

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Rok: 2019

Bc. Jaroslava Popelková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Škály používané v ošetrovatelské dokumentaci

Bc. Jaroslava Popelková

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jaroslava Popelková**
Osobní číslo: **Z17170**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Škály používané v ošetřovatelské dokumentaci**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. **ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Vedení ošetrovatelské dokumentace. [online].** Praha: Česká asociace sester, 2008. [cit.2018-05-09].Dostupný z WWW:<http://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>.
2. **PRUDIL, L., Právo pro zdravotnické pracovníky. 1. vydání, Praha: Linde Praha a.s., 2014, 184 s. ISBN 978-80-7201-929-8.**
3. **ČESKO. Vyhláška ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In Sběrka zákonů České republiky. 2004, částka 139, s. 8096-8140. ISSN 1211-1244.**
4. **KUTNOHORSKÁ, J., Historie ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.**
5. **JUŘÍČKOVÁ, K. - MANDYSOVÁ, P. - MAREŠ, M. - EHLER, E. Preference škál bolesti u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní - pilotáž. In Nové trendy ve zdravotnických vědách V. : sborník abstrakt. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, 2017. s. 34-35 s. ISBN 978-80-7561-084-3.**

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že 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, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 02. 05. 2019

Bc. Jaroslava Popelková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph. D. za trpělivé, inspirativní a odborné vedení při zpracování diplomové práce. Poděkování patří také mé rodině za její podporu při studiu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem, co se zúčastnili výzkumu.

.

ANOTACE

Tato diplomová práce je zaměřena na zmapování používání škál v ošetrovatelské dokumentaci v českých nemocnicích. Práce je rozdělena na část teoretickou a část průzkumnou. Teoretická část je věnována škálám ve vztahu k ošetrovatelskému procesu. Další významnou teoretickou oporou je legislativa související s ošetrovatelskou dokumentací vedoucí ke zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Průzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Výsledky ukazují, které škály se používají v ošetrovatelské dokumentaci v českých nemocnicích.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita, ošetrovatelská dokumentace, škály.

TITLE

The scales used in nursing documentation

ANNOTATION

This master's thesis is focused on the review of the usage of scales in nursing documentation in Czech hospitals. The thesis is divided into a theoretical part and the part which contains a research. The theoretical part is devoted to the term of scales in relation to the nursing process. Another important theoretical support is the legislation connected with the nursing documentation which leads to the quality increase of the provided nursing care. The research was carried out using a questionnaire method. The results show which scales are used in the nursing documentation in Czech hospitals.

KEYWORDS

Quality, Nursing documentation, scales

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle práce	13
1.1 Část teoretické	13
1.2 Část průzkumná	13
Teoretická část	14
1.3 Škály	14
1.3.1 Škály tradičně používané	14
1.3.2 Další české škály přenesené ze zahraničí	19
1.3.3 Současné české škály	19
1.3.4 Škály používané lékaři	20
1.4 Ošetrovatelský proces	21
1.4.1 Posouzení	21
1.4.2 Diagnostika	21
1.4.3 Plánování	22
1.4.4 Realizace	22
1.4.5 Vyhodnocování	22
1.5 Ošetrovatelská dokumentace	23
1.5.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a prováděcí vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci	24
1.5.2 Zákon č. 372/2011 Sb.	25
1.5.3 Vyhláška č. 55/2011 Sb.	25
1.6 Kvalita ošetrovatelské péče	26
1.7 Akreditace.....	26
2 Výzkumná část	27
2.1 Výzkumné otázky a hypotéza:	27

2.2	Metodika výzkumu:	28
2.2.1	Typ výzkumu	28
2.2.2	Kritéria výběru respondentů/informátorů	28
2.2.3	Průběh výzkumu:	28
2.3	Popis výzkumného nástroje:	30
2.4	Zpracování dat:	30
3	Prezentace výsledků	31
3.1	Popis rozhovorů s experty	31
3.2	Analýza dotazníkového šetření - prezentace výsledků.....	31
3.3	Zdroje škál	47
3.4	Úprava škál nemocnicemi	48
3.5	Hypotéza č.1 - Používání upravených škál v ošetrovatelské dokumentaci se liší u fakultních a jiných nemocnic.....	49
3.6	Zpětná vazba pro zdravotnické zařízení	51
3.7	Validita škál	51
4	Diskuse	55
5	ZÁVĚR.....	61
6	Použitá literatura.....	62
7	Přílohy	72

SEZNAM OBRÁZKŮ a TABULEK

Obrázek č. 1 - Graf návratnosti dotazníků.....	31
Obrázek č. 2 - Graf návratnosti mezi fakultními nemocnicemi.....	32
Obrázek č. 3a - Graf zobrazuje absolutní hodnoty použitých škál	32
Obrázek č. 3b - Graf relativních četností odpovědí	33
Obrázek č. 4a – Graf zobrazení používání škál ve fakultních nemocnicích.....	35
Obrázek č. 4b - Graf zobrazení používání škál v jiných nemocnicích	36
Obrázek č. 5 – Graf zdroje škál	47
Obrázek č. 6 – Graf úprav škál nemocnicemi.....	48
Obrázek č. 7 - Graf chtění zpětné vazby od zdravotnických zařízení	51
Tabulka č. 1 – Absolutní, relativní četnost výskytu škál z dotazníku	33
Tabulka č. 2 – Zobrazení výsledku jiných škál	37
Tabulka č. 3 – Zdroje škál	47
Tabulka č. 4 - Upravené škály	48
Tabulka č. 5 - Pozorované četnosti používání upravených škál	49
Tabulka č. 6 - Očekávané četnosti používání upravených škál	50
Tabulka č. 7 - Validita škál dotazníku	51
Tabulka č. 8 - Validita škál z položky jiné škály z dotazníku	53
Tabulka č. 9 – Používání validních škál ve zdravotnických zařízeních	54

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Barthelův test základních činností
BADLS-CZ	Bristol Activities of Daily Living Scale
BMI	Body Mass Index
BPS	Behavioral Pain scale
CMP	Cévní mozková příhoda
CRIES	Cries Requires Increased Expression Sleepless Scale
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
DSVNI	Distress scale
EBI	Extended Barthel Index
EDIN	Neonatal Pain and Discomfort Scale
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition
FAQ	Functional Activities Questionnaire
FIM	Functional Independence Measure
FLACC scale	Face Legs Activity Cry and Consolability
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GCS	Glasgow Coma Score
GUSS	Gugging Swallowing Screen
CHEOPS	Childrens Hospital Eastern Ontario Pain Scale
IADL	Instrumental Activities of Daily Living Scale
MARDS	Montgomery-Asberg Depression Scale
MMSE	Mini Mental State Exam

MNA	Mini Nutritional Assessment
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NGASR	Nurses Global Assessment of Suicide Risk
NIPS	Neonatal/Infant Pain Scale
NVPS	Nonverbal Pain Scale
NRS	Numeric rating scale
PAINAD	Pain Assessment Advanced Dementia Scale
RASS scale	Richmond Agitation-Sedation Scale
RIKER SAS	Riker Sedation Agitation Scale
SAK	Spojená akreditační komise
SNAQ	Simplified Nutritional Appetite Questionnaire
VAS	Vizuální analogová stupnice bolesti
VIP	Jacksonovo skóre
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization
WC	toaleta
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

ÚVOD

Od druhé poloviny 20. století prošel obor ošetrovatelství výrazným vývojem. Ošetrovatelství se stalo samostatným vědeckým oborem, který má pevné základy. Z těchto základů se vychází při zavádění nových ošetrovatelských metod a postupů. Sestra již není submisivní podřízenou pracovnící lékaře, ale je jeho partnerem. Roste její samostatnost a s ní i odpovědnost. Získává a hodnotí informace od pacienta, které vedou k určení ošetrovatelské diagnózy s následnou intervencí. Aby tyto informace správně vyhodnotila, začaly se v ošetrovatelství používat také škály. Škála je nástroj, který umožňuje subjektivní hodnocení převést na objektivní hodnocení. S rostoucími nároky na kvalitu poskytované péče ve zdravotnictví rostou nároky na kvalitní materiály, postupy a nástroje. Ve zdravotnických zařízeních se používají škály převzaté, různě modifikované a některé validní pro české prostředí. Pomocí škál, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace, sestry zhodnotí celkem jednoduchým způsobem pacientovy dovednosti, problémy a potřeby. Mohou stanovit rizika, která by pacienta ohrozila. Některé škály obsahují bodová hodnocení umožňující pacienta zařadit do skupin a následně sestry volí vhodné postupy k předcházení či řešení problému. Práce se škálami vyžaduje bezchybné a jednotné užívání škál pro dosažení kvality získaných informací o pacientovi (Taliánová, 2013).

Cílem této práce je zmapovat používání škál v ošetrovatelské dokumentaci ve zdravotnických zařízeních České republiky. Zjistit, které škály jsou nejčastěji používané v ošetrovatelské dokumentaci ve zdravotnických zařízeních České republiky a zda jsou validní.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Část teoretické

- a) Popsat problematiku související s používáním škál v ošetrovatelství s ohledem na platnou legislativu, vztah ke kvalitě péče a význam ošetrovatelské dokumentace.

1.2 Část průzkumná

- a) Zjistit, které škály se používají v ošetrovatelské dokumentaci v českých nemocnicích.
- b) Vyhodnotit, které škály se používají nejčastěji v ošetrovatelské dokumentaci v českých zdravotnických zařízeních.
- c) Zjistit, zda zdravotnická zařízení používají validní škály.
- d) Zjistit, odkud zdravotnická zařízení škály získávají.
- e) Zjistit, zda používání upravených škál v ošetrovatelské dokumentaci se liší mezi fakultními a jinými nemocnicemi.

TEORETICKÁ ČÁST

Následující text obsahuje definování základních pojmů škály, dělení škál, dále přibližuje historický pohled na škály, současné škály, zákony o dokumentaci a vyhlášku o kompetencích všeobecných sester v souvislosti ke kvalitě poskytované péče.

1.3 Škály

Škála je nástroj, který umožňuje objektivizovat informace o stavu pacienta (Záhorová, 2018). Druhou definice je, že škála se nazývá souhrn prvků škály (Kolektiv autorů, 2006). Ve zdravotnictví se škály začaly používat za účelem rychlého odhalení problému, detekce problému jinou cestou by vyžadovala náročnější vyšetření. Použití škál je velmi jednoduché a časově nenáročné. Jsou tvořeny uzavřenými otázkami (Kolektiv autorů, 2006). Škály jsou děleny z různých pohledů: z pohledu statistického, z pohledu využití škál v ošetrovatelství, z pohledu zdrojů škál, atd. Výsledky škál jsou měřitelné a vhodné ke statistickému zpracování. Podle povahy statistického znaku rozlišujeme čtyři typy škál: nominální, ordinální, kvantitativní metrickou a absolutní metrickou (Zášková, 2016). Statistické dělení škál není předmětem této práce. V této práci jsou škály děleny na tradičně používané v českých zdravotnických zařízeních, na škály přenesené ze zahraničí, na české škály a na škály převzaté z lékařství. Vzhledem k dělení škál dle zdrojů bylo žádoucí vyhledat i literární zdroje starší než 10 let.

1.3.1 Škály tradičně používané

Za škály tradičně používané se mohou považovat ty škály, které se začaly používat v českém zdravotnictví jako první. Ojedinelá kniha, která se věnuje hodnotícím a měřícím technikám v ošetrovatelství je z roku 2006, jejíž první vydání první v dotisku uvádí: „*V českém ošetrovatelství se sesterské vyšetřovací techniky začínají objevovat teprve v posledním desetiletí*“ (Staňková, 2006).

Škály pro hodnocení bolesti kvantifikují intenzitu bolesti. Existuje mnoho druhů hodnotících škál a každé zdravotnické zařízení má soubor zavedených škál pro hodnocení bolesti, zároveň je na sestře, kterou škálu použije s ohledem na věk, schopnosti číst pacienta a stavu vědomí pacienta (Kolektiv autorů, 2006).

- **Škály bolesti**

Mezi první škálu hodnocení bolesti patří zřejmě VAS – Vizuální analogová stupnice bolesti. VAS patří mezi hojně používanou metodu měření bolesti, a to pro její jednoduchost, srozumitelnost a rychlost sdělení. Jistě patří mezi nejčastěji používané škály k hodnocení bolesti. Vizuálně analogová škála je horizontální čára, měřící 10 cm, se slovními popisky na každém konci – „žádná bolest“ na jednom konci a „nejhorší bolest“ na druhém konci. Tato škála může být použita i vertikálně (Kolektiv autorů, 2006).

Pokud jsou používána čísla k hodnocení bolesti, je již mluveno o numerické škále bolesti (Juříčková, 2017).

Další uváděnou škálou v literatuře je Mapa bolesti.

Mapa bolesti se vyskytuje v různých vyhotoveních. Některé mapy obsahují jen obrys osoby zepředu a zezadu. U některých map můžeme vidět nejen obrys osoby, ale i přidaný detail pravé a levé ruky, detail pravého a levého chodidla. Pacient nejčastěji zaznamená křížkem místo bolesti na obrys osoby. Nebo mapa bolesti umožňuje klientovi, označit tužkou křížek do čtverečku obrázku, ve kterém pociťuje bolest (Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012).

Všechny tyto metody umožňují hodnocení jak momentálního stavu bolesti, tak i sledování dynamických změn v čase (Křivohlavý, 2002). Staňková ve své knize z roku 2006 uvádí další škály k hodnocení bolesti: Dotazník bolesti podle IPVZ, Hodnocení bolesti podle Institutu Gustave Rouse a mnoho dalších (Staňková, 2006).

Pro zdravotníky je také důležité hodnocení nutrice.

- **Škály nutričního hodnocení**

Nutriční screening byl zaveden do praxe 1994 s cílem identifikovat nemocné s již přítomnou malnutricí nebo s vysokým rizikem vzniku. U tohoto dotazníku byla také vytvořena zkrácená verze (MNA SF), která obsahuje pouze šest otázek z původního dotazníku a doba pro vyplnění nepřesahuje 3 min (Svobodová, 2013).

V roce 2002 byl následně doporučen Evropskou společností umělé klinické výživy a metabolické péče (ESPEN – European Society for Clinical Nutrition) Nutriční rizikový screening. Toto hodnocení se skládalo ze dvou komponent (Ševčíková, 2011).

Pro hospitalizované pacienty se nutriční screening může skládat ze čtyř otázek dle evropských doporučení (Grofová, 2007).

- **Škály k hodnocení rizika dekubitů**

Neméně důležitou oblastí ošetrovatelské péče je prevence dekubitů, kdy je kladen důraz na kvalitní preventivní strategii, založenou na dostupných důkazech. Prevence dekubitů obsahuje multidimenzionální přístup, neboť na vznik dekubitů má vliv mnoho faktorů. Valné většině proleženin se dá předejít, pokud se zvolí správná ošetrovatelská intervence.

Škála Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové vznikla v roce 1962 a hodnotila celkové zdraví, duševní stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Maximální počet byl 20 bodů. Christel Beinsteinová v roce 1987 modifikovala tuto škálu a rozšířila bodové hodnocení na 25 bodů. Naposledy byla tato škála upravena v roce 1989 s bodovým hodnocením 36 bodů. V této podobě je používána i dnes. (Mikula, 2008). Hodnotí riziko vzniku dekubitů na základě posouzení schopnosti spolupráce, věku, stavu kůže, dalších nemocí, tělesného stavu, stavu vědomí, aktivity, mobility, inkontinence. Tyto jednotlivé oblasti jsou ohodnoceny 1 až 4 body. Na konci zhodnocení dojde k sečtení bodů a vyhodnocení rizika dekubitů. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů. Čím méně bodů, tím je vyšší riziko (Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012).

V literatuře jsou také zmiňovány Waterlow scale (Staňková, 2006) a Braden scale (Kalvach, 2004).

Škála Bradenové hodnotí smyslové vnímání, stupeň vlhkosti kůže nebo jejího kontaktu s vlhkostí, aktivitu, mobilitu, výživu, tření a střížnou sílu. Tato škála vznikla v roce 1992. Celkové bodové ohodnocení je 20 bodů. Čím vyšší skóre bodů, tím je menší riziko dekubitu (Mikula, 2008).

Škála Waterlow také hodnotí úroveň rizika dekubitu a vznikla v roce 1958 ve Velké Británii. Tato škála hodnotí tělesnou konstituci, hmotnost, kontingenci, typ kůže, mobilitu, pohlaví, věk a chuť k jídlu. V tomto nástroji jsou zahrnuty i rizikové faktory

jako jsou chirurgické výkony, vlivy léků a onemocnění. Maximální počet bodů je 20 a znamená vysoké riziko vzniku dekubitů (Mikula, 2008).

- **Škály k hodnocení míry soběstačnosti**

Se škálou Hodnocení rizika vzniku dekubitů velmi úzce souvisí stanovení soběstačnosti u pacienta (Pechová, 2013).

Barthelův test základních denních činností je používán ke stanovení funkční zdatnosti a míry soběstačnosti jedinců se zdravotním problémem. Vznikl v r. 1995 původně pro hodnocení chronických neuromuskulárních onemocnění. Hodnotí 10 činností: přijímání potravy, koupání, osobní hygiena, oblékání, kontinence močového měchýře, kontinence stolice, užívání WC, přesuny, lokomoce, chůze po schodech. Celkové rozpětí skóre je 0-100 bodů (Vaňásková, 2005).

- **Škála k hodnocení rizika tromboflebitidy**

Mezi komplikace při poskytování péče také patří tromboflebitida, která může vzniknout při kanylaci periferního žilního systému. Škála pro hodnocení místa vpichu periferního žilního katétru má 5 stupňů a hodnotí reakci okolí místa vpichu: od 0 do IV.

0. stupeň označuje nepřítomnost bolesti, ani zánětlivé reakce okolí.

I. stupeň označuje pouze bolest, není zánětlivá reakce v okolí.

II. stupeň označuje bolest a zarudnutí.

III. stupeň označuje bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly.

IV. stupeň označuje hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly.

Od I. stupně je doporučeno vytažení periferního žilního katétru. Hodnocení vpichu periferního žilního katétru je doporučeno minimálně 2 x za 24 hodin (Podstatová, Řehořová, Beránková, Maďar, 2005).

- **Škály k hodnocení rizika pádu**

V popředí zájmu zdravotníků je již dlouhou dobu prevence pádu u hospitalizovaných pacientů. Pády pacientů ve zdravotnickém zařízení patří k nejčastěji hlášeným mimořádným událostem, které komplikují základní onemocnění, prodlužují hospitalizaci, zvyšují náklady na léčbu a negativně působí na psychiku pacienta (Škrla, 2005). Škály pro hodnocení rizika pádu mají za cíl detekovat pacienty s rizikem pádu s následným vytvořením bezpečného prostředí pro pacienty v riziku pádu, eliminovat pád v nemocnici (Vyhnánek, 2007). Mezi uváděné škály v literatuře patří Škála dle Morse, Hodnocení pádu dle Conleyové a Gaitův funkční test (Staňková, 2006).

Škálu dle Morse vytvořila Janice Morse. Metoda se skládá z šesti proměnných, které jsou lehce hodnotitelné. Proměnné jsou: pády v anamnéze, vedlejší diagnóza, pomůcky k chůzi, i.v. vstupy, chůze/pohyb, duševní stav. Každá proměnná má počet bodů a po součtu bodů je určena míra rizika. Čím vyšší počet bodů, tím je vyšší riziko pádu (Vyhnánek, 2007).

Hodnocení rizika pádu dle Conleyové bylo upraveno Juráskovou v roce 2006. Tato škála hodnotí anamnézu, soběstačnost, spolupráci a přímý dotaz nemocného na přítomnost nočního nucení na močení, dotazem na přítomnost pocitu závratě, na přítomnost nočního buzení či na přítomnost nočního bdění. Všechny tyto oblasti jsou bodově ohodnoceny. Celkové bodové ohodnocení je rozděleno do tří skupin: 0-4 bodů označuje klienta bez rizika pádu, 5-13 bodů označuje klienta ve středním riziku pádu a 14-19 bodů označuje klienta ve vysokém riziku pádu. Součtem získaných bodů dojde k vyhodnocení míry rizika pádu u daného pacienta (Vyhnánek, 2007).

Gaitův funkční test je metoda používaná k určení rovnováhy a prevenci pádů na základě pokynů k provedení motorických pokynů. Pokud se pacient zakymácí, či spadne, tak je test pozitivní a pokud pacient všechny úkony splní, tak je test negativní (Škrla, 2008).

1.3.2 Další české škály přenesené ze zahraničí

V našich zdravotnických zařízeních se stále více setkáváme s převzatými hodnotícími nástroji ze zahraničí. Jelikož těchto škál je velmi mnoho a není v možnostech ani cílem této práce sepsat všechny, jsou zde uvedeny pouze náhodně vybrané škály.

První vybraná škála je určena diagnostice dysfagie po centrální mozkové příhodě a nazývá se Gugging Swallowing Screen (GUSS). Metoda GUSS je určena pro diagnostiku dysfagie u pacientů po cévní mozkové příhodě. Pokud je včas diagnostikována dysfagie u pacienta, může se tím snížit riziko aspirační pneumonie (Šmídová, 2017). Originální anglická verze je v zahraničí doporučována s ohledem na její kvalitu. Specifickým doporučením je pro hodnocení pacientů spolupráce logopeda s všeobecnou sestrou (Mandysová, 2016).

Druhou vybranou škálou je Barthel scale nebo také Barthel index. Je to metoda hodnotící samoobslužnou pacientů. Pacient, který je plně soběstačný, získává plný počet bodů, což je 100 bodů. Čím je pacient závislejší na pomoci okolí, tím získává méně bodů. Typ závislosti je rozdělen na 4 skupiny: vysoká závislost, středně těžká závislost, lehká závislost a stupeň bez omezení. Typ vysoká závislost dosahuje 0-40 bodů, typ středně těžká závislost dosahuje 45-64 bodů, typ lehká závislost dosahuje 65-100 bodů (Cetlová, 2012).

1.3.3 Současné české škály

Je mnoho škál převzatých ze zahraničí, ale málo škál vzniklých v Čechách. Je nutno zmínit hodnotící škálu pro Funkční úroveň klienta. Tato škála je nazývána také škála Soběstačnosti dle Marečkové a hodnotí velmi jednoduše soběstačnost pacienta s následnou informací o zátěži zdravotnického personálu (Marečková, 2006). Tato hodnotící škála posuzuje klienta v 5 rovinách za účelem určení pacientovy soběstačnosti. 1. rovina- plně soběstačný, 2. rovina - potřebuje pomocné prostředky, 3. rovina – potřebuje pomoc od druhé osoby, asistenci, dohled či edukaci, 4. rovina – potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky, 5. rovina – je závislý, na ošetrovatelské aktivitě se nepodílí. Hodnocení je 4 bodové: nula bodů – pacient je plně soběstačný, jeden bod - pacient lehce závislý, dva až tři body označují střední závislost, 4 body označují pacienta plně nesoběstačného (Marečková, 2006).

Další škálou vzniklou na české půdě je Brief Bedside Dysphagia Screening Test- Revised. Metoda je určena k detekci dysfagie sestrami. Nástroj obsahuje 8 položek s bodovým ohodnocením. Abnormální položka je ohodnocena 1 bodem a normální 0 body. Pokud je celkový výsledek 0, tak screening je hodnocen jako normální nález, pokud je hodnota 1 nebo více, tak nález je hodnocen jako pozitivní (Mandysová, 2016).

1.3.4 Škály používané lékaři

Se stoupající samostatností, erudovaností a kompetentností sestry postupně přebírají oblasti hodnocení, které dříve spadaly pouze do hodnocení lékařů.

Takovým příkladem je Glasgow Coma Scale (dále jen GCS). V roce 1974 GCS vytvořili dva profesoři: Graham Teasdale a Bryan Jennett. Tato metoda posuzuje stav bdělosti, uvědomování si prostředí a kognitivní funkce na základě tří samostatných testů. Testy se zaměřují na otevření očí, slovní odpověď a motorickou odpověď. Maximální počet získaných bodů je 15. Tento počet znamená plné vědomí u pacienta. Nejmenší počet získaných bodů je 3 a většinou se jedná o hluboké kóma či klinickou smrt. (Ševčíková, 2011).

Toto skóre je modifikováno pro použití v pediatrii.

Modifikované dětská Glasgow Coma Scale slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dětí. Maximum bodů je 11 a znamená normální stav, minimální počet bodů jsou 3 a znamenají reflektorické kóma (Novák, 2008).

Další škálou je Apgar skóre.

Skóre podle Apgarové se používá k posouzení poporodní adaptace novorozenců. Bylo vytvořeno k rychlému hodnocení fyziologických funkcí novorozence a zhodnocení nutnosti další lékařské péče. Skóre bylo navrženo v roce 1952 anestezioložkou Virginií Apgarovou. Pro lepší zapamatování se někdy používá i akronym Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration. Skóre dle Apgarové se obvykle hodnotí v 1., 5. a 10. minutě po porodu. Posuzuje se celkem 5 faktorů: akce srdeční, dýchání, svalový tonus, barva kůže, reakce podráždění. Maximální součet je 10, normální hodnota v 1. minutě je 8 a více bodů (Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012).

Všechny výše uvedené škály a mnohé neuvedené se používají během ošetřovatelského procesu s cílem zvýšit kvalitu ošetřovatelské péče a jsou součástí ošetřovatelské dokumentace. Škály jsou součástí práce sestry.

1.4 Ošetřovatelský proces

Pojem „ošetřovatelský proces“ vznikl v padesátých letech a ihned se ujal jako reálná základna pro skutečně účinnou práci sestry (Doenges, Moorhouse, 1996).

Ošetřovatelský proces je základem práce sestry. Zjednodušeně lze říci, že ošetřovatelský proces je postup při poskytování ošetřovatelské péči, který se skládá z pěti kroků, které na sebe logicky navazují: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. (Plevová, 2018).

1.4.1 Posouzení

Posouzení je prvním krokem v ošetřovatelském procesu, kdy dochází ke sběru, ověřování a třídění dat s následným záznamem údajů o zdravotním stavu jednotlivce, rodiny, komunity. Nezbytnými pomůckami posouzení jsou mimo jiné i škály. Tato fáze se může prolínat i do dalších fází, protože data jsou získávána od pacienta neustále (Taliánová, 2018).

Screeningové hodnocení, škálování probíhá pomocí formulářů v tištěné nebo elektronické podobě. Je to prvotní a rychlý sběr informací. Posouzení má za cíl získat soubor dat, který určí aktuální či potenciální problémy pacienta. V této části ošetřovatelského procesu má používání škál velký význam (Plevová, 2018).

1.4.2 Diagnostika

Druhá fáze ošetřovatelského procesu je diagnostika. Pro tuto fázi je charakteristický analyticko-syntetický proces, který směřuje k určení ošetřovatelské diagnózy. Ošetřovatelské diagnózy jsou zahrnuty s číselným kódem v mezinárodní klasifikaci ošetřovatelských diagnóz (NANDA-International), které mohou označovat aktuální ošetřovatelský problém (např. ošetřovatelská diagnóza *nadměrná výživa*-00001), potenciální ošetřovatelský problém (např. ošetřovatelská diagnóza *riziko nadměrné výživy*-00003) a edukační ošetřovatelský problém (např. ošetřovatelská diagnóza *ochota ke zlepšení výživy*- 00163). Pro lepší orientaci jsou ošetřovatelské diagnózy rozděleny dle diagnostických domén (Marečková, 2006).

1.4.3 Plánování

Po stanovení ošetrovatelské diagnózy přichází 3. fáze ošetrovatelského procesu, plánování. Pro tuto fázi je charakteristické stanovení priorit, formulace cílů, výsledných kritérií, ošetrovatelských intervencí a sestavení písemného plánu ošetrovatelské péče. Velkým pomocníkem při sestavování priorit ošetrovatelských diagnóz může být Maslowova pyramida lidských potřeb. Plán dokumentuje potřeby nemocného, umožňuje kontinuitu péče, poskytuje přehled o ošetrovatelských výkonech, je podkladem pro úhradu péče, je právním podkladem, umožňuje hodnocení kvality péče a je důležitá pro vzdělávání a výzkum (Plevová, 2018).

1.4.4 Realizace

Po plánování přichází realizace plánu, je to 4. fáze ošetrovatelského procesu. Pro realizaci je charakteristické provedení ošetrovatelských intervencí, které směřují k dosažení ošetrovatelského cíle zapsaného v plánu ošetrovatelské péče. Nezávislé intervence sestra vykonává na základě svých kompetencí, které jsou dány zákonem. Závislé intervence vykonává ve spolupráci s lékařem (asistence při léčebném výkonu, aplikace farmakoterapie atd.). Součinné intervence jsou prováděny na základě spolupráce s jiným členem týmu např. fyzioterapeutem (Plevová, 2018).

1.4.5 Vyhodnocování

Po realizaci plánu následuje vyhodnocování, 5. fáze ošetrovatelského procesu. V průběhu vyhodnocování sestra hodnotí stav pacienta před intervencí a po intervenci zda došlo ke změně stavu. Hodnocení dělíme na tři typy: termínové, průběžné a závěrečné. Termínové hodnocení probíhá k danému času, datu, například hodnocení periferního žilního katétru jednou za 12 hodin dle Maddona. Průběžné hodnocení probíhá během celé doby poskytování ošetrovatelské péče. Velmi často je průběžně hodnocen stav vědomí pomocí GCS, bolest dle VAS atd. V závěrečném hodnocení může být použito ADL, nutriční screening při překládání pacienta na jiné zdravotnické pracoviště a zaznamenává se do Ošetrovatelské překládací zprávy (Mastiliaková, 2014).

Jak již bylo řečeno výše, škály se používají během ošetrovatelského procesu s cílem zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče, přičemž škály jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. O tom, že byl dodržen správný ošetrovatelský proces, tedy zjednodušeně řečeno, že byl dodržen správný postup při poskytování ošetrovatelské péče, musí být vedena dokumentace (Taliánová, 2013). Nejedná se však o jakoukoliv dokumentaci, ale o dokumentaci, jejíž rozsah je přesně určen právními předpisy, a to vzhledem k důležitosti této dokumentace.

1.5 Ošetrovatelská dokumentace

Nezbytný právní rámec zdravotnické (někdy označované jako ošetrovatelské) dokumentace poskytuje nyní zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v aktuálním znění, a dále jeho prováděcí vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v aktuálním znění. Nelze opomenout ani obecnou úpravu obsaženou v zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který je však ve vztahu k zákonu o zdravotních službách *lex generalis* a ustanovení zákona o zdravotních službách tak mají před obecnými ustanoveními občanského zákoníku aplikační přednost. Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester, porodních asistentek a sester komunitní péče. Je nástrojem profesionální praxe, který by měl podporovat proces péče (ČAS, 2017). Ošetrovatelská dokumentace má obsahovat všechny fáze ošetrovatelského procesu v chronologické posloupnosti. V dnešní době se ošetrovatelská dokumentace vede v papírové či elektronické podobě a slouží jako zdroj informací o potřebách nemocného, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejích výsledcích. Umožňuje hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče, zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče a poskytuje přehled o vývoji stavu pacienta. Dále slouží jako prostředek ke komunikaci. Údaje v ošetrovatelské dokumentaci jsou použitelné pro potřeby ošetrovatelského výzkumu, pro pedagogické účely, pro statistické účely (plánování péče). V neposlední řadě je vhodné upozornit, že je to právní dokument a uznává se jako soudní důkazový materiál. (Plevová, 2018).

1.5.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a prováděcí vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Zákon o zdravotních službách upravuje problematiku zdravotnické dokumentace v části šesté, hlavě II., přičemž obsahuje právní normy upravující zpracování osobních údajů pacienta, vedení zdravotnické dokumentace, nakládání se zdravotnickou dokumentací v případě zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb, a nahlížení do zdravotnické dokumentace, včetně pořizování výpisů a kopií. Zejména vymezení rozsahu, stanovení práv a povinností souvisejících s vedením zdravotnické dokumentace, respektuje původní právní úpravu vymezenou v zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Každému poskytovateli zdravotních služeb je zákonem o zdravotních službách uložena povinnost vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů, kterými se rozumí především prováděcí vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnickou dokumentací je dle tohoto zákona soubor informací vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi, kterému byla či je poskytována zdravotní služba. Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou kromě identifikačních údajů pacienta, údaje o jeho pohlaví a identifikačních údajů poskytovatele zdravotní služby, především písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení poskytování zdravotních služeb nebo doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb, které si předávají poskytovatelé v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta. Ve věstníku ministerstva zdravotnictví z roku 2016, částka 16, jsou doporučeny minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách, zveřejňuje minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Mezi ukazatele hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb patří mimo jiné identifikace rizikových pacientů a prevence pádů pacientů. Dále bezpečná komunikace, kdy nezajištěná bezpečná komunikace ve zdravotnickém zařízení je jedním z dalších potenciálních rizik vzniku komplikací. Komunikace je hlavním nástrojem našeho společného dorozumívání a chyby v komunikaci mohou vést k nedorozumění a následnému poškození pacienta. Důležitým ukazatelem kvality poskytované péče je výskyt dekubitů. Je doporučeno vstupní hodnocení rizika vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů a opakovaného/periodického hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu, ke změně pohybového režimu apod. (In Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39).

1.5.2 Zákon č. 372/2011 Sb.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, obsahuje v § 69 odkaz na prováděcí právní předpis, který podrobně stanoví rozsah vedení zdravotnické dokumentace, její náležitosti, podrobnosti o způsobu vedení, zpracování a zacházení se zdravotnickou dokumentací, dobu jejího uchovávání a další konkrétní pravidla vztahující se ke zdravotnické dokumentaci. Tímto prováděcím předpisem je vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, k jejímuž vydání je toto ministerstvo zmocněno dle § 120 zákona o zdravotních službách (In Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 131).

1.5.3 Vyhláška č. 55/2011 Sb.

Dalším důležitým právním dokumentem pro zdravotnické pracovníky je vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kde se stanovují v § 4 činnosti všeobecné sestry, a kde je mimo jiné uvedeno, že všeobecná sestra má vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacienta, projevů jeho onemocnění za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy) (In Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 2011).

Na základě uvedených skutečností je patrná složitá situace všeobecné sestry při vykonávání své práce. Proto byly zavedeny do praxe standardy ošetrovatelské péče, které napomáhají všeobecné sestře postupovat tzv. lege artis. Standard má charakter doporučení a je možné se od něj odchýlit, ale pokud se sestra od standardu odchýlí, musí být velmi dobře odborně podloženo, proč tak učinila (Prudil, 2014). Všechna tato opatření mají za cíl poskytovat kvalitní péči na území České republiky.

Je možno učinit závěr, že nestačí pouze správně provést ošetrovatelský proces, ale velmi důležité je též zaznamenat vše do zdravotnické dokumentace (jejíž součástí jsou též škály), z čeho je patrné, že ošetrovatelský proces byl správně proveden, a tedy, že léčebný postup byl lege artis. Správně vedená zdravotnická dokumentace je stěžejní při prokazování správnosti provedeného ošetrovatelského procesu v případných soudních sporech mezi zdravotnickým zařízením a pacientem nespokojeným s kvalitou jemu poskytnuté ošetrovatelské péče (Prudil, 2014).

1.6 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita je subjektivní pojem, pro který existuje mnoho definic. WHO definovala kvalitu zdravotní péče v roce 1966 jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“ Palmer definuje kvalitu unikátním způsobem: „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.“ (Škrla, 2003). Rozeznáváme tři dimenze kvality zdravotních služeb: kvalita služeb z hlediska klienta, kvalita služeb z hlediska profesionálního, kvalita služeb z hlediska řízení.

Pacienti (klienti) od nemocničních zařízení očekávají kvalitní, efektivní a standardizované služby. Zdravotnická zařízení by měla být schopna kdykoliv předložit důkazy o kvalitě jimi poskytované lékařské a ošetrovatelské péče. Po roce 1989 byla snaha o vytvoření mechanismu, který by pomohl snížit vysokou variabilitu poskytované zdravotnické péče mezi zdravotnickými zařízeními. Osvědčenou metodou standardizace je akreditace. (Škrla, 2003).

1.7 Akreditace

SAK je Spojená akreditační komise, která má za cíl trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice za pomoci systému řízení kvality ve zdravotnických zařízeních.

System řízení kvality zavedený ve zdravotnickém zařízení zvyšuje kvalitu péče a bezpečí poskytované péče. Dojde ke standardizaci procesů např. péče o periferní žilní katétry s hodnocením vstupu škálou určenou daným zdravotnickým zařízením, která minimalizuje různost (variabilitu) procesů u jednotlivých pracovníků a tím se zvýší bezpečnost poskytované péče (Marx, 2013).

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Výzkumné otázky a hypotéza:

Výzkumná otázka č. 1:

Jaké škály se používají v ošetrovatelské dokumentaci v českých nemocnicích?

Výzkumná otázka č. 2 :

Které škály se v ošetrovatelské dokumentaci v českých zdravotnických zařízeních používají nejčastěji?

Výzkumná otázka č. 3:

Jaké zdroje využívají zdravotnická zařízení škály při získávání škál?

Výzkumná otázka č. 4 :

Jsou škály používané ve zdravotnických zařízeních validní?

Hypotéza č. 1:

Používání upravených škál v ošetrovatelské dokumentaci se liší u fakultních a jiných nemocnic.

2.2 Metodika výzkumu:

2.2.1 Typ výzkumu

Výzkum byl proveden kombinací metod kvalitativního a kvantitativního typu výzkumu. Úvodní kvalitativní typ výzkumu byl realizován metodou rozhovoru s experty (Hendl, 2008). Následující dotazníkové šetření bylo realizováno z důvodu nemožnosti pozorování ve všech zdravotnických zařízeních dotazníkem vlastní tvorby. Popis výzkumného nástroje je uveden níže.

2.2.2 Kritéria výběru respondentů/informátorů

Pro výzkum byla zvolena všechna zdravotnická zařízení České republiky. Tato data byla získána z ÚZIS. Některá zdravotnická zařízení spojená v jednu společnost byla oslovena jako jeden subjekt na základě telefonické informace o jednotném vedení ošetrovatelské dokumentace. Bylo zjištěno 134 zdravotnických zařízení. Následně byli zařazeni do kvalitativního a kvantitativního typu výzkumu manažeři, kteří měli status manažera ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení v rámci a souhlasili se zařazením do tohoto výzkumného šetření.

2.2.3 Průběh výzkumu:

Výzkum probíhal v následujících 3 fázích v období od 06/2018 do 02/2019.

I. fáze

- Pro výzkum byla zvolena všechna zdravotnická zařízení České republiky, která poskytovala ambulantní, lůžkovou péči pro dospělé i děti s kódem 101, 102. Data byla získána z ÚZIS na základě telefonického požádání o zaslání dat na mail.
- Telefonicky byli osloveni 3 manažeři s žádostí o rozhovor na téma používané škály ve vašem zdravotnickém zařízení. K rozhovoru dali souhlas dva manažeři.
- Jeden respondent zastupoval společnost se sdružením pěti nemocnic, kde je jednotná ošetrovatelská dokumentace. Rozhovor byl individuální a hloubkový, veden na základě připravených otázek (viz. příloha A). Otázky byly otevřené. Na konci rozhovoru byl dán prostor k vyjádření odpovídajícího na dané téma. V rámci tvorby dotazníku bylo e-mailem osloveno vedení ČAS s otázkou, zda mají doporučený

soubor ošetrovatelských škál, s žádostí o případné zaslání tohoto souboru. Také bylo čerpáno z odborné ošetrovatelské literatury, např. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Na základě těchto informací byly zařazeny škály do dotazníku (viz. příloha B).

II. fáze

- Ze souboru nemocnic byli (podle pořadí v seznamu od ÚZIS) vybráni experti z 6ti zdravotnických zařízení. Tři fakulní nemocnice a 3 jiné nemocnice. Byli zařazeni do anonymního dotazníkového šetření na základě telefonického kontaktu a žádostí o spolupráci při tvorbě dotazníku ve fázi pilotáže.

Na základě připomínek respondentů byla provedena úprava převedením dotazníku z formátu PDF na formát Word pro zvýšení uživatelské přívětivosti.

III. fáze

- Z předcházejících fází byl vytvořen dotazník o 18 položkách. Dotazník obsahoval 12 položek týkajících se používání škál v ošetrovatelské dokumentaci. Konkrétně obsahoval tyto škály: riziko pádu (dle Conleyové, upraveno Juráskovou 2006), riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové), riziko malnutrice (nutriční screening), Barthelův test základních činností, soběstačnost (dle Marečkové), klasifikace tíže tromboflebitidy (dle Maddona), Apgar skóre, Glasgow Coma Scale, modifikovaná dětská Glasgow Coma Scale, mapa bolesti, numerická škála bolesti (číselné hodnocení, přímka, vizuální analogová škála bolesti – VAS]. Vzhledem k možnosti používání i jiných škál, které nejsou v dotazníku uvedené, byla vložena otevřená otázka směřující k zjištění, zda zdravotnická zařízení používají i jiné škály a případně které. Dále byla položka, jak a kde tyto jiné škály získávají. V následující položce bylo cílem zjistit, zda si zdravotnické zařízení získané škály samo upravuje. S cílem zvýšení návratnosti dotazníku byla nabídnuta zpětná vazba ve formě souboru nejčastěji používaných škál v českých nemocnicích. Pro rozesílání dotazníku byla zvolena mailová korespondence s úvodním textem a vloženým dotazníkem. Dotazník byl rozeslán vrcholovým manažerům ošetrovatelské péče. Dotazník byl distribuován ve dvou vlnách. V první vlně (prosinec 2018 a leden 2019) byla oslovena všechna zdravotnická zařízení. Ve druhé vlně (únor 2019) byla oslovena zdravotnická zařízení, která neodpověděla v první vlně. Byl záměr rozesílat dotazníky i ve třetí vlně po telefonické výzvě, avšak

na základě negativní zkušenosti (9 telefonů) bylo od tohoto upuštěno. Zpět zaslalo dotazník 60 ze 134 oslovených manažerů. Návratnost dotazníku činila 45 %.

2.3 Popis výzkumného nástroje:

Výzkumným nástrojem byl dotazník vlastní konstrukce, nestandardizovaný, který obsahoval 18 položek. V dotazníku byly použity uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. Z uzavřených otázek jsme zvolili otázky dichotomické z důvodu snadného a rychlého odpovídání. Polouzavřené otázky jsme volili filtrační a výběrové, na které navazovaly otázky otevřené (Meloun, 2006).

Dotazník (viz. Příloha B) obsahuje 18 položek, z čehož prvních 12 položek jsou vybrané škály s možností odpovědí ANO/NE. Jsou to škály: Riziko pádu (dle Conleyové, upraveno Juráskovou 2006), Riziko malnutrice (nutriční screening), Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové), Barthelův test základních činností, Soběstačnost (dle Marečkové), Klasifikaci tíže tromboflebitidy (dle Maddona), Apgar skóre, Glasgow Coma Scale, Modifikovanou dětskou Glasgow Coma Scale, Mapu bolesti, Vizually analogová škálu (VAS), Numerickou škálu bolesti (číselné hodnocení, přímka).

Dalších 6 položek se týkalo používání jiných škál v ošetrovatelské dokumentaci a současně zjišťovali, odkud zdravotnická zařízení škály získávají a zda si je upravují. Poslední položka zjišťovala zájem o zpětnou vazbu o používaných škálách v ošetrovatelské dokumentaci v českých nemocnicích.

2.4 Zpracování dat:

Z rozhovorů s experty byla získána data ručním záznamem na papír v průběhu rozhovorů a analyzována metodou ručního otevřeného kódování (Hendl, 2008).

Data z dotazníků byla zpracována do tabulek a grafů Microsoft Excel 10. Tabulky obsahují absolutní a relativní četnosti, grafy obsahují relativní nebo absolutních četností s ohledem na vhodnou prezentaci výsledků.

Pro vyhodnocení dotazníkového šetření byla použita popisná statistika. K testování hypotézy byl použit Chí-kvadrát test – test dobré shody.

3 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

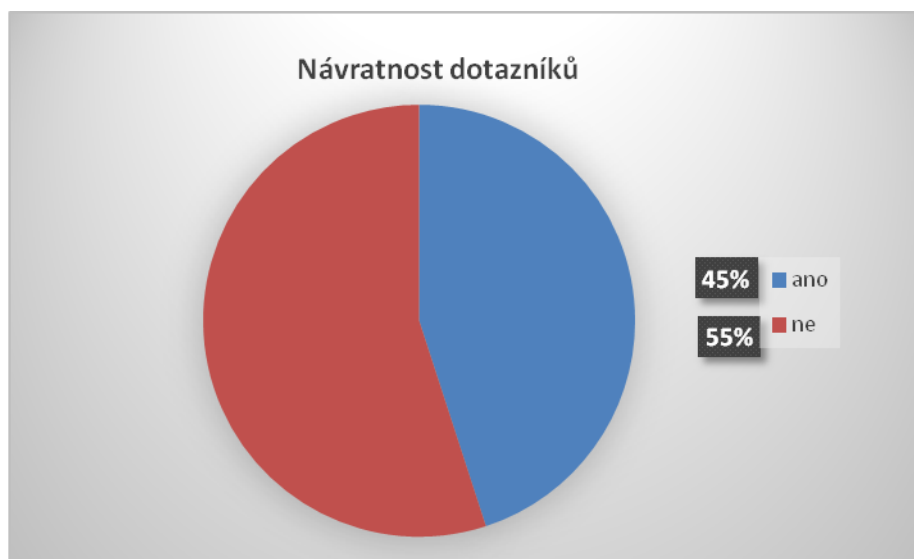
3.1 Popis rozhovorů s experty

V prvním rozhovoru byly získány informace o názvech používaných škál. Citace: „*Používáme Madona, riziko pádu dle Conleyové, riziko vzniku dekubitů, riziko malnutrice, Barthelův test užíváme na geriatrici pro vykazování VZP. Soběstačnost Marečkové se začala používat po sjednocení nemocnic, kdy jsme vedli diskuzi ohledně této škály. Taky používáme Apgar skóre, Glasgow Coma Scale, modifikovanou dětskou Glasgow Coma Scale, mapu bolesti, VAS. První škálu jsme začali používat v roce 1990.*“

V druhém rozhovoru byl zjištěn shodný výběr škál, s tím, že hodnocení rizika malnutrice byla nahrazena hodnocením nutrice dle doc. Kužela. Toto hodnocení nutrice bylo vytvořeno v tamním zdravotnickém zařízení. Oba respondenti uvedli shodné zavedení první škály v roce 1990. Dále shodně uvedli rok 2014, kdy došlo, citace: „*k sjednocení škál.*“

3.2 Analýza dotazníkového šetření - prezentace výsledků

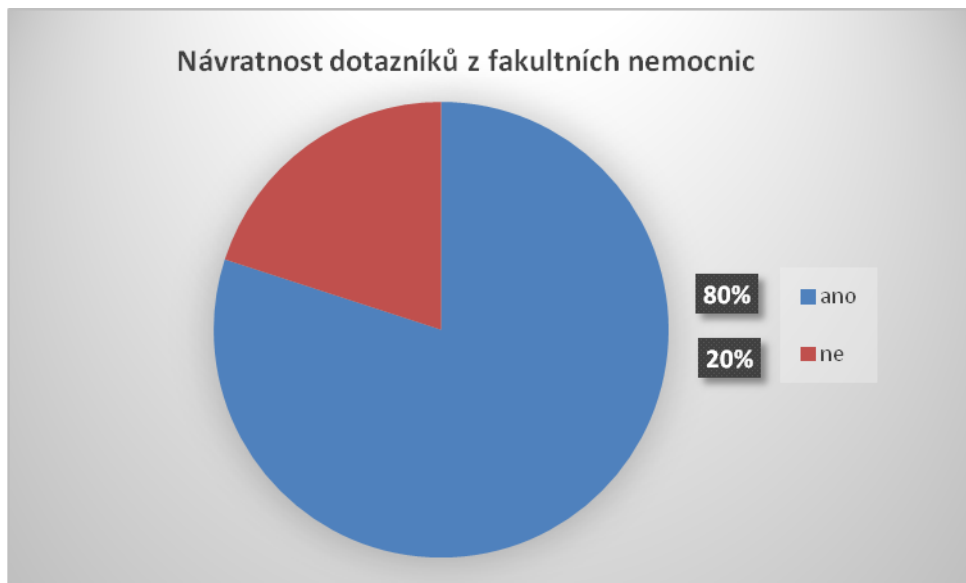
Návratnost dotazníků



Obrázek č. 1 - Graf návratnosti dotazníků.

Graf prezentuje výsledky návratnosti dotazníků. Celkem bylo osloveno 134 (100 %) fakultních a jiných zdravotnických zařízení, zpět se vrátilo 60 (45 %) vyplněných dotazníků.

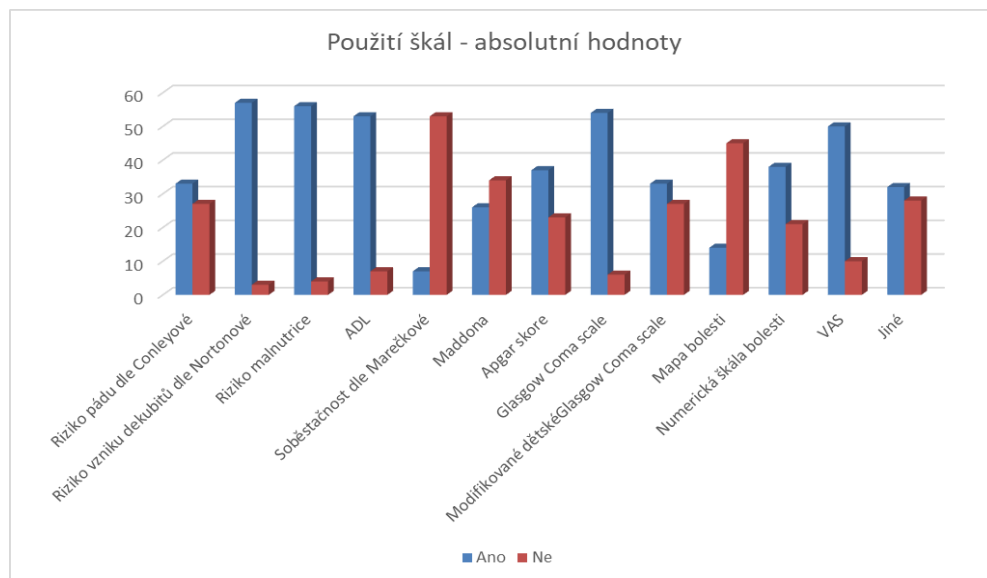
Návratnost dotazníků z fakultních nemocnic



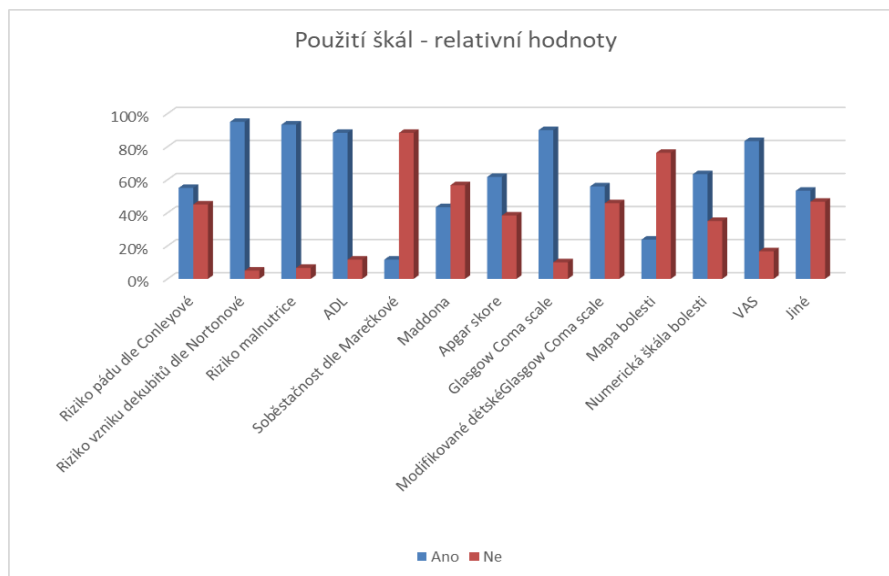
Obrázek č. 2 - Graf návratnosti mezi fakultními nemocnicemi.

Graf prezentuje výsledky návratnosti dotazníků fakultními nemocnicemi. Celkem bylo osloveno 10 (100 %) fakultních nemocnic, a zpět se vrátilo 8 (80 %) dotazníků.

Výsledky vybraných škál



Obrázek č. 3a - Graf zobrazení absolutních hodnot použitých škál.



Obrázek č. 3b - Graf relativních četností odpovědí.

Graf ukazuje celkový pohled na užívání vybraných škál. Konkrétně ukazuje výsledky prvních 12 položek dotazníku, které se týkaly vybraných hodnotících a měřících nástrojů a škál. Nejčastěji používanou škálou je Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (upraveno Juráskovou 2006). Na druhém místě v používání škál je Nutriční screening. Na třetím místě byla vyhodnocena Glasgow Coma Scale. Na čtvrtém místě je Barthelův test základních činností. Na pátém místě je Vizuální analogová škála. Na šestém místě je Numerická škála bolesti. Na sedmém místě je Apgar skóre. Na osmém místě je Riziko pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou 2006) spolu s Modifikovaná dětská Glasgow Coma Scale. Na devátém místě je Klasifikace tíže tromboflebitidy dle Maddona. Na desátém místě je Mapa bolesti a na jedenáctém místě je škála Soběstačnosti dle Marečkové.

Tabulka č. 1 – Absolutní, relativní četnost výskytu škál z dotazníku.

	Riziko pádu dle Conleyové		Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (upraveno Juráskovou 2006)		Riziko malnutrice		Barthelův test základních činností (ADL)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	55 %	57	95 %	56	93 %	53	88 %
Ne	27	45 %	3	5 %	4	7 %	7	12 %
Celkem	60	100 %	60	100 %	60	100 %	60	100 %

	Soběstačnost dle Marečkové		Klasifikace tíže tromboflebitídy dle Maddona		Apgar skóre		Glasgow Coma scale	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	12 %	26	43 %	37	62 %	54	90 %
Ne	53	88 %	34	57 %	23	38 %	6	10 %
Celkem	60	100 %	60	100 %	60	100 %	60	100 %

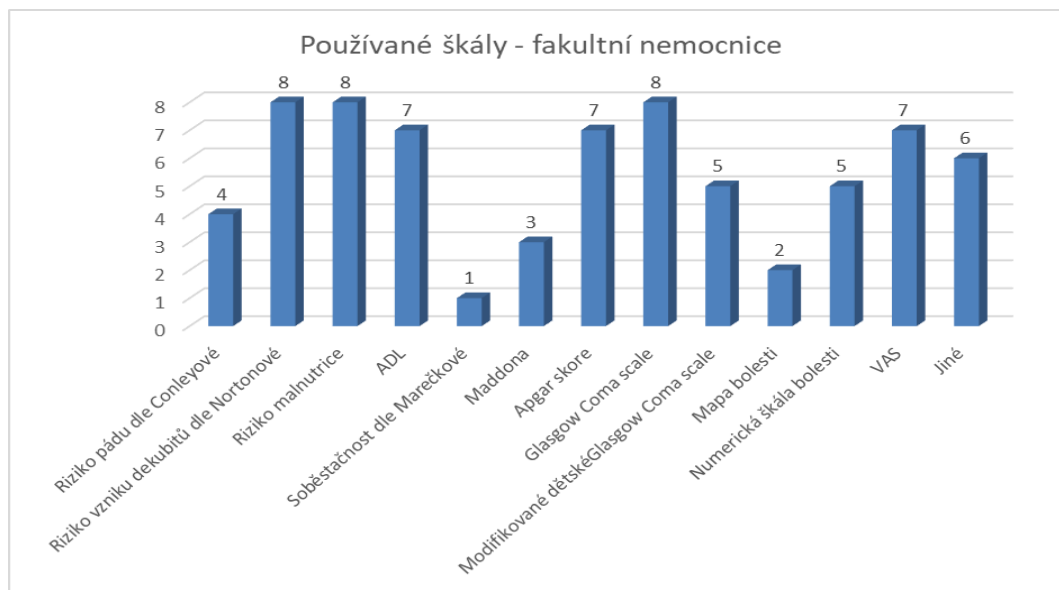
	Modifikované dětské Glasgow Coma scale		Mapa bolesti		Numerická škála bolesti		Vizuální analogová škála (VAS)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	55 %	14	24 %	38	63 %	50	83 %
Ne	27	45 %	45	76 %	21	35 %	10	17 %
Celkem	60	100 %	59	100 %	59	98 %	60	100 %

	Jiné	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	32	53 %
Ne	28	47 %
Celkem	60	100 %

Tabulka podrobně zobrazuje výsledky prvních 12 položek, týkajících se používání jednotlivých škál. Celkem odpovědělo 60 respondentů. V položce Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové zvolilo odpověď ANO 57 respondentů. V položce Nutriční screening zvolilo odpověď ANO 56 respondentů. V položce Glasgow Coma Scale zvolilo odpověď ANO 54 respondentů. V položce Barthelův test základních činností zvolilo odpověď ANO 53 respondentů. V položce Vizuální analogové škály zvolilo odpověď ANO 50 respondentů. V položce Numerická škála bolesti zvolilo odpověď ANO 39 respondentů. V položce Apgar skóre zvolilo odpověď ANO 37 respondentů. V položce Riziko pádu dle Conleyové

(upraveno Juráskovou 2006) zvolilo odpověď ANO 33 respondentů. V položce Modifikovaná dětská Glasgow Coma Scale zvolilo odpověď ANO 33 respondentů. V položce Klasifikace tíže tromboflebitidy dle Maddona zvolilo odpověď ANO 26 respondentů. V položce Mapa bolesti zvolilo odpověď ANO 15 respondentů. V položce Soběstačnost dle Marečkové zvolilo odpověď ANO 7 respondentů.

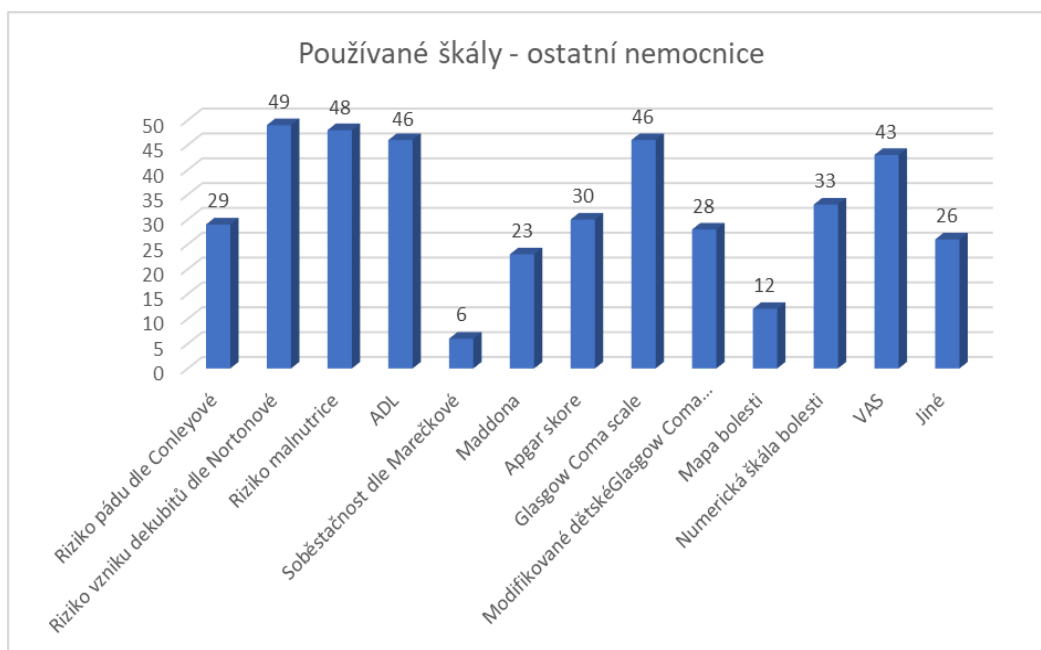
Vybrané škály používané ve fakultních nemocnicích



Obrázek č. 4a – Graf zobrazení používání škál ve fakultních nemocnicích.

Graf zobrazuje používání škál ve fakultních nemocnicích. Celkem odpovědělo 8 fakultních nemocnic. V položce Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, Riziko malnutrice a Glasgow Coma Scale zvolilo odpověď ANO 8 respondentů. V položce VAS, Apgar skóre a ADL zvolilo odpověď ANO 7 respondentů. V položce užívání jiných škály zvolilo odpověď ANO 6 respondentů. V položce Numerická škála bolesti a v položce Modifikovaná dětská Glasgow Coma Scale zvolilo odpověď ANO 5 respondentů. V položce Riziko pádu dle Conleyové zvolilo odpověď ANO 4 respondenti. V položce Klasifikace tíže tromboflebitidy dle Maddona zvolili odpověď ANO 3 respondenti. V položce Mapa bolesti zvolili odpověď ANO 2 respondenti. V položce Soběstačnost dle Marečkové zvolil odpověď ANO jeden respondent.

Vybrané škály používané v jiných nemocnicích



Obrázek č. 4b - Graf zobrazení používání škál v jiných nemocnicích.

Graf zobrazuje používání škál v jiných nemocnicích. V položce Riziko dekubitů dle Nortonové zvolilo odpověď ANO 49 respondentů. V položce Riziko malnutrice zvolilo odpověď ANO 48 respondentů. V položce ADL zvolilo odpověď ANO 46 respondentů. V položce Glasgow Coma Scale zvolilo odpověď ANO 46 respondentů. V položce VAS zvolilo odpověď ANO 43 respondentů. V položce Numerická škála bolesti zvolilo odpověď ANO 33 respondentů. V položce Apgar skóre zvolilo odpověď ANO 30 respondentů. V položce Modifikovaná Glasgow Coma Scale zvolilo odpověď ANO 28 respondentů. V položce Riziko pádu dle Conleyové zvolilo odpověď Ano 29 respondentů. V položce Jiné škály zvolilo odpověď ANO 26 respondentů. V položce Klasifikace tíže tromboflebitidy dle Maddona zvolilo odpověď ANO 23 respondentů. V položce Mapa bolesti zvolilo odpověď 12 respondentů. V položce Soběstačnost dle Marečkové zvolilo odpověď ANO 6 respondentů.

Jiné používané škály v českých zdravotnických zařízeních

V další části dotazníku byla položka, zda zdravotnická zařízení používají i jiné škály. Respondenti byli vyzváni, aby vyplnili, které další škály používají. Těchto nemocnic bylo 32. V odpovědích bylo vypsáno 42 dalších škál. Tabulka č. 2 zobrazuje počty jiných škál. V prvním sloupci je zkratka dané škály, ve druhém sloupci je celý název dané škály a ve třetím sloupci je počet.

V této položce jeden odpovídající respondent dotazníkového šetření uvedl místo ošetrovatelské škály lékařskou diagnózu. Tato odpověď nebyla zpracována jako škála. Při zpracování dat do tabulek bylo nutné mailovým dotazováním rozluštit obsah zkratk uvedených v odpovědi na otázku. Například BPS, BŠB, BSP je Behavioral Pain Scale. Jeden odpovídající subjekt uvedl do odpovědi na otázku, jaké jiné škály užíváte, škálu NRS (numeric rating scale). Tato škála je uvedena mezi 12 škálami v dotazníku, ale česky (numerická škála bolesti). Tuto odpověď jsme vedli v kolonce jiné škály.

Tabulka č. 2 – Zobrazení výsledku jiných škál.

Zkratky škál	Celý název škály	Počet
PAINAD	Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence	7
FLACC scale	Face Legs Activity Cry and Consolability	6
Morse stupnice pádu	Hodnocení rizika pádu	6
MMSE	Test kognitivních funkcí	5
RASS Scale	Škála hodnotící stupeň bdělosti a úroveň psychomotorické aktivity, resp. Sedace	5
BPS	Behavioral Pain scale, behaviorální škála bolesti	5
VIP	Jacksonovo skóre- hodnocení periferního žilního katétru	4
riziko pádu Humpty Dumpty	Riziko pádu u dětí	3
RAMSEY	Zhodnocení úrovně sedace	3
MUST	Univerzální detekční nástroj podvýživy	3

Zkratky škál	Celý název škály	Počet
Comfort Score	Hodnocení farmakologického útlumu u ventilovaných dětí	3
EBI	Rozšířený Barthelové test, EXTENDED BARTHEL INDEX	2
FAQ	Pfefferův dotazník pro funkční hodnocení pacienta	2
Faces scale	Obličejová škála bolesti	2
NIPS	Škála bolesti pro děti do 1 roku	2
GUSS	Test u pacientů s poruchou polykání po CMP	2
RIKER SAS	Riker Sedation Agitation Scale	2
GAF	Globální funkční hodnocení u psychiatrických N	1
NRS	Numeric rating scale, číselná škála bolesti	1
Skórovací systém dle Gartnera po anestezi	Skórovací systém po anestezi	1
Melzackova škála bolesti	Škála bolesti	1
FIM	Test funkční soběstačnosti, Functional Independence Measure	1
Bristolská škála stolice	Hodnocení stolice	1
Beckova škála deprese	Hodnocení deprese	1
MARDS	Montgomeryho a Åsbergové škálou pro posouzení deprese	1
BADLS-CZ	Bristolská škála aktivit denního života	1
MoCa	Montrealský kognitivní test	1
Broset Violence Checklist	Riziko vzniku agrese-Broset Violence Checklist	1
NVSP	Nonverbal Pain Scale	1

Zkratky škál	Celý název škály	Počet
Hodnocení rizika pádu pro ambulantní pacienty	Dotazník vlastní výroby	1
Waterlow škála	Hodnocení rizika vzniku dekubitu	1
Hodnocení psychického stavu dle Gaida	Hodnocení psychického stavu pacienta	1
Test kreslení hodin	Test k detekci kognitivních poruch	1
Pediatrické nutriční riziko	Hodnocení nutričního rizika u dětí	1
CRIES	Hodnocení pooperační bolesti u novorozenců	1
IADL	Test instrumentálních činností	1
CHEOPS	Childrens Hospital Eastern Ontario Pain Scale	1
DSVNI	Distress scale	1
SNAQ	Simplified Nutritional Appetite Questionnaire	1
MNA	Škála pro hodnocení stavu výživy	1
NGASR	Nurses Global Assessment of Suicide Risk-riziko sebevražedného jednání	1
EDIN	Škála dlouhodobé bolesti	1

Tabulka zobrazuje škály doplněné oslovenými zdravotnickými zařízeními. Na tuto položku odpovědělo celkem 32 respondentů. Nejčastěji zdravotnická zařízení doplnila škálu PAINAD, kterou uvedlo 7 respondentů, dále následují škály FLACC scale (6 respondentů) a Morse stupnice pádu (6 respondentů). Pět respondentů uvedlo škálu MMSE, RASS Scale, BPS. Čtyři respondenti uvedli škálu VIP. Riziko pádu Humpty Dumpty, Ramsey, MUST, Comfort Score

uvedli tři respondenti. EBI, FAQ, Faces scale, NIPS, GUSS, RIKER SAS uvedli dva respondenti. Ostatní škály uvedl jeden respondent.

V níže uvedeném textu jsou vysvětleny zkratky škál spojené s popisem škál.

PAINAD - stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence

Měřicí nástroj bolesti pro praxi u osob se střední a těžkou demencí. Pomáhá kvalitně zhodnotit bolest a určit směr léčby (Hradecká, 2010).

EDIN – škála dlouhodobé bolesti

Škála hodnotí dlouhodobou bolest a diskomfort u nedonošených novorozenců a indikátory jsou mimika, hybnost těla, kvalita spánku, sociální kontakt a utišitelnou dítěte (Fendrychová, 2004).

Stupnice FLACC – Face Legs Activity Cry and Consolability

Je vytvořena pro posuzování pooperační bolesti u dětí od 2 měsíců života. Bodují se změny v chování podmíněné bolestí. Hodnocení má rozsah od 0 po 2 body v daných oblastech (Kalousová, 2008).

Stupnice pádu Morse - česká verze (MFS-CZ)

MFS je rychlá a jednoduchá metoda hodnocení pacientova rizika pádu. Sestává se z 6 proměnných, které jsou snadno a rychle vyhodnotitelné (Vyhnánek, 2007).

Mini-Mental State Examination MMSE

Je to kognitivní test ke stanovení stupně demence. Počet bodů může nabývat od 0 do 30, přičemž vyšší počet bodů znamená lepší kognitivní schopnosti. Oblasti hodnocení jsou: orientace, paměť, pozornost a počítání, krátkodobá paměť (výbavnost), řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012).

MUST-univerzální detekční nástroj

Je to nástroj pro univerzální screening podvýživy, určený pro rutinní nutriční třídění, především v onkologii. Což umožňuje včasné a přiměřené postoupení ohrožených pacientů na individualizované nebo pokročilé intervenční metody výživy. Jde o jednoduchou a rychlou metodu použitelnou jakýmkoli zdravotnickým odborníkem, s vysokou platností pro včasné vyšetření, v ideálním případě pro stanovení komplexního nutričního posouzení

s následným doporučením managementu výživy(Boléo – Tomé Carolina, Monteiro Grillo Isabel, 2011).

Comfort Score

Nástroj k hodnocení farmakologického útlumu u ventilovaných dětí. Jde o multidimenzionální stupnici v kombinaci hodnocení změn chování a fyziologických parametrů (Kalousová, 2008).

FAQ-CZ

Je dotazník funkčního stavu, který je velmi krátký a vyplnění trvá zpravidla 2-5 minut. Dotazník obsahuje 10 položek. Ty jsou hodnoceny na čtyřbodové stupnici od 0 (vykonává správně) do 3 (je zcela závislý). Pokud pacient aktivitu nikdy nevykonával, ale byl by toho podle pečovatele nyní schopen, dostává pacient 0 bodů. Pokud by měl potíže, je aktivita hodnocena 1 bodem. Maximální skóre FAQ-CZ je 30 bodů, což odpovídá nejvyššímu postižení (Martínek, 2011).

Faces scale

Tato škála využívá znázorněných dětských obličejů a je určena dětem od 5 let, má rozmezí od 0 do 5 bodů. Existuje i upravená škála podle Hicksové, která má rozmezí do 10 bodů: každý obličej má dvojnásobnou hodnotu. Podle Hicksové má osoba, která dítěti škálu ukazuje, použít komentář s vysvětlením, že tyhle obličejové ukazují, jak moc může něco bolet. Podstatou je, aby dítě pochopilo, že obličejové nepředstavují je samotné, ale jejich bolest (Kalousová, 2008).

NIPS – Neonatal/Infant Pain Scale

Jde o škálu bolesti pro děti do 1 roku. Součet bodů na 3 znamená přítomnost bolesti. U pacientů na JIP je možno pro zvýšení citlivosti metody přidat sledování srdeční akce, saturace O₂ (Kalousová, 2008).

BPS- Behavioral Pain scale

Stupnice bolestivosti pro posouzení bolesti u ventilovaných pacientů. Hodnocení probíhá ve výrazu tváře, hybnosti horních končetin, snášení ventilačních režimů. Každá oblast je hodnocena od 1 do 4 bodů. Maximální počet bodů je 12 a znamená hladinu maximální bolesti (Payen, 2010).

Riziko pádu Humpty Dumpty - HDFS

Nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí. Škála obsahuje věk, pohlaví, diagnóza, kognitivní poruchy, faktory životního prostředí, reakce na operaci, anestezii a užívání léků. HDFS rozděluje dětské pacienty do dvou kategorií - nízkého a vysokého rizika pádu. Minimální počet bodů je 7, maximální počet bodů je 23. Pokud dítě získá 7 – 11 bodů je zařazeno do nízkého rizika, pokud získá více jak 12 bodů je riziko pádu vysoké (Hill-Rodriguez et al., 2008).

VIP- Jacksonovo skóre- hodnocení periferního žilního katétru

Je škála vytvořena Andrew Jacksonem. Verze rozlišuje 0. - 5. stupeň flebitidy. Barevná škála jednoduše a přehledně personálu udává, jak moc pozornosti je potřeba periferní žilní kanyle v souvislosti s rizikem flebitidy věnovat. Barva zelená znamená, je vše v pořádku, barva oranžová doporučuje zpozornět, barva červená znamená potřebu léčby. Příznaky, které škála zahrnuje, jsou: bolest, zčervenání, otok, indurace („tuhý otok“), hmatné zarudnutí žíly a horečka. U každého stupně škály je stručný návod k tomu, jak v této situaci postupovat (Sedlářová, 2017).

NIPS – Neonatal/Infant Pain Scale

Jde o škálu bolesti pro děti do 1 roku. Součet bodů na 3 znamená přítomnost bolesti. U pacientů na JIP je možno pro zvýšení citlivosti metody přidat sledování srdeční akce, saturace O₂ (Kalousová, 2008).

NRS – numeric rating scale

Je to číselná škála pro hodnocení bolesti. Jednoduše se zeptejte pacienta, jak by na úsečce od 0 do 10 hodnotil svou bolest, jestliže 0 znamená „žádná bolest“ a 10 znamená „nejhorší bolest“. Místo verbálního hodnocení může pacient použít horizontální nebo vertikální úsečku s popisnými slovy a čísly. Ačkoliv většina pacientů považuje použití číselné škály za rychlé a jednoduché, pro některé pacienty může být příliš abstraktní (Kolektiv autorů, 2006).

Skórovací systém dle Gartnera po anestezii

Skórovací systém byl navržen Dánskou společností pro anesteziologii a resuscitační péči – DASSAIN, skóre dle Gartnera. Hodnotí systolický tlak, dechovou a tepovou frekvenci, saturace

krve kyslíkem, průchodnost dýchacích cest, přítomnost bolesti a nauzey. V případě, že pacient nepřevyší výsledné skóre 4, lze jej z dšpávacího pokoje propustit (Šírová, Zamastilová, 2014).

Melzackova škála bolesti

Pětistupňová škála bolesti, přičemž 1 znamená hodnocení bolesti mírné a 5 znamená hodnocení bolesti nesnesitelné (Multimediální trenažér plánování a ošetrovatelské péče, 2008).

FIM- test funkční soběstačnosti, Functional Independence Measure

Test byl vytvořen institucemi American Academy of Physical Medicine a American Congress of Rehabilitation Medicine v r. 1984. Vychází ze základního hodnocení indexu Barthelové a je doplněný sledování kognitivních funkcí. Hodnotí 18 činností v 6 kategoriích (osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty. Každou z funkcí hodnotíme 7stupňovou bodovou škálou (1=plná pomoc, 7=plná soběstačnost). Celkové rozpětí skóre je 18-126 bodů (Vaňásková, 2005).

Bristolská škála aktivit denního života – BADLS-CZ

Škála byla vyvinuta pro pacienty s mírným až těžkým postižením demencí. Dotazník obsahuje 20 aktivit se čtyřmi konkrétními odpověďmi, které jsou specifické pro danou aktivitu. Odpovědi jsou hodnocené od 0 do 3 bodů. Vyšší skóre značí vyšší postižení, maximum je 60. Nástroj nabízí také možnost odpovědi „nelze určit“ hodnocenou 0 body. Zde je pečovatel vybídnut k odůvodnění tohoto hodnocení (Martínek, 2011).

Bristolská škála stolice

Tato škála určuje 7 typů stolice (Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012).

Beckova sebesuzovací škála (BDI-II)

Je to psychodiagnostický nástroj pro dospělé používaný ke zjišťování přítomnosti a závažnosti deprese. Široké uplatnění nalézá v oboru klinické psychologie a neuropsychologie. Jedná se o sebesuzovací inventář, který uživatel vyplňuje stylem tužka-papír. Obsah nástroje se skládá z 21 položek, které jsou zaměřeny na kognitivní, afektivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Odpověď na položku je zaznamenána na čtyřbodové škále 0-3. Vyšší číslo indikuje výraznější přítomnost symptomu. (Gottfried, 2014). První verze Beckova inventáře deprese je v Českých psychiatrických a psychologických pracovištích více používána, neboť je standardizována oproti druhé verzi. V mnoha částech světa je BDI považována za validní a osvědčenou nejen ve výzkumu, ale také pro klinickou praxi (Vraná, 2012, s. 14).

MoCA-montrealský kognitivní test

Tento test navrhl kanadský profesor Z. S. Nasreddin. Jeho přínos spočívá k diagnostice predemence (Reban, 2006).

Broset Violence Checklist

Nástroj na rychlé vyhodnocení rizika agrese. Škála obsahuje 5 položek (rizikových faktorů agrese), které lze zaznamenat na základě pozorování v průběhu vyšetření, a může pomoci personálu rychle se zorientovat v situaci, uvědomit si míru rizikového chování pacienta. Při odhadování rizik je přínosný multidisciplinární přístup (Petr, 2011).

NVPS – Nonverbal Pain Scale

Je to nástroj pro vyhodnocování bolesti. NVPS vychází z FLACC. Jde o hodnocení v pěti kategoriích (výraz obličeje, aktivita, obranné pozice, vitální funkce, respirace) s hodnocením 0,1 a 2 body. Bodové rozpětí 0-2 body označuje nepřítomnost bolesti, 3 – 6 bodů je přítomna mírná bolest, 7- 10 bodů označuje silnou bolest. Od 6ti bodů je doporučená intervence (Wegman, 2005).

Hodnocení rizika pádu pro ambulantní pacienty

Škála vlastní výroby. Údaj z dotazníku, který je anonymní.

Škála Waterlow

Nástroj pro hodnocení rizika vzniku dekubitu. Čím pacient má vyšší bodové skóre, tím je větší riziko vzniku dekubitu (Staňková, 2006).

Hodnocení psychického stavu dle Gaida

Test slouží k ošetrovatelskému zhodnocení psychického stavu pacienta. Za každou správnou odpověď má nemocný 1 bod. Nedosáhne-li ani 7 bodů, jedná se o zmatenost (Staňková, 2006).

Test kreslení hodin

Test kreslení hodin je rychlá orientační zkouška sloužící k detekci kognitivních poruch a demence. Úkolem vyšetřovaného je nakreslit ciferník, správně umístit všechna čísla a dvě různě dlouhé ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas, nejčastěji 11:10. Test se vyznačuje řadou výhod. Prověřuje více kognitivních funkcí současně (exekutivní a zrakově prostorové schopnosti, paměť, kalkuli). Pacienti test dobře přijímají. Další předností je velmi krátké trvání a jednoduchá administrace vyšetřovaných (Bartoš, 2016).

RASS Scale - Richmond Agitation Sedation Scale

Je to škála hodnotící stupeň bdělosti a úroveň psychomotorické aktivity - škála pro sledování agitovanosti a sedace. Obsahuje 10 individuálních kategorií rozložených rovnoměrně na horní, plusovou část agitovanosti a spodní minusovou část sedace, přičemž bod 0 značí normální stav (Štigler, 2013).

RAMSEY- hodnocení úrovně sedace

Nástroj pro hodnocení agitovanosti a hloubky sedace (Štigler, 2016).

RIKER SAS - Riker Sedation Agitation Scale

Škála rozrušení a sedace pacienta. Patří mezi první škály používané k hodnocení pacientů na jednotkách intenzivní péče. Riker SAS identifikuje sedm úrovní hloubky sedace, od nebezpečné agitovanosti až po neprobuditelný stav pacienta. Stupnice obsahuje popis chování pacientů v různých úrovních, který pomáhá zdravotnickému personálu určit míru sedace (Šimánová, 2015).

GAF- globální funkční hodnocení

Dotazník pro pacienty s psychiatrickým onemocněním (Wenigová, 2001).

Pediatrické nutriční riziko

Nástroj k posuzování rizika vzniku malnutrice u hospitalizovaných dětí (Sikorová, 2012).

CRIES - Cries, Requires, Increased, Expression, Sleepless- hodnocení pooperační bolesti u novorozenců

Nástroj se zabývá pooperační bolestí u novorozenců a hodnotí pláč, potřebu kyslíku pro saturaci vyšší jak 95%, vitální funkce, výraz tváře a nespavost (Fendrychová, 2004).

IADL - test instrumentálních činností

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech. Hodnocení probíhá v 8 kategoriích. Maximální počet bodů je 80 a značí zcela nezávislého klienta v instrumentálních činnostech (Staňková, 2006).

CHEOPS- Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale

Škála bolesti pro děti od 1 do 7 let – součet nad 8 bodů znamená bolest (Kalusová, 2008).

DSVNI (distress scale)

Název je přeložen z anglického Distress Scale for Ventilated Newborn Infants – škála distresu ventilovaného novorozence. Využívá se u novorozenců, kteří jsou ventilováni, a je nutno zjistit odpověď na invazivní výkon. Je hodnocen výraz tváře, pohyb těla a barva kůže. Hodnocení je od 0-3 bodů. Od 5 bodů je třeba podat analgetika (Fendrychová, 2004).

SNAQ - Simplified Nutritional Appetite Questionnaire

Chuť k jídlu u pacienta je zhodnocena dotazníkem SNAQ (Hoozová, 2015).

MNA – škála pro hodnocení stavu výživy

Měřicí nástroj pro hodnocení stavu výživy (Kozáková, 2010).

NGASR – Nurses Global Assessment of Suicide Risk

Nástroj pro odhad sebevražedného chování vytvořeným pro psychiatrické sestry je škála NGASR. Obsahuje 15 položek a její vyplnění nezabere více než 5 minut (Petr, 2011).

3.3 Zdroje škál

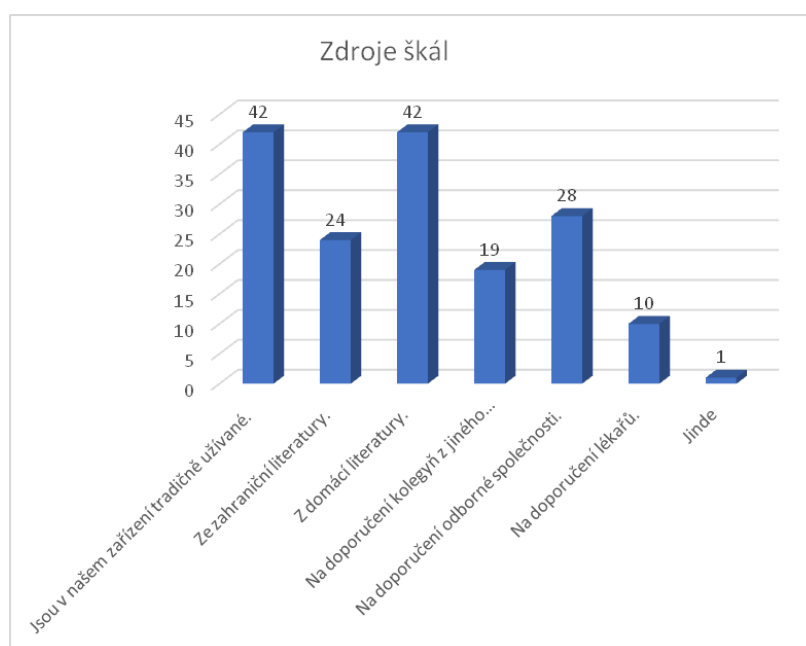
Tabulka č. 3 – Zdroje škál

Otázka	Počet odpovědí
1. Jsou v našem zařízení tradičně používané.	42
2. Ze zahraniční literatury.	24
3. Z domácí literatury.	42
4. Na doporučení kolegů z jiného zdravotnického zařízení.	19
5. Na doporučení odborné společnosti.	28
6. Na doporučení lékařů.	10
7. Jinde - prosím, doplňte kde.	1

Tabulka č. 3 zobrazuje počet odpovědí na jednotlivé otázky směřující ke zdroji škál.

V položce Jsou v našem zařízení tradičně používané, odpovědělo 42 respondentů. V položce Ze zahraniční literatury odpovědělo 24 respondentů. V položce Z domácí literatury odpovědělo 42 respondentů. V položce Na doporučení kolegů z jiného zdravotnického zařízení odpovědělo 19 respondentů. V položce Na doporučení odborné společnosti odpovědělo 28 respondentů. V položce Na doporučení lékařů odpovědělo 10 respondentů. V položce Jinde- prosím, doplňte kde, odpověděl jeden respondent a uvedl semináře a kongresy.

Grafické zobrazení můžeme vidět na obrázku č. 5.



Obrázek č. 5 – Graf zdroje škál.

3.4 Úprava škál nemocnicemi



Obrázek č. 6 – Graf úprav škál nemocnicemi.

Graf č. 6 zobrazuje častost úprav škál ve zdravotnických zařízeních. Na otázku zda si upravují hodnotící a měřící nástroje odpovědělo ANO 37 % (22) respondentů. Ne odpovědělo 63 % (38) respondentů.

Na otázku, které škály jste upravili, respondenti odpověděli:

Tabulka č. 4 - Upravené škály

Název škály	Počet zdravotnických zařízení upravující škálu
Riziko pádu dle Conleyové	7
Nutriční screening	3
Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové	2
Vizuální analogová škála	2
Modifikovaná dětská Glasgow Coma Scale	1
Riziko agrese Broset Violence Check list	1

Tabulka č. 4 znázorňuje škály, které si zdravotnická zařízení upravují. 22 respondentů odpovědělo, že dané zdravotnické zařízení si upravuje škály. 16 respondentů odpovědělo, kterou škálu si zdravotnické zařízení upravilo. Riziko pádu dle Conleyové upravilo 7 zdravotnických zařízení. Nutriční screening upravila 3 zdravotnická zařízení. Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové upravila 2 zdravotnická zařízení a Vizuální analogovou škálu také 2 zdravotnická zařízení. Modifikovanou dětskou Glasgow Coma Score upravilo

1 zdravotnické zařízení a Riziko agrese Broset Violence Check list také 1 zdravotnické zařízení.

3.5 Hypotéza č.1 - Používání upravených škál v ošetrovatelské dokumentaci se liší u fakultních a jiných nemocnic.

H: Používání upravených škál v ošetrovatelské dokumentaci se liší u fakultních a jiných nemocnic.

Pro hypotézu č. 1 formulujeme nulovou hypotézu H_0 testovanou oproti alternativní hypotéze H_A následovně:

H_0 : Četnost výskytu upravených škál je stejná u fakultních a jiných nemocnic.

H_A : Četnost výskytu upravených škál je rozdílná u fakultních a jiných nemocnic.

Tuto hypotézu budeme testovat pomocí **Chí-kvadrát testu – testu dobré shody**. Test je založen na porovnání rozdílů četností mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami.

Z dotazníku vyplynulo, že 5 z 8 fakultních nemocnic používá upravené škály. U jiných nemocnic používá upravené škály 17 z 52. Platí tedy, že 62,5 % fakultních a 32% jiných nemocnic používá upravené škály. Tyto hodnoty zobrazuje tabulka pozorovaných četností.

Tabulka č. 5 - Pozorované četnosti používání upravených škál

	ANO, používají upravené škály	NE, nepoužívají upravené škály	Celkem odpovědí ANO + NE
Odpovědi fakultní nemocnice	5	3	8
Odpovědi ostatní nemocnice	17	35	52
Celkem odpovědí	22	38	60

Výpočet chí-kvadrát testu by vypadal následovně:

Nejprve vypočteme očekávané četnosti podle vzorce

$$n'_{ij} = \frac{n_{i*}n_{j*}}{n}$$

Tabulka č. 6 - Očekávané četnosti používání upravených škál

	ANO, používají upravené škály	NE, nepoužívají upravené škály	Celkem odpovědí ANO + NE
Odpovědi fakultní nemocnice	2,93	5,07	8
Odpovědi ostatní nemocnice	19,07	32,93	52
Celkem odpovědí	22	38	60

Dále vypočteme hodnotu testového kritéria podle vzorce:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

kde n_{ij} jsou pozorované četnosti a n'_{ij} očekávané četnosti.

$$G = 2,662$$

Nyní tuto hodnotu porovnáme s hodnotou chí-kvadrát rozdělení, kterou nalezneme v tabulkách.

$$\chi_{0,95}^2 = 3,8$$

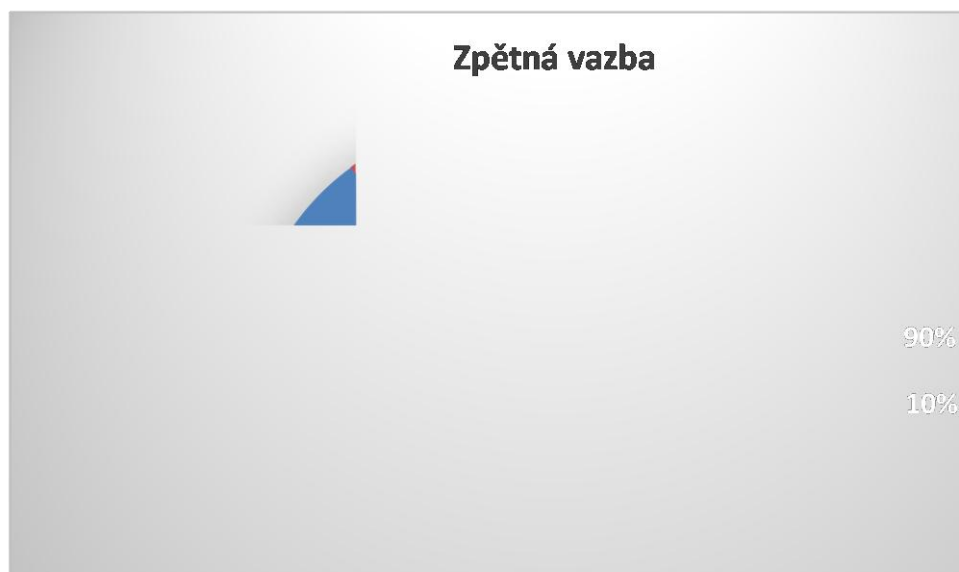
Protože platí:

$$G < \chi_{0,95}^2$$

tedy $2,662 < 3,8$, nezamítali bychom nulovou hypotézu.

Tuto hypotézu ale **nelze!!** testovat pomocí **Chí-kvadrát test**, protože je porušen předpoklad, aby více než 80 % pozorovaných četností bylo větších než 5. Tento test by mohl vyjít chybně. Jak jsme vypočetli dříve, 62,5% fakultních nemocnic používá upravené škály, ale pro jiné nemocnice je to pouze 32%. Je tedy evidentní, že **četnost výskytu upravených škál je rozdílná u fakultních a jiných nemocnic.**

3.6 Zpětná vazba pro zdravotnické zařízení



Obrázek č. 7 - Graf chtění zpětné vazby od zdravotnických zařízení.

Obrázek č. 7 zobrazuje chtění zpětné vazby o výsledcích výzkumu. Z 60ti odpovědí respondentů chtělo zpětnou vazbu 54 respondentů tj. 90 %. Zpětnou vazbu nechtělo 6 respondentů tj. 10 %.

3.7 Validita škál

Tabulka č. 7 - Validita škál dotazníku

název škály	riziko pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou 2006)	riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové)	riziko malnutrice	Barthelův test základních činností
hodnocení validity	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko

název škály	Soběstačnost dle Marečkové	Klasifikace tíže temboflebitidy dle Maddona	Apgar skóre	Glasgow Coma Score
hodnocení validity	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko

název škály	Modifikovaná dětská Glasgow Coma Score	Mapa bolesti	Numerická škála bolesti	Vizuální analogová škála bolesti
hodnocení validity	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko	nenalezena studie o validitě pro Česko

V tabulce č. 7 jsou znázorněny informace o validitě škály z dotazníku. U žádné škály z dotazníku se nedohledala studie o validitě daných škál. U škály hodnocení Rizika pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou 2006) je identifikována senzitivita, specifická a pozitivní prediktivní hodnota (Jedlinská, Holmerová, 2012). U škály hodnocení Rizika dekubitů dle Nortonové je zjištěna spolehlivost (Šáteková, Žiaková, 2016). U Barthelova testu základních činností byla dohledána informace, že je standardizován (Lukšová, Vrublová 2012). U škál, u kterých se nepodařilo dohledat informaci o studii validitě je napsáno, že nebyla nalezena studie o validitě pro Česko. U žádné škály z dotazníku nebyla nalezena studie o validitě.

Tabulka č. 8 - Validita škál z položky jiné škály z dotazníku

název škály	Beckova sebesuzovací škála (BDI-II)	FAQ-CZ	Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ)
hodnocení validity	Verze je standardizovaná (Vraná, 2012)	Validovaný (Bartoš, 2008)	Validována (Martínek, 2011)

název škály	NIPS – Neonatal/Infant Pain Scale	Stupnice pádu Morse česká verze (MFS-CZ)	Škála Waterlow
hodnocení validity	IASP považuje tento nástroj za validní. Pro české prostředí jsem nedohledala studii (Macko, Humpolíček, Kantor, Moravčíková, Kotíková, 2011)	Validovaná (Vyhnánek, 2008)	Hodnocení inter-rater reliability 2014 (Šáteková, Žiaková, 2016)

Tabulka č. 8 zobrazuje informace o validitě škál z položky jiné škály v dotazníku. Pro přehlednost práce jsou v tabulce uvedeny škály, u kterých se podařilo nalézt studii, informaci o validitě škály. Pokud nebyla tato informace nalezena, tak daná škála není v tabulce uvedena.

Pro BADLS-CZ, FAQ-CZ a MFS-CZ byla nalezena studie o validitě pro české prostředí.

Tabulka č. 9 – Používání validních škál ve zdravotnických zařízeních

druh zařízení	validní škály pro české prostředí		
	stupnice pádu dle Morse	BADLS –CZ	FAQ-CZ
fakultní nemocnice	nepoužívají	nepoužívají	nepoužívají
ostatní nemocnice	používá 6 nemocnic	používá 1 nemocnice	používají 2 nemocnice

Tabulka č. 9 zobrazuje používání validních škál ve zdravotnických zařízeních. Stupnici pádu dle Morse používá šest ostatních nemocnic, ale fakultní nemocnice tuto škálu nepoužívají. BADLS-CZ používá jedna ostatní nemocnice a žádná fakultní nemocnice. FAQ-CZ používají dvě ostatní nemocnice.

4 DISKUSE

Výzkumná otázka č. 1:

Jaké škály se používají v ošetrovatelské dokumentaci v českých nemocnicích?

Výzkumem bylo zjištěno, že je používáno 53 škál v ošetrovatelské dokumentaci ve zdravotnických zařízeních ČR, v dotazníku je 12 škál a 41 škál bylo respondenty doplněno. Škály používané v ošetrovatelské dokumentaci jsou: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, Nutriční screening – riziko malnutrice, Glasgow Coma Scale, Modifikovaná dětská Glasgow Coma Scale, Barthelův test základních činností, VAS, Numerická škála bolesti, Mapa bolesti, Apgar skóre, Klasifikace tíže tromboflebitidy dle Maddona, Riziko pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou 2006), Soběstačnost dle Marečkové, PAINAD, FLACC Scale, Morse stupnice pádu, MMSE, RASS Scale, Behavioral Pain Scale, VIP, Riziko pádu Humpty Dumpty, Ramsey Scale, MUST, Comfort Score, EBI, FAQ, Faces Scale, NIPS, GUSS, RIKER SAS, GAF, Skórovací systém dle Gartnera po anestezii, Melzackova škála bolesti, FIM, Bristolská škála stolice, Beckova škála deprese, MARDS, BADLS, MoCa test, Broset Violence Checklist, NVSP, Hodnocení rizika pádu pro ambulantní pacienty, Waterlow škála, Hodnocení psychického stavu dle Gaida, Test kreslení hodin, Pediatrické nutriční riziko, CRIES, IADL, CHEOPS, DSVNI, SNAQ, MNA, NGASR, EDIN. Publikace Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese z roku 2012 obsahuje 51 škál. Většina zjištěných škál z výzkumu není uvedena v publikaci Cetlové (2012). Nedvědová (2017), která se ve svém výzkumu věnuje nástrojům k hodnocení bolesti a pracuje s NRS, VAS a Faces Scale, uvádí oblibu Faces scale u respondentů v jejím výzkumu. Tyto škály jsou také uvedené v zjištěném souboru škál z mého výzkumu. V práci Kubátové (2010) se můžeme setkat se škálou Nortonové, Barthelův test, GCS, VAS a BMI. V mém výzkumu jsou uvedeny všechny škály až na BMI, ale celkem je zjištěných 53 škál. Z výše uvedených skutečností je možné usuzovat na vzrůstající rozsah škál.

Výzkumná otázka č. 2 :

Které škály se v ošetrovatelské dokumentaci v českých zdravotnických zařízeních používají nejčastěji?

Nejvíce používanou škálou se v mém výzkumu ukázala být škála Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Tento nástroj je možné využít na poměrně širokém spektru klientů v rámci komplexního přístupu k prevenci vzniku dekubitů. Význam problematiky prevence vzniku dekubitů je patrný i z přístupu Ministerstva zdravotnictví České republiky, které

vydalo ve Věstníku MZ ČR č.6/2009 Metodiku prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni, kde hlavní součástí metodiky je Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.

Při celkovém hodnocení používání škál v českých zdravotnických zařízeních se nutriční screening umístil na druhém místě. V roce 2002 bylo doporučeno Evropskou společností umělé klinické výživy a metabolické péče (ESPEN – European Society for Clinical Nutrition) používání nutričního screeningu (Ševčíková, 2001). Odborná veřejnost si uvědomuje nutnost správné výživy, prevence malnutrice či řešení malnutrice ve zdravotnických zařízeních a to vede k nutričnímu screeningu (Havel, 2012). Dle doporučení ESPEN z roku 2002 a informace o nutnosti zavedení nutričního screeningu ve zdravotnických zařízeních z roku 2012 se ukazuje, že nutriční screening je často používán k diagnostice malnutrice. Je však otázkou, zda stávající nutriční screening je pro odborníky vyhovující, protože mezi nově uvedenými škálami v detekci malnutrice byly zjištěny škály k Hodnocení pediatrického nutričního rizika, MUST, SNAQ, MNA. Také v práci Kubátové (2010) jsou používána MNA a BMI, kdy MNA uvedlo 18,5 % respondentů výzkumu a BMI 71 % respondentů k detekci malnutrice. Nutriční screening v této práci není uveden. I v práci Tavodové (2013) se můžeme setkat s používáním BMI a MNA k detekci malnutrice, kdy 20 % respondentů použilo MNA a 50 % respondentů výzkumu BMI. Ani v této práci není nutriční screening uveden.

Přes rozdílnost výsledků mého výzkumu je potěšující zájem zdravotníků o problematiku malnutrice.

Třetí nejpoužívanější škála je GCS. Ve své práci Nováková (2015) zmiňuje, že 71,4 % respondentů výzkumu používá GCS. Tento výsledek je odpovídající mému umístění škály ve výzkumu. Je to velmi přesná metoda, která vyžaduje znalost postupu pro stanovení skóre. Bohužel odborná literatura se opakovaně zmiňuje o problémech sester při užívání GCS, které vedou k chybnému stanovení skóre (Iankova, 2006).

Na čtvrtém místě v používání škál je Barthelův test základních činností (ADL).

ADL je napojen na placené výkony VZP číslo 21609 a 21611 (2019), kdy ergoterapeut při zahájení výkonu provede Barthelův test základních činností s následným zaznamenáním výsledku do dokumentace. Pokud není proveden Barthelův test základních činností, tak výkon není proplacen (Zdravotní výkony, 2019). Jeden respondent ve výzkumu uvedl, že z tohoto důvodu je test zachován v používání tamní nemocnice. Je možné, že tato návaznost na placený kód VZP může přispět k vyššímu používání tohoto testu i v dalších zdravotnických

zařízeních, neboť se ve výzkumu umístil na čtvrtém místě. Ve výzkumu respondenti doplnili tuto oblast hodnocení dalšími škálami: FAQ-CZ, FIM a IADL. Užívání těchto škál může být odezvou na opakované výzvy České gerontologické a geriatrické společnosti na důležitost včasného diagnostikování demence, deprese, deliria a léky indukované psychiatrické symptomatologie (Hradecká, 2010).

Na pátém místě se umístila Vizuální analogová škála (VAS). Vorlíček uvádí, že VAS, NRS patří mezi nejčastěji používané škály bolesti (2012). Z výzkumu vyplývá, že VAS je nejpoužívanější škálou k hodnocení bolesti. Na šestém místě se umístila NRS. Nováková (2015) ve svém výzkumu uvádí oblíbenost VAS, kterou uvedlo 71,9 % respondentů výzkumu. Dále zmiňuje numerickou škálu bolesti, kterou uvádí 27,2 % respondentů výzkumu. Tyto škály jsou unidimenzionální (Pokorná et al. 2013). Ve výzkumu se ukázala potřeba multidimenzionálních měřících nástrojů bolesti ve vztahu k věku hodnoceného a k jeho kognitivním schopnostem, neboť respondenti doplnili 11 škál k měření bolesti. Mezi doplněnými škálami je Hodnocení PAINAD, kterou uvedlo 7 respondentů. Tato škála hodnotí pacienta se střední až těžkou demencí (Mátl, 2016). Další škálou, která byla doplněna je FLACC Scale. Tuto škálu uvedlo 6 respondentů. Škála se využívá u dětí, u kterých není možná spolupráce při určení bolesti (Kalousová, 2008).

Sedmou uvedenou nejčastěji používanou škálou je Apgar skóre. Je důležité si uvědomit, že toto skóre se používá na porodních a novorozeneckých odděleních. Vzhledem centralizaci nemocnic nemají některá oslovená zdravotnická zařízení porodní či novorozenecké oddělení, a to může být i důvodem, proč se tato škála umístila až na sedmém místě.

Na osmém místě se umístila škála Hodnocení rizika pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou 2006). Pády ve zdravotnických zařízeních patří mezi ukazatele kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení, proto hodnocení rizika pádu patří mezi strategické oblasti. Hodnocení rizika pádu dle Conleyové není validní a ve výzkumu doporučila Jedlinská a Holmerová vytvořit nový nástroj nebo modifikovat již využívaný k hodnocení rizika pádu (2012). Jistě i praxe ukazuje na mezery této škály, neboť je nejvíce upravována zdravotnickými zařízeními, jak ukazují výsledky mé dotazníkové položky zjišťující, které škály jsou zdravotnickými zařízeními upravovány.

Na devátém místě se umístila škála Klasifikace tíže tromboflebitidy dle Maddona. Tato klasifikace je v české odborné literatuře nejčastěji zmiňovaná (Fendrychová, 2018). Čtyři respondenti uvedli používání škály VIP Scale, která je označena jako spolehlivá a ve světě doporučována (Sedlářová, 2017).

Na desátém místě se umístila Mapa bolesti. Na jedenáctém místě se umístila škála s názvem Soběstačnost dle Marečkové, kterou shodně umístili na posledním místě v používání škál jak respondenti z fakultních nemocnic, tak i respondenti z ostatních nemocnic.

Tuto výzkumnou otázku, lze dále diskutovat z pohledu fakultních nemocnic a ostatních nemocnic. Navazují přitom na obrázek č. 4 v kapitole Presentace výsledků.

Fakultní nemocnice i ostatní nemocnice zvolili na prvním místě Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Nutriční screening a GCS jsou již umístěny rozdílně. Fakultní nemocnice Nutriční screening a GCS umístily společně na prvním místě s Hodnocením rizika dekubitů dle Nortonové. Ostatní nemocnice umístili Nutriční screening na druhém místě a GCS na třetím místě. Rozdílné umístění GCS lze vysvětlit tím, že fakultní nemocnice ve větším zastoupení ošetřují pacienty vyžadující kontrolu vědomí oproti ostatním nemocnicím, vzhledem k zastoupení traumacentru při Fakultních nemocnicích. Fakultní nemocnice umístily Apgar skóre na druhém místě, ale ostatní nemocnice na šesté místo. Vzhledem k centralizaci porodů a novorozeneckých oddělení na vyšší pracoviště pro zajištění kvalifikované péče, je možné tento nepoměr umístění takto vysvětlit. Tímto argumentem můžeme vysvětlit i nepoměr v umístění Modifikované dětské Glasgow Coma Scale ve fakultních nemocnicích a ostatních nemocnicích, kdy se tato škála ve fakultních nemocnicích umístila na třetím místě používání a v ostatních nemocnicích na osmém místě. Shodně umístění získala Mapa Bolesti a Soběstačnost dle Marečkové jak ve fakultních, tak v ostatních nemocnicích. A to na předposledním a posledním místě v používání škál.

Výzkumná otázka č. 3:

Jaké zdroje využívají zdravotnická zařízení škály při získávání škál?

Při zodpovězení této výzkumné otázky navazují na Tabulku č. 3 – Zdroje škál v kapitole Presentace výsledků.

Vzhledem k tomu, že respondenti doplnili 41 škál do celkového souboru škál je namístě se ptát, jaké využívají zdroje škál. V mém výzkumu bylo uvedeno 7 možných zdrojů. Uvedeno je nejčastěji, že zdravotnická zařízení škály tradičně používá. Čerpání škál z domácí literatury

převyšuje nad čerpání škál ze zahraniční literatury. Byla by jistě vhodná doplňující otázka, zda tato literatura je v tištěné formě či elektronické.

Další zdroj škál bylo uvedeno doporučení škál od kolegyň z jiného zdravotnického zařízení. Tento zdroj převyšuje nad doporučením lékařů. Z upřednostňování doporučení od sester, mohu usuzovat na vzrůstající potřebu samostatného rozhodování spojenou s kompetencemi sestry.

Jeden respondent uvedl jako zdroj škál semináře a konference.

Výzkumná otázka č. 4 :

Jsou škály používané ve zdravotnických zařízeních validní?

Výzkumem bylo zjištěno 53 škál. Následně jsem dohledala studie o validitě u 3 z 53 škál.

Jsou to FAQ-CZ, BADLS-CZ a Stupnice pádu Morse česká verze. Je zřejmé, že v české praxi by se měly používat kvalitní, spolehlivé nástroje k zajištění kvality ošetrovatelské péče, to znamená, že by se měly používat validní škály, které testují opravdu to, co mají testovat a navíc by měly respektovat, jak upozorňuje Záhorová (2018) významnou roli kultury, zákonů, životních hodnot země, do které je škála aplikována. Je pravdou, že validace škály bývá náročná a zdlouhavá. Podílejí se na ní odborníci, pacienti, a vyžaduje výběr vhodného způsobu ověřování a testování. Jestliže je škála přebírána ze zahraničí, je nutno také provést překlad metodou zpětného překladu za účasti několika překladatelů. Pokud lze měl by být získán souhlas k validaci od autora dané škály. Z výše uvedeného je zřejmé, že při validaci škály hrozí mnoho rizik, na které upozorňují např. Mandysová a Herr (2019). Validací škál se zabývají odborníci na vysokých školách, např. Mandysová (Mandysová, 2014), Záhorová (2018), Šáteková, Žiaková (Šáteková, Žiaková, 2016), Vachková (Vachková et al., 2013), spolu se studenty.

První hypotéza výzkumu byla, zda používání validních škál v ošetrovatelské dokumentaci se liší mezi fakultními a jinými nemocnicemi.

Jelikož jsem zjistila používání validních škál v jiných nemocnicích a žádné používání validních škál ve fakultních nemocnicích viz. Tabulka č. 9 – Používání validních škál ve zdravotnických zařízeních, nebylo možné provést statistické testování. Z výsledků výzkumu můžu vyvodit, že fakultní nemocnice, z mého souboru respondentů, používají nevalidní škály. Používání nevalidních škál je spojeno s riziky, neboť mohou vést k mylné interpretaci výsledků (Záhorová, 2018).

Následně jsem si položila otázku, zda se liší používání upravených škál v ošetrovatelské dokumentaci u fakultních a jiných nemocnic.

Hypotéza č.1- Používání upravených škál v ošetrovatelské dokumentaci se liší u fakultních a jiných nemocnic.

Výzkumným šetřením jsem zjistila, že 5 z 8 fakultních nemocnic používá upravené škály v ošetrovatelské dokumentaci, tj. 62,5 %. Upravené škály používá 17 z 52 jiných zdravotnických zařízení, tj. 32 %. Je zřejmé, že větší procento fakultních nemocnic používají upravené škály oproti ostatním nemocnicím.

Pokud porovnáím výsledky používání validních škál ve fakultních a ostatních nemocnic, s výsledky používání upravených škál ve fakultních a jiných škál, docházím k výsledku, že fakultní nemocnice, z mého výzkumného souboru, nepoužívají validní škály a vyšší procento fakultních nemocnic si upravují škály, oproti jiným nemocnicím, které používají validní škály, byť v jednotkách, a menší procento ostatních nemocnic si upravuje škály.

Je důležité si uvědomit, že nevalidní a upravená škála je velmi riziková pro práci sestry.

Protože validní škály mají úlohu diagnostickou, prediktivní, ale také potenciál pro výzkum (Záhorová, 2018).

Vzhledem k nižšímu počtu získaných odpovědí ve výzkumu (40 %) bylo by možné usuzovat, že je malý zájem odborníků z praxe o spolupráci při výzkumu. Ale z fakultních nemocnic odpovědělo 80 % respondentů, a z toho můžeme usuzovat na zájem o problematiku. Zájem odborníků z praxe o problematiku škál potvrzuje i skutečnost, že si zpětné informace o výsledcích výzkumu vyžádalo 90 % respondentů. Také počet odpovědí z mailového dotazníkového šetření je vyšší oproti šetření v roce 2011, kdy Kroutilové et al. odpovědělo 27,69 procent respondentů.

5 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit, které škály se používají v ošetrovatelské dokumentaci v ČR a které z těchto škál se používají nejčastěji. Výzkum ukázal, že v 60ti zdravotnických zařízeních používají celkem 53 škál v ošetrovatelské dokumentaci.

V těchto nemocnicích je nejpoužívanější škálou Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, a to jak ve fakultních nemocnicích, tak i v ostatních nemocnicích. Druhou nejpoužívanější škálou je Nutriční screening. Naopak nejméně používanou škálou uvedenou v našem dotazníkovém šetření je Hodnocení soběstačnosti dle Marečkové. Dále bylo zjištěno ve výzkumu, že mimo škál z dotazníku je používáno dalších 41 škál. Nejčastěji z těchto doplněných škál je používána škála PAINAD- stupnice pro hodnocení bolesti u pokročilé demence dále FLACC scale, Morse stupnice pádu, MMSE, RASS scale a Behavioral pain scale. Ostatní doplněné škály jsou využívány ve velmi malém zastoupení. Z mého výzkumu vyplývá, že vzhledem k různorodosti doplněných škál, je patrná snaha vybrat zdravotnickým zařízením tu nejlepší škálu pro danou oblast hodnocení.

Zdravotnická zařízení čerpají nejčastěji škály z tradic a z domácí literatury. Naopak nejméně zdravotnická zařízení čerpají škály z jiných zdrojů, kde byl jedním respondentem uveden kongres, seminář.

Z celkového souboru 53 škál byly dohledány zdroje o validitě pro tři škály pro české prostředí. Tyto validní škály používaly ostatní nemocnice, nikoliv fakultní nemocnice, u nichž by se mohla přepokládat vysoká kvalita nastavených procesů. Limitem je jistě to, že pro autorku tohoto výzkumu bylo velmi obtížné dohledat studie o validitě jednotlivých škál. Je tak možné, že nebyla dohledána informace o validitě některé z uvedených škál pro české prostředí.

Jako doporučení do praxe, navazující na výsledky tohoto výzkumu, lze uvést vytvoření aktualizovaného portálu či sborníku o validaci škál v ČR. Sloužit by tak mohl k lepší orientaci jak odborníků z praxe, tak výzkumným účelům. Protože je důležité si uvědomit, že používání nevalidní škály pro české prostředí je rizikové. Škála je nástroj, který umožňuje objektivizovat informace o stavu pacienta (Záhorová, 2018).

Dalším limitem této práce je jistě i to, že ve výzkumném šetření odpovědělo 40 % oslovených zdravotnických zařízení. A přestože byly získány hodnotné informace nelze tyto výsledky zobecňovat.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Knižní zdroje

Cetlová, L. et al. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Katedra zdravotnických studií. Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. ISBN 978-80-87035-45-0.

FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodika v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-405-4.

GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0219-6.

JAROŠOVÁ, D. et al. *Ošetřovatelství založené na důkazech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.

KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN

80-247-0179-0.

MAĎAR, R. et al. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1673-9.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

MANDYSOVÁ, P., Škvrnáková, J. *Diagnostika poruch polykání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9341.

- Marx, D., Vlček, F., *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: TIGIS, 2013. ISBN 978-80-87323-04-05.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MIKULA, J. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
- MELOUN, M., Militký J. *Kompendium statistického zpracování dat*. Praha: Academia. 2006. ISBN 80-200-1396-2.
- NOVÁK, I. et al. *Intenzivní péče v pediatrii*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-512-3.
- POKORNÁ, A. et al. *Ošetrovatelství v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 2013, 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-2327-8.
- PRUDIL, L. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Linde Praha, 2014. ISBN 978-80-7201-929-8.
- STAŇKOVÁ, M. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCO NZO, 2006. 5s. ISBN 80-7013-323-6.
- ŠKRLA, P. *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
- ŠKRLA, P., Škrlová, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 987-80-247-2616-8.
- ŠKRLA, P., Škrlová, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
- VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada. 2012. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VYHNÁNEK, R., Marx, D. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
- WORKMAN, B., A., Bennet, C.,L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-171-X.

ZÁŠKODNÝ, P. et al. *Základy statistiky (s aplikací na zdravotnictví)*. Praha:Curriculum, 2016. ISBN 978-80-87894-12-5.

Internetové zdroje:

BARTOŠ, A. et al. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – Česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatrie pro Praxi* [online]. 2008 [cit. 2019- 3-22]. Dostupné z:

<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/17.pdf>

BARTOŠ, A. Tři časy Testu kreslení hodin hodnocené BaJa skórováním u časně Alzheimerovy nemoci. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*, [online]. 2016 [cit. 2019-3-17]. Dostupné z:

http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/tri-casy-testu-kresleni-hodin-hodnocene-baja-skorovanim-u-casne-alzheimerovy-nemoci-58742?confirm_rules=1

BEHÁRKOVÁ, N., Soldánová, D. *Základy ošetrovatelských postupů a intervencí*. [online]. 2016 [cit. 2019-4-7]. Dostupné z:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske_postupy/web/pages/06-sobestacnost.html

BOLEÓ – TOMÉ, Caroline, Monteiro Grillo, Isabel, Camilo, Maria. Validation of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in cancer. *British journal of Nutrition*, [online] 2012. 343-348 s.[cit. 2019-2-27]. Dostupné z:

<https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/validation-of-the-malnutrition-universal-screening-tool-must-in-cancer/62EAB1F43AEE66D528973ACD13A13E8D>

Bureš, Michal. *Jde česká volební účast do kopru?*[online]. 2019[cit. 2019-4-28]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/515633-volebni-ucast/>

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Vedení ošetrovatelské dokumentace. Praha: *Česká asociace sester*, [online]. 2008 [cit. 2018-5-9]. Dostupné z : <http://www.cnna.cz//vedeni-osetrovatelske-dokumentace>.

DEBORAH, A. Wegman. Tool for pain assesment. *Critical Care Nurse*, [online]. 2005. 14 s. [cit. 2019-3-19]. Dostupné z <https://com-jax-emergency-pami.sites.medinfo.ufl.edu/files/2015/02/Adult-nonverbal-pain-scale-University-of-Rochester-Medical-Center.pdf>

FENDRYCHOVÁ, J. *Adaptovaný klinický doporučený postup: zavádění a ošetřování periferních žilních vstupů u novorozenců a kojenců*. [online]. 2018 [cit. 2019-4-20]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/02/13.pdf>

GOTTFRIED, J. *Beckova sebesuzovací škála pro dospělé (BDI-II)*. Seminární práce [online]. Brno:Masarykova univerzita, 2014. 1 s. [cit. 2019-3-4]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2014/PSY402/51480429/BDI_-_Gottfried_Jaroslav.pdf

Havel, E. *Nutriční příprava k operaci*. [online]. 2012 [cit. 2019-4-20]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/09/11.pdf>

HILL-RODRIGUEZ, D. et al., The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case – Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* [online]. 2008, vol 14, no. 1, [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x>

HRADECKÁ, L. *Hodnocení bolesti s demencí*. [online]. 2010 [cit. 2019-3-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>

HOOZOVÁ, J. Malnutriční u seniorů. *Paliativní medicína a léčba bolesti*, [online]. 2015. 10 s. [cit. 2019-3-19]. Dostupné z:

<https://docplayer.net/5418755-Paliativna-medicina-a-liecba-bolesti.html>

JEDLINSKÁ, M., Holemerová, I. *Hodnocení validity vybraných screeningových škál posuzujících riziko pádu u hospitalizovaných seniorů*, [online]. 2012 [cit. 2019-4-3]. Dostupné z:

<https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00326739&asa=Y&AN=82602467&h=4ym4O91sugwT0EzPQ%2b7ME7gP3I9BdP HaKEPc7Ld0e5hXXGW6Sbv%2f8sFRS2AJA2Ni1wFxKftBQ5EhNsAAHSSqNA%3d%3d&url=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d00326739%26asa%3dY%26AN%3d82602467>

KALOUSOVÁ J. et al. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatric pro Praxi*, [online]. 2008 [cit. 2019-3.18]. Dostupné z:

<http://pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/02.pdf>

KOZÁKOVÁ, R. et al. Hodnocení stavu výživy hospitalizovaných seniorů. *Praktický Lékař*, [online]. 2010 [cit. 2019-3-19]. Dostupné z:

<https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2010-9/hodnoceni-stavu-vyzivy-hospitalizovanych-senioru-32904>

KUBÁTOVÁ, J. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi*. Diplomová práce [online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010 [cit. 2019-4-26]. Dostupné z:

<https://theses.cz/id/p17ohc?info=1;isslret=Vyu%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD%3Bhodnot%C3%ADc%C3%ADch%3Btechnik%3Bv%3Bo%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9%3Bp%C3%A9%4%8Di%3Bv%3Bpraxi%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DVyu%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD%20hodnot%C3%ADc%C3%ADch%20otechnik%20v%20o%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9%20p%C3%A9%4%8Di%20v%20praxi%26start%3D1>

LAMICHOVÁ, S. et al. *Multimediální trenážér plánování a ošetrovatelské péče*. [online] 2012 [cit. 2019-3-21]. Dostupné z:

<https://ose.zshk.cz/media/p5803.pdf>

LUKŠOVÁ, H., Vrublová, Y. *Stav výživy seniorů v institucionální péči*. [online]. 2014 [cit. 2019-4-7]. Dostupné z:

<https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2014/01/06.pdf>

LUKŠOVÁ, H., Vrublová, Y. *Měřicí nástroje v posouzení sebezpečí a soběstačnosti seniorů*, [online]. 2012 [cit. 2019-4-3]. Dostupné z:

http://test.nudz.cz/files/common/starnuti_nerecenz_sbornik_komplet.pdf#page=50

MÁTĽ, O. et al. *Zpráva o stavu demence*. [online]. 2016 [cit. 2019-4-20]. Dostupné z:

<http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>.

NEDVĚDOVÁ, A. *Posuzování bolesti u pacientů s cévní mozkovou příhodou*. Diplomová práce [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta Zdravotnických studií, 2017 [cit. 2019-4-26]. Dostupné z:

<https://theses.cz/id/49cb38?info=1;isslret=Posuzov%C3%A1n%C3%AD%3Bbolesti%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DPosuzov%C3%A1n%C3%AD%20bolesti%20u%20pacient%C5%AF%20s%20c%C3%A9vn%C3%AD%20mozkovou%20p%C5%99%C3%ADhodou%26start%3D1>

NOVÁKOVÁ, T. *Hodnotící a posuzovací škály využívané v perioperační péči*. . Diplomová práce [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta Zdravotnických studií, 2015 [cit. 2019-4-26]. Dostupné z:

<https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

PECHOVÁ, J. *Využití škály Bradenové pro predikci rizika vzniku dekubitů*. Diplomová práce [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta Zdravotnických studií, 2013 [cit. 2019-4-22]. Dostupné z:

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

PETR, T. Řízení rizik na psychiatrických oddělení. *Česká a Slovenská psychiatrie*, [online]. 2011 [cit. 2019-3-17]. Dostupné z:

http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2011_2_106_109.pdf

PODSTATOVÁ, R. et al. *Standardy péče o intravenózní vstupy*. [online]. 2005 [cit. 2019-3-20]. Dostupné z:

<https://docplayer.cz/5218618-Standardy-pece-o-intravenozni-vstupy.html>

REIF, M. Hodnotící škály používané u pacientů s cévní mozkovou příhodou. *Neurologie pro praxi*. [online] 2011 [cit. 2019-4-13]. Dostupné z:

https://scholar.google.cz/scholar?hl=cs&as_sdt=0%2C5&q=hodnot%3%ADc%3%AD+%3%A1k%3%A1ly&btnG=

SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétry*. *Medicína pro praxi*, [online]. 2017. 94-97 s. [cit. 2019-2-27]. Dostupné z :

<http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/10.pdf>

SIKOROVÁ, L., Zavřelová, B. Hodnocení malnutrice hospitalizovaných dětí pomocí škály The Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Paediatrics. *Časopis lékařů Českých*. [online]. 2012 [cit. 2019-3-17]. Dostupné z:

<https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2012-8-1/hodnoceni-malnutrice-hospitalizovanych-deti-pomoci-skaly-the-screening-tool-for-the-assessment-of-malnutrition-in-paediatrics-38960>

SVOBODOVÁ, I. *Výživa seniorů- riziko malnutrice*. Diplomová práce [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta katedra ošetřovatelství, 2013. 50 s. [cit. 2019-3-20].

Dostupné z:

<https://docplayer.cz/46670558-Vyziva-senioru-riziko-malnutrice.html>

ŠEVČÍKOVÁ, S. *Sestra a hodnotící škály na neurochirurgické jednotce intenzivní péče*, Diplomová práce [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze: 1. lékařská fakulta, 2011 [cit. 2019-4-13]. Dostupné z:

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/32301/DPTX_2010_2_0_299364_0_8_4504.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ŠIMÁNOVÁ, S. *Sedace v intenzivní resuscitační péči*. Bakalářská práce.[online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta Zdravotnických studií, 2015 [cit. 2019-3-19]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/60079/SimanovaS_SedaceIntenzivni_MR_2015.pdf?sequence=3&isAllowed=y

ŠMÍDOVÁ, M. *Zhodnocení využití GUSS testu u pacientů s poruchou polykání po cévní mozkové příhodě*. Diplomová práce [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze: 1. Lékařská fakulta, 2017 [cit. 2019- 4-13].

Dostupné z:

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/87078/DPTX_2015_2_11110_0_47316_2_0_177958.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ŠTĚPÁNKOVÁ, H. et al. Mini-Mental State Examination – česká normativní studie. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. [online]. 2015. 57-63 s.[cit. 2019-3-22].

Dostupné z: www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/mini-mental-state-examination-ceska-normativni-studie-50969?confirm_rules=1

ŠTIGLER, J. *Analgo-sedace v intenzivní péči*. [online] 2013 [cit. 2019-3-15]. Dostupné z: www.lf.upjs.sk/ceea/doc5/Stigler%20Analgo-sedace%20v%20intenzivni%20peci%20CEEA%202013.pdf

ŠTIGLER, J. *Analgo-sedace v intenzivní péči*. [online]. 2016 [cit. 2019-3-15]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/5059378-Analgo-sedace-v-intenzivni-peci.html>

VRANÁ, K. *Subjektivně vnímaná depresivní symptomatika u dospělé české populace – využití Beckova inventáře deprese (BDI-II)*. Rigorózní práce [online]. Praha: Univerzita Karlova Praha, Filozofická fakulta, katedra psychologie, 2012. s. 14. [cit. 2019-3-22]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/150009006/?lang=cs · PDF>

WENIGOVÁ, B. *Pecc – nová možnost hodnocení a měření psychóz ...nejen pro lékaře a klinické psychology?*. *Psychiatrie pro praxi*, [online]. 2001 [cit. 2019-3-19]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/08.pdf>

ZÁHOROVÁ, V. Vnímání kvantity a srozumitelnosti zdravotnických škál. *Management rizik ve zdravotnictví*, [online]. 2018 [cit. 2019-4-25]. Dostupné z:

http://e-mrvz.cz/files/200000259-74fd475f8c/MRVZ_04_201827-4.jpg.

Zdravotní výkony, Číselník: 1206. [online]. 2019 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z:

<https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-vykony>

Články

ČESKO. Vyhláška ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci. In Sběrka zákonů České republiky. 2012, částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška ze dne 1. března 2011 o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In Sběrka zákonů České republiky. 2004, částka 139, s. 8096-8140. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

JUŘÍČKOVÁ, K. et al. Preference škál bolesti u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšni-pilotáž. In *Nové trendy ve zdravotnických vědách.: sborník abstrakt. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, 2017. ISBN 978-80-7561-084-3.*

MACKO, J. et al. Změny elektrické kožní vodivosti v důsledku bolestivého stimulu u novorozenců různých gestačních kategorií a srovnání se změnami vybraných fyziologických parametrů. *Neonatologické listy*, 2011, 17 (1): 9. ISSN 1211-1600.

MARTÍNEK, P., Bartoš, A. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*, N 2011, 74/107(6):632-640.

KROUTILOVÁ, L.et al. Screening rizika pádů v pediatrii. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 3. ISSN 1801-464X.

ŠÁTEKOVÁ, L., Žiaková, K. Inter-rater reliabilita položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. *Profese online*, 2016, 9/2: 10-15. ISSN 1803-4330.

ŠIROVÁ, L., Zamastilová, H. Poanestetická péče na dospávacím pokoji ve FN Ostrava a v ČR. *Florence*, 2014, roč. 10, č. 11. ISSN 1801-464.

REBAN J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemencií. *Česká geriatrická revue*, 2006, roč.4, č. 4. ISSN1214-0732.

VACHKOVÁ, E.et al. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health and Quality of life Outcomes* 2013, 11, 214. *Published online* 2013 Dec 2.

VAŇÁSKOVÁ, E. Testování v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 6. ISSN 1213-1814.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Otázky k rozhovoru</i>	73
Příloha B – <i>Dotazník</i>	74

Příloha A – Otázky k rozhovoru.

1. Jaké používáte škály ve vaší nemocnici?
2. Odkud přebíráte škály?
3. Jaká je historie škál u vás používaných a je dohledatelná?
4. Na základě čeho vybíráte škály?
5. Modifikujete vámi používané škály?
6. Sledujete funkce škály?
7. Jsou zaměstnanci edukováni v používání škál?

Příloha B – Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

rády bychom Vás požádaly o spolupráci při průzkumu hodnotících a měřících nástrojů používaných v ošetrovatelské péči v ČR.

V ošetrovatelské praxi se těchto nástrojů vyskytuje mnoho, mají různé podoby a varianty. Bohužel, ne všechny jsou spolehlivé a měří to, co mají měřit. Může se stát (a stává se), že dávají falešný výsledek.

Naším cílem je zjistit, které nástroje jsou v českých nemocnicích používány nejčastěji. Do budoucna bychom chtěly všechny nejčastěji používané nástroje validovat a nabídnout je české ošetrovatelské praxi jako spolehlivé a bezpečné.

Vaše zkušenosti jsou pro nás velmi důležité a cenné. Jsme si vědomy toho, že Váš čas je drahý a že ho nemáte nazbyt. Proto jsme připravily jen krátký dotazník, který Vám zabere pouze několik minut času. Budeme Vám velmi vděčné, když ho vyplníte. Ujistíme Vás, že se všemi údaji budeme pracovat jako s anonymními.

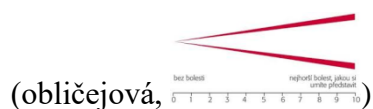
Za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkujeme.

Bc. Jaroslava Popelková, Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Které nástroje ve Vaší nemocnici používáte? Vybranou odpověď tučně označte (podtrhněte, zakroužkujte).

Riziko pádu (dle Conleyové, upraveno Juráskovou 2006)	Ano	Ne
Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové)	Ano	Ne
Riziko malnutrice (nutriční screening)	Ano	Ne
Barthelův test základních činností (ADL)	Ano	Ne
Soběstačnost (dle Marečkové)	Ano	Ne

Klasifikace tíže tromboflebitid (Maddona)	Ano	Ne
Apgar skóre	Ano	Ne
Glasgow Coma Scale	Ano	Ne
Modifikovaná dětská Glasgow Coma Scale	Ano	Ne
Mapa bolesti	Ano	Ne
Numerická škála bolesti (číselné hodnocení, přímka)	Ano	Ne
Vizuální analogová škála bolesti -VAS	Ano	Ne



Používá Vaše zdravotnické zařízení jiné hodnotící a měřicí nástroje (škály) v ošetrovatelské praxi? Ano Ne

Při odpovědi Ano, napište prosím, které Vaše zařízení používá.

Používané hodnotící a měřicí nástroje v ošetrovatelské péči získáváme:

1. Jsou v našem zdravotnickém zařízení tradičně používané.
2. Ze zahraniční odborné literatury.
3. Z domácí odborné literatury.
4. Na doporučení kolegů z jiného zdravotnického zařízení.
5. Na doporučení odborné společnosti.
6. Na doporučení lékařů.
7. Jinde- prosím, doplňte kde.

•

Upravujete si hodnotící a měřicí nástroje v ošetrovatelské péči?

Ano Ne

Pokud jste odpověděli ano, napište, prosím, které jste upravili.

Mám zájem o soubor nejčastěji používaných hodnotících a měřících nástrojů v ošetrovatelské péči.

Ano

Ne

Ještě jednou Vám děkujeme za Váš čas.

Vyplněný dotazník, prosím, zašlete na adresu: st54494@student.upce.cz,

Kontakty:

Bc. Jaroslava Popelková

Studentka magisterského studia Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Mailová adresa: st54494@student.upce.cz

Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Mailová adresa: eva.hlavackova@upce.cz