



# Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing

## Bakalářská práce

*Studijní program:*

B5341 Ošetrovatelství

*Studijní obor:*

Všeobecná sestra

*Autor práce:*

**Sandra Kopecká**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Michaela Přibíková

Fakulta zdravotnických studií





## Zadání bakalářské práce

# Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing

*Jméno a příjmení:* **Sandra Kopecká**  
*Osobní číslo:* D18000075  
*Studijní program:* B5341 Ošetrovatelství  
*Studijní obor:* Všeobecná sestra  
*Zadávací katedra:* Fakulta zdravotnických studií  
*Akademický rok:* **2020/2021**

## **Zásady pro vypracování:**

### **Cíle práce:**

1. Popsat vybrané hodnotící škály používané v klinické praxi dle Evidence Based Nursing.
2. Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů.
3. Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením stavu výživy.
4. Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti.

### **Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):**

Hodnotící škály představují nezbytnou součást při hodnocení celkového stavu pacienta v dané konkrétní oblasti a měly by být nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace. V dnešní době mají všeobecné sestry k dispozici početné množství hodnotících škál zaměřených například na oblast bolesti, sebepéče, vědomí, nutričního stavu, kognitivních funkcí, poškození kožní integrity a další. Znalost používaných hodnotících škál a jejich správné užití je nedílnou součástí poskytování ošetrovatelské péče.

Výstupem bakalářské práce bude článek připravený k publikaci do odborného periodika.

### **Výzkumné předpoklady:**

1. Výzkumný předpoklad nestanoven, jedná se o popisný cíl.
2. Předpokládáme, že 75 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů.
3. Předpokládáme, že 75 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením stavu výživy.
4. Předpokládáme, že 75 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě provedení předvýzkumu.

### **Metoda:**

Kvantitativní

### **Technika práce, vyhodnocení dat:**

Technika práce: Nestandardizovaný dotazník

Vyhodnocení dat: Data budou zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2013. Text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2013.

### **Místo a čas realizace výzkumu:**

Místo: Vybraná standardní oddělení nemocnice krajského typu

Čas: leden 2021 – březen 2021

### **Vzorek:**

Respondenti: Všeobecné sestry pracující na vybraných standardních odděleních nemocnice krajského typu

Počet: 100

### **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:

- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9803-5.
- ČELEDOVÁ, L., Z. KALVACH a R. ČEVELA. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2020. Národní ošetrovatelský postup – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. In: *Věstník MZČR*. Částka 2, s. 129-138. ISSN 1211-0868.
- DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., L. VRABELOVÁ a L. LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.
- GROFOVÁ, Zuzana. 2016. Dekubity – výživa a léčba ve světle studií a doporučených postupů. *Nutrition news*. 4(1), 12-16. ISSN 1805-8833.
- KLEINPELL, Ruth and April N KAPU. 2017. Quality measures for nurse practitioner practice evaluation. *J Am Assoc Nurse Pract*. 29(8), 446-451. DOI.10.1002/2327-6924.12474.
- KŘÍŽOVÁ, Jarmila et al. 2019. *Enterální a parenterální výživa*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5009-8.
- KUCKIR, Martina et al. 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0054-5.
- MAZALOVÁ, Lenka. 2016. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5085-8.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2327-8.
- POLÁKOVÁ, Hana. 2018. Dekubity v reálné praxi. *Léčba ran*. 5(2), 11-13. ISSN 2336-520X.
- ZLATOHLÁVEK, Lukáš. 2019. *Klinická dietologie a výživa*. 2. vyd. Praha: Current Media. ISBN 978-80-88129-44-8.

Vedoucí práce:

Mgr. Michaela Přibíková  
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 a konzultantem.

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.

18. května 2021

Sandra Kopecká

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala zejména vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Michaele Přibíkové za neustálé odborné a hodnotné rady poskytované při psaní této bakalářské práce. Za trpělivost, ochotu a vstřícný přístup, ale především za veškerý čas strávený nad touto prací. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotný přístup a účast při realizaci dotazníkového šetření. V neposlední řadě patří mé poděkování ze srdce celé mé rodině, příteli a kamarádům, kteří mě podporovali v rámci studia od počátku až do konce.

## **Anotace**

Jméno a příjmení autora:	Sandra Kopecká
Instituce:	Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií
Název práce:	Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Přibíková
Počet stran:	80
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2021

### **Anotace:**

Ve snaze pozvednout kvalitu péče o pacienty, na co nejvyšší úroveň a docílit tím vysoce efektivní ošetrovatelské péče, poskytované všeobecnými sestrami nemocným, dochází k neustálým inovacím v rámci ošetrovatelství. Tématem bakalářské práce jsou hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing. Teoretická část práce se zaměřuje prvně na ošetrovatelství založené na důkazech v souvislosti s hodnotícími škálami, poté na hodnotící škály týkající se rizika vzniku dekubitů, stavu výživy a soběstačnosti. Cílem práce je popsat vybrané hodnotící škály a zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů, stavu výživy a soběstačnosti. Výzkumná část je realizovaná kvantitativní metodou, technikou nestandardizovaného dotazníku. Výstupem práce je článek připravený k publikaci do odborného periodika.

**Klíčová slova:** Evidence Based Nursing, všeobecná sestra, hodnotící škály, dekubity, výživa, soběstačnost

## **Annotation**

Name and surname: Sandra Kopecká

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

Title: Evaluation scales in nursing practice according to Evidence Based Nursing

Supervisor: Mgr. Michaela Přibíková

Pages: 80

Apendix: 8

Year: 2021

### **Annotation:**

In an effort to raise the quality of patient care to the highest possible level and thus achieve highly effective nursing care provided by general nurses to patients, there is a constant innovation in nursing. The topic of the bachelor's thesis is evaluation scales in nursing practice according to Evidence Based Nursing. Theoretical part of the work focuses first on evidence-based nursing in connection with assessment scales, then on assessment scales concerning the risk of pressure ulcers, nutritional status and self-sufficiency. The aim of the thesis is to describe selected evaluation scales and to find out the knowledge of general nurses about selected evaluation scales in connection with the risk of pressure ulcers, nutritional status and self-sufficiency. The research part is realized by a quantitative method, the technique of a non-standardized questionnaire. The output of the work is an article ready for publication in a professional periodical.

Keywords: Evidence Based Nursing, general nurse, evaluation scales, pressure ulcers, nutrition, self-sufficiency



## Obsah

Seznam použitých zkratk	11
1 Úvod	12
2 Teoretická část	13
2.1 Hodnotící škály ve vztahu k Evidence Based Nursing	13
2.1.1 Charakteristika Evidence Based Nursing	13
2.1.2 Hodnotící škály a jejich uplatnění v Evidence Based Nursing	13
2.1.3 Hodnotící škály v rámci ošetrovatelského procesu	14
2.1.4 Využití hodnotících škál v praxi všeobecné sestry	15
2.2 Hodnocení rizika vzniku dekubitů	16
2.2.1 Dekubitus a preventivní opatření	16
2.2.2 Hodnocení dekubitů	16
2.2.3 Hodnotící škály pro zjištění rizika vzniku dekubitů	17
2.2.3.1 Nortonova stupnice dekubitů	17
2.2.3.2 Škála dle Bradenové	18
2.2.3.3 Škála dle Waterlowové	19
2.2.3.4 Další škály k posouzení rizika vzniku dekubitů	19
2.3 Hodnocení nutričního stavu	20
2.3.1 Výživa a její význam ve zdravotnictví	20
2.3.2 Hodnocení nutriční	21
2.3.3 Hodnotící škály pro posouzení nutričního stavu	21
2.3.3.1 Kondrupův dotazník	22
2.3.3.2 Mini Nutritional Assessment	22
2.3.3.3 Subjective Global Assessment	23
2.3.3.4 Malnutrition Universal Screening Tool	23
2.3.3.5 Další škály k posouzení nutričního stavu	24
2.4 Hodnotící škály pro posouzení stavu soběstačnosti a běžné denní aktivity	25

2.4.1	Soběstačnost, sebeděče a aktivity denního života.....	25
2.4.2	Hodnocení stupně soběstačnosti .....	25
2.4.3	Hodnotící škály pro posouzení stavu soběstačnosti.....	26
2.4.3.1	Index Barthelové – test základních všedních činností (ADL).....	26
2.4.3.2	Lawtonova škála instrumentálních aktivit denního života (IADL) ...	27
2.4.3.3	Funkční míra nezávislosti (FIM) .....	28
2.4.3.4	Další škály pro posouzení soběstačnosti .....	28
3	Výzkumná část .....	29
3.1	Výzkumné cíle a předpoklady .....	29
3.2	Metodika výzkumu.....	30
3.2.1	Metoda výzkumu a metodický postup .....	30
3.3	Analýza výzkumných dat .....	31
4	Diskuze .....	66
5	Návrh doporučení pro praxi .....	70
6	Závěr .....	71
	Seznam použité literatury .....	73
	Seznam tabulek .....	76
	Seznam grafů .....	78
	Seznam příloh .....	80

## Seznam použitých zkratek

ADL	Activities of daily living
aj.	a jiné
BADLS	Bristol Activities of Daily Living Scale
BAPEN	British Association for Parenteral and Enteral Nutrition
BMI	body mass index
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
ČR	Česká republika
EBM	Evidence Based Medicine
EBN	Evidence Based Nursing
EBP	Evidence Based Practice
EPUAP	Europe Pressure Ulcer Advisory Panel
FIM	Functional Independence Measure
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MNA	Mini Nutrition Assessment
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NS	Nutriční screening
SGA	Subjective Global Assessment
Tab.	tabulka
tzn.	to znamená
USA	United States of America

# 1 Úvod

Ve snaze docílit co nejefektivnější a nejkvalitnější péče poskytované všeobecnými sestrami pacientům dochází k neustálým inovacím v rámci ošetrovatelství, jako je zavedení principů ošetrovatelství na důkazech do ošetrovatelské praxe. V návaznosti na inovace mají v dnešní době všeobecné sestry k dispozici několikanásobně vyšší množství hodnotících škál, které nacházejí své uplatnění napříč všemi obory. I přesto, že u nás hodnotící škály nejsou nově zavedeným standardem ošetrovatelské péče, tak v porovnání s jinými státy nedochází k jejich uplatnění ani zdaleka v takové míře. Užitím hodnotících škál mohou rozpoznat potencionální rizika, zhodnotit pacientův současný stav a jeho aktuální potřeby. Většina hodnotících škál projde v průběhu let různými modifikacemi a jejich následné užití záleží na preferencích jednotlivých pracovišť. Jejich výhodou je získání velkého množství údajů za poměrně krátký čas a také možnost vzájemného porovnání dat napříč různými institucemi.

Obsahem bakalářské práce je problematika využívání hodnotících škál dle Evidence Based Nursing všeobecnými sestrami. První část tedy teoretická se zabývá zvolenými škálami pro oblasti dekubitů, výživy a soběstačnosti a jejich uplatnění v ošetrovatelském procesu. Všechny tyto oblasti byly zvoleny z důvodu úzké souvislosti s problematikou vzniku dekubitů. Výzkumné šetření je realizováno kvantitativní metodou za pomoci nestandardizovaného dotazníku. Dotazník se skládá z otázek zaměřených na znalosti všeobecných sester ohledně vybraných hodnotících škál. Cílem výzkumného šetření je zjistit míru znalostí všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů, stavu výživy a soběstačnosti.

## **2 Teoretická část**

### **2.1 Hodnotící škály ve vztahu k Evidence Based Nursing**

#### **2.1.1 Charakteristika Evidence Based Nursing**

Jednou z mnoha priorit, o které se snažíme v rámci teoretické i praktické části ošetrovatelství je pozvednout kvalitu péče o pacienty na co nejvyšší úroveň a dosáhnout tím nejefektivnější ošetrovatelské péče. Nejúčinnějším způsobem, jak tohoto požadavku docílit, je zavedení principů ošetrovatelství založeného na důkazech, tedy Evidence Based Nursing (EBN) do ošetrovatelské praxe (Jarošová a Zeleníková, 2014). Obvykle je to chápáno jako vědomé a účinné využívání informací, postavených na základě vědeckých důkazů, které všeobecná sestra následně aplikuje do ošetrovatelského procesu. EBN se vyvíjelo paralelně s Evidence Based Medicine (EBM), a jejich superiorním pojmem je Evidence Based Practice (EBP) (Dingová, Vrabelová a Lidická, 2018).

#### **2.1.2 Hodnotící škály a jejich uplatnění v Evidence Based Nursing**

Hodnotící škály v rámci EBP jsou přínosem v holistické a globální péči o pacienta. Pro všeobecné sestry jsou důležitým zdrojem informací, které slouží k objektivizaci ošetrovatelské anamnézy a vytvoření validní ošetrovatelské diagnózy (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015). Použití spolehlivého a platného měřicího nástroje pro stanovení diagnózy je základní oblastí EBP v ošetrovatelské diagnostice (Plevová et al., 2011). Hodnotící škály jsou jednotným, snadno přístupným a lehce zpracovatelným postupem nebo nástrojem, podle kterého se hodnotí a zároveň dokumentují změny ve zdravotním stavu pacienta. Hodnocení se získává přímo, fyzikálním vyšetřením či pozorováním, a nepřímo tedy subjektivním dojmem (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015). Jednotlivým oblastem v rámci hodnotící škály se přisuzuje daná hodnota a jejich číselným součtem docílíme vyhodnocení. V rámci hodnocení se pohybujeme v různé míře intenzity od stavu bez problému, až po velmi závažný stav. Úseky by měly být hodnoceny rovnocenně, tak aby nebyl na jednotlivé části kladen větší důraz než na druhé (Waltz, Strickland a Lenz, 2016). Přínosem měřicích nástrojů

je získání velkého množství údajů za poměrně krátký čas, výsledná péče je efektivnější a diagnostický proces kvalitnější. Dalšími výhodami je možnost vzájemného porovnání dat a jejich přenos napříč různými institucemi (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015).

### **2.1.3 Hodnotící škály v rámci ošetrovatelského procesu**

Hodnotící a měřící škály sloužící pro všeobecné sestry jako vyšetřovací techniky nebo skórovací systémy pronikly do praxe souběžně s ošetrovatelským procesem (Tóthová et al., 2014). Ošetrovatelský proces je v současnosti brán jako mezinárodní standard ošetrovatelské praxe. Je definován jako plánovitá, logická a cyklická metoda, která má za cíl pozitivně ovlivnit zdraví pacienta (Mastiliaková, 2014). Skládá se z pěti samostatných na sebe navazujících fází a nachází své uplatnění ve všech oddílech zdravotní péče. Jednotlivými fázemi jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení, přičemž nejvíce důležitou částí z hlediska hodnotících škál je fáze posouzení (Herdman a Kamitsuru, 2020).

Posuzování, tedy první fáze ošetrovatelského procesu, spadá do oblasti, ve které jsou všeobecné sestry nejvíce kvalifikovány, a je tak východiskem pro kvalitní ošetrovatelskou péči (Mastiliaková, 2014). Při posouzení se sbírají subjektivní a objektivní data o pacientovi, která se třídí, ověřují a zaznamenávají. Data lze získat pomocí hlavních metod, mezi které patří pozorování, fyzikální vyšetření a rozhovor, nebo doplňkově pomocí měřících nástrojů. Rozhovorem se sbírají anamnestické údaje, jejichž cílem je odhalení problému nebo rizik a posouzení současného zdravotního stavu. Využitím lidských smyslů se fyzikálně vyšetřuje pacient a získávají se tím objektivní informace o aktuálním tělesném stavu jednotlivce (Plevová et al., 2011). Celkový zdravotní stav pak doplňujeme pomocí měřících nástrojů. Doplňkovými metodami lze odhalit a roztrždit rizikové pacienty, jejich potřeby a zhodnotit efektivitu ošetrovatelské péče. Měřícími nástroji jsou nejvíce hodnoceny oblasti týkající se například soběstačnosti, výživy, dekubitů, bolesti, vědomí a fyziologických funkcí (Plevová et al., 2018). Kvůli neustále se měnícímu zdravotnímu stavu pacienta je třeba, aby byl sběr dat uspořádaný a kontinuální, čímž zajistíme relevantnost údajů. Získávání dat v rámci měřících nástrojů je však součástí všech fází ošetrovatelského procesu, nejen při posuzování. Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu lze využít měřící nástroje

k potvrzení diagnózy, ve třetí fázi ošetrovatelského procesu k ověření správnosti ošetrovatelského plánu, následně pak ke zjištění reakce pacienta na ošetrovatelské intervence a v konečné fázi se zhodnotí dosažení stanovených výsledků. Posouzení a sběr dat se rozděluje na vstupní, průběžné a závěrečné podle toho, ve které fázi ošetrovatelského procesu se vyskytuje. Vstupní posouzení se provádí v momentě přijetí pacienta k hospitalizaci, průběžné posouzení se realizuje při dalším kontaktu s pacientem v rámci ošetrovatelské péče a závěrečné posouzení se provádí během propuštění pacienta (Tóthová et al., 2014).

#### **2.1.4 Využití hodnotících škál v praxi všeobecné sestry**

Mezi kompetence všeobecné sestry v rámci ošetrovatelského procesu patří poskytování základní a specializované ošetrovatelské péče, za použití měřících nástrojů bez indikace lékaře. Rozumí se tím, že všeobecná sestra pozoruje, hodnotí a zaznamenává zdravotní stav pacienta. Stanovuje potřeby pacienta, hodnotí jeho míru soběstačnosti a rizikové faktory spojené s onemocněním (Česko, 2016). Kompetence umožňují všeobecným sestřám využívat hodnotící škály bez indikace lékaře, avšak situace v praxi je taková, že dochází k jejich využití jen sporadicky, i přestože je k dispozici celá řada hodnotících škál (Tóthová et al., 2014). Nejčastěji využívané hodnotící škály v České republice jsou Nortonova stupnice rizika vzniku dekubitů, škála pro hodnocení vědomí Glasgow Coma Scale, vizuální analogová škála hodnotící bolest, a také Apgar skóre využívané u novorozeneckých pacientů. Ovšem u poskytovatelů zdravotnických služeb v zahraničí je využití měřících nástrojů velmi rozšířené. V okolních evropských zemích a USA mají nenahraditelné místo, a to jak v ústavní péči, tak v domácí péči. Navíc v cizojazyčné literatuře mají k dispozici větší množství článků týkajících se měřících technik. Nejen, že všeobecné sestry využívají hodnotící škály podstatně více, ale zároveň se zabývají jejich neustálou transformací a začleněním do ošetrovatelské praxe. O nízkém zastoupení hodnotících škál v České republice, svědčí i fakt, že většina pochází ze zahraničí a u nás se setkáváme již s převzatou verzí. Negativním důsledkem přejímání však může být např. nesprávný překlad z původní verze hodnotící škály nebo nevhodné použití hodnotící škály (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015).

## **2.2 Hodnocení rizika vzniku dekubitů**

### **2.2.1 Dekubitus a preventivní opatření**

Dekubity též proleženiny se řadí mezi rány sekundárně se hojící. Pro rány hojící se per secundam je typické dlouhodobé a obtížné hojení (Grofová, 2016). Proleženiny jsou rány zapříčiněné dlouhodobým tlakem, kterým dochází k ischémii a následné nekróze ať na kůži či na sliznici. Nejvíce ohrožena jsou však predilekční místa nimiž se rozumí oblasti, kde jsou kosti nedostatečně kryty podkožními tkáněmi. Mohou vzniknout i v relativně krátkém čase, ale většinou se jedná o dlouhodobý proces. Setkáváme se s nimi napříč všemi odděleními v rámci poskytování zdravotních služeb zejména u imobilních, malnutričních a geriatrických pacientů (Kuckir et al., 2016). Vznik dekubitů je ovlivněn, jak zdravotním stavem pacienta, tak komplexní ošetrovatelskou péčí (Mazalová, 2016). Mezi místní příčiny vzniku dekubitů patří již zmíněný dlouhodobě působící tlak, působení střížných sil nebo vlhkost pokožky. Do celkových příčin se řadí věk, imobilita, výživa, vyhublost či kachexie, onemocnění srdce, cév a CNS nebo polymorbidní stav pacienta. V rámci prevence všeobecná sestra provádí základní screeningové vyšetření, jehož součástí je právě posouzení stavu kůže, kdy se hodnotí kožní turgor, barva kůže, otok a případné patologické léze. Dále je nezbytné posoudit, v jakém riziku se pacient vzhledem ke vzniku dekubitu nachází, a případně zhodnotit stádium již vzniklého dekubitu. Nejeftektivnějším způsobem, jak docílit tohoto komplexního zhodnocení, je použití objektivizujících škál a metod (Pokorná a Komínková, 2013). Součástí preventivních opatření jsou běžné ošetrovatelské činnosti zahrnující zejména polohování a hygienu (Vytejková et al., 2015). Dostatečná hydratace a odpovídající příjem stravy zahrnující vyšší přísun bílkovin je nezbytný v prevenci vzniku a léčbě dekubitů (Hlinková et al., 2019). Antidekubitní pomůcky také tvoří nezastupitelnou část preventivních opatření (Česko, 2020).

### **2.2.2 Hodnocení dekubitů**

Při již vzniklém dekubitu se podle EPUAP rozlišují čtyři stupně dekubitů. První stupeň se hodnotí jako erytém tedy začervenání. Je nejméně závažným, protože nedochází k narušení celistvosti kůže. Začervenání vzniká na podkladě poruchy mikrocirkulace



a přetrvává i poté, co se místo slabě stlačí. Ve druhém stupni se prohlubuje poškození kůže a podkoží, které se projevuje vznikem mělkého vředu. Další stádium tedy třetí způsobí destrukci podkožní tukové vrstvy, svalové fascie a šlach, ale kosti zůstávají bez poškození. Na povrchu lze vidět povlak rány. Čtvrtým, nejzávažnějším stupněm dekubitů je hluboký nekrotický defekt, kdy dochází k poškození všech částí tkáně až ke kostem a kloubům. Dochází k rozsáhlému rozšíření defektu a okolí je značně podminované (Česko, 2020).

### **2.2.3 Hodnotící škály pro zjištění rizika vzniku dekubitů**

Škála hodnotící riziko vzniku dekubitů je součástí ošetrovatelské dokumentace a měla by se využít vždy při přijetí pacienta k hospitalizaci nejdéle však do 12 hodin, ale i při propuštění, a to nejen u rizikových pacientů (Česko, 2020). Objektivním popsáním a zhodnocením dekubitu se docílí efektivní a adekvátní na sebe navazující péče. Získané poznatky se zaznamenají do ošetrovatelské dokumentace a sdělí se mezi všechny členy multidisciplinárního týmu. K posouzení rizika vzniku dekubitů se může využít řada různých standardizovaných škál, a to zejména stupnice dle Nortonové, hodnotící škála Bradenové, hodnotící škála dle Waterlowové, ale i další (Vytejková et al., 2015). Zvolení a následné užití škály záleží na preferencích každého pracoviště (Pokorná a Komínková, 2013).

#### **2.2.3.1 Nortonova stupnice dekubitů**

V roce 1962 byla jako první sestavena škála dle Dore Nortonové pro hodnocení rizika vzniku dekubitů (viz Příloha A), kde se stav pacienta hodnotí v pěti kategoriích zahrnujících fyzický stav, vědomí, aktivitu i pohyblivost a inkontinenci (Koutná a Ulrych, 2015). V roce 1987 byla rozšířena Christel Beinsteinovou, čímž se stává efektivnější pro určení rizika vzniku dekubitů. Modifikovaná stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové je jednou z nejvíce používaných v České republice (Kuckir et al., 2016). Skládá se z devíti domén, kterými jsou motivace a ochota ke spolupráci, věk, stav kůže, souběžná onemocnění, somatický a duševní stav, aktivita i pohyblivost, inkontinence. U každé domény se dosáhne 1–4 bodů. Nejvíce závažný problém je ohodnocen jedním

bodem, zatímco čtyřmi body stav bez problému (Trachtová et al., 2013). Důležité je zhodnotit, zdali byl pacient přijat nebo propuštěn s již vzniklým dekubitem či nikoliv. V závěru hodnocení se sečtou získané body z každé oblasti a nejvyšší dosažené skóre může být 36 bodů (Kuckir et al., 2016). Rozhodujícím ukazatelem je pro nás hranice 25 bodů, kdy výsledek dosažený pod touto hranicí znamená riziko vzniku dekubitů, a musí se naplánovat profylaktická opatření. Bodové rozmezí 25–24 značí nízké riziko, 23–19 střední riziko, 18–14 vysoké riziko, 13–9 velmi vysoké riziko vzniku dekubitů (Česko, 2020).

### 2.2.3.2 Škála dle Bradenové

Dalším hodnotícím nástrojem sloužícím k posouzení rizika vzniku dekubitů je škála Barbary Bradenové, která byla uvedena v roce 1987 (Koutná et al., 2015). V dnešní době je považována za jednu z nejefektivnějších hodnotících škál sloužících k odhalení rizika vzniku dekubitů (Pokorná a Mrázová, 2012). Vznikla na základě patofyziologie vzniku dekubitů, pomocí dvou kritických parametrů, kterými jsou intenzita spolu s dobou působení tlaku a odolnost kůže vůči tlaku. Podle autorky je intenzita tlaku spojena s mobilitou, aktivitou a senzoricím vnímáním kůže, kdežto odolnost kůže souvisí s vnitřními faktory, nimiž jsou věk a výživa a také s vnějšími faktory, jako je vlhkost, třecí a střížné síly (Serpa et al., 2011). Bradenova škála zahrnuje 6 determinant, jako je smyslové vnímání, vlhkost, aktivita, mobilita, výživa, tření a stříh. U smyslového vnímání se hodnotí schopnost smysluplně reagovat na dyskomfort zapříčiněný tlakem. Dalším parametrem je vlhkost, jíž je kůže vystavena. Aktivita pacienta se soustředí na to, v jaké míře je pacient imobilní, a v jakém rozsahu je schopen chůze. Čtvrtým parametrem se posuzuje pacientova schopnost změnit polohu těla. Výživa se zabývá vzorcem příjmu potravy, tedy množstvím přijaté potravy. Poslední částí je tření a stříh, která hodnotí, jak velkou pomoc potřebuje pacient při změně polohy (Mandysová, Ehler a Trejbalová, 2012). Pacient může získat ve finálním součtu 6–23 bodů, přičemž nižší skóre značí větší riziko vzniku dekubitů. Již od 16 bodů se hovoří o minimálním riziku, při získání 13–15 bodů se jedná o střední riziko a vysoké riziko nastává při dosažení 12 a méně bodů (Koutná et al., 2015).

### 2.2.3.3 Škála dle Waterlowové

Stupnice dle Judy Waterlowové byla sestavena v roce 1985 a zabývá se mírou rizika vzniku proleženin (Koutná et al., 2015). Cílem autorky bylo nejen informovat zdravotníky o faktorech ovlivňující vznik dekubitů, ale také o jejich preventivních a léčebných opatřeních (Serpa et al., 2011). Hodnotící škála zahrnuje 10 oblastí, poměr výšky vůči váze, typ kůže v ohrožené oblasti, pohlaví a věk, zvláštní rizika, kontinenci, pohyblivost, chuť k jídlu, neurologickou poruchu, operaci či trauma a medikaci (Trachtová et al., 2013). Poměr výšky ku váze se soustředí na celkovou tělesnou konstituci. V další části se posuzuje stav kůže v ohrožené oblasti. Mezi zvláštní rizika se řadí podvýživa tkání, srdeční selhávání, periferní vaskulární porucha, anemie a kouření. Kontinence se zabývá, jak inkontinencí stolice, tak moči. V porovnání s jinými škálami může pacient získat v oblasti pohyblivost i body za psychický stav apatie. V následující oblasti se posuzuje pacientova chuť k jídlu, ale také příjem stravy ústy a pomocí sondy. Další část se týká neurologických poruch. Navíc je v této škále i bodové ohodnocení za operaci nebo trauma. V neposlední řadě se bere ohled na rizikovou medikaci (Koutná et al., 2015). S rostoucím bodovým ohodnocením roste riziko vzniku dekubitů. Bez rizika se nachází pacient při zisku 9 a méně bodů, při nárůstu na 10–14 bodů se jedná již o riziko vzniku dekubitů. Vysokého rizika se dosáhne počtem 15–19 bodů a nad 20 bodů se vykazuje velmi vysoké riziko (Serpa et al., 2011). Waterlowova škála je nyní považována za přesnější než modifikovaná stupnice dle Nortonové (Trachtová et al., 2013).

### 2.2.3.4 Další škály k posouzení rizika vzniku dekubitů

Dalším používaným nástrojem z roku 1984, hodnotící riziko vzniku proleženin, je **škála dle M. L. Shannon**. Je sestavena autorkou z osmi částí posuzujících duševní stav, kontinenci, mobilitu, aktivitu, nutriční, cirkulaci, tělesnou teplotu a medikaci. Duševní stav se soustředí na to, v jaké míře je vědomí zachováno, od plné bdělosti až po kóma. Ve druhé doméně se zaznamenává, jestli je pacient plně kontinentní nebo inkontinentní, dále se rozlišuje inkontinence stolice a moči, ale také to, zda je zavedený močový katetr. Mobilita se rozlišuje od stavu zcela pohyblivého až po imobilní. Kromě mobility se škála soustředí i na pacientovu aktivitu. Definuje chodícího pacienta,

vyžadujícího pomoc při chůzi, pohyblivého jen na invalidním vozíku a pouze ležícího. V další části se hodnotí, zda je pacient dostatečně živěn, ale i jestli není kachektický. Jedním ze specifíků této škály je posouzení cirkulace kapilár, kde se hodnotí rychlost náplně nebo viditelné otoky. Následujícím specifíkem je zhodnocení tělesné teploty, u které je důležitá hodnota nad 37,2 °C. V závěrečné části se stanovuje, jaké medikamenty pacient užívá z daných skupin. Celkové minimální skóre je 8 a maximální 32 (Koutná et al., 2015). Rizikovou hranicí, při které je zvýšená pravděpodobnost vzniku dekubitů, je dosažení 16 bodů a méně (Pokorná a Komínková, 2013).

Poslední zmíněnou stupnicí posuzující náchylnost k proleženinám je **Knollova škála**. Skládá se z 8 parametrů zabývajících se celkově zdravotním a mentálním stavem, aktivitou i pohyblivostí pacienta, inkontinencí, příjmem tekutin a stravy ústy a v poslední řadě jeho inklinací k chorobám. V první kategorii se obecně hodnotí zdravotní stav od dobrého až po skomírající. Mentálním stavem se rozumí míra pacientovi bdělosti. Aktivita a pohyblivost je hodnocena obdobně jako u škály dle Shannonové. Inkontinence se hodnotí od plně kontinentního stavu až po úplnou inkontinenci, jak stolice, tak moči. Příjem tekutin a výživy se řadí do dvou kategorií. V osmé doméně se Knollova stupnice soustředí na pacientovu míru náchylnosti k diabetu mellitu, neuropatiím, cévním onemocněním a anémiím (Trachtová et al., 2013). V každé kategorii lze získat 0–3 body, ale některé položky jsou hodnoceny dvojnásobkem bodů. Maximální bodové ohodnocení odpovídá 33 bodů a minimální nule (Koutná et al., 2015). Při dosažení skóre 12 a více je nemocný ohrožen vznikem dekubitů (Pokorná a Komínková, 2013).

## 2.3 Hodnocení nutričního stavu

### 2.3.1 Výživa a její význam ve zdravotnictví

Výživa patří mezi základní biologické potřeby člověka podmiňující jeho samotnou existenci. Zajištění dostatečného přísunu vody, živin, minerálů a vitamínů se řadí mezi základní ošetrovatelské intervence. Stav výživy člověka je významně ovlivněn různými faktory, nimiž jsou např. věk, zdravotní stav, úroveň sebek péče, ale i psychické aspekty (Pokorná a Komínková, 2013). Energie získaná z potravy napomáhá udržet stálost základních životních funkcí (Dingová, Vrabelová a Lidická, 2018). Dříve byl na výživu kladen důraz především u pacientů s poruchami příjmu

potravy, ale nyní je už známo, že má významný podíl na úspěšnosti léčby u všech nemocných (Křížová et al., 2019). V rámci nemocniční péče se poskytuje adekvátně upravená strava na míru každému pacientovi, kterou lékař ordinuje formou jednotlivých diet vztahujících se k jeho zdravotním obtížím (Pokorná a Komínková, 2013). Sledováním nutričního stavu pacienta se příznivě ovlivní výsledky léčebné péče, délka jeho hospitalizace a předejde se případným komplikacím. Nemělo by se opomíjet, že i samotné onemocnění ať akutní či chronické má negativní dopad na celkový stav nutriční, a proto se výživa stala nezastupitelnou ve všech medicínských oborech (Křížová et al., 2019).

### **2.3.2 Hodnocení nutriční**

Malnutriční je rozsáhlým problémem postihující více orgánových soustav, proto je nezbytné při posuzování stavu nutriční využít vícero metod. Mezi hodnotící metody patří nutriční anamnéza, antropometrické měření a fyzikální vyšetření, také laboratorní parametry a standardizované škály k hodnocení stavu nutriční (Kuckir et al., 2016). Nutriční anamnéza je nedílnou součástí vstupního vyšetření, kterým se hodnotí současný stav nutriční pacienta a odhalí se potenciální rizika malnutriční. Při sběru anamnestických údajů se zjišťují stravovací zvyklosti a návyky pacienta, které všeobecná sestra objektivizuje za pomoci hodnotících škál. Sběr je prováděn opakovaně v průběhu hospitalizace a i před jejím ukončením, čímž se sleduje pozitivní či negativní vývoj (Pokorná a Komínková, 2013). K hodnocení výživy jsou využívány dva způsoby. Prvním je screening, při kterém se pátrá po rizikově nemocných a druhým je assessment neboli posouzení, či vyhodnocení, kdy se hodnotí již vzniklá podvýživa (Křížová et al., 2019).

### **2.3.3 Hodnotící škály pro posouzení nutričního stavu**

V rámci screeningu je posuzován nejen tělesný stav výživy, ale i celkový postoj pacienta k výživě, závažnost jeho onemocnění, schopnost mobility a psychické aspekty, jenž mohou ovlivnit příjem stravy. Např. úroveň soběstačnosti je jedním z faktorů, který významně působí na příjem stravy pacienta (Pokorná a Komínková, 2013). V klinické praxi máme k dispozici řadu hodnotících škál ke zjištění stavu nutriční. Mezi vybrané

škály patří Kondrupův dotazník, Mini Nutritional Assessment (MNA), Subjective Global Assessment (SGA), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) a další (Pokorná et al., 2013).

### **2.3.3.1 Kondrupův dotazník**

Při příjmu pacienta k hospitalizaci, tedy při prvním kontaktu s pacientem se provádí nutriční screening tedy Kondrupův dotazník (viz Příloha B). Je považován za jednoduchý a rychlý dotazník sloužící k diagnostice rizika malnutrice. Kondrupův dotazník se skládá z úvodního a finálního screeningu. Pomocí něj je možné sestavit včas nutriční plán pro pacienty ohrožené podvýživou. Úvodní screening je součástí ošetrovatelské dokumentace a skládá se ze čtyř otázek (Křížová et al., 2019). Nejprve se počítá, jestli je pacientovo BMI pod 20,5. Tento index se používá k posouzení váhy, který se vyjadřuje poměrem hmotnosti těla ke druhé mocnině výšky. Druhá otázka se týká váhového úbytku za poslední tři měsíce. Následně se zjišťuje, zda došlo k omezení příjmu stravy v posledním týdnu a v neposlední řadě se dotazuje, jestli je pacient závažně nemocen (Dingová, Vrabelová a Lidická, 2018). Pokud při některé ze čtyř otázek zazní kladná odpověď, přestoupí se na hodnocení finálním screeningem. V opačném případě se screening opakuje každý týden a v případě závažné operace je sestaven individuální nutriční plán. Finální screening posuzuje závažnost onemocnění a míru postižení nutričního stavu (Zlatohlávek et al., 2019).

### **2.3.3.2 Mini Nutritional Assessment**

Hodnotícím nástrojem stanoveným speciálně pro hodnocení výživy seniorů je MNA tedy malý výživový test. Používá se jak u hospitalizovaných pacientů, tak i u seniorů v domácí péči nebo v domovech pro seniory (Křížová et al., 2019). Výhodou tohoto dotazníku je, že se detailněji zaměřuje na specifické obtíže právě u geriatrických pacientů (Zlatohlávek et al., 2019). Test se skládá ze čtyř částí. Prvním je antropometrické hodnocení zahrnující BMI, obvod paže i lýtka a také nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících. Druhou částí je celkové hodnocení, v němž se posuzuje nezávislost IADL (Instrumental Active Daily Living), mobilita, psychický stav, stav

kožní integrity, dále užívání více druhů léčiv a také prodělání akutního onemocnění. Třetí částí jsou stravovací návyky. Zahrnují příjem tekutin, množství a druh potravy, chuť k jídlu a soběstačnost při jídle. Poslední fáze se zabývá subjektivním posouzením problému s výživou a srovnáním s osobami téhož věku. Maximálně lze dosáhnout 30 bodů. V rozmezí 24–30 bodů je stav výživy velmi dobrý, 17–23,5 bodů značí riziko vzniku podvýživy a u méně než 17 bodů se mluví již o podvýživě (Pokorná et al., 2013). V rámci MNA existuje i zkrácená verze MNA–Short form (Kuckir et al., 2016).

### **2.3.3.3 Subjective Global Assessment**

Jedná se o nejvíce používaný index uplatňovaný zejména na chirurgických odděleních predikující závažnější klinický vývoj v návaznosti na nepříznivý stav výživy. Jak už vyplývá z názvu, jedná se především o subjektivní hodnocení vyšetřující osoby, kdy výsledný stav není hodnocen numericky. Je to dotazníkový nástroj, který může u nemocničního lůžka vyplnit každý vyškolený zdravotnický pracovník (Luft et al., 2018). Jeho jednoduchost se zakládá na tom, že ve sběru dat nedochází k uplatnění antropologických a laboratorních metod. V SGA jsou vyčleněny jednotlivé oblasti zabývající se změnou váhy za půl roku a ve dvou posledních týdnech, dietními změnami, gastrointestinálními symptomy dále pak metabolickými potřebami, ale také fyzickým stavem jedince (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2016). Hodnocení vychází z pacientovi anamnézy a fyzikálního vyšetření, při kterém se zjišťuje ztráta podkožního tuku, úbytek svaloviny, otok v kotníku i sakrální oblasti a ascites, který znamená, že se v dutině břišní vyskytuje větší množství volné tekutiny. Tímto hodnocením se nedocílí identifikace malnutrice, ale jen zjištění nutričního deficitu. Podle tohoto screeningu jsou pacienti rozděleni do skupiny závažné, středně závažné a klinicky nevýznamné podvýživy (Pokorná et al., 2013).

### **2.3.3.4 Malnutrition Universal Screening Tool**

V roce 1992 byl Britskou společností parenterální a enterální výživy (BAPEN) vytvořen tento univerzální screeningový nástroj MUST, sloužící k identifikaci pacientů, kteří jsou podvyživení, v riziku malnutrice nebo obézní. Výhodou MUST je zjištění rizika

podvýživy u pacientů u kterých nelze získat jejich přesnou výšku a hmotnost. Své využití nachází napříč nemocničními zařízeními až po komunitní centra. Sestaven je z pěti na sebe navazujících kroků, kdy první tři se soustředí na klinické parametry, čtvrtý na vyhodnocení a pátý na management další péče (Pokorná et al., 2013). Pomocí tohoto screeningu se hodnotí BMI. Další část se táže na procentuální neplánovaný tělesný úbytek hmotnosti v průběhu posledních 3–6 měsíců. Poslední proměnnou je onemocnění, které může zapříčinit dlouhodobý nedostatek příjmu potravy. Výsledného bodového ohodnocení se docílí následným sečtením všech bodů, kdy počet 2 a více znázorňuje vysoké riziko malnutrice, 1 bod je ukazatelem středního rizika, a 0 bodů poukazuje na nízké riziko malnutrice (Kozáková et al., 2011). V návaznosti na to, v jakém riziku se pacient nachází, je možno naplánovat následující péči podle doporučených opatření, která jsou znázorněna v této škále. Běžná péče se provádí při nízkém riziku podvýživy, u středního rizika se dbá na pozorování a léčba se zahájí při vysokém riziku podvýživy (Zlatohlávek et al., 2019).

### 2.3.3.5 Další škály k posouzení nutričního stavu

Na základě doporučení a instrukcí České onkologické společnosti je sestaven **Nutriční rizikový screening**, který se soustředí na onkologicky nemocné a bývá součástí nutriční dokumentace. První hodnocení provádí nutricionista společně s nutričním terapeutem. Výsledkem je vytvoření nutričního plánu. V průběhu léčby může dotazník vést už i všeobecná sestra. Nutriční rizikový screening sleduje pacienty z dlouhodobého hlediska. Součástí je sběr údajů o jeho aktuální hmotnosti, ale zajímá nás i běžná pacientova hmotnost a doba, kdy byla naposledy dosažena. Dotazník hodnotí jednak samostatně nutriční stav, a pak rizika vyplývající ze základní choroby a léčby. Sečtením bodů dosažených v obou částech se zjistí výše rizika podvýživy. Může se rovněž hodnotit jen nutriční stav, který spadá pouze pod jednu část screeningu. Čím vyšší počet bodů, tím se riziko podvýživy zvyšuje (Pokorná et al., 2013).

Jedním z vysoce používaných dotazníků hodnotících primárně riziko malnutrice je **Nottinghamský screeningový dotazník** (Nováková, 2012). Soustředí se na hospitalizované pacienty a jeho výhodou je možnost rychlého posouzení míry rizika malnutrice. Skládá se ze čtyř položek, kdy první se týká BMI. Druhá položka se zabývá nechtěným hmotnostním úbytkem za poslední tři měsíce, další snížením příjmu potravy



a součástí poslední části jsou stresové faktory (Křížová et al., 2019). U této škály platí, čím více bodů, tím je vyšší riziko malnutrice. V případě dosažení 5 a více bodů vzniká vysoké riziko podvýživy a je nezbytné nutriční vyšetření s následnou intervencí. V bodovém ohodnocení 4–3 je nutná pouze monitorace stavu výživy. Pro rozmezí 0–2 body platí, že je stav výživy velmi dobrý (Pokorná et al., 2013).

## **2.4 Hodnotící škály pro posouzení stavu soběstačnosti a běžné denní aktivity**

### **2.4.1 Soběstačnost, sebek péče a aktivity denního života**

V průběhu vývoje člověka do narození až po stáří se míra potřeby soběstačnosti různě vyvíjí. Na počátku života je jedinec přirozeně závislý na matce tedy nesoběstačný, kdy v období ontogenetického vývoje se míra závislosti snižuje až do doby zvládnutí běžných denních činností. Po zbytek života je nesoběstačnost podmíněna patologicky na odlišně dlouhou dobu. Neschopnost sebek péče vzniká především na podkladě jednotlivých onemocnění, která mohou být charakteru fyzického, psychického, akutního nebo chronického (Pokorná a Komínková, 2013). Jednotlivec je považován za soběstačného ve chvíli, kdy je schopen vykonávat aktivity běžného denního života bez pomoci druhých. Mezi tyto činnosti se řadí např. hygiena, výživa, vyprazdňování, potřeba dýchání nebo pohybu. Všední denní aktivity si člověk osvojuje na základě pravidelných a automatických návyků a svou podstatou proto spadají do základních biologických potřeb jedince. Základnou Maslowovy pyramidy lidských potřeb je soběstačnost, kterou se rozumí míra samostatnosti vlastní péče a schopnosti člověka účastnit se denních aktivit (Trachtová et al., 2013). Péče vykonávaná vlastními silami je definována pojmem sebek péče. Předpokladem soběstačnosti a sebek péče je schopnost pohybu neboli mobility (Pokorná et al., 2013).

### **2.4.2 Hodnocení stupně soběstačnosti**

Při příjmu pacienta do nemocničního zařízení patří mezi základní intervence všeobecné sestry posouzení soběstačnosti a míry sebek péče. Vyplněním vstupní ošetřovatelské anamnézy zhodnotí všeobecná sestra komplexně pacientův stav, konkrétně

jeho fyzickou a psychickou kondici, dále definuje kritické oblasti a na podkladě tohoto celkového zhodnocení stanoví diagnózu a následně ošetrovatelský plán péče. Hodnocení soběstačnosti probíhá v každé fázi ošetrovatelského procesu, je cyklické a takřka kontinuální, to znamená, že by mělo být opakováno v průběhu celé hospitalizace (Pokorná et al., 2013). Soustředí se na pacientovy individuální potřeby, možnosti ve snaze docílit, co nejvyšší míry nezávislosti (Šamánková et al., 2011). Správné a přesné zhodnocení je nezbytné nejen z důvodu stanovení diagnózy a ošetrovatelského plánu, ale i pro využití u diagnostických a terapeutických zákroků. V případě nedostatečného či nesprávného posouzení pacientova stavu soběstačnosti, tak může dojít k rozvoji komplikací nebo imobilizačního syndromu. Imobilní pacienti jsou zcela odkázáni na ošetrovatelskou péči všeobecných sester, které především uspokojují základní biologické potřeby pacienta. Ve snaze podpořit míru nezávislosti pacientů, by měly také vytvořit adekvátní podmínky pro zvládnání denních činností (Trachtová et al., 2013). Ke zhodnocení stavu pacienta je možno od 60. let 20. století využívat různé objektivizující testy a škály aktivit denního života (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

### **2.4.3 Hodnotící škály pro posouzení stavu soběstačnosti**

Soběstačnost a sebeděči lze efektivně zhodnotit pomocí objektivizujících screeningových škál a metod, které jsou většinou časově nenáročné. Při vyplňování těchto metod je nutné mít dostatek praktických, pozorovacích a komunikačních zkušeností, které zajistí objektivní posouzení (Pokorná et al., 2013). Hodnotící nástroje nacházejí své využití zejména ve zdravotnických institucích dále v sociálních zařízeních a nakonec i v domácí péči (Trachtová et al., 2013). Mezi nejčastěji používané v České republice patří Barthelové test základních všedních činností (ADL), Lawtonova škála instrumentálních denních činností (IADL) a funkční míra nezávislosti (FIM), ale k dispozici jsou i další škály (Svěcená, 2013).

#### **2.4.3.1 Index Barthelové – test základních všedních činností (ADL)**

Mezinárodně nejpoužívanějším testem z roku 1965 pro posouzení soběstačnosti je index dle Barthelové (viz Příloha C) (Pokorná et al., 2013). Jedná se o strukturovaný

nástroj, který hodnotí míru závislosti vybraných pacientů. Stanovuje se v něm úroveň fyzické způsobilosti a soběstačnosti pacienta. Je prokázána jeho jednoduchost, efektivita a silná spolehlivost. Data jsou v rámci testu získávána nejen řízeným rozhovorem s pacientem, ale i přímým pozorováním denních činností, kterých je pacient viditelně schopen dosáhnout. Nachází své využití, jak v rámci přisuzování vhodných kompenzačních pomůcek, tak rehabilitace, a to nejen u geriatrických pacientů (Kuckir et al., 2016). Barthelová doporučuje, aby bylo hodnocení prováděno u každého pacienta v přesně stanovených intervalech, a to již při příjmu pacienta k hospitalizaci a dále v průběhu terapie. Kvůli možnosti subjektivizace testu musí být test prováděn kompetentním zdravotním pracovníkem (Pokorná et al., 2013). Samotný test se skládá z 10 oblastí hodnotící aktivity denního života, jako je příjem potravy, koupání a osobní hygiena, oblékání, kontinence moči a stolice, použití toalety, přesun z lůžka na židli a posledními oblastmi je chůze, jak po rovině, tak po schodech (Svěcená, 2013). V závěru lze získat 0–40 bodů za vysokou závislost, 45–60 za střední stupeň závislosti, 65–95 značí mírnou závislost a maximum 100 bodů se uděluje nezávislému pacientovi (Trachtová et al., 2013).

#### **2.4.3.2 Lawtonova škála instrumentálních aktivit denního života (IADL)**

Tato škála byla v roce 1969 uvedena Lawtonem a Brodyovou a soustředí se na komplikovanější denní činnosti. Na rozdíl od škály dle Barthelové jsou důležité i psychické a ne jen fyzické aspekty jedince, čímž se škála stává komplexnější. Škála je určena zejména pro geriatrické pacienty žijící samostatně nebo v rámci hospitalizace s vyhlídkou na blízké propuštění do domácího prostředí. Jistou nevýhodou je, že nelze demonstrovat uváděné činnosti, což může být předpokladem pro zkreslení výsledků (Kuckir et al., 2016). Škála je složena z 8 následujících determinant, nimiž jsou schopnost telefonovat, transport, nakupování, vaření, domácí práce a práce kolem domu, užívání léků a hospodaření s financemi (Pokorná et al., 2013). O 16 let později byla tato škála svými autory inovována, kdy se především změnilo hodnocení v jednotlivých položkách. Původní znění provede nebo neprovede, se nyní změnilo na provede sám, s pomocí nebo nezávisle provede. Hodnocení je znázorněno numericky nikoliv slovně. Test rozděluje pacienty do tří kategorií, kdy 0–40 bodů definuje závislost, 45–75 bodů značí částečnou závislost, 76–80 bodů je pro nezávislost (Pokorná a Komínková, 2013).

### 2.4.3.3 Funkční míra nezávislosti (FIM)

Mezinárodně uznávanou škálou vycházející z indexu Barthelové je FIM. Škála je doplněna o posouzení kognitivních funkcí a míru socializace v prostředí. V průběhu let prošla mnoha modifikacemi, které byly znázorněny v grafické i tabulkové podobě. Avšak původní grafická verze škály obsahovala sedm do sebe zapadajících kružnic. Jedná se o adekvátní ukazatel kvality ošetrovatelské, rehabilitační a ergoterapeutické péče (Pokorná et al., 2013). Tento test hodnotí soběstačnost především u dospělých hospitalizovaných pacientů, ale existuje i verze pro děti. FIM se skládá z 18 položek v 6 kategoriích, kdy prvních 13 položek se soustředí na fyzické zdatnosti a zbylých 5 položek na psychosociální aspekty. Jednotlivé kategorie jsou osobní hygiena, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální schopnosti (Svěcená, 2013). Položky jsou hodnoceny bodově v 7 stupních, úplnou závislost znamená 1 bod a 7 bodů komplexní nezávislost. Maximální dosažitelné skóre je 126 bodů, kdy za fyzické aktivity lze získat 13–91 bodů a za psychosociální položky 5–35 bodů (Krivošíková, 2011).

### 2.4.3.4 Další škály pro posouzení soběstačnosti

**Katzův index nezávislosti** z roku 1964 vytvořen S. Katzem hodnotí nezávislost v každodenních aktivitách. Rovněž jako FIM prošel několika inovacemi, přičemž originální šesti stupňový index patří mezi nepoužívanější. Sledovanými oblastmi v Katzově indexu jsou aktivita, koupání, oblékání, použití WC, přemísťování, kontinence a schopnost přijímat stravu. Existuje více podob Katzova indexu, které jsou jednotlivými pracovišti různě upravovány a kombinovány. Jistou nevýhodou je fakt, že v klasifikaci při hodnocení se posuzuje aktuální výkon nikoliv potencionální kapacita (Kalvach et al., 2011). **Bristolská škála aktivit denního života** zkráceně BADLS patří u zdravotnického personálu mezi nejoblíbenější škály pro hodnocení míry soběstačnosti pacientů s demencí. Hodnotí, jak běžné denní aktivity tedy ADL, tak instrumentální aktivity tedy IADL. Tato škála obsahuje 20 aktivit, přičemž každá z aktivit má čtyři specifické odpovědi, které jsou hodnoceny od 0–3 bodů. Výhodou je, možnost výběru odpovědi nelze určit, kdy následně hodnotitel zaznamená důvod, zvolení této varianty (Martínek a Bartoš, 2011).

## 3 Výzkumná část

### 3.1 Výzkumné cíle a předpoklady

K bakalářské práci byly stanoveny 4 cíle, kdy první z nich byl popisný, a proto k němu nebyl stanoven výzkumný předpoklad. Tento cíl byl splněn v teoretické části bakalářské práce. Ke každému ze tří výzkumných cílů byl stanoven jeden výzkumný předpoklad.

**Cíl č. 1:** Popsat vybrané hodnotící škály používané v klinické praxi dle Evidence Based Nursing.

Pro 1. cíl nebyl stanoven výzkumný předpoklad, protože se jedná o popisný cíl, který byl splněn v rámci teoretické části bakalářské práce.

**Výzkumný cíl č. 2:** Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů.

**Pro výzkumný cíl č. 2 byl stanoven níže zmíněný výzkumný předpoklad:**

**Výzkumný předpoklad č. 2:** Předpokládáme, že 70% a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů.

**Výzkumný cíl č. 3:** Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením stavu výživy.

**Pro výzkumný cíl č. 3 byl stanoven níže zmíněný výzkumný předpoklad:**

**Výzkumný předpoklad č. 3:** Předpokládáme, že 65% a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením stavu výživy.

**Výzkumný cíl č. 4:** Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti.

**Pro výzkumný cíl č. 4 byl stanoven níže zmíněný výzkumný předpoklad:**

**Výzkumný předpoklad č. 4:** Předpokládáme, že 60% a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti.

## **3.2 Metodika výzkumu**

Výzkum byl realizován kvantitativní metodou konkrétně technikou nestandardizovaného dotazníku (viz Příloha D). Výzkum probíhal od dubna do května 2021 na standardních odděleních nemocnic krajského typu. Pro realizaci výzkumného šetření byl udělen písemný souhlas hlavní sestrou (viz Příloha E). Dále byly osloveny vrchní sestry jednotlivých pracovišť, od nichž jsme rovněž obdrželi písemný souhlas pro realizaci výzkumu (viz Příloha F).

### **3.2.1 Metoda výzkumu a metodický postup**

Před zahájením samotného výzkumu byl nejprve proveden předvýzkum (viz Příloha G). Pro předvýzkum bylo rozdáno 11 dotazníků všeobecným sestřám na vybraných standardních odděleních. Z 11 rozdaných dotazníků se jich řádně vyplněných vrátilo 10. Jejich návratnost tedy činila 90,91 %. Na podkladě provedeného předvýzkumu byly v dotazníku provedeny změny. Konkrétně v otázce č. 24 byly upraveny odpovědi pro lepší výpovědní hodnotu. Protože nedošlo ke shledání dalších nejasností v rámci předvýzkumu, byly zbylé dotazníkové otázky ponechány již beze změn. Na základě dat získaných z předvýzkumu byly také upraveny výzkumné předpoklady, konkrétně výzkumný předpoklad č. 2 byl ponížěn z původních 75 % na 70 %. Dále se v předpokladu č. 3 snížila procentuální hodnota z prvotních 75 % na 65 %. A ve 4. tedy posledním výzkumném předpokladu došlo rovněž k poklesu z předešlých 75 % na 60 %.

Zvolenými respondenty pro hlavní výzkumné šetření, které bylo zcela anonymní, byly všeobecné sestry. Samotné dotazníkové šetření probíhalo v nemocnici krajského typu na standardních chirurgických a interních odděleních, ale také v rámci traumacentra a oddělení následné péče. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků na výše zmiňovaná oddělení, kdy z původních 120 dotazníků se jich vrátilo pouze 98, jejich návratnost tedy činila 81,67 %. Z navrácených dotazníků muselo být následně 9 dotazníků pro jejich nekorektnost a neúplnost odpovědí vyřazeno, finální počet byl tedy 89 dotazníků, čemuž přísluší 74,17 % úspěšnost.

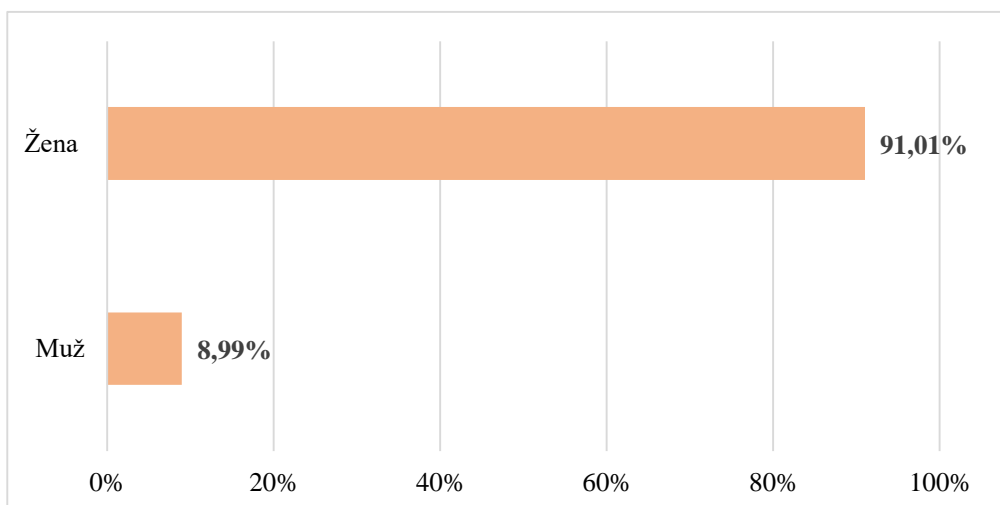
### 3.3 Analýza výzkumných dat

Data, která jsme v rámci výzkumu získali dotazníkovým šetřením, byla následně zpracována a vyhodnocena pomocí tabulek a grafů prostřednictvím Microsoft Office Excel 2013. Znázorněná data jsou uvedena v absolutní četnosti ( $n_i$  [-]) a v relativní četnosti  $f_i$  [%]. Data uvedená v procentech jsou zaokrouhlena na dvě desetinná místa. Pro přehlednost, jsou správné odpovědi znázorněny pomocí zelené barvy. Pro zřetelnou orientaci byly zvoleny pruhové grafy.

#### Analýza dotazníkové položky č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

**Tab. 1 Pohlaví respondentů**

$n_i = 89$	$n_i$ [-]	$f_i$ [%]
Žena	81	91,01
Muž	8	8,99
Celkem	89	100



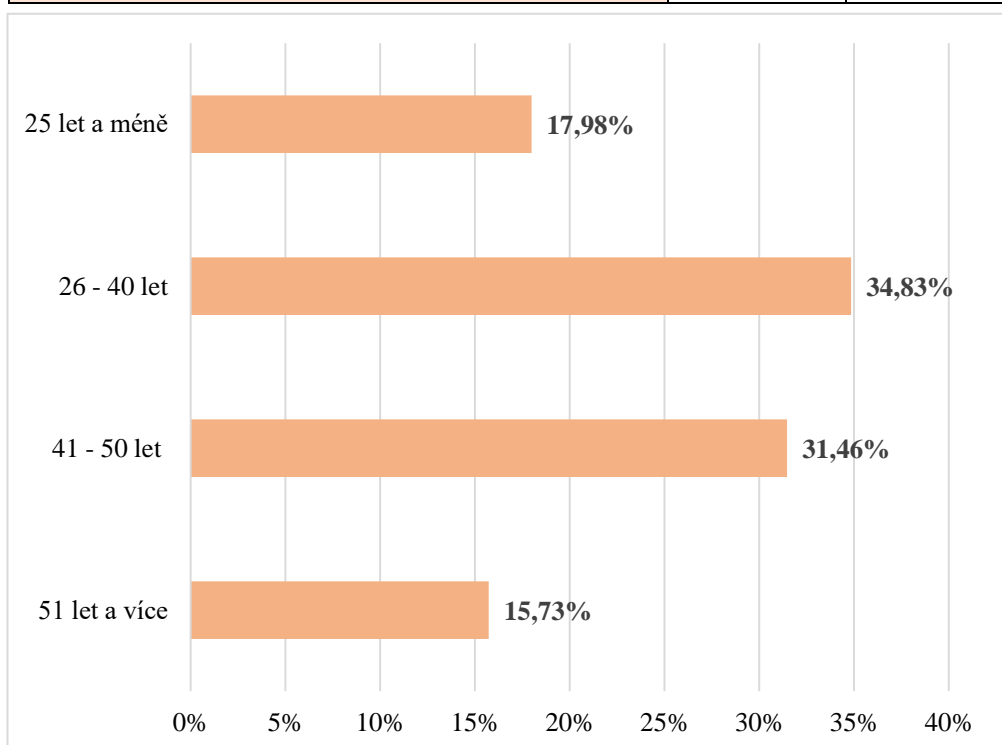
**Graf 1 Pohlaví respondentů**

V otázce č. 1 jsme se dotazovali na pohlaví respondentů. Z 89 dotazovaných respondentů jich bylo 81 (91,01 %) ženského pohlaví a zbylých 8 (8,99 %) mužského pohlaví.

## Analýza dotazníkové položky č. 2: Jaký je Váš věk?

**Tab. 2 Věk respondentů**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
25 let a méně	16	17,98
26–40 let	31	34,83
41–50 let	28	31,46
51 let a více	14	15,73
Celkem	89	100



**Graf 2 Věk respondentů**

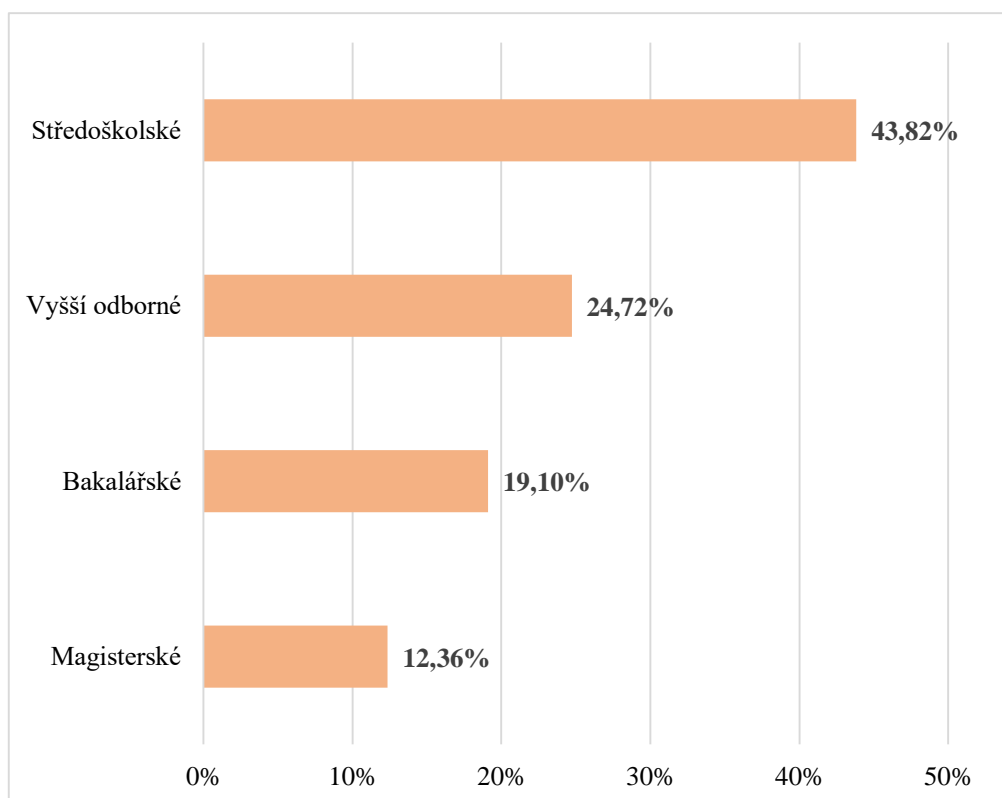
Otázka č. 2 se soustředila na věkové rozmezí respondentů. Z 89 dotazovaných nejvíce respondentů konkrétně 31 (34,83 %) uvedlo věkovou kategorii 26–40 let, dalších 28 (31,46 %) respondentů označilo 41–50 let. 16 (17,98 %) respondentů uvedlo věk 25 let a méně a nejméně respondentů tedy 14 (15,73 %) označilo věkovou kategorii 51 let a více.



### Analýza dotazníkové položky č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

**Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Středoškolské	39	43,82
Vyšší odborné	22	24,72
Bakalářské	17	19,10
Magisterské	11	12,36
Celkem	89	100



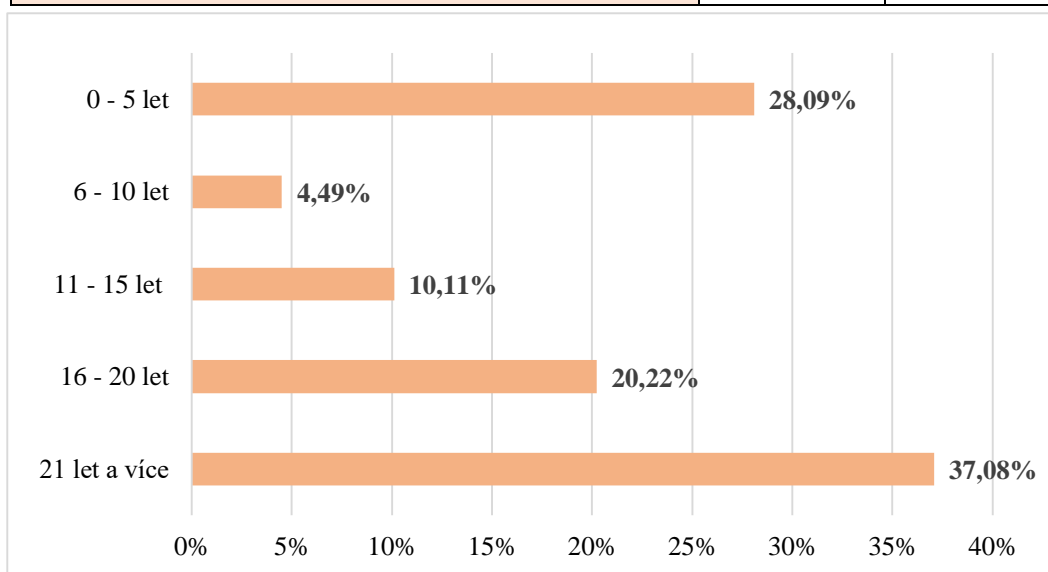
**Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

V otázce č. 3 byli respondenti dotazováni na nejvyšší dosažené vzdělání. Z 89 respondentů jich 39 (43,52 %) označilo středoškolské vzdělání. Vyšší odborné vzdělání příslušelo 22 (24,72 %) respondentům. Bakalářské vzdělání uvedlo 17 (19,10 %) dotazovaných a nejméně početnou kategorii obsadilo Magisterské vzdělání, které označilo z celkového počtu 89 respondentů pouze 11 (12,36 %).

### 3.3.1 Analýza dotazníkové položky č. 4: Kolik let máte vzdělání Všeobecné sestry?

**Tab. 4 Počet let vzdělání Všeobecné sestry**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
0–5 let	25	28,09
6–10 let	4	4,49
11–15 let	9	10,11
16–20 let	18	20,22
21 let a více	33	37,08
Celkem	89	100



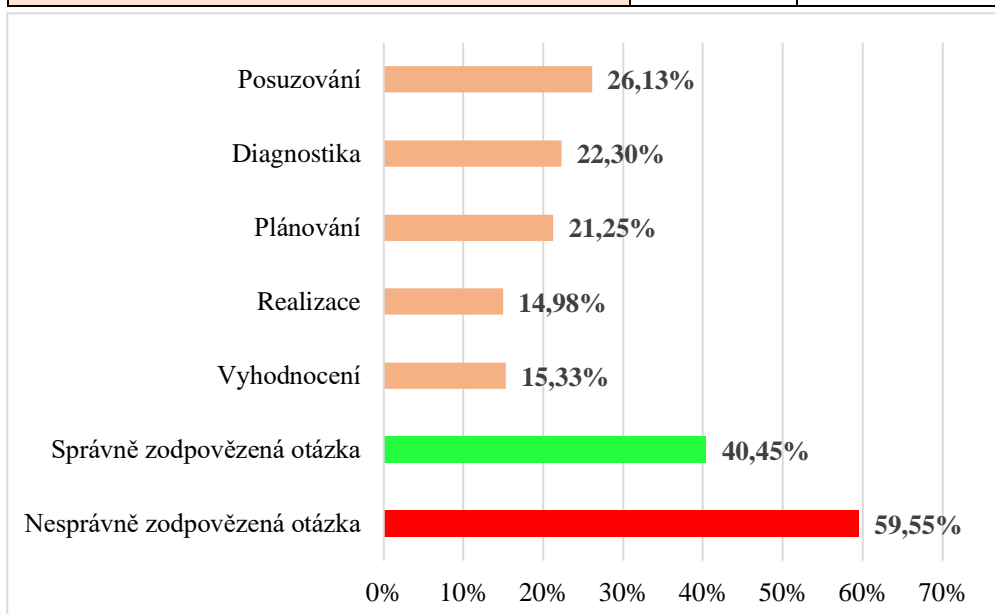
**Graf 4 Počet let vzdělání Všeobecné sestry**

V otázce č. 4 respondenti uváděli, kolik let mají vzdělání Všeobecné sestry. Respondenti, kteří označili v předešlé otázce středoškolské vzdělání, museli mít, alespoň 14 let vzdělání Všeobecné sestry, čímž by bylo splněno kritérium, že byl dotazník určen pouze pro Všeobecné sestry. Na podkladě těchto zjištěných dat byly některé dotazníky vyřazeny. 25 (28,08 %) respondentů uvedlo, že mají vzdělání 0–5 let. Do rozmezí 6–10 spadali 4 (4,49 %) respondenti. 18 (20,22 %) tázaných označilo rozmezí 16–20 let. Nejpočetnější skupinu zastávalo 33 (37,08 %) respondentů, kteří mají vzdělání 21 let a více.

**Analýza dotazníkové položky č. 5: Ve kterých fázích ošetrovatelského procesu se uplatňují hodnotící škály? (více možných odpovědí)**

**Tab. 5 Uplatnění hodnotících škál**

$n_i = 89$ (odpovědí celkem 287)	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Posuzování	75	26,13
Diagnostika	64	22,30
Plánování	61	21,25
Realizace	43	14,98
Vyhodnocení	44	15,33
Správně zodpovězená otázka	36	40,45
Nesprávně zodpovězená otázka	53	59,55
Celkem	89	100



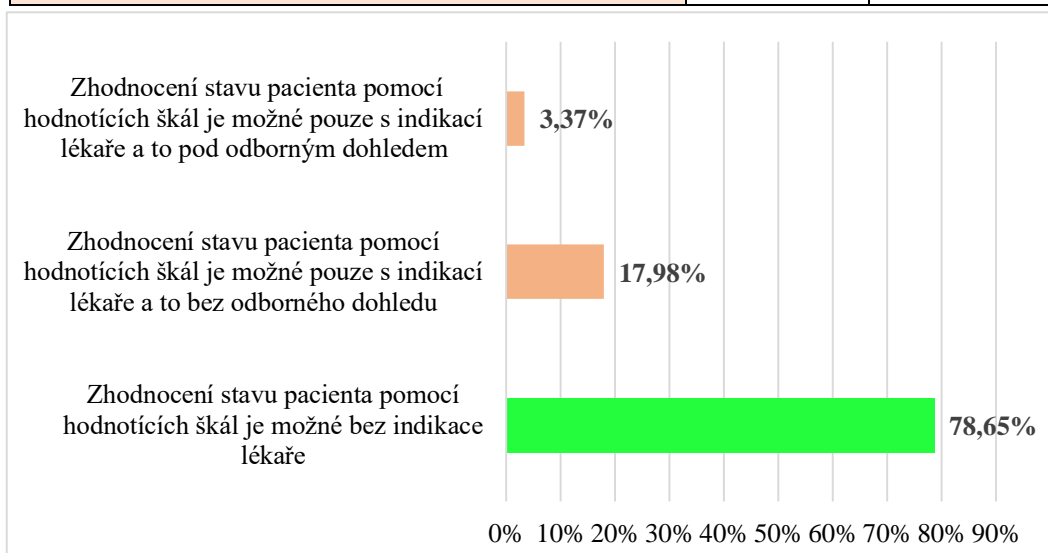
**Graf 5 Uplatnění hodnotících škál**

V otázce č. 5 se zjišťovalo, ve kterých fázích ošetrovatelského procesu dochází k uplatnění hodnotících škál. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí, kdy kritériem pro správně zodpovězenou otázku bylo označení všech možných odpovědí. První fázi ošetrovatelského procesu tedy posuzování označilo 75 (26,13 %) respondentů. Diagnostiku rovněž druhou fází zvolilo 64 (22,30 %) dotazovaných. K plánování se přiklonilo 61 (21,25 %) respondentů a dalších 43 (14,98 %) označilo fází realizace. Poslední variantu tedy vyhodnocení označilo 44 (15,33 %) dotazovaných. Z celkového počtu 89 respondentů kritérium tedy splnilo 36 (40,45 %) dotazovaných a zbylých 53 (59,55 %) kritérium nesplnilo.

### 3.3.2 Analýza dotazníkové položky č. 6: Je možné zhodnotit pacientův stav pomocí hodnotících škál bez indikace lékaře?

**Tab. 6** Hodnocení pacientova stavu

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné pouze s indikací lékaře a to pod odborným dohledem	3	3,37
Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné pouze s indikací lékaře a to bez odborného dohledu	16	17,98
Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné bez indikace lékaře	70	78,65
Celkem	89	100



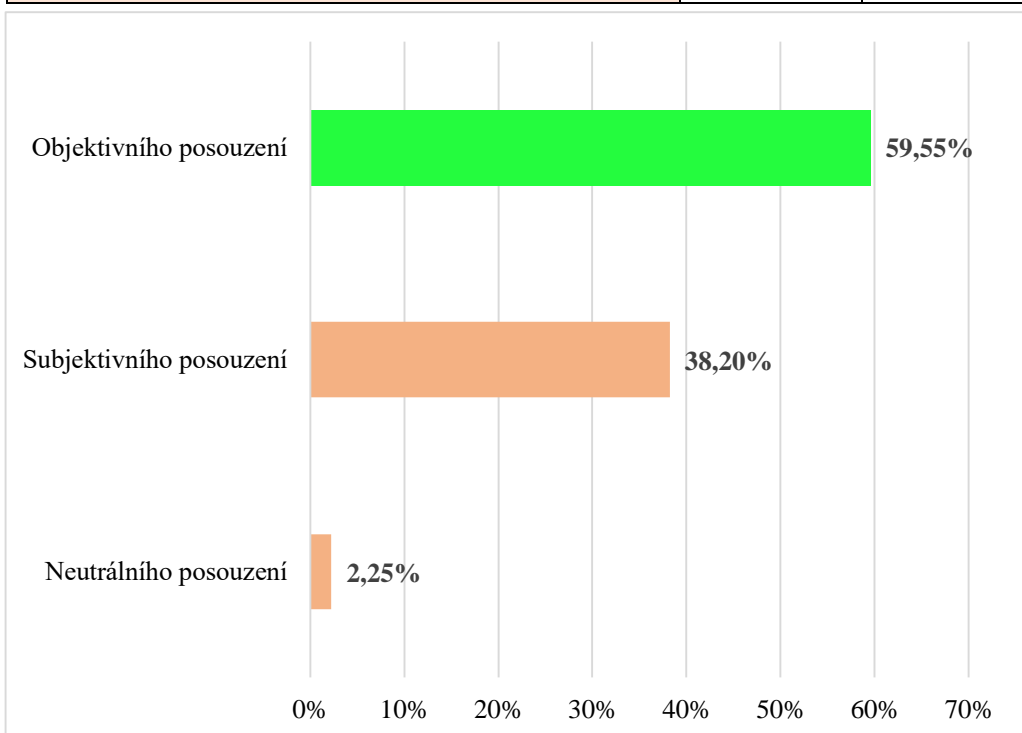
**Graf 6** Hodnocení pacientova stavu

Otázka č. 6 se dotazovala na to, zda je možné zhodnotit pacientův stav pomocí hodnotících škál bez indikace lékaře. Z 89 respondentů se 3 dotazovaní domnívají, že zhodnocení pacientova stavu pomocí hodnotících škál je možné pouze s indikací lékaře a to pod odborným dohledem. 16 (17,98 %) respondentů zvolilo, že je zhodnocení pacientova stavu pomocí hodnotících škál možné pouze s indikací lékaře bez odborného dohledu. Poslední správnou variantu označilo 70 dotazovaných (78,65 %) která říká, že je možné zhodnotit pacientův stav pomocí hodnotících škál bez indikace lékaře.

## Analýza dotazníkové položky č. 7: Jakého posouzení se docílí užitím hodnotících škál?

**Tab. 7 Posouzení pomocí hodnotících škál**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Objektivního posouzení	53	59,55
Subjektivního posouzení	34	38,20
Neutrálního posouzení	2	2,25
Celkem	89	100



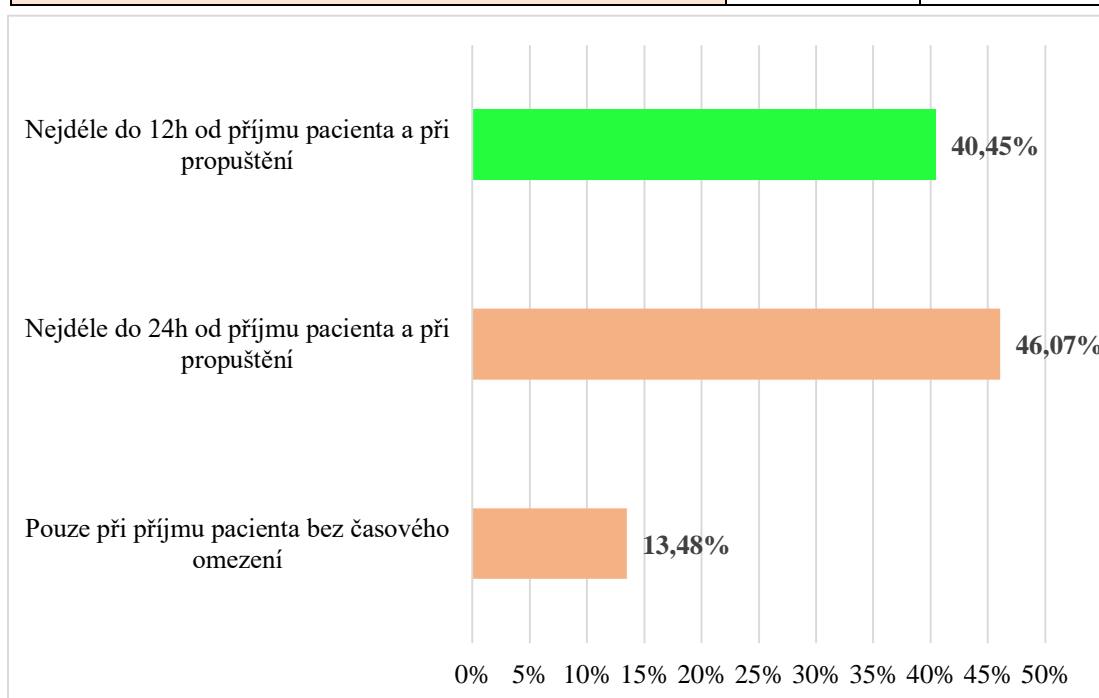
**Graf 7 Posouzení pomocí hodnotících škál**

V otázce č. 9 byli respondenti dotazováni na to, jakého posouzení se docílí užitím hodnotících škál. Z 89 dotazovaných jich 53 (59,55 %) správně označilo objektivní posouzení. Subjektivní posouzení zvolilo 34 (38,20 %) respondentů a poslední variantu tedy neutrální posouzení vybrali 2 (2,25 %) respondenti.

**Analýza dotazníkové položky č. 8: Kdy se využívají škály hodnotící riziko vzniku dekubitů?**

**Tab. 8 Využití hodnotících škál pro riziko vzniku dekubitů**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
Nejdéle do 12h od příjmu pacienta a při propuštění	36	40,45
Nejdéle do 24h od příjmu pacienta a při propuštění	41	46,07
Pouze při příjmu pacienta bez časového omezení	12	13,48
Celkem	89	100



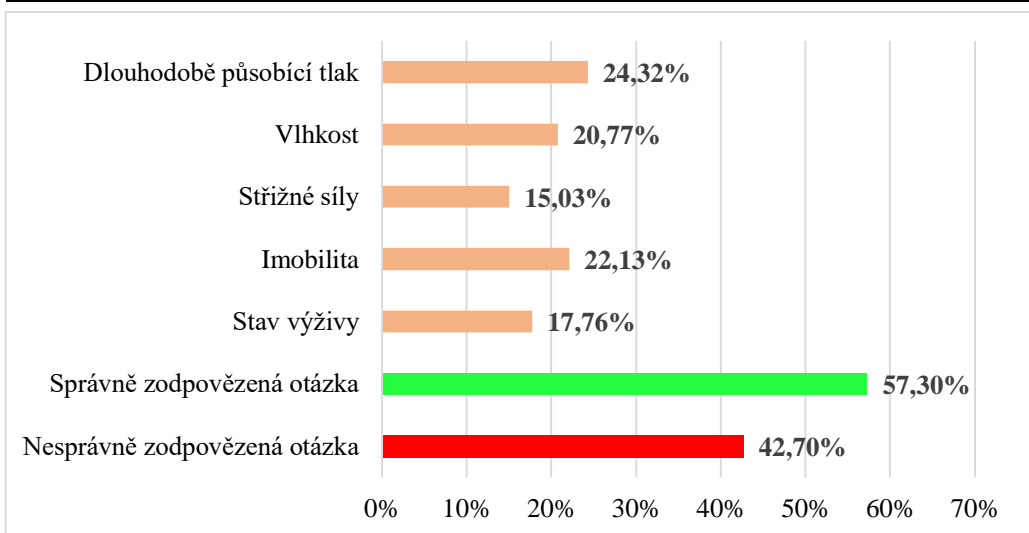
**Graf 8 Využití hodnotících škál pro riziko vzniku dekubitů**

Otázka č. 8 se dotazovala na to, kdy se využívají škály hodnotící riziko vzniku dekubitů. Z 89 dotazovaných jich 36 (40,45 %) správně zvolilo, že nejdéle do 12 hodin od příjmu pacienta a při propuštění. 41 (46,07 %) respondentů označilo variantu nejdéle do 24 hodin od příjmu pacienta a při propuštění. Poslední varianta byla pouze při příjmu pacienta bez časového omezení, kterou vybralo 12 (13,48 %) respondentů.

**Analýza dotazníkové položky č. 9: Vyberte faktory podílející se na vzniku dekubitů:**  
(více možných odpovědí)

**Tab. 9 Faktory vzniku dekubitů**

$n_i = 89$ (odpovědí celkem 366)	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Dlouhodobě působící tlak	89	24,32
Vlhkost	76	20,77
Střížné síly	55	15,03
Imobilita	81	22,13
Stav výživy	65	17,76
Správně zodpovězená otázka	51	57,30
Nesprávně zodpovězená otázka	38	42,70
Celkem	89	100



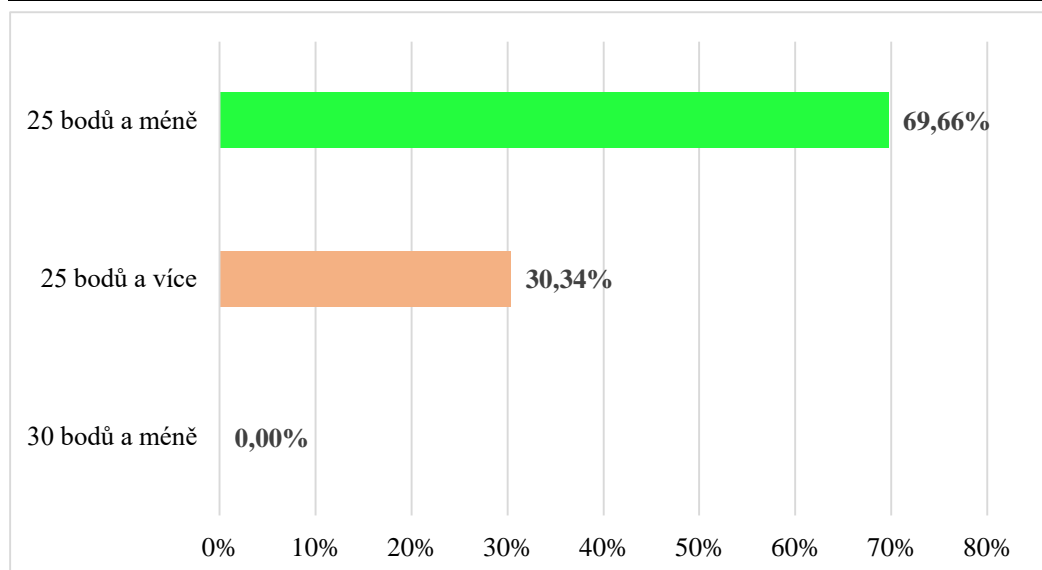
**Graf 9 Faktory vzniku dekubitů**

V otázce č. 9 měli respondenti vybrat faktory podílející se na vzniku dekubitů a byla zde možnost zvolit více možných odpovědí. Aby byla otázka považována za správně zodpovězenou a bylo tak splněno kritérium, musely být označeny všechny možné varianty. Dlouhodobě působící tlak označilo všech 89 (24,32 %) respondentů. Dalším faktorem byla vlhkost, kterou zvolilo 76 (20,77 %) dotazovaných, ke střížným silám se přiklonilo 55 (15,03 %) respondentů. 81 (22,13 %) dotázaných uvedlo imobilitu a stav výživy zvolilo 65 (17,76 %) respondentů. Z celkového počtu 89 respondentů jich 51 (57,30 %) zvolilo všechny varianty a tím bylo splněno kritérium této otázky. Zbylých 38 (42,70 %) označilo pouze některé varianty, a tudíž byla otázka nesprávně zodpovězena.

**Analýza dotazníkové položky č. 10: Při dosažení kolika bodů v hodnotící škále dle Nortonové se nachází pacient v riziku vzniku dekubitů?**

**Tab. 10 Riziko vzniku dekubitů**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
25 bodů a méně	62	69,66
25 bodů a více	27	30,34
30 bodů a méně	0	0,00
Celkem	89	100



**Graf 10 Riziko vzniku dekubitů**

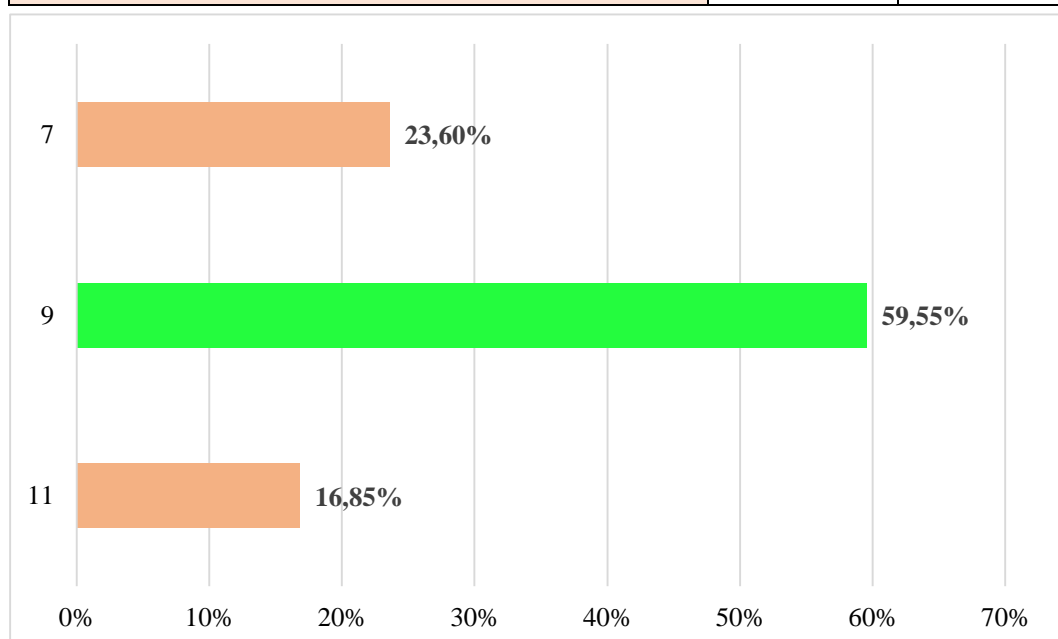
V otázce č. 10 se zjišťovalo, při dosažení kolika bodů v hodnotící škále dle Nortonové se nachází pacient v riziku vzniku dekubitů. Z celkového počtu 89 respondentů jich 62 (69,66 %) zvolilo rozmezí 25 bodů a méně, které bylo správnou variantou. 25 bodů a více označilo 27 (30,34 %) dotazovaných. Poslední variantu, která zněla 30 bodů a méně, nezvolil žádný z respondentů.



## Analýza dotazníkové položky č. 11: Kolik oblastí hodnotí modifikovaná stupnice Nortonové?

Tab. 11 Počet oblastí dle Nortonové

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
7	21	23,60
9	53	59,55
11	15	16,85
Celkem	89	100



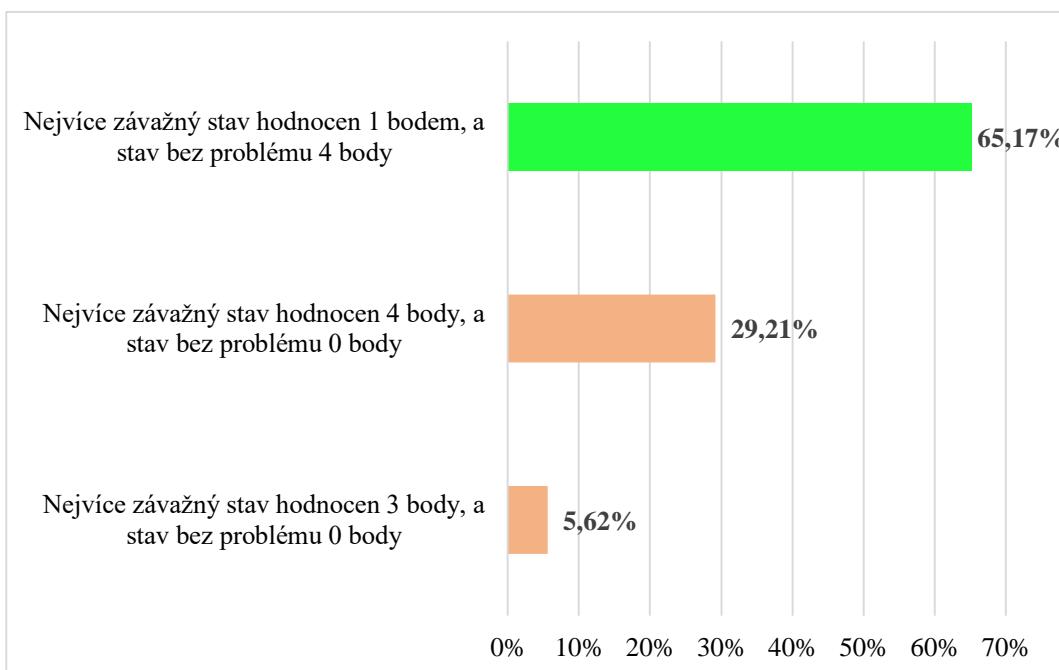
Graf 11 Počet oblastí dle Nortonové

V otázce č. 11 byli respondenti dotazováni na to, kolik oblastí se hodnotí v modifikované stupnici dle Nortonové. 21 (23,60 %) tázaných uvedlo 7 oblastí. Správně označilo 53 (59,55 %) respondentů odpověď 9 oblastí. Nejméně označovanou odpovědí byla poslední varianta o 11 oblastech, kterou zvolilo 15 (16,85 %) dotazovaných.

**Analýza dotazníkové položky č. 12: Při hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové stupnice je u každé z oblastí:**

**Tab. 12 Hodnocení oblastí dle Nortonové**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Nejvíce závažný stav hodnocen 1 bodem, a stav bez problému 4 body	58	65,17
Nejvíce závažný stav hodnocen 4 body, a stav bez problému 0 body	26	29,21
Nejvíce závažný stav hodnocen 3 body, a stav bez problému 0 body	5	5,62
Celkem	89	100



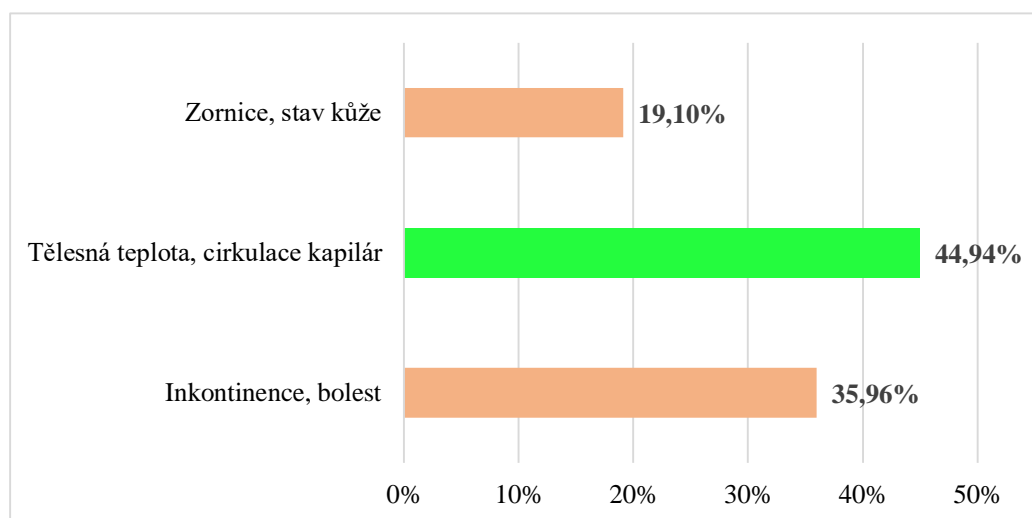
**Graf 12 Hodnocení oblastí dle Nortonové**

V otázce č. 12 se zjišťovalo, zda respondenti vědí, jak jsou hodnoceny oblasti ve stupnici dle Nortonové pro posouzení rizika vzniku dekubitů. První variantou bylo, že nejvíce závažný stav je hodnocen 1 bodem a stav bez problému 4 body. K této správné variantě se přiklonilo 58 (65,17 %) tázaných. Dále 26 respondentů označilo možnost, kdy nejvíce závažný stav byl hodnocen 4 body, a stav bez problému 0 body. Poslední možnost byla zvolena 5 (5,62 %) respondenty, kteří tvrdí, že nejvíce závažný stav je hodnocen 3 body a stav bez problému 0 body.

**Analýza dotazníkové položky č. 13: Které specifické oblasti se posuzují u hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů dle M. L. Shannon oproti jiným používaným škálám v této problematice?**

**Tab. 13 Specifické oblasti dle Shannon**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
Zornice, stav kůže	17	19,10
Tělesná teplota, cirkulace kapilár	40	44,94
Inkontinence, bolest	32	35,96
Celkem	89	100



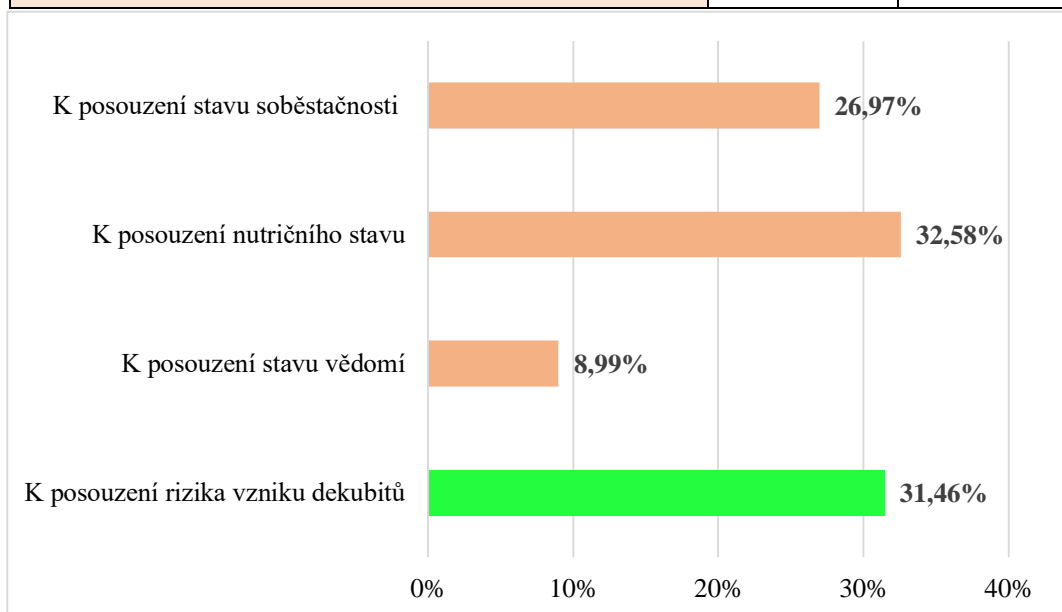
**Graf 13 Specifické oblasti dle Shannon**

V otázce č. 13 měly všeobecné sestry vybrat specifické oblasti, které jsou posuzovány v hodnotící škále pro riziko vzniku dekubitů dle M. L. Shannon oproti jiným používaným škálám v této problematice. V této otázce byla pouze jedna správná odpověď. Z 89 dotázaných jich 17 (19,10 %) označilo zornice a stav kůže. Správnou odpověď tedy oblasti týkající se tělesné teploty a cirkulace kapilár vybralo 40 (44,94 %) respondentů. Inkontinence a bolest byla zvolena zbylým počtem 32 (35,96 %) respondentů.

## Analýza dotazníkové položky č. 14: K čemu slouží škála dle Bradenové?

Tab. 14 Použití škály dle Bradenové

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
K posouzení stavu soběstačnosti	24	26,97
K posouzení nutričního stavu	29	32,58
K posouzení stavu vědomí	8	8,99
K posouzení rizika vzniku dekubitů	28	31,46
Celkem	89	100



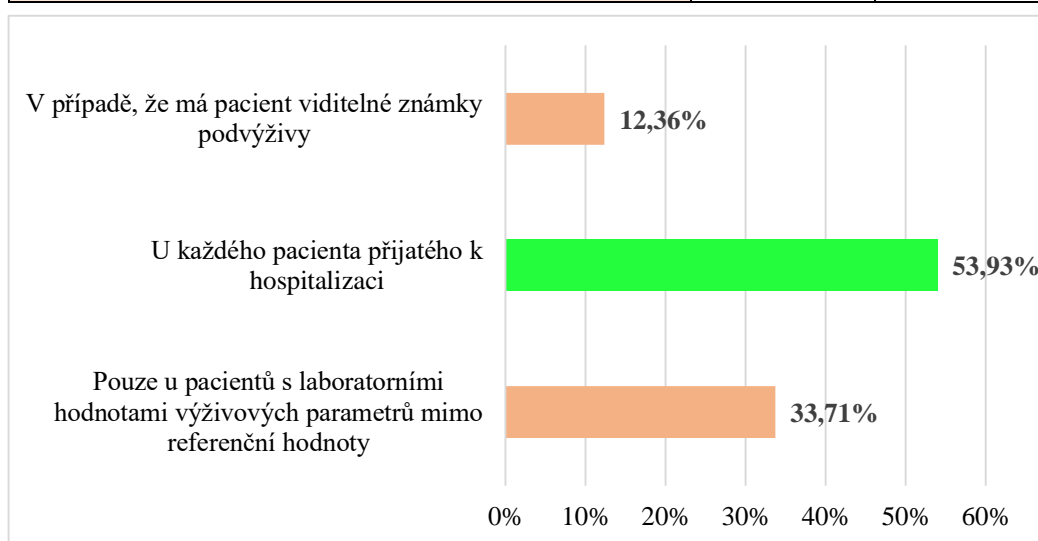
Graf 14 Použití škály dle Bradenové

Otázka č. 14 zkoumala, zda respondenti vědí, k čemu slouží škála dle Bradenové. Ze 4 znázorněných variant byla pouze jedna ta správná. Z 89 dotazovaných jich 24 (26,97 %) označilo, že slouží k posouzení stavu soběstačnosti. Dalších 29 (32,58 %) tázaných se přiklonilo k tomu, že se využívá k posouzení nutričního stavu. 8 (8,99 %) respondentů se domnívalo, že tato škála slouží ke zhodnocení stavu vědomí. Zbýlých 28 (31,46 %) tázaných, kteří uvedli ve své odpovědi, že tato škála nachází své uplatnění u posouzení rizika vzniku dekubitů, odpovědělo zcela správně.

## Analýza dotazníkové položky č. 15: Hodnocení nutričního stavu se provádí:

**Tab. 15 Zhodnocení nutričního stavu**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
V případě, že má pacient viditelné známky podvýživy	11	12,36
<b>U každého pacienta přijatého k hospitalizaci</b>	<b>48</b>	<b>53,93</b>
Pouze u pacientů s laboratorními hodnotami výživových parametrů mimo referenční hodnoty	30	33,71
Celkem	89	100



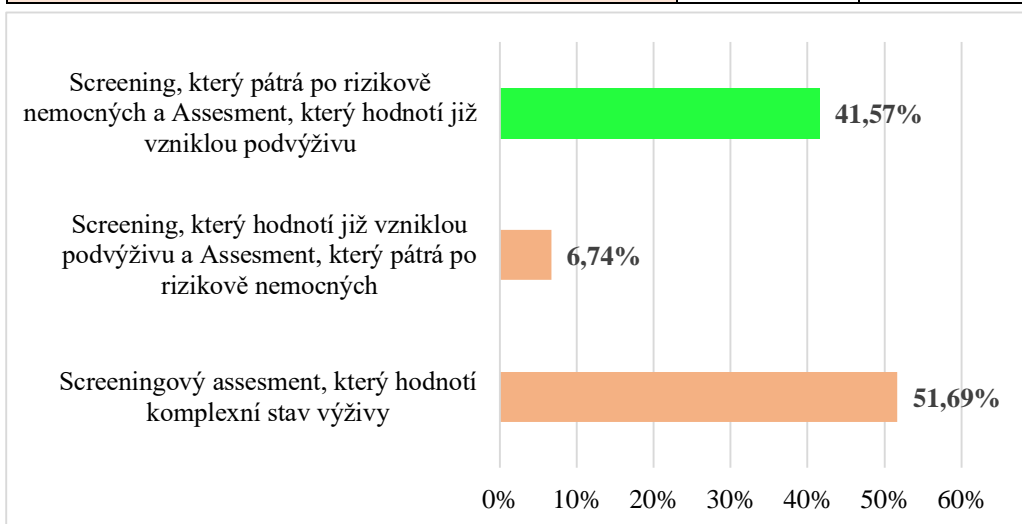
**Graf 15 Zhodnocení nutričního stavu**

Podstatou otázky č. 15 bylo zjistit, zda respondenti vědí, kdy se provádí hodnocení nutričního stavu. Z 89 tázaných jich 11 (12,36 %) zvolilo, že se hodnocení nutričního stavu provádí v případě, že má pacient viditelné známky podvýživy. U této otázky zvolilo 48 (53,93 %) respondentů správnou variantu, která uváděla, že se hodnocení nutričního stavu provádí u každého pacienta přijatého k hospitalizaci. Zbýlých 30 (33,71 %) respondentů se domnívá, že se nutriční stav hodnotí pouze u pacientů, kteří mají laboratorní hodnoty a výživové parametry mimo referenční hodnoty.

**Analýza dotazníkové položky č. 16: Ke zhodnocení stavu výživy v rámci hodnotících škál se využívá:**

**Tab. 16 Zhodnocení stavu výživy v rámci hodnotících škál**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
Screening, který pátrá po rizikově nemocných a Assesment, který hodnotí již vzniklou podvýživu	37	41,57
Screening, který hodnotí již vzniklou podvýživu a Assesment, který pátrá po rizikově nemocných	6	6,74
Screeningový assesment, který hodnotí komplexní stav výživy	46	51,69
Celkem	89	100



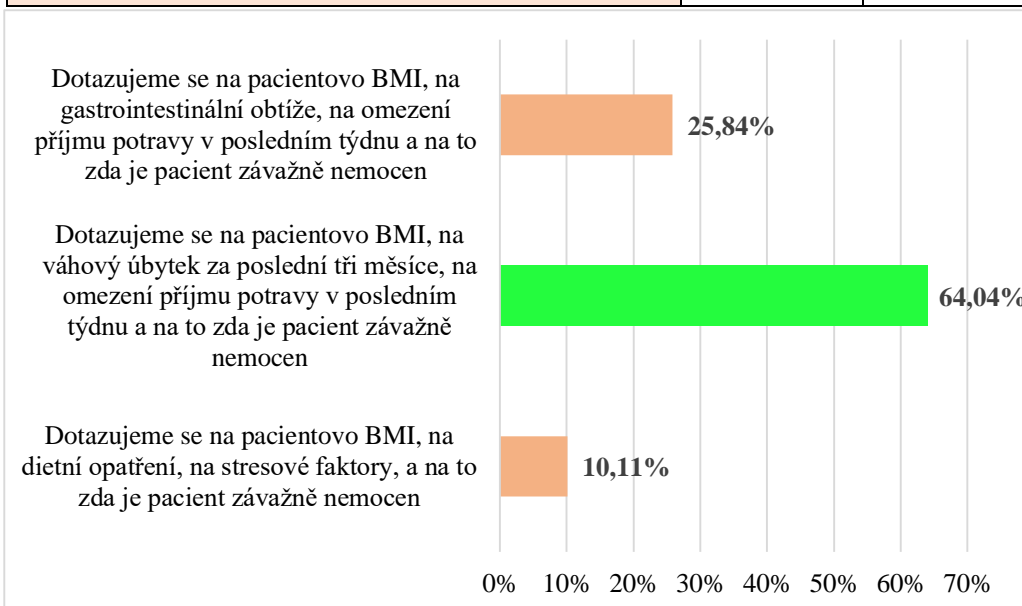
**Graf 16 Zhodnocení stavu výživy v rámci hodnotících škál**

Otázka č. 16 zjišťovala, co se využívá ke zhodnocení stavu výživy v rámci hodnotících škál. Z 89 tázaných zvolilo správnou variantu 37 (41,57 %) respondentů. Tato varianta uváděla, že Screening pátrá po rizikově nemocných a Assesment hodnotí již vzniklou podvýživu. Dalších 6 (6,74 %) tázaných označilo zcela opačnou variantu, kdy Screening hodnotil již vzniklou podvýživu a Assesment, který pátral po rizikově nemocných. Zbýlých 46 (51,69 %) respondentů zvolilo variantu screeningový assesment, který hodnotí komplexní stav výživy.

**Analýza dotazníkové položky č. 17: Podle Kondrupova dotazníku se při příjmu pacienta ptáme na otázky týkající se jeho nutričního stavu, vyberte, které to jsou:**

**Tab. 17 Kondrupův dotazník**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
Dotazujeme se na pacientovo BMI, na gastrointestinální obtíže, na omezení příjmu potravy v posledním týdnu a na to zda je pacient závažně nemocen	23	25,84
Dotazujeme se na pacientovo BMI, na váhový úbytek za poslední tři měsíce, na omezení příjmu potravy v posledním týdnu a na to zda je pacient závažně nemocen	57	64,04
Dotazujeme se na pacientovo BMI, na dietní opatření, na stresové faktory, a na to zda je pacient závažně nemocen	9	10,11
Celkem	89	100



**Graf 17 Kondrupův dotazník**

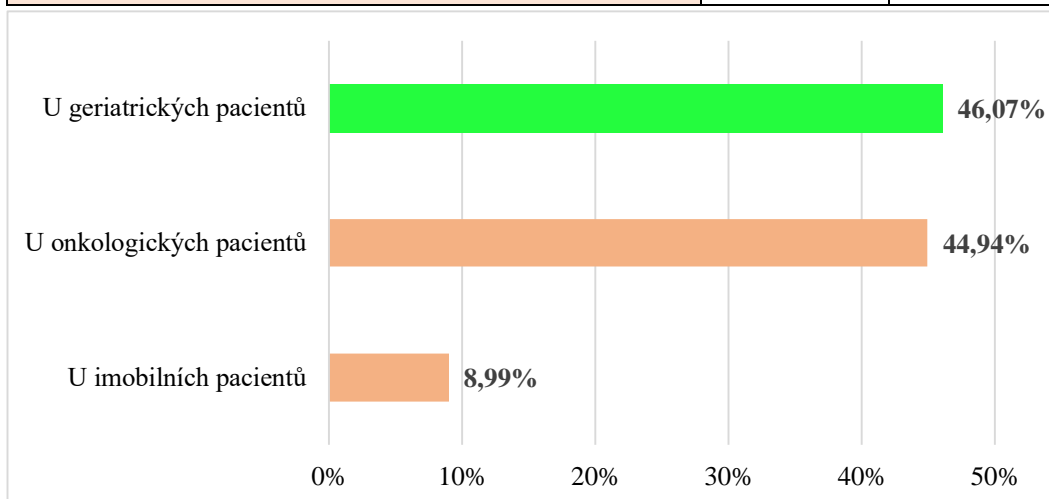
V otázce č. 17 se zjišťovalo, na které otázky se ptáme ohledně nutričního stavu pacienta v rámci Kondrupova dotazníku. Z 89 dotazovaných jich 23 (25,84 %) označilo, že se ptáme na pacientovo BMI, gastrointestinální obtíže, na omezení příjmu potravy v posledním týdnu a na to, zda je pacient závažně nemocen. 57 (64,04%) respondentů označilo odpověď, která uvádí, že se ptáme na BMI, váhový úbytek za poslední tři měsíce, na omezení příjmu potravy v posledním týdnu a na to, zda je pacient závažně nemocen. Toto znění, které uvedla nejpočetnější skupina respondentů, bylo zcela pravdivé. Poslední

variantu zvolilo 9 (10,11 %) tázaných, která tvrdí, že se ptáme na pacientovo BMI, dietní opatření, stresové faktory a na to, zda je pacient závažně nemocen.

**Analýza dotazníkové položky č. 18: U kterých pacientů se používá k posouzení stavu nutriční především hodnotící nástroj Mini Nutritional Assessment – MNA?**

**Tab. 18 Pacienti, u kterých se využívá MNA**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
U geriatrických pacientů	41	46,07
U onkologických pacientů	40	44,94
U imobilních pacientů	8	8,99
Celkem	89	100



**Graf 18 Pacienti, u kterých se využívá MNA**

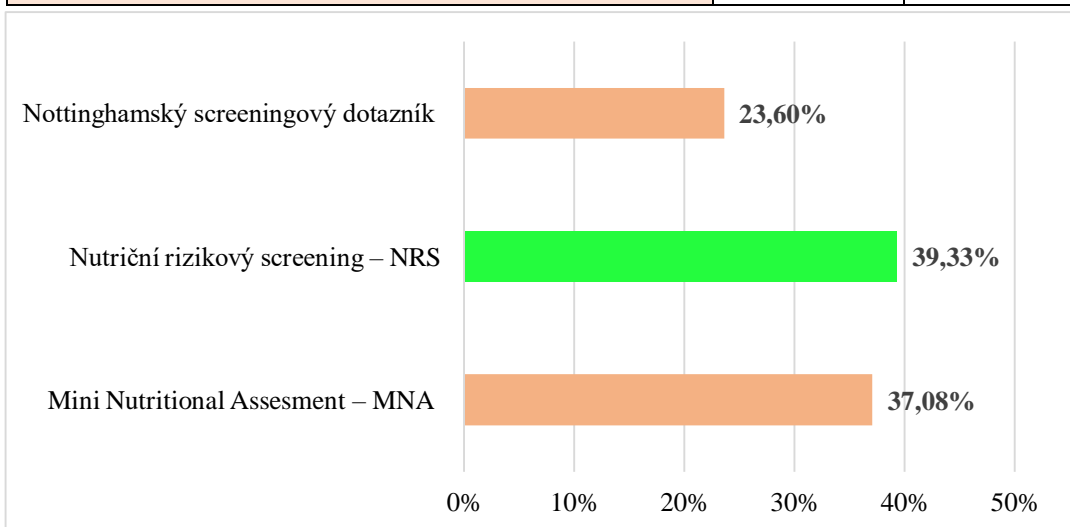
V otázce č. 18 se dotazujeme na to, zda respondenti vědí, u kterých pacientů pro posouzení nutričního stavu se uplatňuje hodnotící nástroj Mini Nutritional Assessment tedy MNA. 41 (46,07 %) z 89 dotazovaných uvádí, že dochází k uplatnění tohoto nástroje ve spojitosti s geriatrickými pacienty, což v této otázce byla odpověď, kterou měli respondenti pro splnění kritéria zvolit. Pro onkologické pacienty se rozhodlo 40 (44,94 %) tázaných a zbylých 8 (8,99 %) respondentů označilo imobilní pacienty.



**Analýza dotazníkové položky č. 19: Který z hodnotících nástrojů se používá k posouzení stavu nutrice u onkologicky nemocných?**

**Tab. 19** Hodnotící nástroj nutrice pro onkologické pacienty

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
Nottinghamský screeningový dotazník	21	23,60
Nutriční rizikový screening – NRS	35	39,33
Mini Nutritional Assesment – MNA	33	37,08
Celkem	89	100



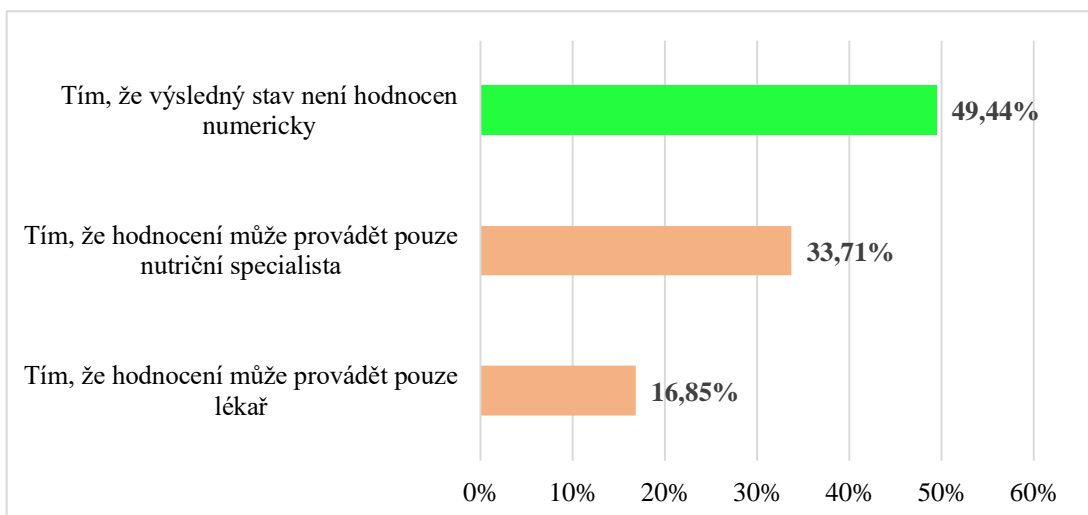
**Graf 19** Hodnotící nástroj nutrice pro onkologické pacienty

Podstatou této otázky č. 19 bylo zjistit, zda všeobecné sestry vědí, který z hodnotících nástrojů se využívá k posouzení stavu nutrice u onkologicky nemocných. 21 (23,60 %) respondentů, se domnívalo, že k posouzení nutričního stavu u onkologických pacientů se využívá Nottinghamský screeningový dotazník. V této otázce byl správnou odpovědí Nutriční rizikový screening (NRS), který uvedlo nejvíce respondentů konkrétně tedy 35 (39,33 %) tázaných. Mini Nutritional Assesment (MNA) zvolilo zbývajících 33 (37,08 %) respondentů.

**Analýza dotazníkové položky č. 20: Čím se odlišuje SGA – Subjective Global Assessment od ostatních hodnotících škál?**

**Tab. 20 Odlišnost SGA**

$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Tím, že výsledný stav není hodnocen numericky	44	49,44
Tím, že hodnocení může provádět pouze nutriční specialista	30	33,71
Tím, že hodnocení může provádět pouze lékař	15	16,85
Celkem	89	100



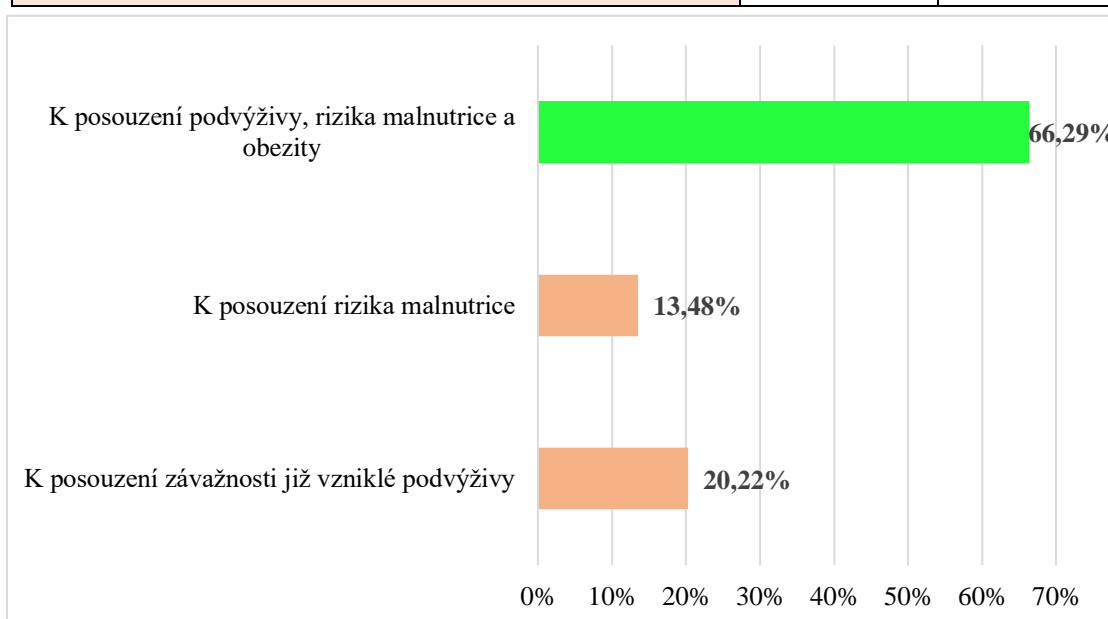
**Graf 20 Odlišnost SGA**

Otázka č. 20 se zaměřila na to, zda respondenti vědí a jsou schopni definovat, čím se odlišuje SGA od ostatních hodnotících škál pro stav nutrice. Nejvíce respondentů konkrétně 44 (49,44 %) uvádělo správnou variantu, která popisovala, že odlišnosti této škály spočívají v tom, že výsledný stav není hodnocen za pomoci čísel tedy numericky. 30 (33,71 %) dotazovaných zvolilo variantu, která říká, že hodnocení může provádět pouze nutriční specialista. K tomu, že hodnocení může být prováděno pouze lékařem, se přiklonilo zbylých 15 (16,85 %) respondentů.

## Analýza dotazníkové položky č. 21: K čemu slouží hodnotící škála Malnutrition Universal Screening Tool – MUST?

**Tab. 21 Použití škály MUST**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
K posouzení podvýživy, rizika malnutrice a obezity	59	66,29
K posouzení rizika malnutrice	12	13,48
K posouzení závažnosti již vzniklé podvýživy	18	20,22
Celkem	89	100



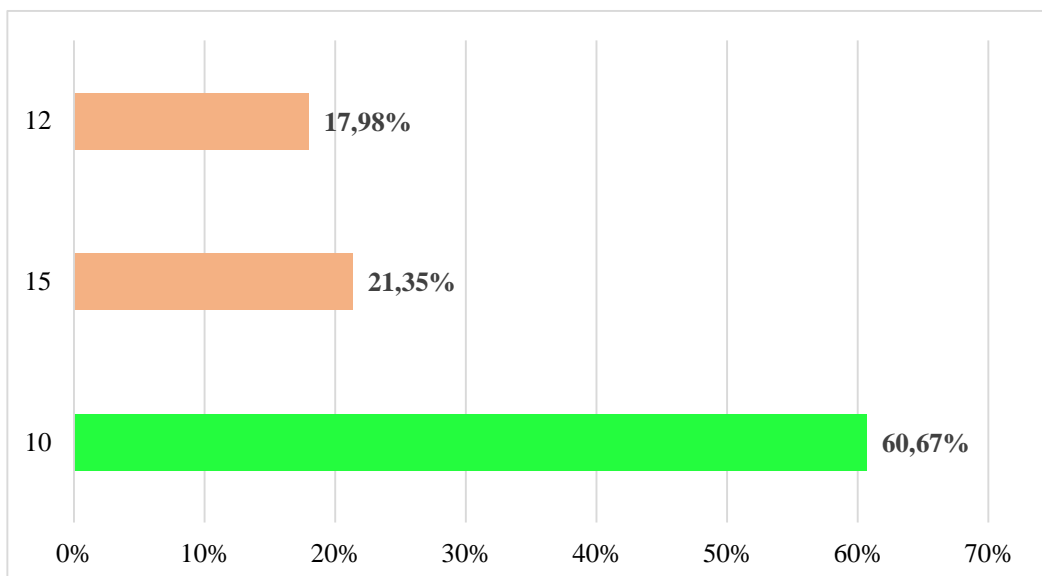
**Graf 21 Použití škály MUST**

V otázce č. 21 respondenti uváděli, k čemu se využívá hodnotící škála Malnutrition Universal Screening Tool zkráceně MUST. Z 89 dotazovaných jich 59 (66,29 %) uvedlo, že slouží k posouzení podvýživy, rizika malnutrice a obezity, což byla v této otázce správná odpověď. 12 (13,48 %) respondentů se domnívalo, že tato škála nachází své využití při posuzování rizika malnutrice. Zbývajících 18 (20,22 %) tázaných uvedlo, že se uplatňuje při posouzení závažnosti již vzniklé podvýživy.

**Analýza dotazníkové položky č. 22: Z kolika částí je tvořen test Barthelové – ADL na posouzení stavu soběstačnosti?**

**Tab. 22 Části ADL**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
12	16	17,98
15	19	21,35
10	54	60,67
Celkem	89	100



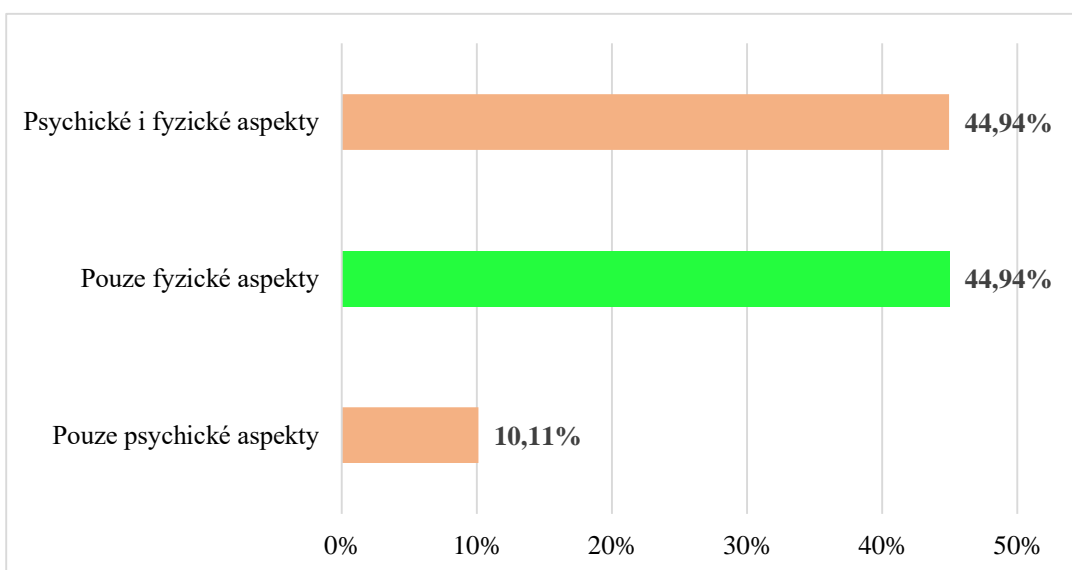
**Graf 22 Části ADL**

V otázce č. 22 byli respondenti dotazováni na to, z kolika částí se skládá test Barthelové (ADL) na posouzení stavu soběstačnosti. Tato otázka měla jednu správnou odpověď z nabízených možností. Celkově odpovídalo 89 respondentů a z toho jich 16 (17,98 %) zastávalo fakt, že je test ADL tvořen ze 12 oblastí. 19 (21,35 %) respondentů se přiklonilo k variantě 15 oblastí. V této otázce měli respondenti označit odpověď C, tedy správnou odpověď, která uváděla, že je test ADL složen z 10 oblastí. Tuto variantu uvedlo celkem 54 (60,67 %) tázaných.

### Analýza dotazníkové položky č. 23: V ADL se hodnotí:

**Tab. 23** Hodnocené aspekty v ADL

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Psychické i fyzické aspekty	40	44,94
Pouze fyzické aspekty	40	44,94
Pouze psychické aspekty	9	10,11
Celkem	89	100



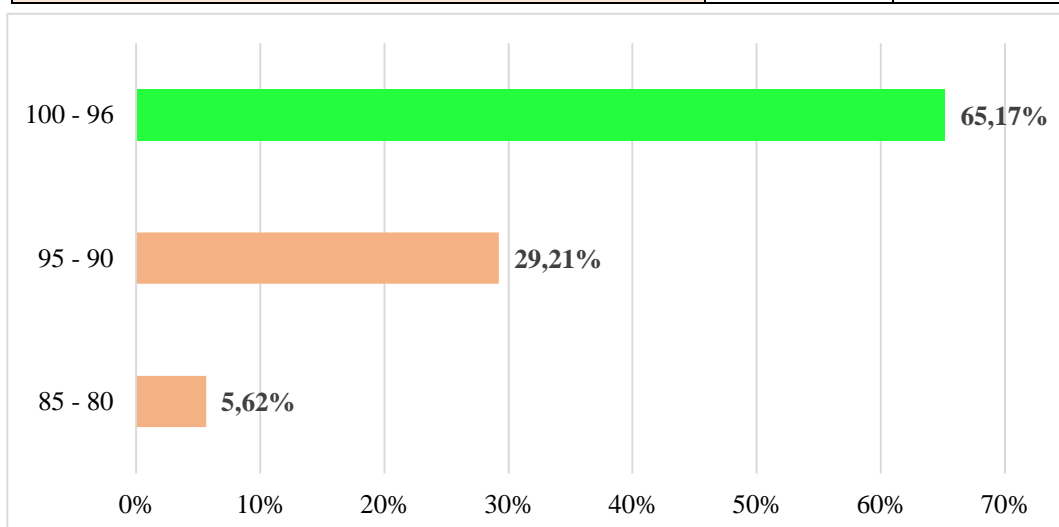
**Graf 23** Hodnocené aspekty v ADL

Otázka č. 20 se týkala správného zvolení aspektů, které se hodnotí v testu ADL. Tato otázka měla pouze jednu správnou odpověď. Skoro polovina dotazovaných přesněji 40 (44,94 %) jich označilo to, že se v ADL hodnotí nejen psychické, ale i fyzické aspekty. Stejný počet respondentů tzn. 40 (44,94 %) se rozhodlo uvést tvrzení, které říkalo, že se zde hodnotí pouze fyzické aspekty. Zvolení této varianty bylo považováno za správnou. Poslední možnou odpovědí v této otázce byly pouze psychické aspekty, ke kterým připadá zbylých 9 (10,11 %) respondentů.

**Analýza dotazníkové položky č. 24: Při dosažení kolika bodů v testu ADL je pacient označován jako nezávislý?**

**Tab. 24 Nezávislost v testu ADL**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
100 – 96	58	65,17
95 – 90	26	29,21
85 – 80	5	5,62
Celkem	89	100



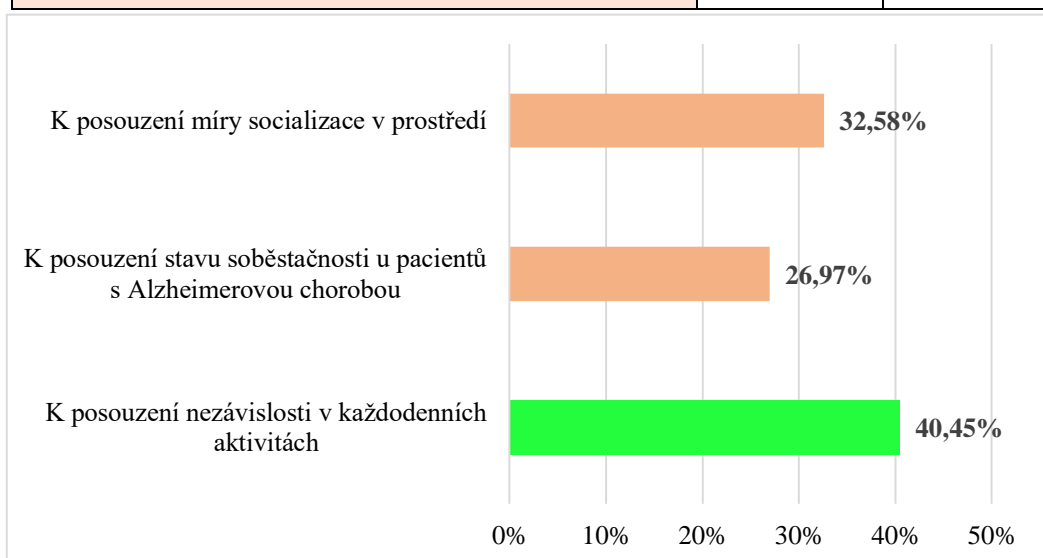
**Graf 24 Nezávislost v testu ADL**

Otázka č. 24 zjišťovala znalosti ohledně testu ADL. Konkrétně se dotazovala na to, zda respondenti vědí při dosažení kolika bodů v testu ADL je pacient označován jako nezávislý. V otázce bylo na výběr ze tří různých možností, kdy pouze jedna z nich byla považována za správnou. 58 (65,17 %) respondentů zvolilo rozmezí 100–96 bodů. Toto rozmezí značí nezávislého pacienta, což znamená, že tato odpověď byla ta správná. K nižšímu rozmezí tzn. 95–90 se přiklonilo 26 (29,21 %) respondentů a poslední variantu tedy 85–80 bodů uvedlo zbývajících 5 (5,62 %) dotazovaných.

## Analýza dotazníkové položky č. 25: K čemu slouží Katzův index?

Tab. 25 Použití Katzova indexu

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
K posouzení míry socializace v prostředí	29	32,58
K posouzení stavu soběstačnosti u pacientů s Alzheimerovou chorobou	24	26,97
K posouzení nezávislosti v každodenních aktivitách	36	40,45
Celkem	89	100



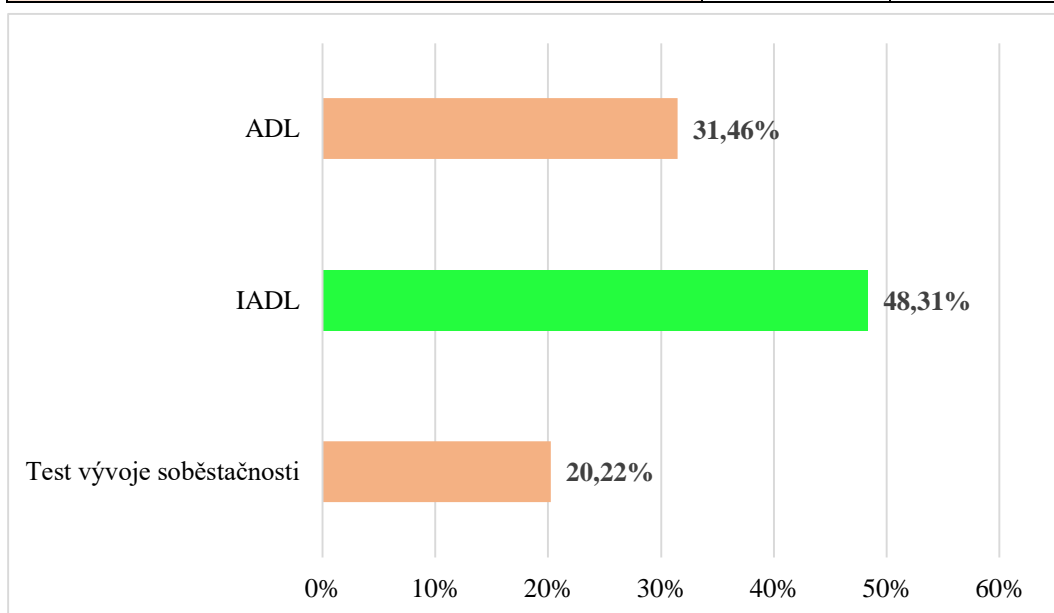
Graf 25 Použití Katzova indexu

Otázka č. 25 byla zaměřena na to, zda respondenti vědí, k čemu slouží Katzův index. Rovněž v této otázce jako v předchozí byla jedna správná odpověď. 29 (32,58 %) respondentů uvedlo, že slouží k posouzení míry socializace v prostředí. Pro posouzení stavu soběstačnosti, u pacientů s Alzheimerovou chorobou, se rozhodlo 24 (26,97 %) tázaných. Správnou odpovědí na danou otázku bylo to, že slouží k posouzení nezávislosti v každodenních aktivitách, což označilo 36 (40,45 %) respondentů.

**Analýza dotazníkové položky č. 26: Pomocí které škály se hodnotí instrumentální denní činnosti zahrnující transport, vaření aj.?**

**Tab. 26 Instrumentální denní činnosti**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
ADL	28	31,46
IADL	43	48,31
Test vývoje soběstačnosti	18	20,22
Celkem	89	100



**Graf 26 Instrumentální denní činnosti**

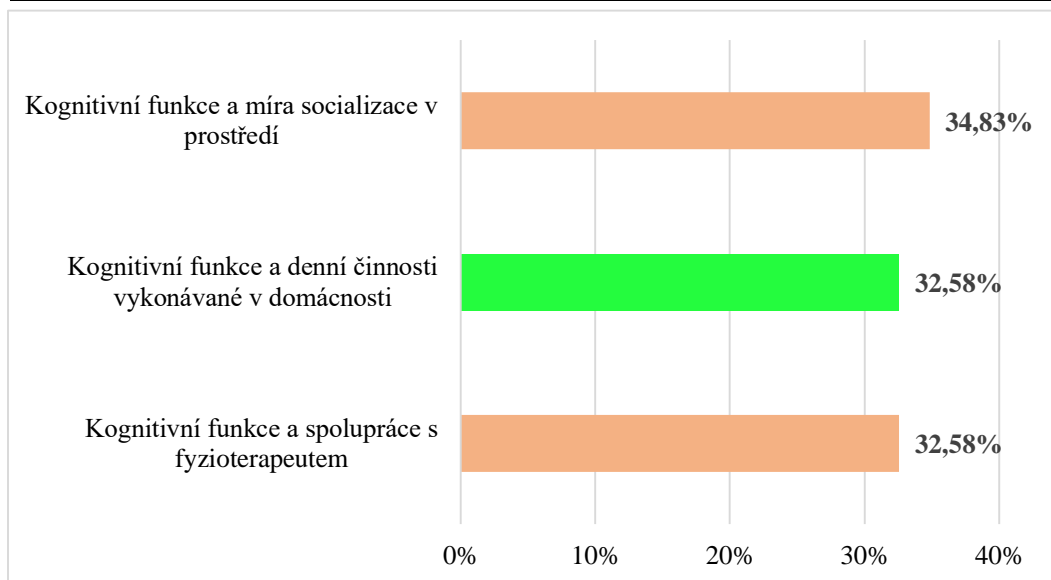
V otázce č. 26 se zjišťovali znalosti respondentů ohledně IADL. Respondenti byli přesněji dotazováni na to, zda vědí pomocí, které škály se hodnotí instrumentální denní činnosti zahrnující transport, vaření aj. 28 (31,46 %) dotazovaných se domnívá, že k tomuto hodnocení slouží test ADL. V tomto případě byla správná varianta tedy IADL zvolena více respondenty konkrétně tedy 43 (48,13 %). Poslední varianta uváděla, že se instrumentální činnosti hodnotí pomocí testu vývoje soběstačnosti. K této možnosti se přiklonilo pouze zbylých 18 (20,22 %) respondentů.



**Analýza dotazníkové položky č. 27: O které oblasti je hodnotící škála FIM – funkční míra nezávislosti doplněna oproti ADL?**

**Tab. 27 Doplněné oblasti ve škále FIM**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
Kognitivní funkce a míra socializace v prostředí	31	34,83
Kognitivní funkce a denní činnosti vykonávané v domácnosti	29	32,58
Kognitivní funkce a spolupráce s fyzioterapeutem	29	32,58
Celkem	89	100



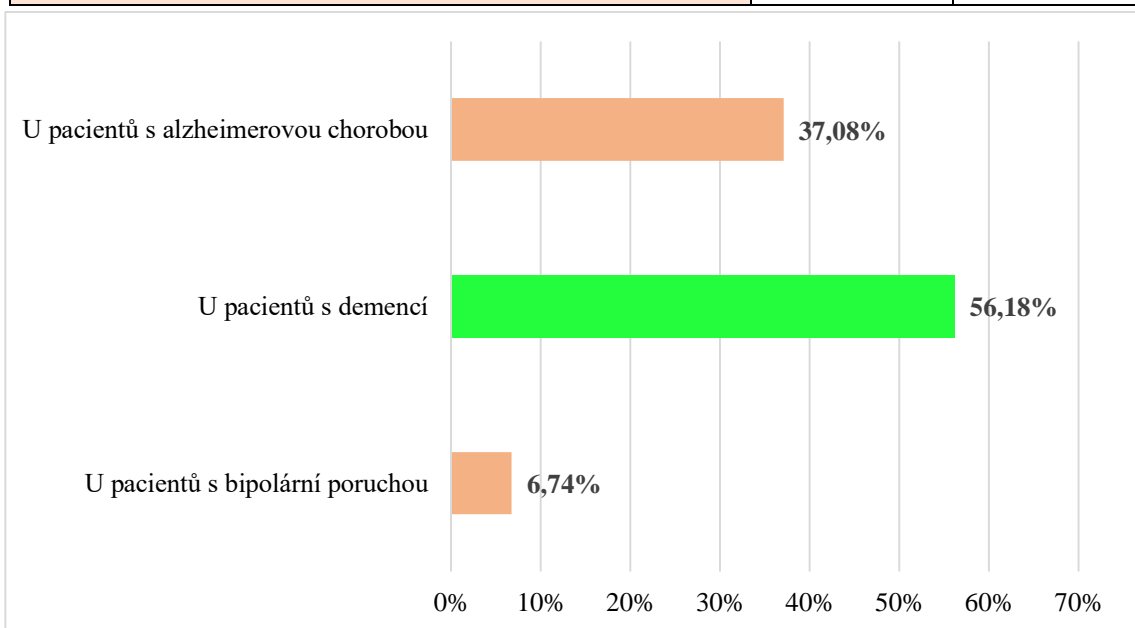
**Graf 27 Doplněné oblasti ve škále FIM**

V otázce č. 28 byli respondenti dotazováni na to, které z oblastí doplňují škálu FIM oproti testu ADL. Správně v této otázce odpovědělo 29 (32,58 %) respondentů, kteří uvedli, že je doplněna o kognitivní funkce a denní činnosti vykonávané v domácnosti. 31 (34, 83 %) respondentů bylo toho názoru, že je tato škála doplněna o kognitivní funkce, ale také o míru socializace v prostředí a 29 (32,58 %) respondentů označilo poslední možnost, která doplňovala FIM o kognitivní funkce a spolupráci s fyzioterapeutem.

**Analýza dotazníkové položky č. 28: U kterých pacientů se využívá Bristolská škála aktivit denního života?**

**Tab. 28 Využití BADLS**

$n_i = 89$	$n_i [ - ]$	$f_i [ \% ]$
U pacientů s Alzheimerovou chorobou	33	37,08
U pacientů s demencí	50	56,18
U pacientů s bipolární poruchou	6	6,74
Celkem	89	100



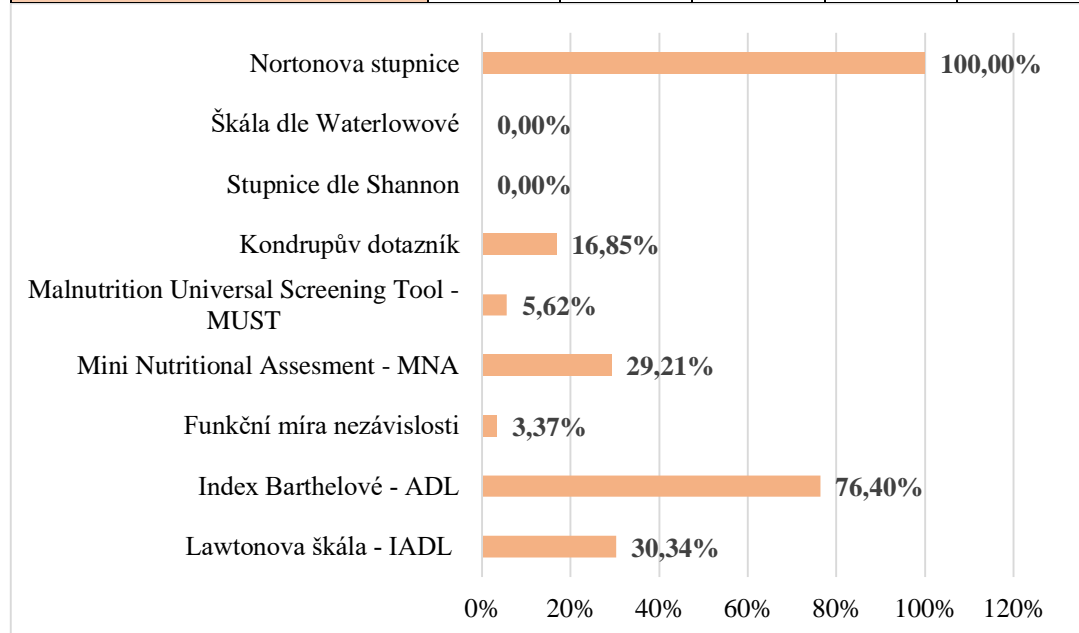
**Graf 28 Využití BADLS**

V otázce č. 28 byla zjišťována znalost všeobecných sester ohledně Bristolské škály aktivit denního života a to tím způsobem, že měly zvolit, u kterých pacientů se tato škála využívá. Ze tří znázorněných variant byla pouze jedna správná. 33 (37,08 %) respondentů označilo pacienty s Alzheimerovou chorobou. Ke správné odpovědi se přiklonilo 50 (56,18 %) tázaných a ta uváděla, že je tato škála určena pro pacienty s demencí. Pro poslední možnost se rozhodlo pouze 6 (6,74 %) respondentů, kteří uvedli, že je stanovena pro pacienty s bipolární poruchou.

**Analýza dotazníkové položky č. 29: Vyberte nejvíce využívané hodnotící škály v rámci Vaší instituce: (více možných odpovědí)**

**Tab. 29 Škály v rámci instituce**

ni =89 (odpovědí celkem 233)	Ano		Ne		Celkem fi [ % ]
	ni [ - ]	fi [ % ]	ni [ - ]	fi [ % ]	
Nortonova stupnice	89	100	0	0,00	100
Škála dle Waterlowové	0	0,00	89	100	100
Stupnice dle Shannon	0	0,00	89	100	100
Kondrupův dotazník	15	16,85	74	83,15	100
Malnutrition Universal Screening Tool - MUST	5	5,62	84	94,38	100
Mini Nutritional Assessment - MNA	26	29,21	63	70,79	100
Funkční míra nezávislosti	3	3,37	86	96,63	100
Index Barthelové - ADL	68	76,40	21	23,60	100
Lawtonova škála - IADL	27	30,34	62	69,66	100



**Graf 29 Škály v rámci instituce**

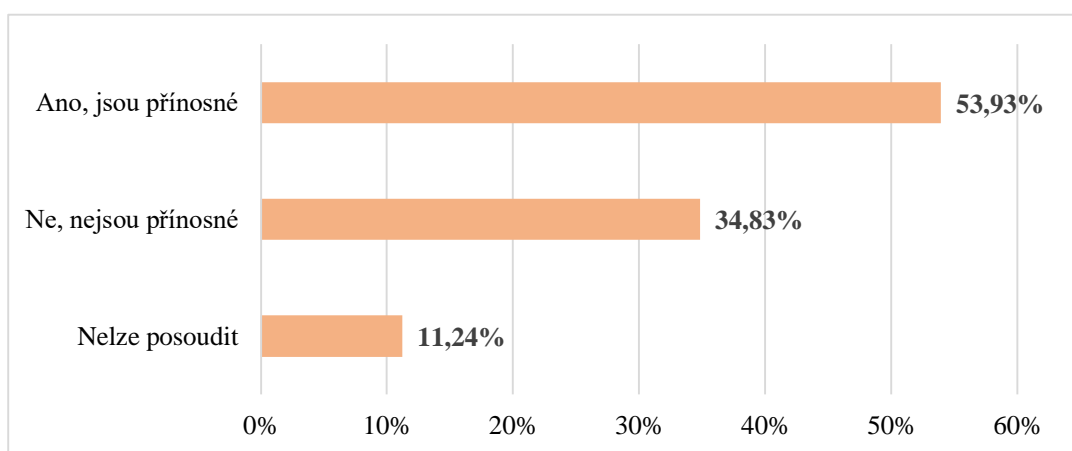
V otázce č. 29 měly být respondenty označeny hodnotící škály, které se využívají v rámci jejich instituce. V této otázce byla možnost zvolit více možných variant. Z dotazníkového šetření je zřetelné, že pro posouzení rizika vzniku dekubitů všichni respondenti tzn. 89 (100 %) uplatňují Nortonovu stupnici a žádné jiné. K posouzení nutričního stavu zvolilo 15 (16,85 %) respondentů Kondrupův dotazník, 5 (5,62 %) respondentů MUST a dalších 26 (29,21 %) dotazovaných uvedlo MNA. Funkční míra

nezávislosti byla zvolena 3 (3,37 %) respondenty. Další využívaný nástroj hodnotící soběstačnost byl dle 68 (76,40 %) respondentů index Barthelové tedy ADL. Variantu IADL zvolilo 27 (30,34 %) tázaných. Celkem bylo získáno pro tuto otázku 233 odpovědí, podle kterých je zřetelné, že mezi nejvíce využívané hodnotící nástroje patří stupnice dle Nortonové a test ADL.

### **Analýza dotazníkové položky č. 30: Domníváte se, že jsou hodnotící škály přínosné v péči o pacienta?**

**Tab. 30 Přínosnost hodnotících škál**

$n_i = 89$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Ano, jsou přínosné	48	53,93
Ne, nejsou přínosné	31	34,83
Nelze posoudit	10	11,24
Celkem	89	100



**Graf 30 Přínosnost hodnotících škál**

V otázce č. 30 respondenti uváděli, jak vnímají hodnotící škály v péči o pacienta a zda jsou přínosné či nikoliv. V této otázce nebyla žádná odpověď správná, byla čistě doplňková jako předchozí otázka a na vyhodnocení výzkumných předpokladů neměla vliv. Více respondentů konkrétně 48 (53,93 %) se přiklonilo k tomu, že jsou škály přínosné v péči o pacienta. 31 (34,83 %) uvedlo, že přínosné naopak nejsou. K variantě, že nelze posoudit se přiklonilo zbylých 10 (11,24 %) respondentů.

### 3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Na podkladě získaných dat z dotazníkového šetření jsou v rámci této kapitoly analyzovány jednotlivé cíle a výzkumné předpoklady.

#### **Cíl č. 1: Popsat vybrané hodnotící škály používané v klinické praxi dle Evidence Based Nursing.**

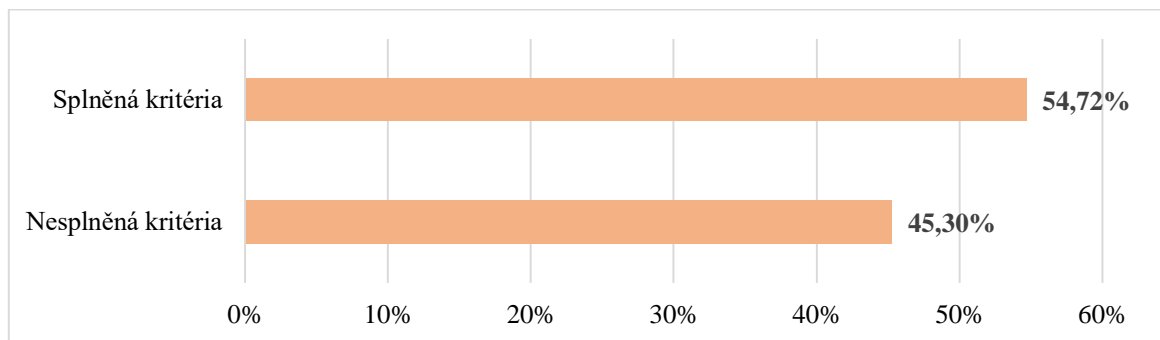
Pro 1. cíl nebyl stanoven výzkumný předpoklad, protože se jedná o popisný cíl, který byl splněn v rámci teoretické části bakalářské práce.

#### **Výzkumný cíl č. 2: Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů.**

**Výzkumný předpoklad č. 2:** Předpokládáme, že 70 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů.

**Tab. 31 Analýza výzkumného předpokladu č. 2**

Předpoklad č. 2			
Dotazníkové otázky	Splněná kritéria [ $f_i$ % ]	Nesplněná kritéria [ $f_i$ % ]	Celkem [ $f_i$ % ]
č. 5	40,45	59,55	100
č. 6	78,65	21,35	100
č. 7	59,55	40,45	100
č. 8	40,45	59,55	100
č. 9	57,30	42,70	100
č. 10	69,66	30,34	100
č. 11	59,55	40,45	100
č. 12	65,17	34,83	100
č. 13	44,94	55,06	100
č. 14	31,46	68,54	100
Aritmetický průměr	54,72	45,30	100



**Graf 31 Analýza výzkumného předpokladu č. 2**

Pro analýzu výzkumného předpokladu č. 2 byly zvoleny dotazníkové položky č. 5, 6 a 7, které byly na všeobecné znalosti ohledně hodnotících škál. Kritéria byla v otázce č. 5 splněna 40,45 % respondenty, v otázce č. 6 78,65 % respondenty a v následující otázce č. 7 splnilo kritéria 59,55 % dotazovaných. Dále byly využity otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14. Kritéria v těchto otázkách byla splněna následovně. V otázce č. 8 kritéria splnilo 40,45 % respondentů. U otázky č. 9 bylo pro splnění kritéria nezbytné označit veškeré odpovědi, a to splnilo 57,30 % dotazovaných. Zvolením správné odpovědi bylo kritérium splněno v otázce č. 10 na 69,66 %, v otázce č. 11 na 59,55 % v otázce č. 12 na 65,17 % v následující otázce č. 13 na 44,94 % a na poslední otázku připadlo 31,46 % respondentů, kteří splnili kritérium. Aritmetický průměr splněných kritérií těchto 10 otázek je 54,72 %, což je nižší než předpokládaných 75 %.

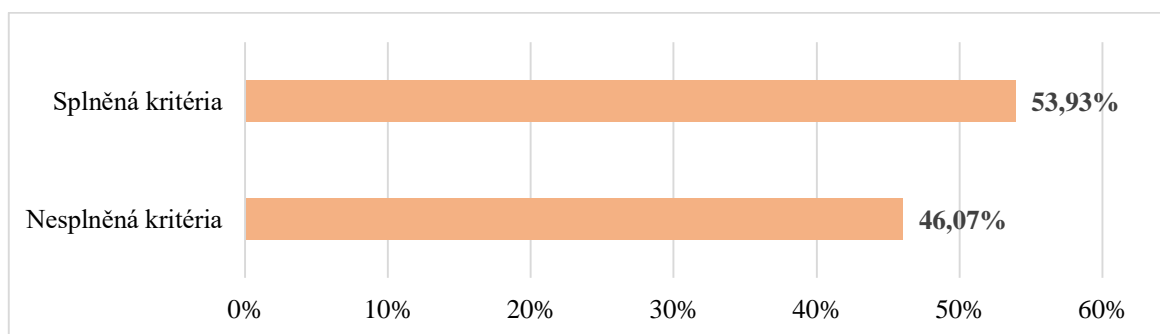
**Výzkumný předpoklad č. 2 není v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

**Výzkumný cíl č. 3: Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením stavu výživy.**

**Výzkumný předpoklad č. 3:** Předpokládáme, že 65 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením stavu výživy.

**Tab. 32 Analýza výzkumného předpokladu č. 3**

Předpoklad č. 3			
Dotazníkové otázky	Splněná kritéria [ $f_i$ % ]	Nesplněná kritéria [ $f_i$ % ]	Celkem [ $f_i$ % ]
č. 5	40,45	59,55	100
č. 6	78,65	21,35	100
č. 7	59,55	40,45	100
č. 15	53,93	46,07	100
č. 16	41,57	58,43	100
č. 17	64,04	35,95	100
č. 18	46,07	53,93	100
č. 19	39,33	60,98	100
č. 20	49,44	50,56	100
č. 21	66,29	33,70	100
Aritmetický průměr	53,93	46,07	100



**Graf 32 Analýza výzkumného předpokladu č. 3**

K analýze 3. výzkumného předpokladu byly respondenti dotazováni na otázky č. 5, 6, 7 a dále na položky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20 a 21. Jak bylo již v předchozí analýze výzkumného předpokladu zmiňováno otázky č. 5, 6 a 7, byly zaměřeny na všeobecné znalosti ohledně hodnotících škál, a tak byla kritéria respondenty splněna zcela stejně. Otázka č. 5 byla splněna 40,45 % respondenty, otázka č. 6 78,65 % respondenty a v poslední otázce č. 7 splnilo kritéria 59,55 % dotazovaných. Kritérium v dotazníkové otázce č. 15 splňovalo 53,93 % respondentů, v otázce č. 16 41,57 %, v následující otázce č. 17 64,04 % tázaných a u otázky č. 18 46,07 % respondentů. Splněním kritéria, se rozumělo, zvolení správné odpovědi, a tak učinilo v otázce č. 19 39,33 % tázaných,

v otázce č. 20 49,44 % a v otázce č. 21 53,93 % respondentů. Aritmetický průměr splněných kritérií pro výše znázorněných 10 otázek byl roven 53,93 %, což je nižší než předpokládaných 75 %.

**Výzkumný předpoklad č. 3 rovněž není v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

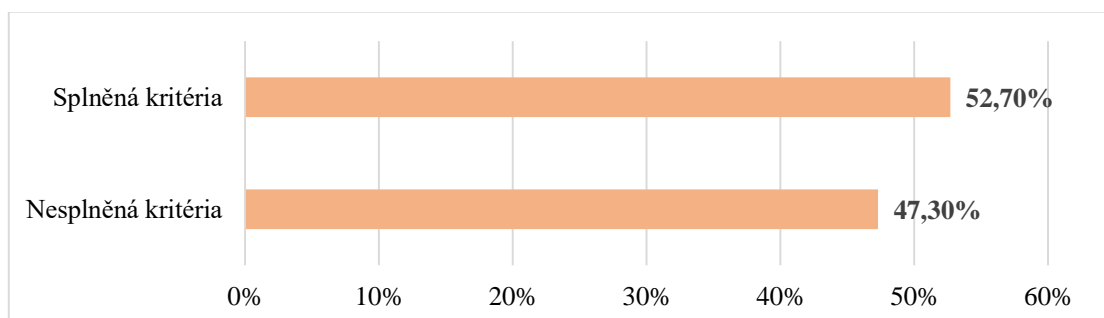


**Výzkumný cíl č. 4:** Zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti.

**Výzkumný předpoklad č. 4:** Předpokládáme, že 60 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti.

**Tab. 33** Analýza výzkumného předpokladu č. 4

Předpoklad č. 4			
Dotazníkové otázky	Splněná kritéria [ % ]	Nesplněná kritéria [ % ]	Celkem [ % ]
č. 5	40,45	59,55	100
č. 6	78,65	21,35	100
č. 7	59,55	40,45	100
č. 22	60,67	39,33	100
č. 23	44,94	55,05	100
č. 24	65,17	34,83	100
č. 25	40,45	59,55	100
č. 26	48,31	51,68	100
č. 27	32,58	67,41	100
č. 28	56,18	43,82	100
Aritmetický průměr	52,70	47,30	100



**Graf 33** Analýza výzkumného předpokladu č. 4

K analýze čtvrtého výzkumného předpokladu byly rovněž stanoveny otázky č. 5, 6, 7, a otázky č. 22, 23, 24, 25, 26, 27 a 28. Správně odpovědělo, a tedy splnilo kritérium v otázce č. 5 40,45 % dotazovaných, v otázce č. 6 78,65 % osob a u 7. otázky 59,55 % osob. 60,67 % tázaných splnilo kritérium v otázce č. 22, v otázce č. 23 44,94 % osob a u otázky č. 24 65,17 % osob. Ve 24. otázce označilo správnou odpověď 65,17 % osob, ve 25. otázce 40,45 % osob a v otázce č. 26 48,31 % osob. Kritéria u otázky č. 27 byla splněna 32,58 % respondenty a v poslední 28. otázce byla splněna 56,18 % respondenty. Aritmetický průměr pro splněná kritéria těchto 10 otázek činil 52,70 %, čili byl nižší než předpokládaných 75 %.

**Výzkumný předpoklad č. 4 není v souladu s výsledky z výzkumného šetření.**

## 4 Diskuze

Jednou z hlavních priorit, o které se snaží zdravotnický personál v rámci ošetrovatelství je pozvednout kvalitu péče o pacienty na co nejvyšší úroveň. Předpokladem k tomu se rozumí neustálý a uspořádaný sběr dat o pacientovi. Možným způsobem, jak tohoto předpokladu docílit, je právě využití hodnotících nástrojů. Všeobecné sestry je mohou využít na základě svých kompetencí. Hodnotícími škálami se tedy rozumí jednotný postup nebo nástroj, pomocí něž lze jednoduše získat relevantní data o celkovém stavu pacienta. Teoretická část bakalářské práce se zabývá vybranými hodnotícími škálami pro posouzení rizika vzniku dekubitů, stavu výživy a v neposlední řadě škálami hodnotící soběstačnost.

V rámci dotazníkového šetření bylo nejprve zjišťováno, zda všeobecné sestry mají znalosti o tom, v jakých fázích ošetrovatelského procesu se uplatňují hodnotící škály. Ve výzkumném šetření u otázky č. 5 zvolilo 75 (26,13 %) respondentů první fázi tedy posuzování. Podle Mastiliakové (2014) jsou všeobecné sestry nejvíce kvalifikovány právě v této fázi ošetrovatelského procesu. Ale Tóthová et al. (2014) uvádí, že hodnotící škály lze uplatnit ve všech fázích ošetrovatelského procesu. O tomto faktu je dle výzkumného šetření přesvědčeno 36 (40,45 %) dotazovaných. Dále byla v rámci výzkumu položena otázka č. 7, která zjišťovala, jakého posouzení se docílí užitím hodnotících škál. Ve výzkumném šetření správnou variantu, jíž bylo objektivní posouzení, zvolilo 53 (59,55 %) respondentů, což je v souladu s tvrzením dle Plevové et al. (2011). V knize ošetrovatelský proces a jeho realizace Tóthová et al. (2014) uvádí, že hodnotící nástroje lze uplatňovat bez indikace lékaře to znamená, že záleží čistě na přístupu všeobecných sester, jak je budou využívat. Rovněž Tóthová et al. (2014) upozorňuje na fakt, že v českém zdravotnictví oproti zahraničí, kde jsou tyto nástroje velmi rozšířené, dochází k využití škál jen sporadicky. Což nám ve svém díle potvrzuje i Vörösová, Solgajová a Archalousová (2015). Autorky konstatují nejen to, že všeobecné sestry v zahraničí využívají hodnotící škály jednoznačně více, ale zároveň se zaměřují na jejich neustálou transformaci s jejich následným začleněním do ošetrovatelské praxe. Tyto fakta nám podkládají výsledky, které jsou patrné z výzkumného šetření. Respondenti měly v otázce č. 29 možnost vybrat hodnotící škály, které využívají v rámci své instituce. Byla zde možnost označit z devíti znázorněných škál více možných odpovědí, avšak i přesto většina respondentů označila pouze stupnici dle Nortonové. Jako

nejvíce využívanou v České republice prohlašuje ve své publikaci i Taliánová, Jedlinská a Moravcová (2013).

Druhým ze stanovených cílů bylo zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách souvisejících s rizikem vzniku dekubitů. K tomuto cíli byl stanoven následující výzkumný předpoklad. Předpokládáme, že 70 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách souvisejících s rizikem vzniku dekubitů. Navzdory tomu, že nebyl splněn výzkumný předpoklad, tak z výzkumu bylo prokazatelné, že všeobecné sestry mají povědomí o této problematice. V oblasti týkající se dekubitů mělo nejvíce respondentů znalosti ohledně hodnotící škály dle Nortonové. Stupnice Nortonové je další autorkou Kuckir et al. (2015) řazena mezi nejpoužívanější hodnotící škály na území České republiky. V doplňkové otázce měli respondenti možnost zvolit, jaké hodnotící nástroje používají v rámci své instituce. Všech 89 tázaných označilo Nortonovu stupnici a to potvrzuje předchozí tvrzení. V otázce č. 10 týkající se rizika vzniku dekubitů dle Nortonové uvedlo 62 (69,66 %) tázaných z původních 89, že se pacient nachází v riziku při dosažení 25 bodů a méně. Totožná hranice je uvedena i ve Věstníku MZČR (2020). Trachtová et al (2013) ve své publikaci zmiňuje, že se tato stupnice skládá z devíti domén, což uvedlo ve výzkumu 53 (59,55 %) dotazovaných. Autorka dále zmiňuje, že jednotlivé otázky jsou hodnoceny od 1–4 bodů. Na tuto skutečnost se ptá poslední otázka zaměřená na stupnici dle Nortonové. Z výzkumného šetření vyplývá, že zbylé škály jsou méně známé, a proto jsou znalosti ohledně nich podstatně nižší než u předchozí stupnice. V dalších otázkách týkajících se dekubitů se zmiňuje stupnice dle Shannon a Bradenové, avšak znalosti respondentů na tyto škály odpovídají tomu, že nikdo z nich je neuvedl, jako využívané škály v rámci své instituce. Škála dle Shannon se vyjímá tím, že se zde navíc posuzuje tělesná teplota a cirkulace kapilár, což uvádějí autorky Pokorná a Komínková (2013). K této škále byla vytvořena dotazníková položka č. 13 u níž odpověděla správně, ani ne polovina tázaných. Neméně důležitou otázkou výzkumu jsou znalosti týkající se faktorů podílejících se na vzniku dekubitů. Právě tato otázka poukazuje na provázanost tří hlavních témat bakalářské práce, nimiž jsou, nutriční stav pacienta, soběstačnost a dekubity. Tím bychom chtěli říci, že problematika dekubitů úzce souvisí s nutričním stavem pacienta, ale i s tím, jaká je úroveň jeho schopnosti pohybu. Kritériem pro splnění otázky byl výběr všech faktorů zapříčínujících vznik dekubitů. Jedná se o sřížné síly, dlouhodobě působící tlak, vlhkost, imobilitu a stav výživy, které uvádí i Pokorná a Komínková (2013). Tento fakt se shoduje

s tím, že dle Kuckir et al. (2016) se v Nortonově stupnici posuzují oblasti týkající se aktivity, pohyblivosti a přidružených onemocněních.

Třetím výzkumným cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením stavu výživy. Pro tento cíl byl stanoven předpoklad, že 65 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením stavu výživy. Zmíněný předpoklad není v souladu s výsledky z výzkumného šetření. Nejprve byly všeobecné sestry dotazovány na to, kdy se provádí posouzení nutričního stavu u pacientů. V publikaci od Pokorné a Komínkové (2013) se uvádí, že nedílnou součástí vstupního vyšetření je sběr dat o stavu výživy pacienta. Důležitým poznatkem, který vyplynul z této otázky, je to, že 41 (46,06 %) z 89 tázaných nevědělo, kdy se provádí posouzení nutričního stavu, i přesto, že tato činnost je součástí základních ošetrovatelských intervencí. Otázka na nutriční stav dle Kondrupa shledala úskalí v tom, že většina dotazovaných nezná tento dotazník pravým jménem. Jednoduše řečeno respondenti jsou obeznámeni s jednotlivými otázkami zaobírajícími se nutričním stavem pacienta, avšak není jim známo, jakého dotazníku jsou součástí. V rámci Kondrupova dotazníku se dotazujeme na čtyři otázky, jako je pacientovo BMI, váhový úbytek za poslední tři měsíce, dále omezení příjmu potravy v posledním týdnu a v poslední řadě na to, zda je pacient závažně nemocen. Tyto otázky jsou rozebrány v knize o enterální a parenterální výživě od Křížové et al. (2019). Ke zhodnocení nutričního stavu se mohou využít různé hodnotící nástroje, avšak některé jsou sestaveny přímo na konkrétní skupinu nemocných. Českou onkologickou společností byl stanoven Nutriční rizikový screening, který byl určen konkrétně pro onkologické pacienty. Pokorná et al. (2013) dodává, že první hodnocení v tomto screeningu provádí nutricionista společně s nutričním terapeutem, avšak poté už může hodnocení provádět každý vyškolený pracovník. Jelikož samotné výzkumné šetření nebylo realizováno v rámci onkologického centra, tak znalosti všeobecných sester ohledně tohoto dotazníku nebyly příliš vysoké. V dotazníkové položce byli respondenti dotazováni konkrétně na to, který dotazníkový nástroj se využívá k posouzení stavu nutrice u onkologicky nemocných. Správnou odpověď na tuto otázku uvedlo pouze 35 (39,33 %) respondentů z 89. S obdobným faktem jsme se setkali v návaznosti na otázku ohledně MNA, kde měli respondenti rovněž uvést, na jaké pacienty se tento hodnotící nástroj soustředí. Jak vyplývá z publikace Křížové et al. (2019), tak je tento screening směřován na geriatrické pacienty. Své uplatnění nachází jednak u hospitalizovaných pacientů, ale i v domovech pro seniory a v rámci komunitní péče. Skupinu geriatrických pacientů, tedy správnou

variantu, v dotazníkovém šetření označilo 41 (46,07 %) z 89 dotazovaných. Vzhledem k tomu, že v doplňkové otázce č. 29 uvedlo 25 (29,21 %) respondentů, že využívají hodnotící nástroj MNA, tak znalosti ohledně této škály prokázalo poněkud více dotazovaných.

Posledním cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti. Stanoveným předpokladem k tomuto cíli bylo, že 60 % a více všeobecných sester má znalosti o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti. Pro tento výzkumný předpoklad bylo stanoveno šest konkrétních otázek na soběstačnost a 3 všeobecné. Tři otázky z šesti byly ohledně ADL a další ohledně Katzova indexu, IADL a škály FIM. I přesto, že výzkumný předpoklad nebyl v souladu s dotazníkovým šetřením, tak dle našeho názoru výsledky týkající se soběstačnosti nebyly nijak kritické. Z výsledků je jednoznačné, že všeobecné sestry jsou ohledně škály ADL oproti výše zmiňovaným více kvalifikovány. Pokorná et al. (2013) uvádí, že se jedná o mezinárodně nejpoužívanější index pro posouzení stavu soběstačnosti, což nám obdobně říká i literatura od Svěčené (2013). Znalosti respondentů na toto téma nám potvrzují, že se jedná o velmi používaný nástroj. V otázce č. 22 respondenti uváděli, z kolika částí se skládá test ADL, správnou odpovědí bylo číslo 10, jak nám potvrzuje ve své knize i Kuckir et al. (2016). Správnou variantu označilo 54 (60,67 %) respondentů z 89 dotazovaných. Dále byli respondenti dotazováni na hodnocené aspekty v ADL, kde měli označit pouze fyzické aspekty. Tyto aspekty jsou rozebrány v publikaci Trachtové et al. (2013). Poslední otázka na téma ADL se dotazovala na bodové rozmezí označující nezávislost. Autorka rovněž uvádí bodové rozmezí pro nezávislost, kterým je 100–96 bodů. Správně na tuto otázku odpovědělo 58 (65,17 %) respondentů. V otázce zaměřené na Katzův index bylo úspěšných pouze 36 (40,45 %) respondentů, kteří označili, že tento index slouží k posouzení nezávislosti v denních aktivitách, jak nám uvádí i Kalvach et al. (2011). V následující otázce stanovené k výzkumnému předpokladu č. 4 byli respondenti dotazováni na to, pomocí které škály se hodnotí instrumentální denní činnosti zahrnující vaření, transport aj. Jak uvádí Kuckir et al. (2016), tak ke zhodnocení těchto činností nám slouží škála IADL, což nám potvrzuje i Pokorná et al. (2013). Škálu IADL v tomto případě označilo 43 (48,31 %) dotazovaných. Domníváme se, že na základě výsledků ohledně testu ADL by stanovený předpoklad mohl být v souladu s výsledky z výzkumného šetření, ale znalosti respondentů týkající se ostatních škál pro posouzení stavu soběstačnosti bohužel nejsou rovnocenné.

## 5 Návrh doporučení pro praxi

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů, nutričního stavu a soběstačnosti. Na základě zjištěných dat z výzkumného šetření bylo jednoznačně prokazatelné, že všeobecné sestry nemají dostatečné znalosti ohledně této problematiky. Většina všeobecných sester získá informace týkající se hodnotících škál pouze při studiu na střední, vyšší odborné či vysoké škole, a proto nedochází k jejich využití často a mohou se zdát, jako nepřínosné v péči o pacienta. Možným způsobem, jak tyto výsledky do budoucna příznivě změnit je především zavedení této oblasti do postgraduálního vzdělávání. Důležité je zmínit, že většina hodnotících škál se přejímá ze zahraničí, což může způsobit určité nejasnosti v překladu a tím pádem se sníží míra efektivity při následném využití. Tento nedostatek by se dal vyřešit rozšířením literárních zdrojů popřípadě vytvářením hodnotících škál přímo na míru českému zdravotnictví. Další podpůrnou metodou by mohlo být zavedení seminářů, přednášek a možných edukačních materiálů. Výstupem bakalářské práce bude článek připravený k publikaci (viz Příloha H).

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou hodnotících škál, jejich využitím a mírou znalostí Všeobecných sester pro toto téma. Tato práce je rozvržena do dvou hlavních úseků, teoretické a praktické části. Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí všeobecných sester ohledně hodnotících škál v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů, soběstačností a stavem výživy.

Teoretická část rozebírá čtyři hlavní témata. Prvně zmiňovanou oblastí je ošetrovatelství založené na důkazech ve spojitosti s hodnotícími nástroji. Dále se v této části zmiňuje uplatnění hodnotících škál v rámci ošetrovatelského procesu, z něhož vyplývá, že jsou využívány ve všech jeho fázích, avšak nejvíce v první fázi tedy při posuzování. Následujícím teoretickým tématem je problematika dekubitů, v níž se rozebírá klasifikace dekubitů, příčiny vzniku a preventivní opatření. Nejrozsáhlejší položkou v tomto tématu zastávají vybrané škály hodnotící riziko vzniku dekubitů. Třetí znázorněná část se zabývá významem výživy ve zdravotnictví, hodnocením nutriční a především škálami hodnotící nutriční stav pacienta. Jelikož je výživa základní biologickou potřebou člověka má významný vliv na celkový stav nemocného. Dostatečný přísun všech složek potravy podstatně ovlivňuje výsledky léčebné péče, délku hospitalizace a případné komplikace. Poslední část je vyhrazena soběstačnosti, kde se zkoumá míra soběstačnosti vlastní péče, která souvisí nejen s fyzickými schopnostmi pacienta, ale i s psychickými a sociálními aspekty. V tomto tématu je rovněž nejrozsáhlejší položka věnována vybraným hodnotícím škálám pro posouzení stavu soběstačnosti.

Před zahájením samotného výzkumného šetření byl proveden předvýzkum a na základě zjištěných dat z předvýzkumu byly upraveny výzkumné předpoklady. Ze 4 stanovených cílů byl jeden popisný, a proto k němu nebyl stanoven výzkumný předpoklad. Tento 1. cíl byl splněn v rámci teoretické části bakalářské práce. Cílem č. 2 bylo zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škál v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů. I přesto, že všeobecné sestry určité znalosti v této oblasti mají, tak rozhodně ne takové, jaké bylo znění předpokladu. Třetím výzkumným cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách souvisejících s hodnocením stavu výživy. K tomuto cíli byl stanoven předpoklad, že 65 % a více všeobecných sester má znalosti v této oblasti, avšak předpoklad č. 3 nebyl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Výzkumným cílem č. 4 byly zjištěny znalosti

všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách souvisejících se soběstačností. Navzdory tomu, že výsledky byly uspokojivé, tak i přesto se nedosáhlo předpokládaných 75 %.

Nutno podotknout, že z finálních výsledků je patrná určitá znalost všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách, kdy v některých posuzovaných oblastech jsou všeobecné sestry více kvalifikovány a naopak v některých zase méně. I přesto, že žádný ze stanovených předpokladů nebyl v souladu s výsledky výzkumného šetření, tak výzkumné cíle této práce, zaměřené na znalosti všeobecných sester ohledně hodnotících škál, byly splněny.



## Seznam použité literatury

- ČELEDOVÁ, L., Z. KALVACH a R. ČEVELA. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2020. Národní ošetrovatelský postup - Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. In: *Věstník MZČR*. Částka 2, s. 129-138. ISSN 1211-0868.
- ČESKO. 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244.
- DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., L. VRABELOVÁ a L. LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.
- GROFOVÁ, Zuzana. 2016. Dekubity - výživa a léčba ve světle studií a doporučených postupů. *Nutrition news*. 4(1), 12-16. ISSN 1805-8833.
- HLINKOVÁ et al. 2019. *Managment chronických ran*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2687-3.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. 2020 *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0710-0.
- JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.
- KALVACH, Zdeněk et al. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOHOUT, P., Z. RUŠAVÝ a Z. ŠERCLOVÁ. 2016. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-08-2.
- KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7346-9.
- KŘÍŽOVÁ, Jarmila et al. 2019. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5009-8.
- KUCKIR, Martina et al. 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0054-5.
- LUFT, Vivian C. et al. 2018. Nutritional Assessment Score: New Tool derived from Subjective Global Assessment for hospitalized adults. *Klinical Nutrition*. 2(37), 706-711. DOI 10.1016/j.clnu.2017.02.019

- MANDYSOVÁ P., E. EHLER a L. TREJBALOVÁ. 2012. Česká verze Škály Bradenové: metodika překladu a shoda mezi posuzovateli. *Ošetrovatelstvo*. **2**(4), 137-142. ISSN 1338-6263.
- MARTÍNEK, Pavel a Aleš BARTOŠ. 2011. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **74**(6), 632-640. ISSN 1210-7859.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MAZALOVÁ, Lenka. 2016. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5085-8.
- NOVÁKOVÁ, Martina. 2012. Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení. *Interní medicína pro praxi*. **14**(3), 101-103. ISSN 1803-5256.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2327-8.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- POKORNÁ, Andrea et al. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7962-1.
- POKORNÁ, Andrea a Andrea KOMÍNKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6331-0.
- SERPA, Leticia F. et al. 2011. Validity of the Braden and Waterlow subscales in predicting pressure ulcer risk in hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. **4**(24), 23-28. ISSN 0897-1897.
- SVĚCENÁ, Kateřina. 2013. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologia pre praxi*. **14**(3), 133-135. ISSN 1803-5280.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- TALIÁNOVÁ M., M. JEDLINSKÁ a M. MORAVCOVÁ. 2013. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*. **3**(1), 25-30. ISSN 1338-6263.
- TÓTHOVÁ, Valérie et al. 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- TRACHTOVÁ et al. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-553-2.
- 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: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

WALTZ, C. F., O. L. STRICKLAND a E. R. LENZ. 2016. *Measurement in Nursing and Health and Research*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-7062-0.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš et al. 2019. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. ISBN 978-80-88129-44-8.

## Seznam tabulek

Tab. 1	Pohlaví respondentů
Tab. 2	Věk respondentů
Tab. 3	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů
Tab. 4	Počet let vzdělání Všeobecné sestry
Tab. 5	Uplatnění hodnotících škál
Tab. 6	Hodnocení pacientova stavu
Tab. 7	Posouzení pomocí hodnotících škál
Tab. 8	Využití hodnotících škál pro riziko vzniku dekubitů
Tab. 9	Faktory vzniku dekubitů
Tab. 10	Riziko dle Nortonové
Tab. 11	Počet oblastí dle Nortonové
Tab. 12	Hodnocení oblastí dle Nortonové
Tab. 13	Specifické oblasti ve škále dle M. L. Shannon
Tab. 14	Použití škály dle Bradenové
Tab. 15	Zhodnocení nutričního stavu
Tab. 16	Zhodnocení stavu výživy v rámci hodnotících škál
Tab. 17	Kondrupův dotazníku
Tab. 18	Pacienti, u kterých se využívá MNA
Tab. 19	Hodnotící nástroj nutriční pro onkologické pacienty
Tab. 20	Odlišnost SGA
Tab. 21	Použití škály MUST
Tab. 22	Části ADL
Tab. 23	Hodnocené aspekty v ADL
Tab. 24	Nezávislost v testu ADL
Tab. 25	Použití Katzova indexu
Tab. 26	Instrumentální denní činnosti
Tab. 27	Doplněné oblasti ve škále FIM
Tab. 28	Využití BADLS
Tab. 29	Škály v rámci instituce
Tab. 30	Přínosnost hodnotících škál

- Tab. 31      Analýza výzkumného předpokladu č. 2  
Tab. 32      Analýza výzkumného předpokladu č. 3  
Tab. 33      Analýza výzkumného předpokladu č. 4

## Seznam grafů

Graf 1	Pohlaví respondentů
Graf 2	Věk respondentů
Graf 3	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů
Graf 4	Počet let vzdělání Všeobecné sestry
Graf 5	Uplatnění hodnotících škál
Graf 6	Hodnocení pacientova stavu
Graf 7	Posouzení pomocí hodnotících škál
Graf 8	Využití hodnotících škál pro riziko vzniku dekubitů
Graf 9	Faktory vzniku dekubitů
Graf 10	Riziko dle Nortonové
Graf 11	Počet oblastí dle Nortonové
Graf 12	Hodnocení oblastí dle Nortonové
Graf 13	Specifické oblasti ve škála dle M. L. Shannon
Graf 14	Použití škály dle Bradenové
Graf 15	Zhodnocení nutričního stavu
Graf 16	Zhodnocení stavu výživy v rámci hodnotících škál
Graf 17	Kondrupův dotazník
Graf 18	Pacienti, u kterých se využívá MNA
Graf 19	Hodnotící nástroj nutriční pro onkologické pacienty
Graf 20	Odlišnost SGA
Graf 21	Použití škály MUST
Graf 22	Části ADL
Graf 23	Hodnocené aspekty v ADL
Graf 24	Nezávislost v testu ADL
Graf 25	Použití Katzova indexu
Graf 26	Instrumentální denní činnosti
Graf 27	Doplňené oblasti ve škále FIM
Graf 28	Využití BADLS
Graf 29	Škály v rámci instituce
Graf 30	Přínosnost hodnotících škál

- Graf 31      Analýza výzkumného předpokladu č. 2  
Graf 32      Analýza výzkumného předpokladu č. 3  
Graf 33      Analýza výzkumného předpokladu č. 4

## Seznam příloh

Příloha A	Modifikovaná stupnice Nortonové
Příloha B	Kondrupův dotazník
Příloha C	ADL – index Barthelové
Příloha D	Dotazníkové šetření
Příloha E	Protokol k realizaci výzkumu
Příloha F	Podpisy k realizaci výzkumu
Příloha G	Předvýzkum
Příloha H	Článek připravený k publikaci



## Příloha A Modifikovaná stupnice Nortonové

Posuzovaná oblast	1 bod	2 body	3 body	4 body
<b>Schopnost spolupráce</b> (motivace a ochota ke spolupráci)	Žádná	Omezená/částečná	Omezená/malá	Plná
<b>Věk (let)*</b>	> 60	30 – 60	10 – 30	< 10
<b>Stav kůže</b> (pokožky)	Významné změny (Rány, alergické reakce, exkoriace kůže)	Střední změny (Vlhká)	Lehké změny (Suchá, šupinatá)	Intaktní (Normální)
<b>Přidružená/souběžná onemocnění**</b>	Těžká forma	Střední forma	Lehká forma	Žádná
<b>Fyzický (somatický) stav</b>	Velmi špatný	Špatný	Obstojný (Zhoršený)	Dobrý
<b>Psychický (duševní) stav/vědomí</b>	Stupor až Bezvědomí	Zmatený	Apatie	Jasně vědomí (Bdělý)
<b>Aktivita</b>	Ležící	Závislý na invalidním vozíku (Upoután na vozík)	Chodící s pomocí (doprovodem)	Chodící bez pomoci (Plná)
<b>Pohyblivost</b>	Žádná	Velmi omezená	Částečně omezená	Plná (Bdělý)
<b>Inkontinence</b>	Moč a stolice	Převážně moč	Občasná (omezená)	Žádná (není)
<b>Riziko dekubitů dle Nortonové</b>				Celkem bodů

(Česko, 2020, s. 137)

## Příloha B Kondrupův dotazník

Krok 1: Úvodní screening		
	ANO	NE
BMI < 20,5		
Váhový úbytek v posledních třech měsících		
Snížený perorální příjem v posledním týdnu		
Závažné onemocnění		
<b>Hodnocení úvodního screeningu:</b> – Pokud je odpověď alespoň na 1 otázku ANO, pokračuje Krok 2. – Pokud jsou všechny odpovědi NE, opakuje se screening v týdenním intervalu, očekáváme-li velký zákrok (např. závažnou operaci), sestavujeme individuální nutriční plán.		
Krok 2: Finální screening		
Skóre	Postižení nutričního stavu	Tíže onemocnění (zvýšení požadavků)
<b>0</b> žádné riziko	Normální nutriční stav	Normální požadavky
<b>1</b> nízké riziko	Váhový úbytek > 5 % / 3 měsíce <i>nebo</i> příjem jídla 50–75 % potřeby v posledním týdnu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pacienti s komplikacemi základního onemocnění (např. CHOPN, cirhóza)</li> <li>– Dialyzovaní, diabetici, onkologičtí pacienti, pacienti s frakturou kyčle</li> <li>– Zpravidla chodící pacienti</li> <li>– Zvýšenou potřebu proteinů lze pokrýt dietou či sippingem</li> </ul>
<b>2</b> střední riziko	Váhový úbytek > 5 % / 2 měsíce <i>nebo</i> BMI 18,5–20,5 + zhoršení stavu <i>nebo</i> příjem jídla 25–50 % potřeby v posledním týdnu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Abdominální operace, cévní mozková příhoda, pneumonie</li> <li>– Obvykle ležící pacienti</li> <li>– Zvýšenou potřebu proteinů lze pokrýt, zpravidla je nutné podávání umělé výživy</li> </ul>
<b>3</b> vysoké riziko	Váhový úbytek > 5 % / 1 měsíc <i>nebo</i> BMI < 18,5 + zhoršení stavu <i>nebo</i> příjem jídla 0–25 % potřeby v posledním týdnu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pacienti v intenzivní péči, eventuálně umělá plicní ventilace</li> <li>– Kraniocerebrální traumata, transplantace kostní dřeně</li> <li>– Zvýšenou potřebu bílkovin nelze pokrýt ani umělou výživou, katabolický stav</li> </ul>

(Křížová et al., 2019, s. 16)

## Příloha C ADL – index Barthelové

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

(Trachtová et al., 2013, s. 23)

## **Příloha D     Dotazníkové šetření**

Přeji dobrý den,

jmenuji se Sandra Kopecká a jsem studentkou 3. ročníku v bakalářském studijním oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o pár minut Vašeho času a to kvůli vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma „Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing“. Dotazník je určen pro **všeobecné sestry** a je zcela anonymní. Cílem bakalářské práce je zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů, hodnocením stavu výživy a soběstačnosti.

Poprosím Vás u každé otázky o označení pouze jedné správné odpovědi, nebude-li přímo v zadání otázky uvedeno jinak.

Mockrát Vám děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění tohoto dotazníku.

Kopecká Sandra.

**1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Žena
- b) Muž

**2. Jaký je Váš věk?**

- a) 25 let a méně
- b) 26 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 let a více

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Bakalářské
- d) Magisterské

**4. Kolik let máte vzdělání Všeobecné sestry? (doplňte)**

.....

**5. Ve kterých fázích ošetrovatelského procesu se uplatňují hodnotící škály?  
(více možných odpovědí)**

- a) Posuzování
- b) Diagnostika
- c) Plánování
- d) Realizace
- e) Vyhodnocení

- 6. Je možné zhodnotit pacientův stav pomocí hodnotících škál bez indikace lékaře?**
- Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné pouze s indikací lékaře a to pod odborným dohledem
  - Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné pouze s indikací lékaře a to bez odborného dohledu
  - Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné bez indikace lékaře
- 7. Jakého posouzení se docílí užitím hodnotících škál?**
- Objektivního posouzení
  - Subjektivního posouzení
  - Neutrálního posouzení
- 8. Kdy se využívají škály hodnotící riziko vzniku dekubitů?**
- Nejdéle do 12h od příjmu pacienta a při propuštění
  - Nejdéle do 24h od příjmu pacienta a při propuštění
  - Pouze při příjmu pacienta bez časového omezení
- 9. Vyberte faktory podílející se na vzniku dekubitů: (více možných odpovědí)**
- Dlouhodobě působící tlak
  - Vlhkost
  - Střížné síly
  - Imobilita
  - Stav výživy
- 10. Při dosažení kolika bodů v hodnotící škále dle Nortonové se nachází pacient v riziku vzniku dekubitů?**
- 25 bodů a méně
  - 25 bodů a více
  - 30 bodů a méně
- 11. Kolik oblastí hodnotí modifikovaná stupnice dle Nortonové?**
- 7
  - 9
  - 11
- 12. Při hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové stupnice je u každé z oblastí:**
- Nejvíce závažný stav hodnocen 1 bodem, a stav bez problému 4 body
  - Nejvíce závažný stav hodnocen 4 body, a stav bez problému 0 body
  - Nejvíce závažný stav hodnocen 3 body, a stav bez problému 0 body
- 13. Které specifické oblasti se posuzují u hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů dle M. L. Shannon oproti jiným používaným škálám v této problematice?**
- Zornice, stav kůže
  - Tělesná teplota, cirkulace kapilár
  - Inkontinence, bolest

**14. K čemu slouží škála dle Bradenové?**

- a) K posouzení stavu soběstačnosti
- b) K posouzení nutričního stavu
- c) K posouzení stavu vědomí
- d) K posouzení rizika vzniku dekubitů

**15. Hodnocení nutričního stavu se provádí:**

- a) V případě, že má pacient viditelné známky podvýživy
- b) U každého pacienta přijatého k hospitalizaci
- c) Pouze u pacientů s laboratorními hodnotami výživových parametrů mimo referenční hodnoty

**16. Ke zhodnocení stavu výživy v rámci hodnotících škál se využívá:**

- a) Screening, který pátrá po rizikově nemocných a Assessment, který hodnotí již vzniklou podvýživu
- b) Screening, který hodnotí již vzniklou podvýživu a Assessment, který pátrá po rizikově nemocných
- c) Screeningový assessment, který hodnotí komplexní stav výživy

**17. Podle Kondrupova dotazníku se při příjmu pacienta ptáme na otázky týkající se jeho nutričního stavu, vyberte, které to jsou:**

- a) Dotazujeme se na pacientovo BMI, na gastrointestinální obtíže, na omezení příjmu potravy v posledním týdnu a na to zda je pacient závažně nemocen
- b) Dotazujeme se na pacientovo BMI, na váhový úbytek za poslední tři měsíce, na omezení příjmu potravy v posledním týdnu a na to zda je pacient závažně nemocen
- c) Dotazujeme se na pacientovo BMI, na dietní opatření, na stresové faktory, a na to zda je pacient závažně nemocen

**18. U kterých pacientů se používá k posouzení stavu nutrice především hodnotící nástroj Mini Nutritional Assessment – MNA?**

- a) U geriatrických pacientů
- b) U onkologických pacientů
- c) U imobilních pacientů

**19. Který z hodnotících nástrojů se používá k posouzení stavu nutrice u onkologicky nemocných?**

- a) Nottinghamský screeningový dotazník
- b) Nutriční rizikový screening – NRS
- c) Mini Nutritional Assessment – MNA

**20. Čím se odlišuje SGA – Subjective Global Assessment od ostatních hodnotících škál?**

- a) Tím, že výsledný stav není hodnocen numericky
- b) Tím, že hodnocení může provádět pouze nutriční specialista
- c) Tím, že hodnocení může provádět pouze lékař

**21. K čemu slouží hodnotící škála Malnutrition Universal Screening Tool – MUST?**

- a) K posouzení podvýživy, rizika malnutrice a obezity
- b) K posouzení rizika malnutrice
- c) K posouzení závažnosti již vzniklé podvýživy

- 22. Z kolika částí je tvořen test Barthelové – ADL na posouzení stavu soběstačnosti?**
- 12
  - 15
  - 10
- 23. V ADL se hodnotí:**
- Psychické i fyzické aspekty
  - Pouze fyzické aspekty
  - Pouze psychické aspekty
- 24. Při dosažení kolika bodů v testu ADL je pacient označován jako nezávislý?**
- 100 – 96
  - 95 – 90
  - 85 – 80
- 25. K čemu slouží Katzův index?**
- K posouzení míry socializace v prostředí
  - K posouzení stavu soběstačnosti u pacientů s Alzheimerovou chorobou
  - K posouzení nezávislosti v každodenních aktivitách
- 26. Pomocí které škály se hodnotí instrumentální denní činnosti zahrnující transport, vaření aj.?**
- ADL
  - IADL
  - Test vývoje soběstačnosti
- 27. O které oblasti je hodnotící škála FIM – funkční míra nezávislosti doplněna oproti ADL?**
- Kognitivní funkce a míra socializace v prostředí
  - Kognitivní funkce a denní činnosti vykonávané v domácnosti
  - Kognitivní funkce a spolupráce s fyzioterapeutem
- 28. U kterých pacientů se využívá Bristolská škála aktivit denního života?**
- U pacientů s alzheimerovou chorobou
  - U pacientů s demencí
  - U pacientů s bipolární poruchou
- 29. Vyberte nejvíce využívané hodnotící škály v rámci Vaší instituce: (více možných odpovědí)**
- Nortonova stupnice
  - Škála dle Waterlowové
  - Stupnice dle Shannon
  - Kondrupův dotazník
  - Malnutrition Universal Screening Tool – MUST
  - Mini Nutritional Assessment – MNA
  - Funkční míra nezávislosti – FIM
  - Index Barthelové – ADL
  - Lawtonova škála – IADL
- 30. Domníváte se, že jsou hodnotící škály přínosné v péči o pacienta?**
- Ano, jsou přínosné
  - Ne, nejsou přínosné
  - Nelze posoudit

Zdroj: Autor



## Příloha E Protokol k realizaci výzkumu

### PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Sandra Kopecká
Osobní číslo studenta:	218000045
Univerzitní e-mail studenta:	sandra.kopecka@tul.cz
Studijní program:	Ošetrovatelství Studijní obor: Všeobecná sestra
Ročník:	3.
<b>Kvalifikační práce</b>	
Téma kvalifikační práce:	Hodnotící skály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Michaela Příbítová
Metoda a technika výzkumu:	Kvantitativní Nestandardizovaný dotazník
Soubor respondentů:	Všeobecné sestry na vybraných standardních odděleních
Název pracoviště realizace výzkumu:	
Datum zahájení výzkumu:	duben 2021
Datum ukončení výzkumu:	květen 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 type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím <i>viz Příloha</i>
<b>Prohlášení studenta</b>	
<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:	





## Příloha F Podpisy k realizaci výzkumu

Jméno a příjmení	Datum	Podpis a razítko
Vrchní sestra Traumacentra	28.4.21	
Vrchní sestra Centra následné péče	29.4.21	
Vrchní sestra Centra interních oborů	29.4.21	
Vrchní sestra Centra Chirurgie	29.4.21	

## Příloha G Předvýzkum

<b>1. Jaké je Vaše pohlaví?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Žena	8	80,00
Muž	2	20,00
Celkem	10	100

<b>2. Jaký je Váš věk?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
25 let a méně	5	50,00
26 - 40 let	3	30,00
41 - 50 let	2	20,00
51 let a více	0	0,00
Celkem	10	100

<b>3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Středoškolské	4	40,00
Vyšší odborné	1	10,00
Bakalářské	5	50,00
Magisterské	0	0,00
Celkem	10	100

<b>4. Kolik let máte vzdělání Všeobecné sestry? (doplňte)</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
1 rok	2	20,00
2 roky	3	30,00
5 let	1	10,00
16 let	2	20,00
21 let	1	10,00
22 let	1	10,00
Celkem	10	100

<b>5. Ve kterých fázích ošetrovatelského procesu se uplatňují hodnotící škály? (více možných odpovědí)</b>		
$n_i = 10$ (odpovědi celkem 32)	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Posuzování	10	31,25
Diagnostika	10	31,25
Plánování	4	12,50
Realizace	4	12,50
Vyhodnocení	4	12,50
Správně zodpovězená otázka	4	40,00
Nesprávně zodpovězená otázka	6	60,00
Celkem	10	100

<b>6. Je možné zhodnotit pacientův stav pomocí hodnotících škál bez indikace lékaře?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné pouze s indikací lékaře a to pod odborným dohledem	0	0,00
Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné pouze s indikací lékaře a to bez odborného dohledu	3	30,00
Zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné bez indikace lékaře	7	70,00
Celkem	10	100

<b>7. Jakého posouzení se docílí užitím hodnotících škál?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Objektivního posouzení	6	60,00
Subjektivního posouzení	4	40,00
Neutrálního posouzení	0	0,00
Celkem	10	100

<b>8. Kdy se využívají škály hodnotící riziko vzniku dekubitů?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Nejdéle do 12h od příjmu pacienta a při propuštění	9	90,00
Nejdéle do 24h od příjmu pacienta a při propuštění	0	0,00
Pouze při příjmu pacienta bez časového omezení	1	10,00
Celkem	10	100

<b>9. Vyberte faktory podílející se na vzniku dekubitů (více možných odpovědí)</b>		
$n_i = 10$ (odpovědí celkem 50)	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Dlouhodobě působící tlak	10	20,00
Vlhkost	10	20,00
Střížné síly	10	20,00
Imobilita	10	20,00
Stav výživy	10	20,00
Správně zodpovězené otázky	10	100
Nesprávně zodpovězená otázka	0	0,00
Celkem	10	100

<b>10. Při dosažení kolika bodů dle Nortonovy stupnice se nachází pacient v riziku vzniku dekubitů?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
25 bodů a méně	7	70,00
25 bodů a více	3	30,00
30 bodů a méně	0	0,00
Celkem	10	100

<b>11. Kolik oblastí hodnotí modifikovaná stupnice dle Nortonové?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
7	1	10,00
9	9	90,00
11	0	0,00
Celkem	10	100

<b>12. Při hodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové je u každé z oblastí:</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Nejvíce závažný stav hodnocen 1 bodem, a stav bez problému 4 body	6	60,00
Nejvíce závažný stav hodnocen 4 body, a stav bez problému 0 body	2	20,00
Nejvíce závažný stav hodnocen 3 body, a stav bez problému 0 body	2	20,00
Celkem	10	100

<b>13. Které specifické oblasti se posuzují u hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů dle M. L. Shannon oproti jiným používaným škálám v této problematice?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Zornice, stav kůže	0	0,00
Tělesná teplota, cirkulace kapilár	7	70,00
Inkontinence, bolest	3	30,00
Celkem	10	100

<b>14. K čemu slouží škála dle Bradenové?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
K posouzení stavu soběstačnosti	3	30,00
K posouzení nutričního stavu	3	30,00
K posouzení stavu vědomí	0	0,00
K posouzení rizika vzniku dekubitů	4	40,00
Celkem	10	100

<b>15. Hodnocení nutričního stavu se provádí:</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
V případě, že má pacient viditelné známky podvýživy	4	40,00
U každého pacienta přijatého k hospitalizaci	6	60,00
Pouze u pacientů s laboratorními hodnotami výživových parametrů mimo referenční hodnoty	0	0,00
Celkem	10	100

<b>16. Ke zhodnocení stavu výživy v rámci hodnotících škál se využívá:</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Screening, který pátrá po rizikově nemocných a Assesment, který hodnotí již vzniklou podvýživu	5	50,00
Screening, který hodnotí již vzniklou podvýživu a Assesment, který pátrá po rizikově nemocných	3	30,00
Screeningový assesment, který hodnotí komplexní stav výživy	2	20,00
Celkem	10	100

<b>17. Podle Kondrupova dotazníku se při příjmu pacienta ptáme na otázky týkající se jeho nutričního stavu, vyberte, které to jsou:</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Dotazujeme se na pacientovo BMI, na gastrointestinální obtíže, na omezení příjmu potravy v posledním týdnu a na to zda je pacient závažně nemocen	1	10,00
Dotazujeme se na pacientovo BMI, na váhový úbytek za poslední tři měsíce, na omezení příjmu potravy v posledním týdnu a na to zda je pacient závažně nemocen	8	80,00
Dotazujeme se na pacientovo BMI, na dietní opatření, na stresové faktory, a na to zda je pacient závažně nemocen	1	10,00
Celkem	10	100

<b>18. U kterých pacientů se používá k posouzení stavu nutrice především hodnotící nástroj Mini Nutritional Assesment?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
U geriatrických pacientů	8	80,00
U onkologických pacientů	0	0,00
U imobilních pacientů	2	20,00
Celkem	10	100

<b>19. Který z hodnotících nástrojů se používá k posouzení stavu nutrice u onkologicky nemocných?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Nottinghamský screeningový dotazník	5	50,00
Nutriční rizikový screening – NRS	5	50,00
Mini Nutritional Assesment – MNA	0	0,00
Celkem	10	100

<b>20. Čím se odlišuje SGA – Subjective Global Assesment od ostatních hodnotících škál?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Tím, že výsledný stav není hodnocen numericky	6	60,00
Tím, že hodnocení může provádět pouze nutriční specialista	4	40,00
Tím, že hodnocení může provádět pouze lékař	0	0,00
Celkem	10	100

<b>21. K čemu slouží hodnotící škála Malnutrition Universal Screening Tool – MUST?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
K posouzení podvýživy, rizika malnutrice a obezity	3	30,00
K posouzení rizika malnutrice	5	50,00
K posouzení závažnosti již vzniklé podvýživy	2	20,00
Celkem	10	100

<b>22. Z kolika částí je tvořen test Barthelové – ADL na posouzení stavu soběstačnosti?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
12	1	10,00
15	2	20,00
10	7	70,00
Celkem	10	100

<b>23. V ADL se hodnotí:</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Psychické i fyzické aspekty	3	30,00
<b>Pouze fyzické aspekty</b>	<b>7</b>	<b>70,00</b>
Pouze psychické aspekty	0	0,00
Celkem	10	100

<b>24. Při dosažení kolika bodů v testu ADL je pacient označován jako nezávislý?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
<b>100</b>	<b>8</b>	<b>80,00</b>
90	2	20,00
80	0	0,00
Celkem	10	100

<b>25. K čemu slouží Katzův index?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
K posouzení míry socializace v prostředí	2	20,00
K posouzení stavu soběstačnosti u pacientů s Alzheimerovou chorobou	4	40,00
<b>K posouzení nezávislosti v každodenních aktivitách</b>	<b>4</b>	<b>40,00</b>
Celkem	10	100

<b>26. Pomocí které škály se hodnotí instrumentální denní činnosti zahrnující transport, vaření aj.?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
ADL	0	0,00
<b>IADL</b>	<b>8</b>	<b>80,00</b>
Test vývoje soběstačnosti	2	20,00
Celkem	10	100



<b>27. O které oblasti je hodnotící škála FIM – funkční míra nezávislosti doplněna oproti ADL?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Kognitivní funkce a míra socializace v prostředí	4	40,00
Kognitivní funkce a denní činnosti vykonávané v domácnosti	6	60,00
Kognitivní funkce a spolupráce s fyzioterapeutem	1	10,00
Celkem	10	100

<b>28. U kterých pacientů se využívá Bristolská škála aktivit denního života?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
U pacientů s alzheimerovou chorobou	5	50,00
U pacientů s demencí	3	30,00
U pacientů s bipolární poruchou	2	20,00
Celkem	10	100

<b>29. Vyberte nejvíce využívané hodnotící škály v rámci Vaší instituce: (více možných odpovědí)</b>					
$n_i = 10$ (odpovědi celkem 16)	Ano		Ne		Celkem $f_i$ [ % ]
	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]	
Nortonova stupnice	10	100	0	0,00	100
Škála dle Waterlowové	0	0,00	10	100	100
Stupnice dle Shannon	0	0,00	10	100	100
Kondrupův dotazník	0	0,00	10	100	100
Malnutrition Universal Screening Tool - MUST	0	0,00	10	100	100
Mini Nutritional Assessment - MNA	0	0,00	10	100	100
Funkční míra nezávislosti	0	0,00	10	100	100
Index Barthelové - ADL	6	60,00	4	40,00	100
Lawtonova škála - IADL	0	0,00	10	100	100

<b>30. Domníváte se, že jsou hodnotící škály přínosné v péči o pacienta?</b>		
$n_i = 10$	$n_i$ [ - ]	$f_i$ [ % ]
Ano, jsou přínosné	6	60,00
Ne, nejsou přínosné	4	40,00
Nelze posoudit	0	0,00
Celkem	10	100

Zdroj: Autor

## Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing

Sandra Kopecká<sup>1</sup>, Michaela Přibíková<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

### *Abstrakt*

Ošetrovatelství si zakládá na vyhledávání a uspokojování lidských potřeb, jak biologických, psychických, tak i sociálních nemocnému, který není schopen tyto činnosti samostatně vykonávat. Ve snaze docílit co nejefektivnější péče poskytované ošetrovatelským týmem nemocným, dochází v ošetrovatelství k nepřetržitým inovacím. Jedním z předpokladů, jak dosáhnout tohoto cíle je praktikováním hodnotících škál v náležitých oblastech, ale také zavedením principů ošetrovatelství založeného na důkazech do ošetrovatelské praxe. Tento článek se zaměřuje na zjištění míry znalostí všeobecných sester ohledně hodnotících škál v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů, stavem výživy a soběstačnosti. Hlavními cíli práce bylo popsat vybrané hodnotící škály dle Evidence Based Nursing a zjistit míru znalostí všeobecných sester ve výše zmiňovaných oblastech. Dotazníkové šetření bylo realizováno kvantitativní metodou pomocí nestandardizovaného dotazníku. Na základě zjištěných výsledků a skutečností, jsme schopni říci, v jakých oblastech byla daná kritéria respondenty splněna a naopak, kdy jednoznačně splněna nebyla.

### *Klíčová slova*

Evidence Based Nursing, Všeobecná sestra, hodnotící škály, dekubity, výživa, soběstačnost

### **Úvod**

V rámci ošetrovatelství, se zdravotnický personál především snaží pozvednout kvalitu ošetrovatelské péče, na co nejvyšší úroveň. Hodnocení stavu pacienta, ať za pomoci hodnotících škál, nebo nikoliv, se řadí mezi základní ošetrovatelské intervence. Všeobecná sestra hodnotí pacientův stav, již při příjmu pacienta k hospitalizaci, tedy při jejich prvním setkání, dále při každém dalším kontaktu s pacientem a během propuštění pacienta provádí závěrečné posouzení. Hodnotící škály slouží pro všeobecné sestry jako vyšetřovací techniky, jsou to jednotné, snadno zpracovatelné nástroje, podle kterých se hodnotí a dokumentují změny ve zdravotním stavu pacienta. V dnešní době máme k dispozici celou řadu hodnotících škál, ale i přesto nejsou v České republice využívány v takové míře, jako v zahraničí. Výhoda hodnotících škál spočívá v jejich jednoduchém a vcelku rychlém zhotovení a také v možnosti vzájemného porovnání dat napříč jednotlivými institucemi.

### **Materiály a metody**

Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativní metodou s využitím techniky nestandardizovaného dotazníku. Výzkum probíhal od dubna do května 2021 na vybraných standardních odděleních nemocnice krajského typu. Souhlasy byly uděleny hlavní sestrou i

vrchními sestrami jednotlivých pracovišť. Před samotným výzkumným šetřením byl nejprve proveden předvýzkum. V návaznosti na zmíněný předvýzkum byla upravena jedna dotazníková otázka a všechny 3 výzkumné předpoklady byly poníženy. Na samotném výzkumu se podílelo 89 všeobecných sester. Distribuovaný dotazník byl složen ze 30 otázek, které měly zjistit míru znalostí všeobecných sester ohledně hodnotících škál v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů, stavem výživy a soběstačnosti. Výzkumné šetření bylo zcela anonymní. V úvodu byly respondenti seznámeni se všemi náležitostmi, které potřebovali k vyplnění onoho dotazníku. Zpracování a vyhodnocení dat, získaných pomocí dotazníkového šetření, bylo realizováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

## Výsledky a diskuze

Na počátku, konkrétně v otázce č. 1, 2, 3 a 4 byly respondenti dotazováni na osobní otázky, týkající se pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a počet let vzdělání Všeobecné sestry. Tyto otázky byly čistě orientační, avšak velmi přínosné. Otázky zaměřující se na nejvyšší dosažené vzdělání a počet let vzdělání všeobecné sestry nám zajistily, platnost daného dotazníku, který byl určen výhradně pro všeobecné sestry. Snadno řečeno, respondent, který označil středoškolské vzdělání a jeho počet let vzdělání byl nižší než 14 let, byl automaticky vyřazen, jelikož nebylo splněno dané kritérium. Následující 3 otázky byly postaveny na všeobecné znalosti ohledně hodnotících škál. Nejprve v otázce č. 5 měli respondenti vybrat, ve kterých fázích ošetrovatelského procesu se uplatňují hodnotící škály. Měli zde možnost zvolit více možných odpovědí, a kritériem pro správně zodpovězenou otázku bylo označit všechny znázorněné varianty. Pro tuto správnou variantu se rozhodlo 36 (40,45 %) respondentů. Tuto skutečnost nám ve svém díle potvrzuje i Tóthová et al. (2014). Podstatná část konkrétně 75 (26,13 %) dotazovaných v této otázce označilo však pouze posuzování, tedy první část ošetrovatelské procesu. Domníváme se, že je to zapříčiněné tím, co uvádí ve svém díle i Mastiliaková (2014), kde se tvrdí, že posuzování spadá do fáze, ve které jsou všeobecné sestry nejvíce kvalifikovány. V šesté otázce bylo zjišťováno, zda všeobecné sestry mají znalosti o tom, jestli je možné zhodnotit pacientův stav pomocí hodnotících škál bez indikace lékaře. Zde byla zaznamenána podstatně vyšší znalost všeobecných sester než v předchozí otázce. Kritérium bylo splněno 70 (78,65 %) respondenty, kteří zvolili, že zhodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál je možné bez indikace lékaře. Tvrzení téhož typu zmiňuje ve své publikaci Tóthová et al. (2014). 3 respondenti z 89 dotazovaných se domnívali, že zhodnocení pacientova stavu pomocí hodnotících škál je možné pouze s indikací lékaře a to pod odborným dohledem a zbylých 16 osob uvedlo rovněž pouze s indikací lékaře, ale již bez odborného dohledu. Otázka č. 7 se zaměřovala na to, jakého posouzení se docílí užitím hodnotících škál. Jak uvádí Plevová et al. (2011), tak správnou variantu tedy objektivní posouzení označilo 53 (59,55 %) osob.

V následujících otázkách se budeme zabývat problematikou týkající se dekubitů. Otázka č. 9 měla zjistit, zda respondenti mají znalosti ohledně faktorů, které se podílejí na vzniku dekubitů. Znalost prokázalo 51 (57,30 %) dotazovaných, zvolením všech znázorněných variant. To, že se na vzniku dekubitů podílí dlouhodobě působící tlak, vlhkost, střížné síly, imobilita a stav výživy, nám uvádí i Pokorná a Komínková (2013). Tato otázka měla ukázat na provázanost tří hlavních témat této práce, níž jsou dekubity, výživa a soběstačnost. Otázky č. 10, 11 a 12 se zaměřovaly na Nortonovu stupnici. Znalosti respondentů o této hodnotící škále byly podstatně vyšší než ohledně dalších, které sloužily také k posouzení rizika vzniku dekubitů. Otázka č. 10 se dotazovala na to, při dosažení kolika bodů v Nortonové stupnici se nachází pacient v riziku vzniku dekubitů. 25 bodů a méně, tedy správnou odpověď uvedlo 62 (69,66 %) dotazovaných. Tato hranice je podložena ve Věstníku MZČR (2020) a v díle Pokorné a Komínkové (2013). Následující otázka měla zjistit, kolik oblastí hodnotí Nortonova stupnice. Skutečnost, že hodnotí 9 domén je znázorněna autorkami Kuckir et al. (2016), Trachtová et al. (2013). 36 respondentů v této otázce zvolilo nesprávnou variantu, což znamená, že zbylých 53 (59,55 %) osob z 89 dotazovaných připadá na správnou odpověď. Trachtová et al. (2013) uvádí, že jednotlivé oblasti v Nortonové stupnici jsou hodnoceny od 1–4 bodů dle závažnosti, což nám zodpovídá správnou odpověď na následující otázku. Kritérium bylo v této otázce splněno 58 (65,17 %) respondenty.

Pro posouzení rizika vzniku dekubitů jsou dále zmiňovány škály dle M. L. Shannon a Barbary Bradenové. Ve škále M. L. Shannon byla zjišťována znalost respondentů na specifické oblasti posuzované v této stupnici. Zde byla správně zvolena odpověď 40 (44,94 %) osobami, které uvedly tělesnou teplotu a cirkulaci kapilár. Téže oblasti jsou uvedeny i v publikaci Pokorné a Komínkové (2013). V předposlední otázce dotazníkového šetření měli respondenti možnost uvést, které hodnotící škály využívají v rámci své instituce. Je důležité zmínit, že škála dle Nortonové byla označena všemi respondenti, avšak ani tak znalosti všeobecných sester na tuto stupnici nebyly 100 %. Vzhledem k tomu, že jiné hodnotící škály sloužící k posouzení rizika vzniku dekubitů nebyly zvoleny ani jedním respondentem, dalo se očekávat, že znalosti na tyto škály nebudou rovnocenné.

Od otázky č. 15 do otázky č. 21 se budeme zabírat hodnocením stavu nutrice. V první otázce týkající se této problematiky měli respondenti uvést, kdy se provádí hodnocení nutričního stavu. Na výběr bylo ze tří možných variant, z nichž pouze jedna byla ta správná. Jejíž tvrzení spočívalo v tom, že se hodnocení nutričního stavu se provádí u každého pacienta přijatého k hospitalizaci, jak nám obdobně zmiňují autorky Pokorná a Komínková (2013). Tato správná varianta byla uvedena 48 (53,93 %) respondenty. Zjištění, že 41 respondentů z dotazovaných 89 nevědělo, kdy se provádí posouzení nutričního stavu, nebylo příliš chvályhodné. Vzhledem k tomu, že tato činnost je součástí základních ošetrovatelských intervencí, měla by být znalosti na toto téma podstatně vyšší. Další otázka se týkala Kondrupova dotazníku, a otázek, které se v něm hodnotí. Dotazujeme se zde na 4 otázky hodnotící BMI, váhový úbytek za poslední tři měsíce, dále na omezení příjmu stravy v posledním týdnu a v poslední otázce na to, zda je pacient závažně nemocen. Všechny tyto 4 otázky zmiňuje ve své publikaci Křížová et al. 2019. Je důležité podotknout, že většina všeobecných sester je obeznámena s těmito čtyřmi otázkami týkající se nutričního stavu, avšak není si vědoma, pod jaký dotazník tyto otázky spadají. Přesněji neznají název tohoto dotazníku. Dále je nezbytné zmínit, že hodnotící škály sloužící k posouzení nutričního stavu jsou zhotovené i přímo na určitou skupinu nemocných. Nutriční rizikový screening byl sestaven Českou onkologickou společností pro onkologicky nemocné. Tento fakt, byl součástí otázky č. 19, na níž odpovědělo správně 35 (39,33 %) dotazovaných. Pokorná et al. (2013) uvádí, že prvotní zhodnocení v tomto dotazníku provádí nutricionista společně s nutričním terapeutem. Nutriční rizikový screening byl sestaven Českou onkologickou společností. V otázce č. 18 byly všeobecné sestry dotazovány na to, u kterých pacientů se využívá k posouzení stavu nutrice především hodnotící nástroj Mini Nutritional Assessment. Zde bylo splněno kritérium 41 (46,07 %) respondenty. Správnou odpovědí byli geriatřiční pacienti, což uvádí i Křížová et al. (2019) ve své knize. Svě využití nachází napříč jednotlivými institucemi, dále pak v domovech pro seniory, ale také v rámci komunitní péče. Jak bylo již výše zmiňováno, tak v předposlední otázce dotazníkového šetření měli respondenti možnost uvést, které hodnotící škály využívají v rámci své instituce. Navzdory tomu, že tento hodnotící nástroj v otázce č. 29 uvedlo, jako využívaný pouze 26 (29,21 %) osob, tak znalosti respondentů z předešlé otázky jsou značně vyšší. Dále byly v této oblasti respondenti dotazováni na hodnotící škálu Subjective Global Assessment zkráceně SGA a Malnutrition Universal Screening Tool tedy MUST. 20. Otázka se dotazovala na to, kterými oblastmi se odlišuje SGA od ostatních škál. Jak ve své publikaci zmiňuje Luft et al. (2018), tak jeho odlišnost spočívá v tom, že výsledný stav tohoto screeningu není hodnocen numericky. Kohout, Rušavý a Šerclová (2016) doplňují, že jeho jednoduchost je založena na tom, že nedochází k uplatnění antropologických a laboratorních metod. Znalost u této otázky prokázalo 44 (49,44 %) tázaných. Procentuálně vyšší výsledky byly dosaženy ohledně škály MUST, kde znalosti prokázalo 59 (66,29 %) respondentů.

V poslední části byly zjišťovány znalosti všeobecných sester o vybraných hodnotících škálách v souvislosti s hodnocením soběstačnosti. ADL tedy index dle Barthelové je označován za mezinárodně nejpoužívanější test pro posouzení soběstačnosti Pokornou et al. (2013). Dále jeho vysokou míru využití zmiňuje Svěčená (2013) ale i Kuckir et al. (2016). Na základě těchto zjištění byly tři první otázky postavené na znalosti ohledně testu ADL. Nejprve byly respondenti dotazováni na to, z kolika oblastí se skládá index Barthelové. V této otázce splnilo kritérium 54 (60,67 %) dotazovaných. Jednotlivé oblasti jsou znázorněny v publikaci Svěčené (2013). Další otázka se dotazovala na to, při dosažení kolika bodů v testu ADL je pacient označován jako

nezávislý. Pokorná a Komínková (2013) uvádějí, že při dosažení 100–96 bodů je pacient označován jako nezávislý, což v odpovědi uvedlo 58 (65,17 %) osob. V ADL jsou posuzovány pouze fyzické aspekty, kdežto ve škále IADL pro hodnocení instrumentálních denních činností jsou důležité i psychické aspekty, čímž se škála podle Kuckir et al. (2016) stává komplexnější. Znalosti ohledně této škály prokázalo 43 (48,31 %) dotazovaných. Další znázorněnou škálou byl Katzův index, u kterého měli respondenti uvést k čemu je určen. Jak uvádí Kalvach et al. (2011), tak slouží k posouzení nezávislosti v každodenních aktivitách, tuto správnou variantu uvedlo 36 dotazovaných (40,45 %). Funkční míra nezávislosti rovněž FIM vychází z indexu Barthelové. Respondenti měli v otázce týkající se FIMU uvést, o které oblasti je doplněn oproti ADL. Správnou odpovědí byly kognitivní funkce a činnosti vykonávané v domácnosti. Tento fakt je popsán v knize od Pokorné et al. (2013). V dotazníkové položce č. 28 byli respondenti dotazováni konkrétně na to, u kterých pacientů se využívá Bristolská škála aktivit denního života. Jak vyplývá z publikace Martínka a Bartoše (2011), tak je tato škála určena pro pacienty s demencí. Pacienti mající demenci, tedy správnou odpověď označilo 50 (56,18 %) respondentů. V posledních dotazníkových otázkách měly všeobecné sestry možnost zvolit, jaké hodnotící škály využívají v rámci své instituce a projevít, zda vnímají hodnotící škály jako přínosné či nikoliv. Z 29. Otázky je patrné, že jednoznačně nejvíce využívanou škálou je Nortonova stupnice o níž znalosti respondentů byly značně prokazatelné. Ostatní škály pro posouzení rizika vzniku dekubitů nejsou respondenty využívány, což odpovídá tomu, že znalosti respondentů ohledně těchto škál byly podstatně nižší. Druhou nejvíce využívanou škálou byl dle výsledků test Barthelové, což je v souladu s tvrzením autorky Svěcené (2013), která uvádí, že patří mezi nejčastěji používané.

## **Závěr:**

Cílem této práce bylo zjistit míru znalostí všeobecných sester ohledně hodnotících škál v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů, soběstačností a stavem výživy. V závěru lze tedy říci, že všeobecné sestry určité znalosti o této problematice mají, v některých zmíněných oblastech méně, v některých zase naopak více. Faktem je, že s hodnotícími škálami se všeobecné sestry setkávají především v rámci studia, a po jeho ukončení spíše už jen v praxi. Avšak, jak bylo zmiňováno výše, jejich míra využití je dána jednotlivými pracovišti, z čehož vyplývá, že valná většina všeobecných sester s hodnotícími škálami přijde do styku jen sporadicky. Takže lze tvrdit, že velkou roli v neznalostech pro tuto problematiku zastává postgraduální vzdělávání.

## **Použité zdroje**

- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2020. Národní ošetrovatelský postup - Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. In: *Věstník MZČR*. Částka 2, s. 129-138. ISSN 1211-0868.
- KALVACH, Zdeněk et al. 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOHOUT, P., Z. RUŠAVÝ a Z. ŠERCLOVÁ. 2016. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-08-2.
- KŘÍŽOVÁ, Jarmila et al. 2019. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5009-8.
- LUFT, Vivian C. et al. 2018. Nutritional Assessment Score: New Tool derived from Subjective Global Assessment for hospitalized adults. *Klinical Nutrition*. 2(37), 706-711. DOI 10.1016/j.clnu.2017.02.019
- MARTÍNEK, Pavel a Aleš BARTOŠ. 2011. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 74(6), 632-640. ISSN 1210-7859.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2327-8.

- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- POKORNÁ, Andrea a Andrea KOMÍNKOVÁ. 2013. *Ošetřovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6331-0.
- SVĚCENÁ, Kateřina. 2013. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologia pre praxi*. **14**(3), 133-135. ISSN 1803-5280.
- TÓTHOVÁ, Valérie et al. 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- TRACHTOVÁ et al. 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

## **Evaluation scales in nursing practice according to Evidence Based Nursing**

### **Abstract**

Nursing is based on finding and satisfying human needs, both biological and mental, as well as social patients, who are not able to perform these activities independently. In an effort to achieve the most effective care provided by the patient's nursing team, there are continuous innovations in nursing. One of the prerequisites for achieving this goal is the practice of assessment scales in the relevant areas, but also the introduction of the principles of evidence-based nursing into nursing practice. This article aims to determine the level of knowledge of general nurses about assessment scales in relation to the risk of pressure ulcers, nutritional status and self-sufficiency. The main goals of the work were to describe selected evaluation scales according to Evidence Based Nursing and to find out the level of knowledge of general nurses in the above mentioned areas. The questionnaire survey was carried out using a quantitative method using a non-standardized questionnaire. Based on the results and facts, we are able to say in which areas the given criteria were met by the respondents and, conversely, when they were not clearly met.

### **Key words:**

Evidence Based Nursing, general nurse, evaluation scales, pressure ulcers, nutrition, self-sufficiency

### **Kontaktní údaje**

Sandra Kopecká  
Technická univerzita v Liberci  
Fakulta zdravotnických studií  
Studentská 1402/2  
416 17 Liberec  
e-mail: sandra.kopecka19@gmail.com

Mgr. Michaela Přibíková  
Technická univerzita v Liberci  
Fakulta zdravotnických studií  
Studentská 1402/2  
416 17 Liberec  
e-mail: michaela.pribikova@tul.cz