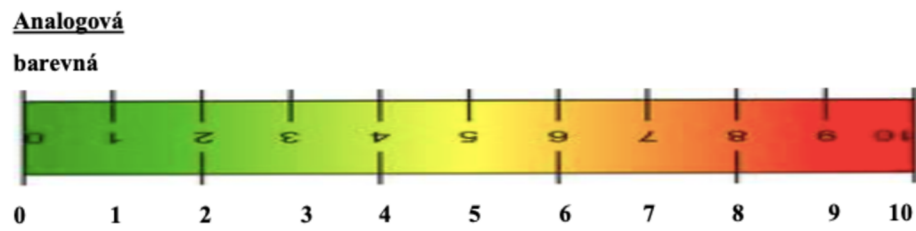
Příloha J Otázky k výzkumu

Příloha K Informovaný souhlas

Příloha L Protokoly k realizaci výzkumu

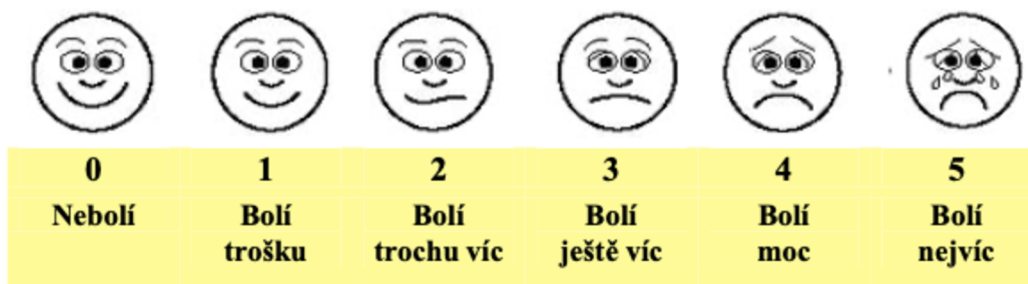
Příloha M Článek připravený k publikaci

Příloha A Vizuální analogová škála bolesti



Zdroj: (Cetlová et al., 2012, s. 40)

Příloha B Obličejová škála bolesti



Hodnocení	
0	Žádná bolest
2 a více	Bolest, intervence nutná
5	Maximální bolest

Hlášení sestry lékaři v případě nedostatečné intervence: **skóre neklesne pod 2**

Při hodnocení lze použít následující komentář (podle Hicksově):

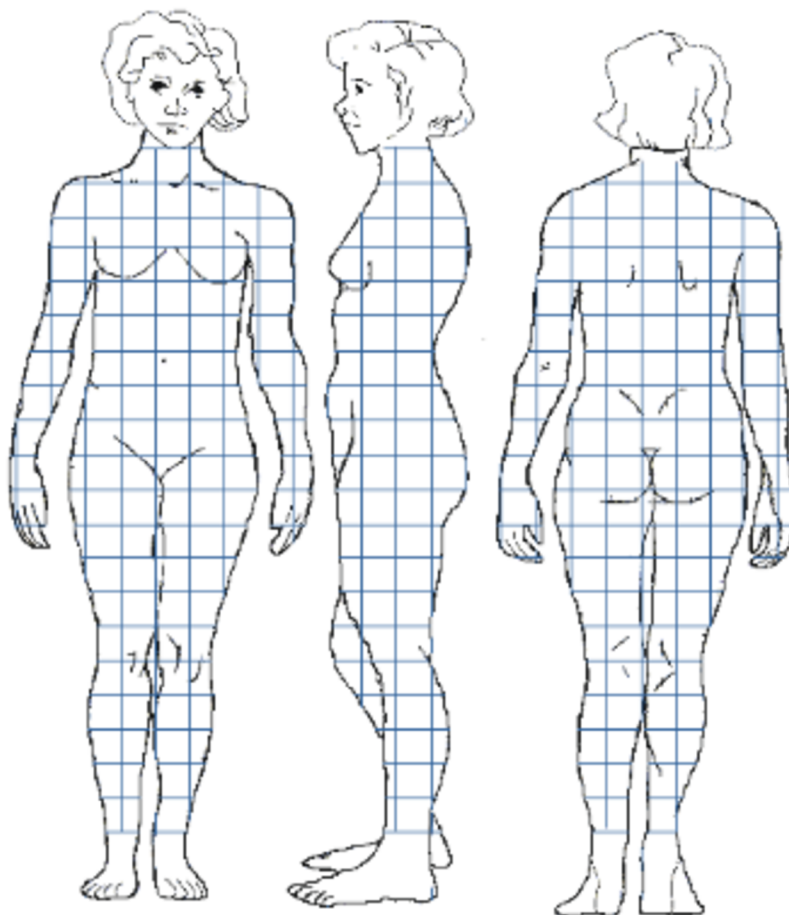
„Tyto obličejové ukazují, jak moc může něco bolet. Tenhle obličej (*ukážte na obličej nejvíce vlevo*), znamená, že nic nebolí. Další obličejové ukazují větší a větší bolest (*ukazujte na jeden po druhém zleva doprava*) až tenhle (*ukážte na obličej nejvíce vpravo*), ukazuje moc velkou bolest. Ukaž mi obličej, který ukazuje, jak velkou bolest máš (zrovna teď) ty.“

Podstatou je, že dítě má pochopit, že obličejové nepředstavují je samotné, ale jejich bolest!

Zdroj: (Cetlová et al., 2012, s. 18)

Příloha C

Mapa bolesti



Instrukce

Nakreslete tužkou křížek do každého čtverečku, ve kterém pociťujete bolest.

(vyvinuto Arnoldem J. Kreschem, MD)

Zdroj: (Cetlová et al., 2012, s. 37)

Příloha D Nortonova stupnice k hodnocení dekubitů

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	0 - 29	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11 - 30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom Kachexie Obezita Onemocnění cív a jiné	Podle závažnosti onemocnění 3 - 1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31 - 60	2	Vlhká	2			Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	Nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů. Čím méně bodů, tím vyšší riziko.

Zdroj: (Cetlová et al., 2012, s. 25)

Příloha E

Škála Waterlow - riziko vzniku dekubitů

Stavba těla/ výška, váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
Průměrná	0	Zdravá	0	Muž	1	Terminální kachexie	8	Zcela kontinentní / katetrizován	0
Nadprůměrná	1	Papírová, suchá	1	Žena	2	Porucha výživy tkání	8	Občasná inkontinence	1
Obézní	2	Vlhká (zvýšeně teplá)	1	14-49	1	Srdeční selhání	5	Má permanentní katétr	1
Podprůměrná	3	Edematózní	1	50-64	2	Periferní vaskulární porucha	5	Inkontinence stolice	2
		Porucha barvy	2	65-74	3	Anemie	2	Kompletní inkontinence	3
		Porušená, ložisko	2	75-80	4	Kouření	1		
				81 a výše	5				
Neurologická porucha		Pohyblivost		Chuť k jídlu		Operace, trauma		Medikace	
Diabetes mellitus	4-6	Plná	0	Průměrná	0	Ortopedická	5	Cytostatika	4
Roztroušená skleróza		Neklid, vrtí se	1	Slabá	1	Pod úrovní pasu		Vysoké dávky steroidů	
CMP		Apatie	2	Sonda/pouze tekutiny	1	Páteř		Protizánětlivé léky	
Paraplegie		Omezená hybnost	3	Nic ústy / anorexie	3	Operace delší jak 2 hodiny			
		Nehybnost na lůžku	4						
		Nehybnost v křesle	5						

Čím vyšší bodové skóre, tím vyšší riziko vzniku dekubitů.

Zdroj: (Cetlová et al., 2012, s. 55)

Příloha F

Bradenové stupnice

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Citlivost / percepce	úplně limitovaný	1	hodně limitovaný	2	mírně limitovaný	3	žádné poškození	4
Vlhkost	velmi vlhká kůže	1	příležitostně mokrý	2	zřídka mokrá	3	nikdy mokrá	4
Aktivita	nemocný připoutaný na lůžko	1	připoutaný k židli	2	příležitostně chodí	3	chodí často	4
Pohyblivost	úplná nepohyblivost	1	velmi omezená	2	mírně omezená	3	bez omezení	4
Výživa	velmi špatná	1	neadekvátní	2	adekvátní	3	výborná	4
Tření	problém	1	možný problém	2	bez problému	3		

POČET BODŮ:

- 16** - minimální riziko vzniku dekubitů
- 13-15** - střední riziko vzniku dekubitů
- 12 a méně** - vysoké riziko vzniku dekubitů

Zdroj: (Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové,
dostupné také z: <https://ose.zshk.cz/media/p5819.pdf>)

Příloha G Hodnotící škála dle Maddona

Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí
I	Pouze bolest, ne reakce v okolí
II	Bolest a zarudnutí
III	Bolest, zarudnutí, otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Zdroj: (Cetlová et al., 2012, s. 31)

Příloha H

Tabulka 3 Skóre infiltrace dle INS (zdroj: Groll et al., 2010)

Stupeň	Klinická kritéria
0.	Bez příznaků
1.	Bledá kůže Otok pod 2,5 cm v kterémkoli směru od místa vpichu Studené na dotyk S bolestí nebo bez bolesti
2.	Bledá kůže Otok od 2,5 do 15 cm v kterémkoli směru od místa vpichu Studené na dotyk S bolestí nebo bez bolesti
3.	Bledá, průsvitná kůže Výrazný/masivní otok nad 15 cm v kterémkoli směru od místa vpichu Mírná bolestivost Možná necitlivost
4.	Bledá, průsvitná kůže Kůže je napnutá, prosáklá Kůže má změněnou barvu, je prosáklá, nateklá Výrazný/masivní otok nad 15 cm v kterémkoli směru od místa vpichu Pitting edém – plastický otok (přetvárající důlky v oteklé tkáni po stlačení prstem) Porucha prokrvení Střední až silná bolestivost Prosáknutí transfuzních přípravků, krevních derivátů, dráždivých látek nebo vezikantů.

Zdroj: (Sedlářová et al., 2016, s. 32)

Příloha I

Obr. 1 VIP skóre (Visual Infusion Phlebitis Scale) – Jacksonovo skóre

Vizuální hodnocení periferního žilního vstupu	Skóre dle vizuálního hodnocení	Skóre hodnotí každá směna, povinný záznam v dokumentaci
Vstup je zcela klidný	0	Nejsou známky flebitidy → kanylu dále sledovat
JEDEN znak z následujících: 1. mírná bolest kolem vstupu 2. zarudnutí kolem vstupu	1	Možné známky flebitidy → kanylu dále sledovat
DVA znaky z následujících: 1. bolest kolem vstupu 2. zarudnutí 3. otok	2	Časné stadium flebitidy → KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci)
VŠECHNY znaky z následujících: 1. bolest kolem vstupu 2. zarudnutí 3. tuhý otok	3	Rozvinutá flebitida → KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZVAŽOVAT LÉČBU – upozornit lékaře
VŠECHNY znaky jednoznačně vyjádřené: 1. bolest kolem vstupu 2. zarudnutí 3. tuhý otok 4. jasně viditelná žíla	4	Pokročilá flebitida /tromboflebitida → KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZVAŽOVAT LÉČBU – upozornit lékaře
VŠECHNY znaky jednoznačně vyjádřené: 1. bolest kolem vstupu 2. zarudnutí 3. tuhý otok 4. jasně viditelná žíla 5. horečka	5	Pokročilá tromboflebitida → KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZAHÁJIT LÉČBU – upozornit lékaře

© Andrew Jackson. VIP Score. 1997 Rotherham General Hospitals NHS Trust.
© Translation Aleš Chrdle, Magdalena Horníková. 2015 Nemocnice České Budějovice, a. s.

Zdroj: (Sedlářová et al., 2016, s. 31)

Příloha J Otázky k výzkumu

Kategorie – délka praxe na pozici všeobecná sestra

–Jak dlouho pracujete na pozici všeobecná sestra?

Kategorie – Znalost všeobecných sester o EBN

–Víte, co je to Evidence Based Nursing?

Kategorie – Získávání informací o EBN

–Kde jste o EBN získala informace?

–Hledala jste někdy už výsledky výzkumu EBN?

Kategorie – Chod oddělení

–Kolik máte příjmů během dne?

–Jaký je Váš maximální počet lůžek?

–Kolik máte nyní pacientů?

–Kolik pacientů má na starost jedna sestra ve směně?

Kategorie – Využití hodnotících škál v praxi

–Používáte na vašem oddělení některé hodnotící škály? Jestliže ano, které?

–V jaké formě používáte hodnotící škály? (Zda je součástí ošetrovatelské dokumentace)

–Kolik minut vám trvá takovou hodnotící škálu vyplnit?

Kategorie – Získání znalostí o hodnotících škálách

–Kde získáváte informace ohledně hodnotících škál? (kde se vzděláváte?)

Kategorie – Znalost všeobecných sester o hodnotících škálách

Bolest

–Co je to Vizuální analogová škála bolesti?

–Co je to Obličejová škála bolesti?

–Co je to Mapa bolesti?

Dekubity

–Co je hodnotící škála dle Nortonové?

–Co je hodnotí škála dle Waterlow?

–Co je škála dle Bradenové?

Invazivní vstupy

–Co je hodnotící škálu dle Maddona?

–Co je hodnotící škála infiltrace?

–Co je hodnotící škálu VIP? (Visual Infusion Phlebitis Scale)

(Pokud nepoužíváte hodnotící škály pro invazivní vstupy, kontrolujete invazivní vstupy v nějakých pravidelných intervalech?)

Kategorie – Názory sester na využívání hodnotících škál

–Myslíte si, že hodnotící škály jsou přínosem pro ošetrovatelskou péči?

–Přijdou Vám hodnotící škály přehledné? (tzn. zda se dobře orientujete v textu škály)

–Setkali jste se někdy se situací, že byste nevěděli, kam zařadit pacienta v hodnotící škále?

–Pomáhají Vám hodnotící škály při Vaší práci nebo je to pro Vás spíše zdržení?

–Jaký vidíte problém při používání hodnotících škál?

(Zdroj: autor)

Příloha K Informovaný souhlas Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Adéla Jansová
Osobní číslo studenta:	D18000073
Univerzitní e-mail studenta:	adela.jansova@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetrovatelství – B0913P360030
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	<input type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Téma kvalifikační práce:	Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Technika	Polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěla požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru, dále bude elektronicky zaznamenán prostřednictvím diktafonu a následně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta: _____

Podpis respondenta: _____

Dne: _____

(Zdroj: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií)

Příloha L Protokoly k realizaci výzkumu

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce

Příjmení a jméno studenta, titul:	Jansová Adéla
datum narození:	10.6.1999
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Třebihošť 105, Dvůr Králové n.L., 544 01
telefonní kontakt:	777 491 958
e-mail:	adela.jansova@tul.cz
Název školy, fakulta:	Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií
Studijní obor, ročník:	Všeobecná sestra, prezenční, bakalářské studium, 3. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Jméno vedoucího práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	7-10
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	
Metodika výzkumu:	Kvalitativní výzkum - polostrukturovaný rozhovor
Období výzkumu (od - do):	Duben-květen
Souhlas vedení pracoviště s výzkumem	
Jméno:	
Razítko, podpis, datum:	

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartuční lhůty, která aktuálně činí 10 let.


Datum: 15. 4. 2021

Podpis žadatele:

Vedoucí práce

Student

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce

Příjmení a jméno studenta, titul:	Jansová Adéla
datum narození:	10.6.1999
adresa bydliště (ulice, čp, PSC, město):	Třebíhošť 105, Dvůr Králové n. L., 544 01
telefonní kontakt:	777 491 958
e-mail:	adela.jansova@tul.cz
Název školy, fakulta:	Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií
Studijní obor, ročník:	Všeobecná sestra, prezenční, bakalářské studium, 3. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Jméno vedoucího práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	7-10
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	N
Metodika výzkumu:	Kvalitativní výzkum – polostrukturovaný rozhovor
Období výzkumu (od – do):	Duben-květen
Souhlas vedení pracoviště s výzkumem	8
Jméno:	
Razítko, podpis, datum:	22. 4. 2021 

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum: 15. 4. 2021

Podpisy žadatele:

Vedoucí práce

Student

PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Adéla Jansová
Osobní číslo studenta:	D1800073
Univerzitní e-mail studenta:	Adela.jansova@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Ročník:	3.
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Hodnoticí škály v ošetřovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Metoda a technika výzkumu:	Kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor
Soubor respondentů:	4 respondenti
Název pracoviště realizace výzkumu:	
Datum zahájení výzkumu:	1.6. 2021
Datum ukončení výzkumu:	11.6.2021
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Prohlášení studenta	
<p>Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.</p>	
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	
Podpis vedoucího práce:	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Adéla Jansová	
Osobní číslo studenta:	D18000073	
Univerzitní e-mail studenta:	Adela.jansova@tul.cz	
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství	
Ročník:	3.	
Kvalifikační práce		
Téma kvalifikační práce:	Hodnotící škály v ošetřovatelské praxi dle Evidence Based Nursing	
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská	<input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Zuzana Paukertová	
Metoda a technika výzkumu:	Kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor	
Soubor respondentů:	5-8 respondentů	
Název pracoviště realizace výzkumu:		
Datum zahájení výzkumu:	28.5.2021	
Datum ukončení výzkumu:	4.6.2021	
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	<input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen	<input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	<input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	<input type="checkbox"/> nesouhlasím
Prohlášení studenta		
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.		
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	<input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	_____	
Podpis vedoucího práce:	_____	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	_____	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	_____	



Hodnoticí škály používané v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing

Adéla Jansová¹, Mgr. Zuzana Paukertová¹

¹Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Abstrakt

Článek poskytuje čtenářům shrnutí výsledků výzkumu bakalářské práce s názvem Hodnoticí škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing. Cílem práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry škály používají v praxi a zda disponují znalostmi o škálách vztahujících se k bolesti, dekubitům a invazivním vstupům. Dále by mělo z výzkumu vyplynout také to, zda všeobecné sestry považují hodnoticí škály za přínosné a jejich využití jim pomáhá při práci. Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, jež umožnil získat komplexní informace o dané problematice. Hlavní cíle práce, kterými byly popis jednotlivých hodnotících škál a zjištění míry znalostí všeobecných sester ve výše zmíněných oblastech hodnotících škál, byly na základě zjištěných výsledků naplněny.

Klíčová slova

Hodnoticí škály, bolest, dekubity, invazivní vstupy, Evidence Based Nursing

Úvod

Tato studie reflektuje výsledky bakalářské práce, která se zabývala tématem hodnotících škál používaných v ošetrovatelské praxi, konkrétně se věnovala škálám bolesti, dekubitů a místa vpichu. Hodnoticí škály tvoří nedílnou součást ošetrovatelské dokumentace. Sestry a lékaři zjišťují prostřednictvím pozorování a rozhovorů s pacienty informace o nich. Tyto informace jsou pak podkladem pro ošetrovatelské diagnózy a další postupy ošetrovatelské péče. Všeobecné sestry tyto škály využívají k poskytování kvalitní a individuální péče pacientům. Pomocí těchto škál totiž můžeme předcházet různým rizikům, která pacientovi hrozí. Jsou rovněž výchozím bodem pro zjištění potřeb a dovedností pacienta. Některé škály pomohou pacienta zařadit do určité bodové skupiny, díky níž je možné upravovat plán ošetrovatelské péče a posléze již posuzovat pacienty individuálně. Hodnotících škál existuje značné množství, příkladem takové škály může být hodnocení soběstačnosti, vědomí, hojení ran, stavu výživy a mnoho dalších. Bakalářské práce je zaměřena konkrétně na škály hodnotící bolesti, rizika dekubitů a místa vpichu. Tento typ škál patří totiž k nejčastěji používaným, jejich znalosti by tak měla patřit mezi běžné kompetence všeobecných sester.

Materiál a metody

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní přístup, sběr dat probíhal s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Před samotným výzkumem byly obstarány souhlasy k povolení realizace výzkumu od vrchních sester a vedoucích institucí. Předem připravený scénář rozhovoru, jež zjišťoval míru znalostí všeobecných sester s ohledem na hodnotící škály zaměřené na oblasti bolesti, dekubitů a invazivních vstupů, byl uskutečněn s 16 respondenty na odděleních intenzivní a standardní péče v průběhu dubna, května a června. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do písemné formy v programu Microsoft Word. Před realizací výzkumu byly respondenti poučeni o náležitostech týkajících se výzkumu a ujištění o zajištění absolutní anonymity a možnosti kdykoliv odstoupit od výzkumu.

Výsledky a diskuze

V předem připraveném scénáři se nacházely především otevřené otázky, které byly občas doplněny rozvíjejícími kontextuálními otázkami, jež vyplynuly ze samotného rozhovoru a odpovědi komunikačních partnerů. Respondenti byli zprvu dotazováni na délku praxe na pozici všeobecná sestra. Otázka týkající se délky praxe umožnila získat přehled o zkušenostech konkrétních všeobecných sester. Následující soubor otázek se týkal znalostí pojmu Evidence Based Nursing, jak ostatně napovídá název bakalářské práce. Znalosti sester v tomto ohledu nebyly dostatečné, a proto již respondenti nebyli dotazováni na následující otázky týkající se EBN a na to, kde získali informace ohledně EBN, či zda si někdy sami hledali výsledky výzkumu EBN. Následující otázky byly zaměřeny na chod oddělení, jež jsou velice důležitým faktorem ke správnému použití hodnotících škál. Respondenti byli tázáni na počet příjmů během dne, maximální počet dostupných lůžek, aktuální počet pacientů a také kolik pacientů má běžně na starost jedna sestra. Tyto otázky byly v rámci výzkumu velice přínosné, neboť poskytly cenné informace o časovém zaneprázdnění sester během jejich pracovní doby.

Respondenti dále odpovídali na to, zda na svém oddělení používají hodnotící škály a pokud ano, jmenovali jaké. Nejčastěji zmiňované a používané škály byly Vizuální analogová škála bolesti (VAS), stupnice Nortonové a škála hodnotící riziko vzniku flebitidy tzv. škála dle Maddona. Následně bylo zjišťováno, zda jsou hodnotící škály součástí ošetrovatelské dokumentace nebo zda mají jednotlivá pracoviště svůj vlastní systém. Z výzkumného šetření vyplynulo, že hodnotící škály jsou skutečně součástí ošetrovatelské dokumentace. Podstatným zjištěním rovněž bylo, kolik minut trvá sestřím takovou hodnotící škálu vyplnit. Odpovědi respondentů dokládají, že vyplnění nejčastěji zabírá sestřím maximálně 5 minut (některým to však trvalo déle), také proto sestry považují vypsání hodnotící škály za zdržení.

Dále se již dostáváme k jádru výzkumu, a tedy stavu znalostí všeobecných sester ohledně hodnotících škál bolesti, dekubitů a invazivních vstupů. První oblastí, jíž se výzkum zabýval, byly škály bolesti. V této oblasti byli respondenti dotazováni na tři nejčastěji využívané škály v ošetrovatelské praxi, a to na Vizuální analogovou škálu bolesti, Obličejovou škálu bolesti a na Mapu bolesti. Jako nejvíce využívaná se ukázala být Vizuální analogová škála bolesti, kterou označili všichni respondenti za známou, což částečně potvrzuje výsledky Birešové (2011). Ta totiž uvádí, že Mapa bolesti a Obličejová škála jsou taktéž známé techniky hodnotící bolest, čemu výsledky rozhovoru neodpovídají. Zbývající dvě hodnotící škály (Obličejová škála bolesti, Mapa bolesti) naopak nebyly dostatečně známé ani u poloviny respondentů.

Další oblast, jež zjišťovala znalost hodnotících škál, se týkala dekubitů. Jak uvádí Ulrych (2015), mezi hojně využívané škály patří škála dle Nortonové, Waterlow a škála dle Bradenové. Právě na ně byli respondenti dotazováni. Nejvíce znalostí respondenti prokázali u škály dle Nortonové, což odpovídá i poznatku od Kuckir (2016) a tedy tomu, že stupnice Nortonové je považována ze

nejvíce využívanou škálu k hodnocení rizika vzniku dekubitů na území České republiky. Znalost ohledně škál dle Waterlow a dle Bradenové byla značně nižší než u škály dle Nortonové. V zahraničí je naopak podle průzkumu od Home of the Braden Scale (2016) spíše využívaná škála dle Bradenové a je označena za velice spolehlivou škálu.

Následně byli respondenti dotazováni opět na 3 škály, tentokrát v již poslední zmiňované oblasti – invazivních vstupů. V tomto rámci padaly otázky na škálu dle Madonna, škálu infiltrace a škálu VIP. Gillian (2014) uvádí, že v zahraničí jsou tyto škály oblíbené a hojně využívány. V České republice ovšem tak běžné využití patrně nemají, jelikož mezi dotazovanými všeobecnými sestrami nebyli zjištěny adekvátní znalosti o těchto škálách. Nejvíce známá hodnotící škála mezi dotazovanými byla škála dle Maddona, ta dle Sedlářové (2016) hodnotí tíži tromboflebitidy. Cetlová, Drahošová a Točíková (2012) uvádí, že tato škála oproti dále zmiňovaným obsahuje pouze symptom projevující se u flebitidy. Škálu dle Maddona zná 9 respondentů z 16, což je více jak polovina.

Další škálou je škála infiltrace, která nehodnotí pouze riziko flebitidy, ale také infiltraci, což znamená, že tekutina podávaná pacientovi prosakuje do podkoží. V této oblasti jsou všeobecné sestry neznalé, pouze jedna všeobecná sestra uvedla správnou definici. Poslední škálu, tzv. VIP nebo také Jacksonova škála, popisují Sedlářová, Zvoničková a Svobodová (2017) tak, že obsahuje stupně vzniku flebitidy a barevné označení, tudíž sestry upozorní, kdy věnovat pozornost k případnému vzniku flebitidy. VIP škála je podstatně známější než škála infiltrace, a to především na odděleních intenzivní péče, kde VIP škála nahradila škálu dle Maddona. Naopak na standardním oddělení je tato škála neznámá, neboť k hodnocení rizika vzniku dekubitů všeobecné sestry nepoužívají hodnotící škály a místo vpichu kontrolují dle svého úsudku a zkušeností. Své pozorování následně zapisují do ošetrovatelské dokumentace, tento postup je součástí jejich každodenní rutiny.

V neposlední řadě byly sestry dotazovány na názory týkající se hodnotících škál. Otázky konkrétně směřovaly ke zjištění toho, zda všeobecné sestry považují škály za přínosné, jsou pro ně pomocí nebo naopak zdržením. Dále odpovídaly na otázky, zda se setkaly se situací, kdy nevěděly, do jaké bodové skupiny pacienta zařadit, zda si myslí, že jsou škály přehledné a jaký vidí potencionální problém při používání hodnotících škál. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všeobecné sestry mají spíše negativní postoj k používání hodnotících škál a že jejich znalosti nejsou na tak dobré úrovni, jako bychom předpokládali na základě literární rešerše.

Závěr

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru znalostí všeobecných sester týkajících se hodnotících škál zaměřených na bolest, dekubity a invazivní vstupy. Z výzkumu vyplynulo, že v některých oblastech všeobecné sestry znalosti mají, především o Vizuální analogové škále hodnotící bolest, škále dle Nortonové hodnotící riziko vzniku dekubitů a škále dle Maddona, jež hodnotí riziko vzniku flebitidy. Mapa bolesti a Obličejová škála bolesti byly označeny spíše za neznámé, neboť ani polovina respondentů tyto škály neznala. Respondenti u škál dle Waterlow a Bradenové neprokázali žádné znalosti, stejně jako u škály infiltrace. V závěrečné práci byly splněny oba výzkumné cíle.

Použité zdroje

BÍREŠOVA, Edita. 2011. Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče. *Sestra*. 21(7-8), 38-40. ISSN 1210-0404.

- CETLOVÁ, L., L. DRAHOŠOVÁ a I. TOČÍKOVÁ. 2012. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-45-0.
- JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2014. *Ošetřovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.
- KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.
- ONDRIOVÁ, Iveta a Terezia FERTAĽOVÁ. 2013. Dekubity jako indikátor kvality. *Sestra*. 23(1) s. 48-50. ISSN 1210-0404.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2018. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. 2016. Hodnocení místa vpichu u periferních žilních katetrů. *Florence*. 12(6), 30-33. ISSN 1801-464X.
- SEDLÁŘOVÁ, P., M. ZVONÍČKOVÁ a H. SVOBODOVÁ. 2017. Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétry. *Medicína pro praxi*. 14(2), 94-97. ISSN 1214-8687.
- STRÍŽKOVÁ, Klára a Markéta KOUTNÁ. 2016. Hodnocení postupu ošetření invazivních vstupů se zaměřením na kvalitu fixace. *Léčba ran*. 3(3), 15-18. ISSN 2336-520X.
- ULRYCH, Ondřej. 2016. Stanovení míry rizika prevence vzniku proleženiny. *Léčba ran*. 3(3), 7-8. ISSN 2336-520X.
- VÖRÖSOVÁ, G., A. SOLGAJOVÁ a A. ARCHALOUSOVÁ. 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5538-0.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha. ISBN 978-80-247-3421-7.

Evaluation scales in nursing practise according to Evidence Based Nursing

Abstract

The article provides readers a summary of the research results of the bachelor's thesis titled Evaluation Scales in nursing practice according to Evidence Based Nursing. The aim of the study was to find out whether general nurses use the scales in practice and whether they have knowledge about scales related to pain, pressure ulcers and invasive inputs. Further, the research should also show whether the general nurses consider the evaluation scales to be beneficial and helpful during the work. The research was carried out using a qualitative semi-structured interview, which provided comprehensive information on the issue. The main goals of the work, which were the description of individual evaluation scales and finding out the level of knowledge of general nurses in the mentioned areas of evaluation scales, were met on the basis of the obtained results.

Key words

evaluation scales, pain, pressure ulcers, invasive inputs, Evidence Based Nursing

Kontaktní údaje

Adéla Jansová
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2
416 17 Liberec
e-mail: adela.jasnova9@gmail.com

Mgr. Zuzana Paukertová
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2
416 17 Liberec
e-mail: zuzana.paukertova@tul.cz