

Hodnoticí a měřicí techniky zaměřené na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit v praxi

Petra Hanáková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra HANÁKOVÁ**

Osobní číslo: **H09687**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Hodnoticí a měřicí techniky zaměřené na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit v praxi**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části zjistit, jaké byly publikovány poznatky o testech hodnotících soběstačnost a denní aktivity v českých zdrojích.

V praktické části zmapovat nejčastěji využívané hodnoticí techniky a škály na posouzení soběstačnosti a denních aktivit v klinické praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

STAŇKOVÁ, Marta, 2004. České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-283-3.

STAŇKOVÁ, Marta, 2004. České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-282-5.

STAŇKOVÁ, Marta, 2006. České ošetřovatelství: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-323-6.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. české vydání. Přeložila Ivana SUCHARDOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

TRACHTOVÁ, Eva et al. 2001. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Vyd. 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav ošetřovatelství

Konzultant:

Mgr. Pavla Kudlová, PhD.

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011


Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ^{1/};
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ^{2/};
- podle § 60 ^{3/} odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ^{3/} odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejích skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 24.5.2012.

Petr Handl

^{1/} zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 41b Zveřejňování studijních prací

^{2/} Vysoká škola veřejně přístupně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, v kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výslovně obhajoby proslulostními dotazy ke kvalifikačním pracím, internu zprávy. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na hodnotící a měřicí techniky které pomáhají sestřám posoudit soběstačnost a zvládání denních aktivit v praxi. Popisuje jednotlivé hodnotící testy, které můžeme použít při posouzení soběstačnosti klienta. Cílem této práce je zmapovat, jaké hodnotící a měřicí techniky na posouzení soběstačnosti a zvládání denních aktivit se využívají v praxi. Ke zjištění jsme použily dotazníkovou kvantitativní metodu. Dotazník byl rozmístěn na odděleních Krajské nemocnice T. Bati, a.s., Uherskohradištské nemocnice a.s. a Nemocnice Přerov. Rozdáno bylo 170 dotazníků, sebráno 137, vyhodnoceno bylo 116 dotazníků. Výsledky průzkumu ukazují, že sestry nejčastěji používají hodnotící škály, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. Nejčastěji používanými hodnotícími škálami pro hodnocení soběstačnosti a denních aktivit klienta jsou „Test základních všedních činností ADL dle Barthela“ a na druhém místě „Klasifikace funkčních úrovní sebezpečí dle M. Gordonové“.

Klíčová slova: posouzení, hodnotící a měřicí techniky, soběstačnost, denní aktivity, sestra, znalost, edukace, názory, škály, ošetrovatelská praxe

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on assessment and measuring techniques that help nurses to assess the self-sufficiency and coping activities of daily living in practice. The thesis describes each evaluation tests that can be used in the assessment self-sufficiency. The aim of this thesis is to find out what assessing and measuring techniques focused on self-sufficiency appraisal and coping with daily living activities are used in practice. The findings we used quantitative questionnaire method. The questionnaire was distributed to the departments of Tomas Bata Regional Hospital, Hospital in Uherské Hradiště and Hospital in Přerov. 170 questionnaires were distributed, we collected 137 of them and 116 questionnaires were evaluated. The survey results show that nurses most commonly use rating scales that are included in nursing documentation. The most commonly used evaluation scales for self-evaluation and the client's daily activities is "The Barthel Index of Activities of Daily Living" and second placed is "Classification of Self-care Functional Levels by M. Gordon."

Keywords: assessment, assessment and measuring techniques, self-sufficiency, activities of daily living, nurse, knowledge, education, views, scales, nursing Practice

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Anně Krátké, PhD., a především své odborné konzultantce Mgr. Bc. Pavle Kudlové, PhD., za odborné rady, cenné připomínky během zpracování a především za její lidský přístup.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a příteli za podporu během psaní bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	12
1.1 DEFINICE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	12
2 HODNOTICÍ A MĚŘICÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	14
2.1 HODNOCENÍ ÚROVNĚ SEBEPÉČE A SOBĚSTAČNOSTI KLIENTA	15
2.2 HODNOTICÍ TESTY A ŠKÁLY NA POSOUZENÍ FUNKČNÍ MÍRY SOBĚSTAČNOSTI A ZVLÁDÁNÍ DENNÍCH AKTIVIT	18
2.2.1 The Barthel Index of Activities of Daily Living	18
2.2.2 Rozšířený Barthelové index	19
2.2.3 The Lawton Instrumental Activity of Daily Living – (IADL)	19
2.2.4 The Index of Independence in Activities of Daily Living (zkráceně The Katz Index of ADL)	21
2.2.5 Funkční míra nezávislosti-FIM (Functional Independace Measure)	21
2.2.6 Testování vývoje soběstačnosti- TSV	23
2.2.7 Test ošetřovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)	23
2.2.8 Klasifikace funkčních úrovní sebezpečí podle Marjory Gordonové.....	23
2.2.9 Dotazník funkčního stavu FAQ–CZ	24
2.2.10 Dotazník soběstačnosti DAD–CZ.....	25
II PRAKTICKÁ ČÁST	26
3 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ V PRAXI	27
3.1 CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	27
3.2 METODIKA	27
3.3 SOUBOR RESPONDENTŮ	28
3.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	28
3.5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	29
3.6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	30
4 DISKUZE	68
ZÁVĚR	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	79
SEZNAM OBRÁZKŮ	80
SEZNAM TABULEK	82
SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

Naším tématem se staly hodnoticí a měřicí techniky zaměřené na posouzení soběstačnosti a denních aktivit v praxi. Cílem naší práce bylo především zjistit jaké hodnoticí a měřicí techniky jsou využívány v klinické praxi a jak je sestry hodnotí.

Zachování soběstačnosti je pro klienta v těžké životní situaci jednou z nejvyšších hodnot, které má. V případě omezení, nebo ztráty soběstačnosti reaguje klient na danou situaci velice negativně a to se odráží na jeho zdravotním stavu.

Hodnoticí škály začaly vznikat v 50. letech minulého století a postupně se vyvíjí až do dnešní doby. V České republice se začaly objevovat až koncem 80. let minulého století díky změnám, které nastaly v ošetrovatelské péči. Hodnoticí a měřicí techniky nám pomáhají odhalit klientovy potřeby, problémy a rizika, které by mohly nastat a tím ohrozit klienta. Škály pomáhají objektivně zhodnotit klientovy potřeby a následovně stanovit vhodnou ošetrovatelskou péči, která by přispěla ke zlepšení nebo navrácení původního funkčního stavu. Hodnoticí škály jsou zaměřeny na různé oblasti hodnocení např. soběstačnost, kognitivní funkce, výživa, bolest atd. Sestra by měla být schopna zvolit vhodnou měřicí škálu pro posouzení klienta a k tomu potřebuje dostatek teoretických znalostí, zkušeností, pozorovacího talentu a především komunikačních schopností.

Využití hodnoticích testů je zakotveno i v české legislativě, která jasně udává kompetentní osoby pro využití hodnoticích technik.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

1.1 Definice ošetřovatelského procesu

Definice ošetřovatelského procesu, která je uvedena ve věstníku MZČR (Věstník MZ ČR, částka 9, 2004) zní: „*Ošetřovatelský proces je hlavní pracovní metoda ošetřovatelského personálu. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálně v ošetřovatelství používají*“.

V části první (obecná ustanovení) § 2 písm. f) vyhlášky č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, se ošetřovatelským procesem rozumí: „*zhodnocení stavu potřeb nemocného a stanovení ošetřovatelských problémů, plánování, realizace a vyhodnocení účinnosti poskytované péče*“ (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Termín ošetřovatelský proces jako první použila Lydia Hall v roce 1955. Po ní se zabývali ošetřovatelským procesem i ostatní teoretičky jako například Johnsová, Orlandoová, Hendersonová, Oremová a další. Americká asociace sester ANA (American Nursing Association) v roce 1973 uveřejnila „*Normy ošetřovatelské praxe*“ a uvedla pět fází ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Tímto krokem, bylo získáno oprávnění pro využití ošetřovatelského procesu v klinické praxi (Tóthová, 2009, s. 25). Kudlová (2011, s. 5) ve svém článku, věnovanému historii ošetřovatelského procesu a ošetřovatelských diagnóz NANDA, uvádí, že ošetřovatelský proces u nás nebyl zaveden do konce 80. let, až po několika zahraničních projektech se zařadil do ošetřovatelské praxe. V české republice se na tomto podílela, mimo jiné, i paní doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. Paní docentka Staňková (2004 a, s. 7) uvádí fáze ošetřovatelského procesu následovně: zhodnocení nemocného, diagnostika, plánování, realizace a zhodnocení efektu poskytované péče.



Obrázek č. 1 Fáze ošetřovatelského procesu (Tóthová, 2009, s. 19)

Jednotlivé fáze napomáhají sestřám, aby se samostatně dokázaly rozhodnout pro nejvhodnější způsob péče, co nejvíce se přiblížily stanoveným cílům, a následně dokázaly zhodnotit pokroky, kterým pacient jejich zásluhou dosáhl. Každá fáze ošetřovatelského procesu je rozdělena samostatně, ale ošetřovatelská péče musí být poskytnuta komplexně, měla by být vzájemně propojená v postupném pořadí (viz obr. 1). Sestra během své péče neustále musí poznávat klientovy potřeby hlouběji a na základě nových zjištění přizpůsobovat individuální péči a hodnotit výsledky poskytované péče (Staňková, 2004 a, s.7—8)-

2 HODNOTICÍ A MĚŘICÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetrovatelská péče se neustále vyvíjí dopředu a v denní praxi se stále intenzivněji využívá velké množství hodnotících a měřících technik zaměřených na objektivizaci údajů, které sestry potřebují k zajištění kvalitní individualizované péče o klienta. V českém ošetrovatelství se měřící techniky pro sestry začali objevovat teprve v posledních letech. Sestry byly stále zvyklé sledovat pouze hodnoty, které jsou naordinované lékařem. S rostoucí samostatností sestry během ošetrovatelského procesu stoupá i její zodpovědnost. V různých zemích existuje nepřehledné množství hodnotících a měřících technik na pomoc k objektivnímu posouzení pacientových obtíží, problémů a poruch. U nás se hodnotící techniky stále více prosazují a bývají zakotveny ve standardech na lůžkových odděleních (Staňková, 2006c, s. 5—6). V ošetrovatelství se věnují hodnotícím a měřícím technikám např. Vörösová, Bóriková, Žiaková, Sikorová, Jarošová, Marečková, Pajorová, Heřmanová, Zvoníčková, Holmerová, Rokosová, Křivošíková a další.

Vörösová (2010, s. 306), která se ve svém článku zabývá převážně měřícími nástroji, které se používají k diagnostice v interním ošetrovatelství, popisuje škálování jako: „*metodu, která může určit pozici jevů nebo jednotlivců z hlediska měřitelné kvality. Empirická míra jednotlivých znaků se určuje konkrétními číselnými hodnotami, pomocí stupnic. Vědecky korektní je použití takových měřitelných operací, které odpovídají logice vztahů v rámci měřených jevů*“. Bóriková, Žiaková (2007, s. 13) tvrdí, že Department of Health in England definuje posuzovací nástroj jako: „*kolekci škál, otázek, a jiných informací, které poskytují obraz o požadavcích jednotlivce a souvisejících faktorech*“. V užším slova smyslu definuje hodnotící škálu jako: „*prostředek na identifikaci a měření specifické zdravotní kondice, například mobility, schopnosti sebezpěče, deprese, kognitivní poruchy*“.

Posouzení je součástí všech fází ošetrovatelského procesu, které provádí sestra během hospitalizace klienta. Při výběru měřící techniky pro posouzení je nutné zvážit všechny kritéria, které by mohli diskriminovat posuzovaného klienta například podle věku, pohlaví, dizability, jazyku nebo rasy. Při splnění všech předešlých podmínek je měřící nástroj považován za validní, reliabilní, kulturně senzitivní a standardizovaný. Testy by měly být při použití v praxi nenáročné na administraci, hodnocení výsledků a výhodou je dostupnost v elektronické podobě (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 13—14). Sikorová, Jarošová, Marečková, Pajorová (2010, s. 400) uvádí, že testy jsou sdružovány do baterií, které jsou orien-

továny na tělesné schopnosti, jiné na mentální schopnosti a některé jsou smíšené. Mezi nejčastější oblasti hodnocení patří měření fyziologických funkcí, hodnocení bolesti, měření kvality psychiky, soběstačnosti a rizika komplikací (Staňková, 2006c, s. 7).

Bóriková, Žiaková (2007, s. 15) vidí přednosti posuzování v tom, že zvyšuje kvalitu diagnostického procesu, zkvalitňuje efektivitu péče, zajišťuje uspokojení nejen pro profesionála, ale také pro pacienta a především předpovídá další vývoj stavu, atak snižuje možnost opakované hospitalizace, která sebou přináší další finanční náklady. Mezi další přednosti hodnotících technik patří: jednotná terminologie, shromáždění velkého počtu dat za krátkou dobu, výsledky kategorizují klienty do skupiny podle výšky rizika, data jsou přenosná při překladu do jiného zařízení, využívají se nejen v praxi, ale také pro vědecké účely a zvyšují samostatnost profese. Hodnotící nástroje mají i své nevýhody například může dojít k nepřesnému překladu ze zahraničních zdrojů, chybí údaje o jejich validitě a reliabilitě, některé nástroje byly vyvinuty pouze pro výzkumné účely a nejsou vhodné pro použití v klinické praxi atd. (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 16). Sikorová, Jarošová, Marečková, Pajorová (2010, s. 400) tvrdí, že většina testů bývá modifikována podle jednotlivých autorů a stávají se tak neustálenými, což znemožňuje jejich vzájemné porovnání. Bóriková, Žiaková (2007, s. 16) říká, že sběr a interpretace získaných dat souvisí s praktickými zkušenostmi, délkou odborné praxe sestry, specializací pracoviště, výběrem vhodného nástroje a uměním rozeznat co je v normě a co se z ní vychyluje, aby byl výsledek objektivní. Sestra nesmí zapomínat, že ve všech fázích ošetrovatelského procesu je důležité, jak sestra naloží se získanými údaji, aby nedošlo pouze k rutinnímu zápisu, ale aby se staly významnou informací pro plánování ošetrovatelské péče. Vörösová (2010, s. 306) uvádí, že standardizované, specificky validní a reliabilní testy jsou významným nástrojem při práci sestry, která při jejich správném použití může objektivně potvrdit stanovené diagnózy a legislativně tak chránit sama sebe.

2.1 Hodnocení úrovně sebezpečí a soběstačnosti klienta

Heřmanová, Zvoníčková (2006, s. 295) popisují, že soběstačnost člověka v běžných denních aktivitách je jednou z vysoce ceněných hodnot a proto se staří lidé obávají právě její ztráty během svého života. Jedním ze základních cílů moderního ošetrovatelství je zachování soběstačnosti klienta, aby nezůstal závislý na pomoci druhých. Při hodnocení klienta v ošetrovatelství se často setkáváme s termínem sebezpečí a soběstačnost. Trachtová

a kol. (2008, s. 20) definují pojem sebezpečí jako: „*samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování)*“. „*Soběstačností rozumíme míru samostatnosti popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit*“. Denní aktivity se rozdělují na základní (bazální) a instrumentální. Základní aktivity denního života (ADL) představují běžné denní činnosti, mezi které patří hygiena, oblékání, výživa a vyprazdňování. Zdravý člověk vykonává tyto aktivity zcela samostatně bez pomoci druhých, aniž by si to uvědomoval. Denní aktivity jsou charakteristické svojí pravidelností, automaticností a bývají spojené s určitými rituály (Trachtová a kol., 2008, s. 19—20). Mezi instrumentální aktivity denního života (IADL) patří: telefonování, nakupování, příprava jídla, vedení domácnosti, praní, samostatné dopravování, užívání léků a nakládání s penězi (Holmerová, Rokosová a kol., 2006, s. 180).

Z hlediska soběstačnosti v denních aktivitách můžeme obecně rozdělit nemocné do 4 skupin. V první skupině jsou nemocní zcela soběstační, nezávislí na pomoci druhých a v dobrém psychickém rozpoložení. Druhou skupinu nemocných tvoří částečně soběstační, schopní sebeobsluhy i mimo lůžko, ale za velké pomoci druhé osoby. Ve třetí skupině jsou nemocní částečně či zcela soběstační, ale připoutáni na lůžko a proto vyžadují větší pomoc. Čtvrtou skupinu tvoří nemocní, kteří jsou nesoběstační, upoutáni na lůžko, psychicky dekompenzovaní, a tedy zcela závislí na pomoci ošetrovatelského týmu (Staňková, 2006c, s. 32).

Sestra může stupeň soběstačnosti určit odhadem a pozorováním nemocného při provádění aktivit denního života pro rychlou klasifikaci nemocných do výše uvedených skupin, ale pro přesnější vyjádření se používají měřicí techniky, kdy jejich použití je zakotveno ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V § 4 se v této vyhlášce uvádí, že všeobecná sestra vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti). V § 6 se ve vyhlášce uvádí, že ergoterapeut může provádět ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu denních aktivit, hodnocení mobility, lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k identifikaci běžných denních aktivit (ADL), dále, že může provádět hodnocení a nácvik běžných denních činností jak v nemocničním, tak i ve vlastním sociálním prostředí. V § 25 se uvádí, že fyzioterapeut je povinen provádět identifikaci běžných denních aktivit z hlediska fyzioterapie. V § 30 se uvádí, že zdravotnický asistent podle § 3 odst. 2 a dále pod

odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky může provádět nácvik sebeobsluhy s cíleným zvýšením soběstačnosti pacienta (Vyhláška č. 55/2011 Sb.) .

Objektivní hodnoty míry soběstačnosti jsou nepostradatelné během ošetrovatelského procesu při stanovení diagnózy, plánování, realizaci stanovených cílů a hodnocení vývoje ošetrovatelského stavu. Vyhodnocení úrovně soběstačnosti hodnotí nejen efektivitu ošetrovatelské péče, ale můžeme ho použít i jako ukazatele náročnosti péče (Marečková, Vejvalka a kol., 2005, s. 383).

Bóriková (2010, s. 26) tvrdí, že mezi nejznámější a nejvíce citované testy patří index ADL podle Barthela, Katz a Lawton-Brody. Podle Staňkové (2006 c, s. 32—42) mezi nejužívanější měřicí techniky pro posouzení soběstačnosti a denních aktivit patří Klasifikace funkčních úrovní sebez péče podle M. Gordonové, Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou), Barthelův test základních všedních činností ADL (Activity Daily Living), Test instrumentálních všedních činností (IADL), Test vývoje soběstačnosti (TVS), Funkční míra nezávislosti (FIM), Katzův index ADL, Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS) atd. Trachtová a kol. (2008, s. 21) tvrdí, že především musí být klasifikovaná funkční úroveň tak, aby se podporovala nezávislost klienta.

Sikorová, Jarošová, Marečková, Pajorová (2010, s. 399—400) představuje ve svém článku analýzu výsledků, která ukázala vhodné testy při objektivizaci diagnostických prvků při posouzení soběstačnosti klienta. Při stanovení diagnózy dle NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) „Zhoršená pohyblivost“ je vhodným testem na posouzení test ADL a FAQ. Uvádí, že při posouzení diagnózy „Riziko pádů“ by bylo dobré doplnit posouzení podle testu ADL, protože v průzkumu byla prokázána závislost u většiny respondentů, u kterých se prokázala tato diagnóza. U klientů se stanovenou ošetrovatelskou diagnózou „Riziko infekce“ je vhodným nástrojem pro objektivizaci údajů test ADL a FAQ. Pozitivní vztah byl prokázán i mezi testem ADL a hodnocením rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, kdy popisuje, že se stoupajícím rizikem vzniku dekubitů roste i závislost klientů (Sikorová, Jarošová, Marečková, Pajorová, 2010, s. 399—400).

2.2 Hodnotící testy a škály na posouzení funkční míry soběstačnosti a zvládání denních aktivit

2.2.1 The Barthel Index of Activities of Daily Living

Mezi mezinárodně rozšířený skórovací test patří Barthel Index (BI). V roce 1955 byl vytvořen D. Barthel a F. Mahoney, v roce 1958 byl poprvé publikován (Bóriková, 2010, s. 27). Původně vznikl pro pacienty s neuromuskulárním a muskuloskeletálním onemocněním (Lippertová–Grúnerová, 2005, s. 275). Bóriková (2010, s. 27) uvádí, že byl vytvořen i pro pacienty dlouhodobě hospitalizované s chronickým onemocněním, kteří vyžadovali rehabilitační péči. V dnešní době je nejvíce užívaný při hodnocení ADL a využívá se nejčastěji v geriatрии pro měření zdatnosti v základních každodenních činnostech. Jeho spolehlivost, citlivost a validita byla prokázána v několika výzkumných projektech (Shuler, Oster, 2010, s. 38–40). Dobrou validitu potvrzuje i Bóriková (2010, s. 27). Vaňásková (2005, s. 313) uvádí, že se jedná o nejnámější test při stanovení funkční úrovně a míry soběstačnosti, a také se zmiňuje o jeho jednoduchosti při použití v klinické praxi.

Vaňásková (2005, s. 312) uvádí 10 posuzovaných oblastí ADL: příjem stravy, osobní hygienu, koupání, přesun z lůžka na křeslo, použití WC, lokomoci, chůze po schodech, oblékání, kontinenci moči a kontinenci stolice (viz příloha č. 8). Holmerová, Rokosová a kol. (2006, s. 180) uvádí, že výše uvedené aktivity vypovídají o základní sebeobsluze pacienta a nikoli o schopnosti žít samostatně bez pomoci druhé osoby při zdolávání každodenních úkolů v životě. Lippertová–Grúnerová (2005, s. 275–276) uvádí, že každá oblast je hodnocena počtem bodů, v závislosti na provedení výkonu. Soběstačný klient získává 10 bodů, pokud potřebuje dopomoc druhé osoby 5 bodů a pokud výkon není schopen provést, získává 0 bodů. Maximální počet bodů je tedy 100. Hodnocení stupně závislosti se dělí do 4 skupin. Při získání 0–40 bodů se stává klient vysoce závislým, 41–60 bodů určuje závislost středního stupně, 61–95 bodů ukazuje lehkou závislost, 95–100 bodů získá nezávislý klient (Lippertová–Grúnerová, 2005, s. 275). Vaňásková (2005, s. 312) přes to všechno tvrdí, že získání maximálního počtu bodů neznamena, že pacient je zcela soběstačný v ADL, protože BI nehodnotí širší funkce jako např. přípravu jídla, domácí práce atd.

Bóriková (2010, s. 27) uvádí jako přednost BI testování fyzického omezení v oblasti hrubé i jemné motoriky, sebezpěče a mobility. Nevýhodou je, že BI se orientuje jen na oblast fyzické mobility (Bóriková, 2010, s. 27). Křivošíková (2011, s. 238) uvádí,

že jde o poměrně citlivé hodnocení, které v průběhu času dokáže odhalit změny ve funkčním stavu. Vaňásková (2005, s. 313) poukazuje na skutečnost, že při činnostech není ve skórování citlivě odlišena potřeba minimální od maximální dopomoci druhé osoby. Marečková a kol. (2006, s. 582) uvádí, že BI je vhodné používat v zařízeních, kde se předpokládá nižší úroveň soběstačnosti a kde je potřeba přesněji objektivizovat potřeby pacienta. Bóriková (2010, s. 27) se zmiňuje o nízké detekci hranice mezi lehkou a střední závislostí pacienta. Také upozorňuje na různé modifikace testu, které upravují položky, číselné hodnocení, výsledné hodnocení aj. Modifikovanou verzi BI můžeme najít pod názvem Stanfordský dotazník hodnocení zdraví nebo Funkční míra nezávislosti (FIM) (Bóriková, 2010, s. 28).

2.2.2 Rozšířený Barthelové index

Rozšířený Barthelové index pomáhá hodnotit potřeby pomoci při zvládnání celkových požadavků všedního dne, u kterých se předpokládají kognitivní schopnosti, stejně jako je tomu u FIM. Skládá se z 6 hodnocených oblastí, které obsahují 3 až 4 hodnotící stupně. Rozšířený Barthelové index zahrnuje: chápání, komunikaci, sociální interakci, řešení každodenních problémů, paměť, učení a orientaci, zrak a neglect syndrom.

Oblasti se hodnotí jednotlivě v pětibodových odstupech, maximální hodnota je 15 bodů za jednu položku. Celkově lze dosáhnout 90 bodů. Rozšířený BI, kategorizuje pacienty do tří oblastí. Získání 90—70 bodů znamená žádné, nebo mírné kognitivní omezení, 20—65 ukazuje na střední kognitivní omezení a 0—15 bodů znamená závažné kognitivní omezení (Shuler, Oster, 2010. s. 41).

2.2.3 The Lawton Instrumental Activity of Daily Living – (IADL)

Test instrumentálních aktivit každodenního života byl vytvořen roku 1969 a na jeho vzniku se podíleli Brody Elaine M. a Lawton Powel M. (Bóriková, 2010, s. 28). Martínek, Bartoš (2011, s. 636) uvádí, že se jedná o jeden z nejstarších testů. Díky svému rozšíření a časté publikaci se stále využívá i v dnešní době, kdy máme nástroje, které dosahují vyšší kvality pro hodnocení instrumentálních denních aktivit (Martínek, Bartoš, 2011, s. 636). Křivošíková (2011, s. 240) uvádí, že se využívá především u geriatrických pacientů v různých zařízeních nebo u seniorů při hodnocení činností v domácím prostředí. Bóriková

(2010, s. 28) doplňuje možnost využití v komunitě a u pacientů, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v nemocnici, ale i přes to tvrdí, že není vhodný u lidí, kteří žijí v institucích nebo domovech pro seniory. Martínek, Bartoš (2011, s. 636) uvádí, že hodnotící škála IADL není vhodná pro pacienty s demencí. Marečková a kol. (2006, s. 582) tvrdí, že je dobré využívat test IADL v zařízeních, kde se předpokládá dobrá úroveň soběstačnosti a kdy je možné tolerovat určitou nepřesnost.

Hodnocení IADL nám pomáhá odhalit schopnost člověka existovat ve vlastní domácnosti, dokáže posoudit i složitější úkoly, které člověk musí zvládat sám, bez pomoci druhých. IADL posuzuje nejen hrubou a jemnou motoriku, ale také kognitivní myšlení jedince, které je nutné při činnostech jako např. telefonování, manipulace s financemi nebo příprava léků. Dokáže zachytit změny, které vznikají během dlouhodobého onemocnění např. po úrazu, při artritidě, onemocnění srdce atd. IADL je také velkou pomocí při zajištění individuálních potřeb klienta (např. agentury domácí péče) (Bóriková, 2010, s. 28). Martínek a Bartoš (2011, s. 636) uvádí jako problém velké množství modifikací, které způsobují oddálení od originální verze a tím dochází ke špatnému přenášení výsledků.

Křivošíková (2011, s. 240) popisuje originální verzi z roku 1969 tak, že obsahuje 8 hodnotících oblastí: telefonování, nakupování, vaření, domácí práce, praní, používání dopravních prostředků, manipulace s financemi a užívání léků (viz příloha č. 9). Při hodnocení žen se využívá všech 8 položek. U mužů můžeme vynechat praní, domácí práce a přípravu jídla. Při hodnocení je využívána dichotomická škála, kdy 0 charakterizuje závislost a 1 nezávislost. Maximální počet bodů je 8. U mužů bývá skóre menší, protože jsou u nich vynechávány výše uvedené oblasti. Jedná se o jednoduché a rychlé hodnocení, které pokrývá v podstatě všechny instrumentální aktivity denního života (Křivošíková 2011, s. 240). Martínek, Bartoš (2011, s. 636) tvrdí že, originální verze z roku 1969 obsahovala 2 odlišné verze pro muže a ženy. Později byla vytvořena v praxi jedna verze pro obě pohlaví, tato modifikace způsobila to, že hodnocení je závislé na pohlaví a vznikají nepřesnosti ve výsledcích. Křivošíková (2011, s. 240) popisuje druhou verze z roku 1978, která je součástí OARS (Older Adult Resources and Services) tak, že nerozlišuje pohlaví, využívá třibodovou škálu (3—závislost/neschopen provést, 1—s dopomocí, 0—nezávislý) a obsahuje jednu položku navíc (práce kolem domu). Poslední verze, která je součástí nejen MAI (Multi-level Assessment Instrument), ale také SELF škály (Self Evaluation of Life Function) opět používá třibodovou stupnici a skládá se pouze ze 7 položek, protože byla vyřazena položka praní (Křivošíková, 2011, s. 240).

2.2.4 The Index of Independence in Activities of Daily Living (zkráceně The Katz Index of ADL)

Katzův test každodenních činností vytvořil roku 1959 Katz Sidney. Poprvé byl publikován v roce 1963, v roce 1970 byl modifikovaný a v roce 1973 byly k bazálním aktivitám denního života přidány instrumentální aktivity denního života. Původně byl vytvořen pro seniory s chronickým onemocněním, u kterých se předpokládala dlouhodobá rehabilitační a ošetrovatelská péče (Bóriková, 2010, s. 27). Křivošíková (2011, s. 237) uvádí jejich využití také v domovech s pečovatelskou službou, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a nemocnicích. Obsahuje 6 bazálních aktivit: koupání, oblékání, použití WC, přesuny, kontinenci a příjem potravy. Uvedených 6 položek zůstává stále „zlatým standardem“ při hodnocení bazálních aktivit denního života (Bóriková, 2010, s. 27). Bóriková (2010, s. 27) uvádí, že Katz Index, dokáže zachytit progresi onemocnění a efektivitu léčby a rehabilitace. Bóriková (2010, s. 27) tvrdí, že není vhodný pro jemnější rozlišení funkčního stavu a použití při akutní péči. Lippertová– Grúnerová (2005, s. 280) uvádí jako výhodu testu časovou nenáročnost.

V původní verzi testu je hodnocení založeno na postupném uspořádání položek, protože funkční schopnosti se vracejí nebo ztrácejí postupně. Hierarchie položek je možná, díky Gutmanovy stupnici při bodování. Celkový počet je rozdělen do 8 kategorií (A–G a jiné), kdy například A znamená, že klient si je schopen ve všech 6 oblastech zajistit péči sám a G znamená, že je schopen vykonat pouze jednu položku. V původní verzi se také rozlišuje typ asistence, jestli pacient vyžaduje fyzickou pomoc, slovní instruktáž nebo dohled (Křivošíková, 2011, s. 237–238).

Upravená verze z roku 1970 zjednodušila hodnocení do dvou stupňů (nezávislost a závislost). Při určení závislosti klient získá 1 bod a při nezávislosti 0 bodů. Celkový počet je tedy 6 bodů. Na základě získané hodnoty se dělí do tří kategorií: 6–5 bodů (nezávislost), 4–3 bodů (mírná závislost), 2–0 bodů (závislost). Tato zjednodušená verze se uplatňuje v praxi více pro její nenáročnost (Křivošíková, 2011, s. 238).

2.2.5 Funkční míra nezávislosti-FIM (Functional Independence Measure)

Funkční míra nezávislosti vznikla modifikací z testu Barthelové roku 1984 a je doplněný hodnocením kognitivních funkcí (Vaňásková, 2005, s. 113). Bóriková (2010, s. 28)

uvádí, že se využívá při hodnocení rehabilitační péče. Holmerová, Rokosová a kol.(2006, s. 180) uvádí, že své využití má především v rehabilitačním lékařství. Vaňásková (2005, s. 113) říká, že FIM se využívá v USA a dalších státech ke stanovení změn v soběstačnosti po nemoci nebo úrazech. Jeho výhodou je jeho přesnost a zároveň hodnocení nejen pohybové stránky, ale také kognitivních funkcí. Své uplatnění má při stanovení cílů v dlouhodobé rehabilitační péči. V porovnání s BI je citlivější a ucelenější. Díky sedmibodové škále je možné odhalit i menší funkční změny. Díky své dobré využitelnosti se používá v praxi jako standard ve zdravotnické dokumentaci. FIM hodnotí 18 činností v 6 oblastech (osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty) (Vaňásková, 2005, s. 113—114).

Křivošíková (2011, s. 239) tvrdí, že existuje samostatná verze pro děti od 6 měsíců do 7 let, verze pro dospělé tzv. Enviro-FIM, která se využívá také v domácím a komunitním prostředí. Shuler, Oster (2010, s.113—115) tvrdí, že FIM se obvykle dělí na motorickou a kognitivní. Motorická část testu zahrnuje první až třináctou položku ve 4 oblastech (soběstačnost, ovládání sfinkterů, přesun a lokomoce). Motorická část popisuje samostatnou tělesnou obsluhu, kdy je kladen důraz na motorické schopnosti. Kognitivní část testu zahrnuje čtrnáctou až osmnáctou položku ve 2 oblastech (komunikace a kognitivních schopnosti). Kognitivní část popisuje omezení každodenních činností, které souvisí s kognitivním poškozením. Nezabývá se však jednotlivým poškozením kognitivních oblastí, jak je tomu v testech hodnotících kognitivní funkce (MMSE). FIM je citlivější ke změnám než Barthelové index, ale zároveň je mnohem náročnější na používání. Je důležité pečlivé školení uživatelů, které je opakované (Shuler, Oster, 2010, s.113—115).

Hodnocení vychází z reálného chování klienta. Každá položka má 7 bodové odstupňování (1—úplná asistence, 2—velká asistence, 3—střední/mírná asistence, 4—minimální asistence, 5—dozor, 6—modifikovaná nezávislost, 7—úplná samostatnost). Celkem lze dosáhnout 18 až 126 bodů. V motorické části lze získat 13—91 bodů a v kognitivní části 5—35 bodů. V motorické části získání 91-69 bodů znamená lehké až žádné praktické motorické omezení, 68—43 bodů středně těžké až střední praktické motorické omezení a 42—13 bodů poukazuje na velmi těžké až těžké praktické motorické omezení. V kognitivní části získání 35—30 bodů poukazuje na žádné nebo lehké kognitivní funkční omezení, 29—11 bodů znamená střední kognitivní funkční omezení a 10—5 bodů těžké kognitivní funkční omezení. Délka vyplnění testu zkušenou osobou trvá přibližně 30 minut a bodování 10 minut (Křivošíková, 2011, s. 239).

2.2.6 Testování vývoje soběstačnosti- TSV

Test obsahuje 8 oblastí pro hodnocení denních aktivit. Hodnotí spánek a odpočinek, vyprazdňování, osobní hygienu, výživu, orientaci, oblékání, verbální komunikaci a pohyblivost (viz příloha č. 10). Pracovníci hodnotí jednotlivé oblasti na stupnici od 0 do 5. Při opakovaném hodnocení udělený počet bodů označí na stejném formuláři, pouze jinou barvou a následně spojí všechny hodnocené oblasti. Opakované posuzování díky různobarevným spojnicím znázorňují vývoj soběstačnosti v určitém období (Staňková 2006c, s. 39—42).

2.2.7 Test ošetřovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

Test hodnotí pohybovou schopnost, osobní hygienu, jídlo, inkontinenci moče, inkontinenci stolice, návštěvu WC, dekubity a spolupráci s nemocným (viz příloha č. 7). Jednotlivé oblasti jsou rozděleny do třech položek s různým počtem bodů. Maximální počet získaných bodů je 38 bodů, které nám udávají, že je klient zcela závislý na pomoci druhých. Nejnižší hodnocení je 0 bodů, kdy je klient zcela soběstačný (Staňková, 2006c, s. 34).

2.2.8 Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle Marjory Gordonové

Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle Marjory Gordonové hodnotí funkční úroveň schopností— najíst se, vykoupat se, použít toaletu, obléknout se, nakoupit si, umýt se, upravit se, pohyb jako celek, pohyb v rámci lůžka, uvařit si a udržovat domácnost (Marečková, Vejvalka a kol., 2005, s. 384).

M. Gordonová hodnotí pětibodovou stupnicí (0—5 bodů) klasifikaci funkčních úrovní sebepěče následovně:

- 0— Klient je nezávislý a soběstačný,
- 1— Potřebuje minimální pomoc druhé osoby, sám používá zařízení a sám zvládne 75% činností,
- 2— Potřebuje menší dopomoc, dohled, radu, samostatně zvládne 50 % činností,
- 3— Potřebuje velkou pomoc od druhé osoby, samostatně zvládne 25 % činností,
- 4— Klient je zcela závislý na pomoci druhé osoby, vyžaduje celkový dohled,

- 5– Klient je absolutně odkázán na péči druhé osoby, žádná aktivní účast se u něj neprojevuje, není schopen pomáhat. (Trachtová, 2008, s. 21).

Marečková a kol. (2006, s. 582) uvádí, že hodnocení soběstačnosti pomocí funkčních úrovní podle M. Gordonové je vhodné pro zařízení, kde se dá předpokládat dobrá úroveň soběstačnosti a lze tolerovat jistou nepřesnost.

2.2.9 Dotazník funkčního stavu FAQ–CZ

Dotazník funkčního stavu FAQ–CZ vznikl překladem ze zahraniční verze Functional Activities Questionnaire (FAQ). FAQ se v zahraničí rozšířil poměrně rychle, protože první verze vznikla v roce 1982. Slouží k posouzení funkčního stavu pacienta, a hodnotí aktivity denního života. Česká verze vznikla, protože se často u klientů s Alzheimerovou nemocí využívaly nevhodné měřicí techniky, které vznikly původně pro jiné onemocnění (např. Index Barthelové). FAQ–CZ je přehledný a oblíbený díky své jednoduchosti a časové nenáročnosti. (Bartoš a kol., 2008, s. 31). Autorem dotazníku je Pfeffer, který určil dotazník pro posouzení funkčního stavu seniorů s poškozením mozku, mírnou kognitivní poruchou a demencí (Tomagová, 2010, s. 33). Bezdíček a kol. (2011, s. 37) uvádí, že dotazník byl původně určen pro rozlišení funkční nezávislosti u normálně a abnormálně stároucích osob. Využití našel také u osob, které trpí demencí, Alzheimerovou nemocí nebo neuropsychiatrickými symptomy. FAQ byl přeložen do několika světových jazyků (Bezdíček a kol., 2011, s. 37).

Dotazník obsahuje 10 složitějších denních aktivit (jedná se spíše o instrumentální typ ADL). V dotazníku jsou obsaženy položky, které hodnotí placení účtů, vyplňování formulářů, nakupování, koníčky, příprava kávy, příprava jídla, sledovanost událostí, diskuze o článku nebo pořadu v televizi, vybavení si rodinných událostí a cestování po okolí (viz příloha č. 6). V dotazníku se hodnotí každá položka zvlášť na čtyřstupňové škále od 0 do 3 bodů. Klient, který získá 0 bodu je soběstačný a daný výkon provede sám a při získání 3 bodů je závislý na druhé osobě. Maximální počet bodů je 30, který charakterizuje úplnou závislost. Výhodou testu je také procentuální škála, která je přepočítána podle získaných bodů, díky ní si můžeme snáze představit míru postižení klienta (Bartoš a kol., 2008, s. 31). Martínek, Bartoš (2011, s. 637) tvrdí, že procentuální škála byla zhotovena až v české verzi. Studie také prokázali, že při sebesouzení můžeme považovat za normální získání 4 a méně bodů a při hodnocení druhou osobou 3 a méně bodů.

S prohlubováním demence počet bodů rychle stoupá a ve středním stádiu demence se hodnoty pohybují na maximu.

FAQ je oblíbený díky své časové nenáročnosti, krátkosti a přehlednosti, jako nevýhodu uvádí pečovatelé sdružování více činností do jedné položky (Martínek, Bartoš, 2011, s. 637). Tomagová (2010, s. 35) tvrdí, že v literárních zdrojích uvádí jako výhody především vysokou senzitivitu a specifitu v rozlišování seniorů, kteří trpí demencí a těmi, kteří demencí netrpí. Může být využíván jako doplňující nástroj při hodnocení kognitivních funkcí seniora, především však poukazuje na změny v soběstačnosti (Tomagová, 2010, s. 35).

2.2.10 Dotazník soběstačnosti DAD–CZ

Dotazník soběstačnosti DAD–CZ byl přeložen z anglické verze The Disability Assessment for Dementia – DAD. Dotazník je určen pro hodnocení funkčních schopností v ADL pro klienty trpící kognitivními poruchami, demencí a Alzheimerovou nemocí. Není určen pro osoby, které jsou primárně postiženy fyzickou invaliditou.

Dotazník obsahuje 40 otázek, 17 otázek se soustředí na ADL ve 4 oblastech (hygiena, oblékání, kontinence a jedení) a 18 otázek se soustředí na IADL v 5 oblastech (příprava jídla, telefonování, chození ven a pobyt venku, finance a korespondence, léky). Navíc bylo zařazeno dalších 5 otázek do 1 oblasti (využití volného času a domácí práce), (Bartoš a kol., 2009, s. 321). Česká verze byla upravena tak, aby hodnotitel podával otázky pečovateli. Pečovatel odpovídá, zda klient provedl určenou aktivitu alespoň jednou za 14 dní, bez pomoci nebo připomenutí. Při vykonání získává 1 bod a při nesplnění 0 bodů. Vyšší skóre ukazuje vyšší soběstačnost a naopak. Dotazník obsahuje také možnost odpovědi „nelze určit“, která není započítána do procentuálního hodnocení (viz příloha č. 5). Využití DAD–CZ se nedoporučuje používat u klientů, kteří trpí těžkým stádiem demence. Nevýhodou je, že pečovatelé mají udávat odpověď ano i v případě, že danou aktivitu klient vykonal v posledních 14 dnech pouze jednou, proto se autor domnívá, že tuto podmínku pečovatelé nerespektují a dochází tak ke zkreslení výsledků. Původní DAD má dobrou validitu a je citlivý ke změnám v ADŽ v průběhu jednoho roku (Martínek, Bartoš, 2011, s. 637–638).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ V PRAXI

3.1 Cíle průzkumného šetření

V naší práci byly stanoveny čtyři cíle:

1. Cíl: Zjistit, s jakými škálami sestry pracují na jednotlivých odděleních.

K druhému cíli se vztahovaly položky dotazníku z obecné části, části využití hodnoticích škál pro posouzení soběstačnosti a edukační části: 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 37.

2. Cíl: Zjistit znalosti sester v oblasti hodnoticích škál zaměřených na posouzení soběstačnosti a zvládání denních aktivit.

K prvnímu cíli se vztahovaly položky dotazníku z vědomostní části dotazníku: 21, 22, 23, 24, 25, 26.

Znalost a vědomost je některými autory považována za synonymum, proto jsme se rozhodly používat v tomto případě znalosti. Autoři definují znalost jako: „*vlastnost toho kdo je znalý něčeho, někoho, informovanost, zkušenost*“. A vědomost jako: „*poznatky získané učením, znalosti*“ (Průcha, 2009, s. 126, 253).

3. Cíl: Zjistit, jakým způsobem jsou sestry edukovány v rámci těchto hodnoticích a měřících technik.

K třetímu cíli se vztahovaly položky dotazníku z obecné a edukační části dotazníku: 8, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36.

4. Cíl: Zjistit názory sester na tyto hodnotící a měřící techniky.

K čtvrtému cíli se vztahovaly položky z obecné části, části využití hodnoticích škál pro posouzení soběstačnosti a edukační části: 15, 19, 38.

3.2 Metodika

Ke zpracování praktické části průzkumného šetření, jsme použily dotazníkovou kvantitativní metodu. Dotazník jsme vytvořily společně s Mgr. Bc. Pavlou Kudlovou PhD. Dotazník je považován za metodu, která získává empirické informace nepřímým dotazováním se zkoumaných respondentů pomocí dopředu formulovaných písemných otázek (Žiaková a kol., 2009, s. 130).

Mezi výhody dotazníku patří především položení otázek bez přítomnosti emocí dotazovaného a rychlé zpracování dat v počítačové podobě. Přináší však i své nevýhody a to nízkou návratnost, nebo při nepochopení otázky nelze nic opravit, změnit ani doplnit (Kutnohorská 2009, s. 42).

Pro získání dat jsme sestavily polostrukturovaný dotazník, který obsahoval 38 otázek a skládal se ze 4 oblastí. První oblast byla věnována demografickým údajům, druhá část se zabývala využitím hodnotících a měřicích technik pro posouzení soběstačnosti, třetí část obsahovala znalostní otázky a čtvrtá byla zaměřena na edukaci respondentů. Dotazník byl sestaven ze 4 otevřených otázek, 16 uzavřených otázek z toho byla 1 dichotomická, 3 trichotomické, 12 polytomických, zbylých 18 otázek bylo polouzavřených.

U položky č.: 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 respondenti volili jednu možnou odpověď. Více odpovědí bylo možné volit u položky č.: 9, 15, 16, 17, 18, 38. Volně reagovat, vlastními slovy mohli respondenti u položky č.: 1, 2, 3, 37.

3.3 Soubor respondentů

Jako metoda výběru byl zvolen *prostý záměrný (účelový) výběr* (Miovský, 2006, 136). Účastníci výzkumu splňovali *určitá kritéria*, která byla pro účast v průzkumném šetření nutná. Výzkumný vzorek tvořily registrované všeobecné sestry z akutních a následných lůžek. V dotazníku byla zařazena položka, která selektovala jiné zdravotnické pracovníky (záchranáře, zdravotnické asistenty).

3.4 Organizace šetření

Po nastudování odborných materiálů jsme společně s Mgr. Bc. Pavlou Kudlovou, PhD., sestavily dotazník, který jsme později distribuovaly na pracoviště (viz příloha č. 1). Před zahájením šetření bylo osloveno nezávisle 5 registrovaných všeobecných sester, aby potvrdily srozumitelnost a jasnost položek v dotazníku. Toto tvrzení se prokázalo.

Do průzkumného šetření byly zařazeny tři nemocnice z České republiky: Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Uherskohradištská nemocnice a.s., Nemocnice Přerov. O svolení jsme požádaly náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Mgr. Moniku Dleskovou (KNTB), hlavní sestru Zdenku Vážanovou (Uherskohradištská nemocnice) a hlavní sestru Mgr. Zuzanu Krčkovou (nemocnice Přerov). Po podepsání souhlasu (viz příloha č. 2, 3, 4) jsme

začaly s distribucí dotazníků na jednotlivá oddělení. Šetření probíhalo od prosince 2011 do února 2012.

Do výzkumu bylo celkem zapojeno 170 respondentů, návratnost činila 80,6 % (137 formulářů), po vyřazení 9 nekompletních, bylo vyhodnotitelných 128 formulářů. 12 formulářů bylo vyplněno zdravotnickými asistenty (ZA), proto musely být vyřazeny. Konečný počet respondentů byl tedy 116.

Návratnost dotazníků

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Rozdáno	60	100,00 %	60	100,00 %	50	100,00 %
Vráceno	56	93,33 %	49	81,66 %	32	64,00 %
Vyhodnotitelných	51	85,00 %	45	75,00 %	32	64,00 %
Vyřazení ZA	3	5,00 %	6	10,00 %	3	6,00 %
Vyhodnoceno	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

3.5 Zpracování výsledků

Všechny dotazníky, které jsme vybraly od respondentů, jsme prošly a zkontrolovaly jejich úplnost. V případě nejasností byl dotazník vyřazen. Získané údaje jsme ručně zanesly do tabulek absolutní četnosti pomocí čárkovací metody. Pro další manipulaci jsme utvořily tabulky četností a grafy v elektronické podobě. Tabulky obsahují absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost je vyjádřena početností výskytu určité hodnoty dané třídy. Relativní četnost vyjadřuje procentuální podíl počtu výskytu hodnot v dané třídě z celkového počtu hodnot (Žiaková a kol., 2009, s. 230). Relativní četnost se vypočítá dle uvedeného vzorce a následně vynásobí 100:

$$f_i = n_i : N$$

f_i ...relativní četnost (%)

n_i ...absolutní četnost

N ...celková četnost

V grafech jsou uvedeny hodnoty pouze z relativní četnosti. Pro zpracování dat jsme použily program Microsoft® Office Excel 2007, Microsoft® Office Word 2007 v operačním systému Windows Vista.

3.6 Výsledky průzkumného šetření

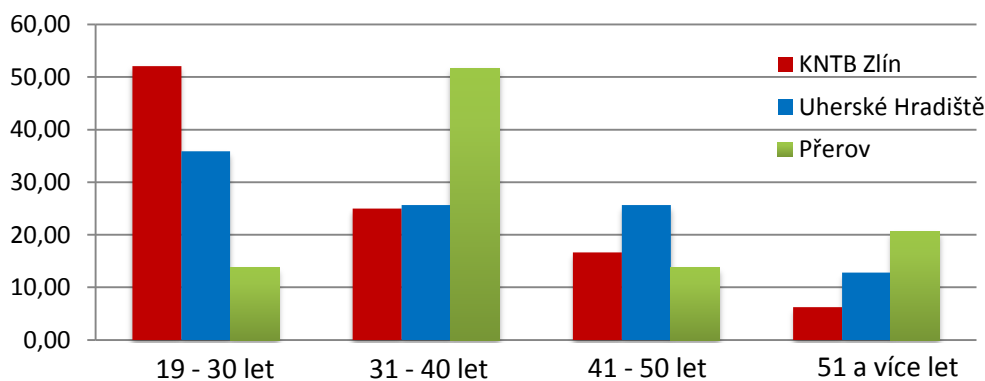
Zde v tabulkách jsou interpretovány výsledky jednotlivých položek v dotazníku. V tabulce je uveden vždy počet respondentů (absolutní četnost) a jejich procentuální zastoupení (relativní četnost). U grafů jsou využívány k interpretaci dat hodnoty relativní četnosti. V tabulce i grafu jsou vždy uvedeny data respondentů z Krajské nemocnice T. Bati (KNTB), a.s., Uherskohradištské nemocnice a.s. a Nemocnice Přerov.

Charakteristika respondentů

Tabulka č. 2 Věk respondentů

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
19—30 let	25	52,08 %	14	35,90 %	4	13,79 %
31—40 let	12	25,00 %	10	25,64 %	15	51,72 %
41—50 let	8	16,67 %	10	25,64 %	4	13,79 %
51 a více let	3	6,25 %	5	12,82 %	6	20,69 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 1 Věk respondentů



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo 25 (52,08 %) věk v rozmezí 19—30 let, 12 (25,00 %) věk v rozmezí 31—40 let, 8 (16,67 %) věk v rozmezí 41—50 let a 3 (6,25 %) uvedlo věk 51 a více let. Průměrný věk respondentů v KNTB je 32 let.

Z celkového počtu 39 (100 %) respondentů Uherskohradištské nemocnice a.s. uvedlo 14 (35,90 %) věk v rozmezí 19—30 let, 10 (25,64 %) věk v rozmezí 31—40 let, 10 (25,64 %) věk v rozmezí 41—50 let a 5 (12,82 %) uvedlo věk 51 a více let. Průměrný věk respondentů v Uherskohradištské nemocnici je 35 let.

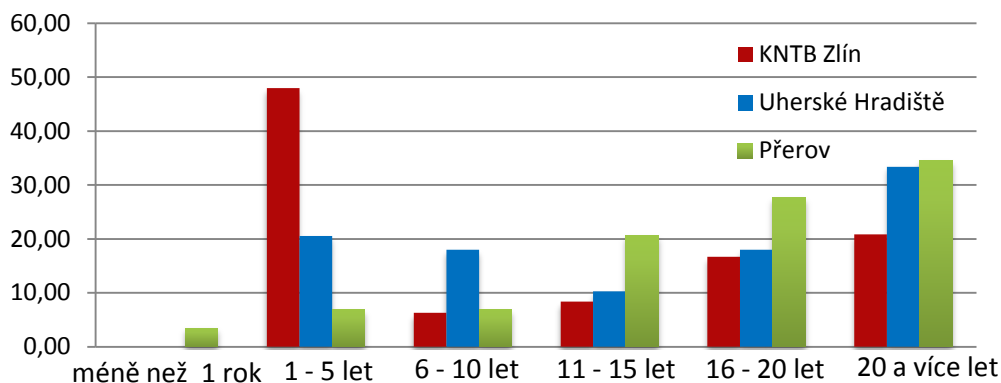
Z celkového počtu 29 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov uvedlo 4 (13,79 %) věk v rozmezí 19—30 let, 15 (51,72 %) věk v rozmezí 31—40 let, 4 (13,79 %) věk v rozmezí 41—50 let a 6 (20,69 %) uvedlo věk 51 a více let. Průměrný věk respondentů v Nemocnici Přerov je 38 let.

Délka odborné praxe respondentů

Tabulka č. 3 Délka odborné praxe respondentů

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
> než 1 rok	0	00,00 %	0	00,00 %	1	3,45 %
1—5 let	23	47,92 %	8	20,51 %	2	6,90 %
6—10 let	3	6,25 %	7	17,95 %	2	6,90 %
11—15 let	4	8,33 %	4	10,26 %	6	20,69 %
16—20 let	8	16,67 %	7	17,95 %	8	27,59 %
20 a více let	10	20,83 %	13	33,33 %	10	34,48 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 2 Délka odborné praxe respondentů



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo 0 (0 %) délku odborné praxe méně než 1rok, 23 (47,92 %) uvedlo délku 1—5 let, 3 (6,25 %) uvedlo délku praxe 6—10 let, 4 (8,33 %) uvedlo délku praxe 11-15 let, 8 (16,67 %) uvedlo délku praxe 16—20 let a 10 (20,83 %) uvedlo délku praxe 20 a více let. Průměrná délka praxe respondentů v KNTB je 11 let.

Z celkového počtu 39 (100 %) respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo 0 (0 %) délku odborné praxe méně než 1rok, 8 (20,51 %) uvedlo délku 1—5 let, 7 (17,95 %) uvedlo délku praxe 6—10 let, 4 (10,26 %) uvedlo délku praxe 11-15 let,

7 (17,95 %) uvedlo délku praxe 16—20 let a 13 (33,33 %) uvedlo délku praxe 20 a více let. Průměrná délka praxe respondentů v Uherskohradištské nemocnici je 15 let.

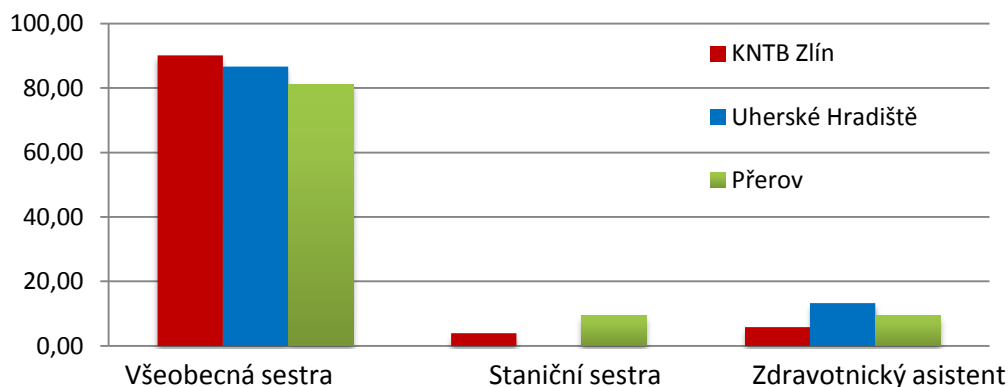
Z celkového počtu 29 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov uvedlo 1 (3,45 %) délku odborné praxe méně než 1rok, 2 (6,90 %) uvedlo délku 1—5 let, 2 (6,90 %) uvedlo délku praxe 6—10 let, 6 (20,69 %) uvedlo délku praxe 11—15 let, 8 (27,59%) uvedlo délku praxe 16—20 let a 10 (34,48 %) uvedlo délku praxe 20 a více let. Průměrná délka praxe respondentů v Nemocnici Přerov je 17 let.

Pracovní zařazení prvotních respondentů před selekcí

Tabulka č. 4 Pracovní zařazení prvotních respondentů před selekcí

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Všeobecná sestra	46	90,20 %	39	86,67 %	26	81,25 %
Staniční sest- ra	2	3,92 %	0	0,00 %	3	9,38 %
Zdravotnický asistent	3	5,88 %	6	13,33 %	3	9,38 %
Celkem	51	100,00 %	45	100,00 %	32	100,00 %

Graf č. 3 Pracovní zařazení respondentů



Z celkového počtu 51 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo 46 (90,20 %) respondentů pracovní zařazení jako Všeobecná sestra, 2 (3,92 %) respondenti uvedli zařazení jako Staniční sestra a 3 (5,88 %) respondenti uvedli zařazení jako Zdravotnický asistent.

Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedlo 39 (86,67 %) respondentů pracovní zařazení jako Všeobecná sestra, 0 (0 %) respondentů uvedlo zařazení jako Staniční sestra a 6 (13,33 %) respondentů uvedlo zařazení jako Zdravotnický asistent.

Z celkového počtu 32 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov uvedlo 26 (81,25 %) respondentů pracovní zařazení jako Všeobecná sestra, 3 (9,38 %) respondenti uvedli zařazení jako Staniční sestra a 3 (9,38 %) respondenti uvedli zařazení jako Zdravotnický asistent.

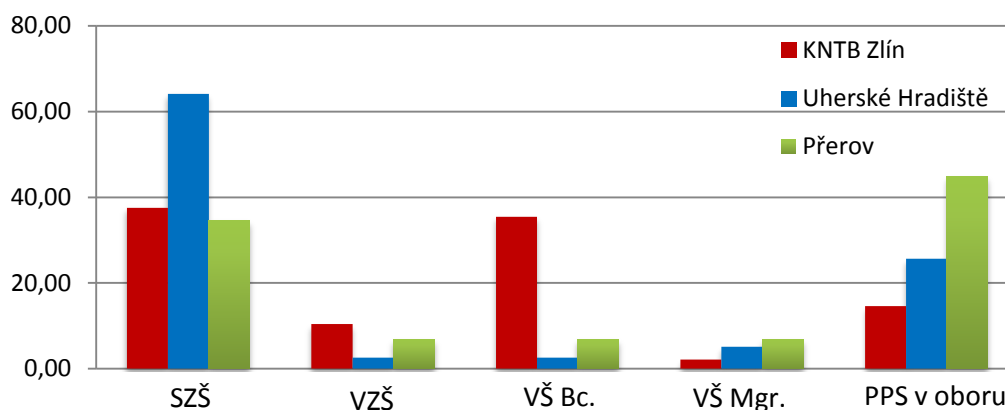
V tomto případě šlo o selektivní položku, která byla zařazena do dotazníku. Celkem 12 formulářů bylo vyřazeno z dalšího vyhodnocování, protože je vyplňovali zdravotničtí asistenti.

Nejvyšší vzdělání respondentů (všeobecných sester)

Tabulka č. 5 Nejvyšší vzdělání respondentů (všeobecných sester)

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
SZŠ	18	37,50 %	25	64,10 %	10	34,48 %
VZŠ	5	10,42 %	1	2,56 %	2	6,90 %
VŠ Bc.	17	35,42 %	1	2,56 %	2	6,90 %
VŠ Mgr.	1	2,08 %	2	5,13 %	2	6,90 %
PSS v oboru	7	14,58 %	10	25,64 %	13	44,83 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 4 Nejvyšší vzdělání respondentů (všeobecných sester)



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo jako své nejvyšší ukončené vzdělání SZŠ 18 (37,50 %) respondentů, VZŠ 5 (10,42 %) respondentů, VŠ – Bc. 17 (35,42 %) respondentů, VŠ – Mgr. 1 (2,08 %) respondent a PPS v oboru 7 (14,58 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) respondentů Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedlo jako své nejvyšší ukončené vzdělání SZŠ 25 (64,10 %) respondentů, VZŠ 1 (2,56 %) respondent, VŠ – Bc. 1 (2,56 %) respondent, VŠ – Mgr. 2 (5,13 %) respondenti a PPS v oboru 10 (25,64 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov uvedlo jako své nejvyšší ukončené vzdělání SZŠ 10 (34,48 %) respondentů, VZŠ 2 (6,90 %) respondenti,

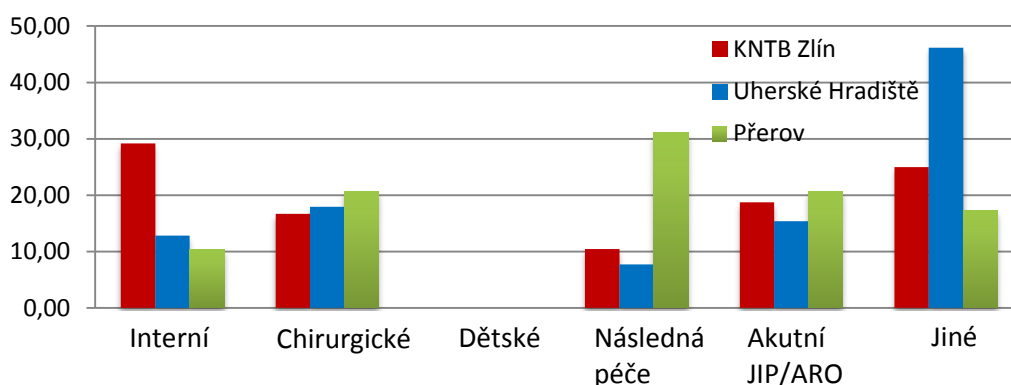
VŠ – Bc. 2 (6,90 %) respondenti, VŠ – Mgr. 2 (6,90 %) respondenti a PPS v oboru 13 (44,83 %) respondentů.

Typ zdravotnického zařízení

Tabulka č. 6 Typ zdravotnického zařízení

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Interní	14	29,17 %	5	12,82 %	3	10,34 %
Chirurgické	8	16,67 %	7	17,95 %	6	20,69 %
Dětské	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
Následná péče	5	10,42 %	3	7,69 %	9	31,03 %
Akutní JIP/ARO	9	18,75 %	6	15,38 %	6	20,69 %
Jiné	12	25,00 %	18	46,15 %	5	17,24 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 5 Typ zdravotnického zařízení



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo jako své pracoviště interní odd. 14 (29,17 %) respondentů, chirurgické odd. 8 (16,67 %) respondentů, odd. následné péče 5 (10,42 %) respondentů, JIP/ARO 9 (18,75 %) respondentů a jiné odd. 12 (25,00 %) respondentů. V odpovědi jiné, byly uvedeny pracoviště typu: onkologie 3 (6,25 %), plicní odd. 2 (4,16 %), oční odd. 2 (4,16 %), gynekologie 2 (4,16 %) a ORL 3 (6,25 %).

Z celkového počtu 39 (100 %) respondentů Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedlo jako své pracoviště interní odd. 5 (12,82 %) respondenti, chirurgické odd. 7 (17,95 %) respondentů, odd. následné péče 3 (7,69 %) respondentů, JIP/ARO 6 (15,38 %) respondentů a jiné odd. 18 (46,15 %) respondentů. V odpovědi jiné, byly uvedeny pracoviště typu: urologie 2 (5,20 %), plicní odd. 1 (2,56 %), neurologie 2 (5,20 %),

infekční 3 (7,69 %) traumatologie 2 (5,20 %), ortopedie 3 (7,69 %), gynekologie 3 (7,69 %) a ORL 2 (5,20 %).

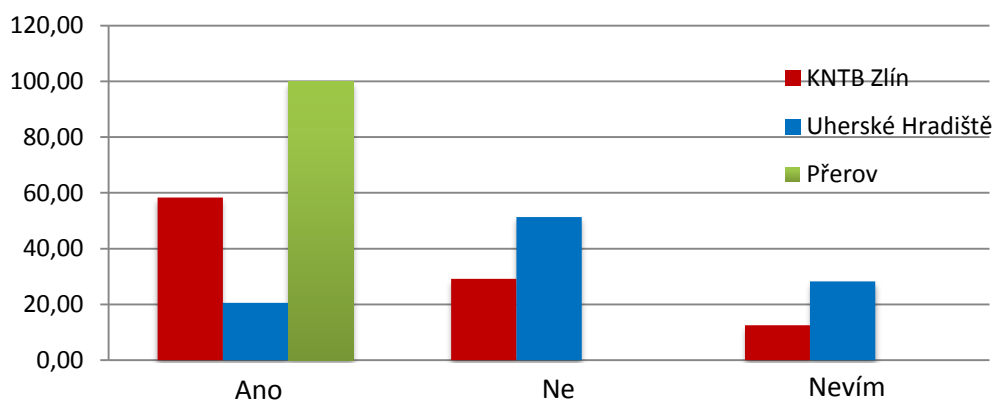
Z celkového počtu 29 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov uvedlo jako své pracoviště interní odd. 3 (10,34 %) respondentů, chirurgické odd. 6 (20,69 %) respondentů, odd. následné péče 9 (31,03 %) respondentů, JIP/ARO 6 (20,69 %) respondentů a jiné odd. 5 (17,24 %) respondentů. V odpovědi jiné, byly uvedeny pracoviště typu: neurologie 3 (10,34 %) a ortopedie 2 (6,89 %).

Udělení akreditace na pracovišti respondenta

Tabulka č. 7 Udělení akreditace na pracovišti respondenta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	28	53,33 %	8	20,51 %	29	100,00 %
Ne	14	29,17 %	20	51,28 %	0	00,00 %
Nevím	6	12,50 %	11	28,21 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 6 Udělení akreditace na pracovišti respondenta



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. pracuje na akreditovaném pracovišti 28 (58,33 %) respondentů, na odd., které nezískalo akreditaci 14 (29,17 %) respondentů a 6 (12,50 %) respondentů neví, zda má pracoviště udělenou akreditaci.

Z celkového počtu 39 (100 %) respondentů Uherskohradištské nemocnici a.s. pracuje na akreditovaném pracovišti 8 (20,51 %) respondentů, na odd., které nezískalo akreditaci 20 (51,28 %) respondentů a 11 (28,21 %) respondentů neví, zda má pracoviště udělenou akreditaci.

Z celkového počtu 29 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov pracuje na akreditovaném pracovišti 32 (100%) respondentů.

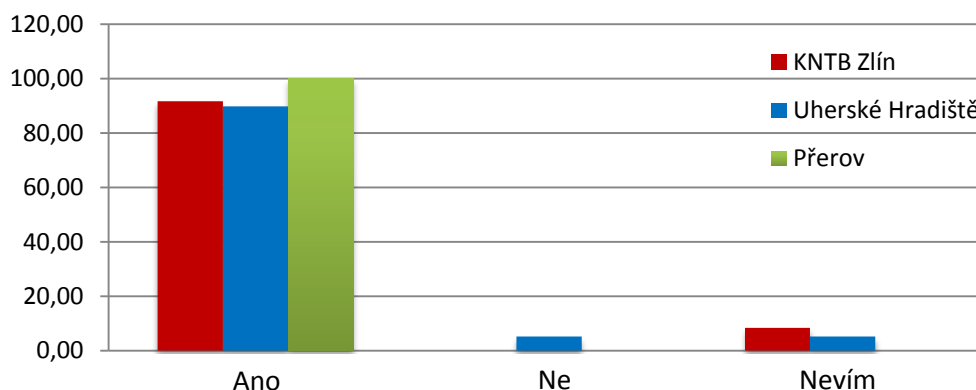
Položky vztahující se k cíli č. 1 (*Zjistit, s jakými škálami pracují sestry na jednotlivých odděleních.*)

Zakotvení hodnotících a měřících škál ve standardech ošetrovatelské péče

Tabulka č. 8 Zakotvení hodnotících a měřících škál ve standardech ošetrovatelské péče

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradišťská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	44	91,67 %	35	89,74 %	29	100,00 %
Ne	0	00,00 %	2	5,13 %	0	00,00 %
Nevím	4	8,33 %	2	5,13 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 7 Zakotvení hodnotících a měřících škál ve standardech ošetrovatelské péče



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Je ve standardech vašeho zařízení zakotveno používání hodnotících a měřících škál či testů?*“: ano 44 (91,67 %), ne 0 (0 %), nevím 4 (8,33 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradišťské nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Je ve standardech vašeho zařízení zakotveno používání hodnotících a měřících škál či testů?*“: ano 35 (89,74 %), ne 2 (5,13 %), nevím 2 (5,13 %) respondentů.

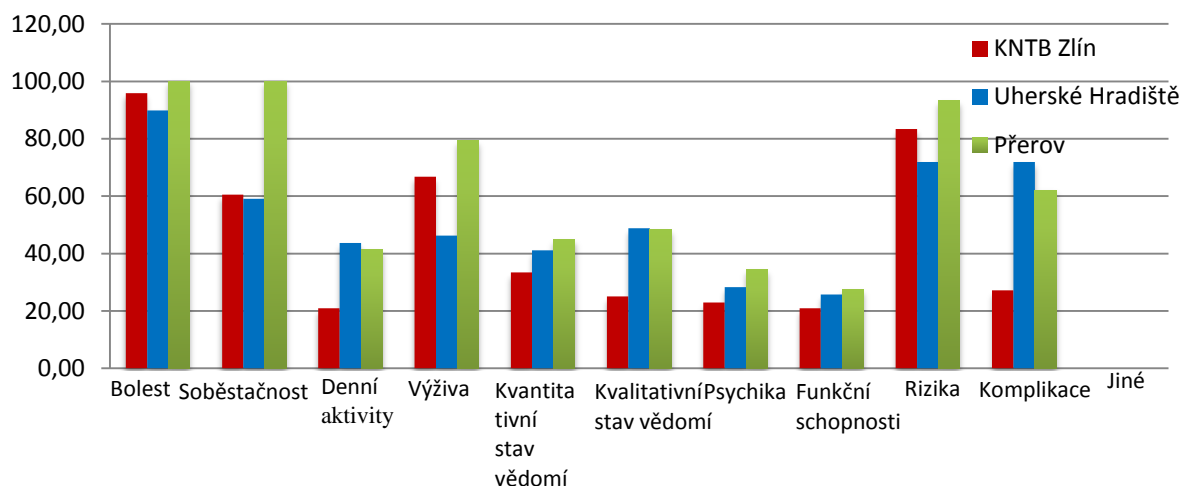
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Je ve standardech vašeho zařízení zakotveno používání hodnotících a měřících škál či testů?*“: ano 29 (100 %), ne 0 (0 %), nevím 0 (0 %) respondentů.

Hodnocené oblasti pomocí testů na pracovišti respondentů

Tabulka č. 9 Hodnocené oblasti pomocí testů na pracovišti respondentů

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Bolest	46	95,83 %	35	89,74 %	29	100 %
Soběstačnost	29	60,42 %	23	58,97 %	29	100 %
Denní aktivity	10	20,83 %	17	43,59 %	12	41,38 %
Výživu	32	66,67 %	18	46,15 %	23	79,31 %
Kvantitativní stav vědomí	16	33,33 %	16	41,03 %	13	44,83 %
Kvalitativní stav vědomí	12	25,00 %	19	48,72 %	14	48,28 %
Psychiku	11	22,92 %	11	28,21 %	10	34,48 %
Funkční schopnosti	10	20,83 %	10	25,64 %	8	27,59 %
Rizika	40	83,33 %	28	71,79 %	27	93,10 %
Komplikace	13	27,08 %	28	71,79 %	18	62,07 %
Jiné	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %

Graf č. 8 Hodnocené oblasti na pracovišti respondentů



Nejčastěji hodnocené oblasti pomocí testů na pracovištích jsou podle respondentů všech třech typů zařízení 1) bolest, 2) rizika, 3) soběstačnost, 4) komplikace, 5) výživa.

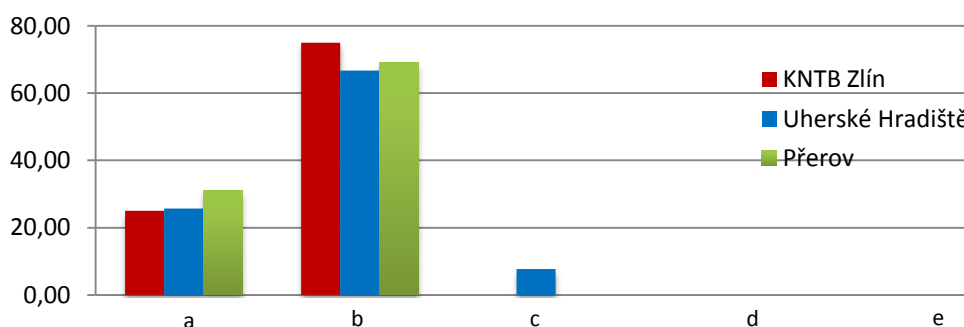
Zařazení hodnoticích škál v dokumentaci na pracovišti respondentů

Legenda: a- Součástí ošetřovatelské anamnézy/posouzení, b- Součástí ošetřovatelské dokumentace (nejen anamnézy, ale i např. překladové zprávy), c- Patří jen mezi doporučené materiály, které vyhodnocujeme podle stavu nemocného, d- Budou od oš. dokumentace teprve časem zařazeny, e- Jiné

Tabulka č. 10 Zařazení hodnoticích škál v dokumentaci na pracovišti respondentů

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a	12	25,00 %	10	25,64 %	9	31,03 %
b	36	75,00 %	26	66,67 %	20	68,97 %
c	0	00,00 %	3	7,69 %	0	00,00 %
d	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
e	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 9 Zařazení hodnoticích škál v dokumentaci na pracovišti respondentů



Nejčastěji respondenti ze všech třech typů zařízení zatrhli možnost b – tedy, že hodnoticí škály jsou součástí ošetřovatelské dokumentace (nejen anamnézy, ale i např. překladové zprávy).

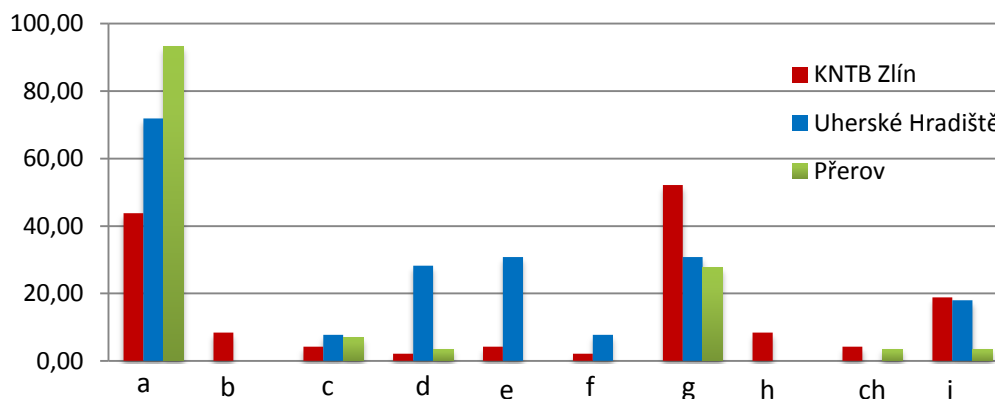
Testy k hodnocení soběstačnosti a míry závislosti využívané na oddělení respondenta

Legenda: a- Test základních všedních činností ADL dle Barthela, b- Test Instrumentálních denních činností (IADL), c- Test vývoje soběstačnosti (TVS test), d- Funkční míru nezávislosti (FIM), e- Katzův index ADL, f- Rankinovo skóre (Modifik Rankin Scale, MRS), g- Klasifikace funkčních úrovní sebepečce dle M. Gordonové, h- Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou), ch- Jiné, i- Nehodnotíme

Tabulka č. 11 Testy k hodnocení soběstačnosti a míry závislosti využívané na oddělení respondenta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
a	21	43,75 %	28	71,79 %	27	93,10 %
b	4	8,33 %	0	00,00 %	0	00,00 %
c	2	4,17 %	3	7,69 %	2	6,90 %
d	1	2,08 %	11	28,21 %	1	3,45 %
e	2	4,17 %	12	30,77 %	0	00,00 %
f	1	2,08 %	3	7,69 %	0	00,00 %
g	25	52,08 %	12	30,77 %	8	27,59 %
h	4	8,33 %	0	00,00 %	0	00,00 %
ch	2	4,17 %	0	00,00 %	1	3,45 %
i	9	18,75 %	7	17,95 %	1	3,45 %

Graf č. 10 Testy k hodnocení soběstačnosti a míry závislosti využívané na oddělení respondenta



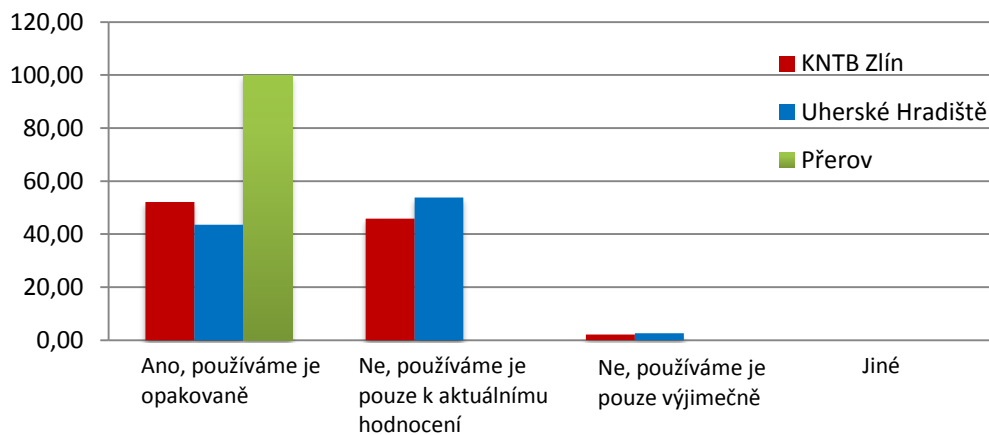
Nejčastěji respondenti ze všech třech typů zařízení hodnotí soběstačnost pomocí Testu základních všedních činností ADL dle Barthela a Klasifikace funkčních úrovní sebepečce dle M. Gordonové.

Opakované využití hodnotících technik k posouzení vývoje klientova stavu během jeho hospitalizace

Tabulka č. 12 Opakované využití hodnotících technik k posouzení vývoje klientova stavu během jeho hospitalizace

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano, používáme je opakovaně	25	52,08 %	17	43,59 %	29	100,00 %
Ne, používáme je pouze k aktuálnímu hodnocení	22	45,83 %	21	53,85 %	0	00,00 %
Ne, používáme je pouze výjimečně	1	2,08 %	1	2,56%	0	00,00 %
Jiné	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 11 Opakované využití hodnotících technik k posouzení vývoje klientova stavu během jeho hospitalizace



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Využíváte opakovaně hodnotící a měřicí techniky k posouzení vývoje klientova stavu během hospitalizace?*“: Ano, používáme je opakovaně 25 (52,08 %) z toho 10 (19,60 %) uvedlo frekvenci hodnocení 1krát za týden, Ne, používáme je pouze k aktuálnímu hodnocení 22 (45,83 %), Ne, používáme je pouze výjimečně 1 (2,08 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištské nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Využíváte opakovaně hodnotící a měřicí techniky*

k posouzení vývoje klienta stavu během hospitalizace?": Ano, používáme je opakovaně 17 (43,59 %) z toho 3 (6,66 %) uvedli frekvenci hodnocení 1krát za den, Ne, používáme je pouze k aktuálnímu hodnocení 21 (53,85 %), Ne, používáme je pouze výjimečně 1 (2,56 %) respondentů.

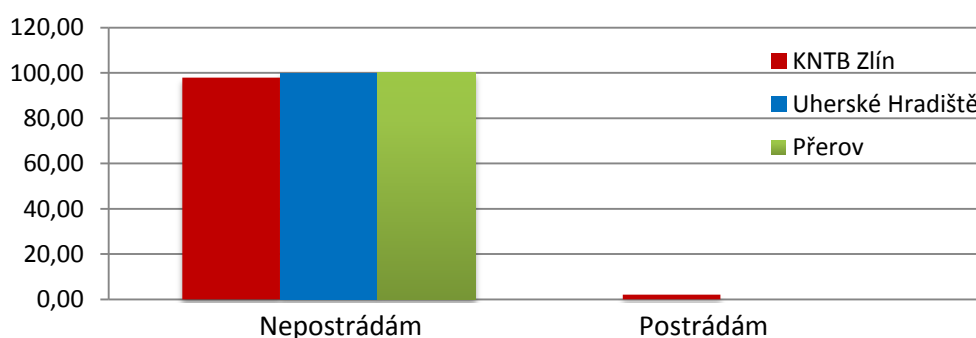
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Využíváte opakovaně hodnotící a měřicí techniky k posouzení vývoje klienta stavu během hospitalizace?“ : Ano, používáme je opakovaně 29 (100 %) z toho 3 (9,37 %) uvedli frekvenci hodnocení 1krát za měsíc, 10 (34,48 %) uvedlo frekvenci 1krát za týden, Ne, používáme je pouze k aktuálnímu hodnocení 0 (0 %), Ne, používáme je pouze výjimečně 0 (0 %) respondentů.

Hodnotící škála, kterou postrádá respondent

Tabulka č. 13 Hodnotící škála, kterou postrádá respondent

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Nepostrádám	47	97,92 %	39	100,00 %	29	100,00 %
Postrádám	1	2,08 %	0	00,00 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 12 Hodnotící škála, kterou postrádá respondent



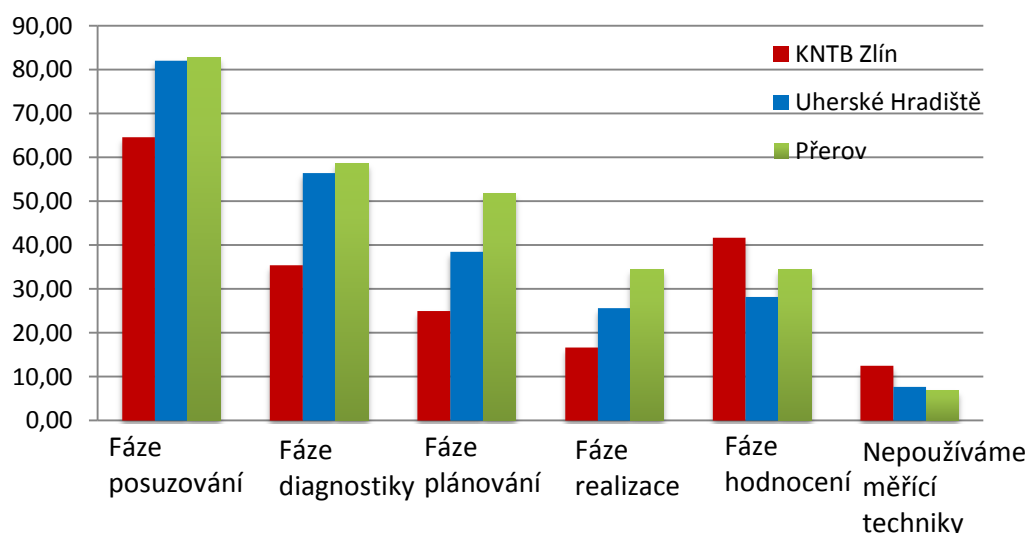
Nejčastěji respondenti ze všech třech typů zařízení zatrhli možnost a – tedy, že nepostrádají žádnou hodnotící škálu.

Využití hodnotících technik k posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit ve fázích ošetrovatelského procesu

Tabulka č. 14 Využití hodnotících technik k posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit ve fázích ošetrovatelského procesu

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Fáze posuzování	31	64,58 %	32	80,05 %	24	82,76 %
Fáze diagnostiky	17	35,42 %	22	56,41 %	17	58,62 %
Fáze plánování	12	25,00 %	15	38,46 %	15	51,72 %
Fáze realizace	8	16,67 %	10	25,64 %	10	34,48 %
Fáze hodnocení	20	41,67 %	11	28,21 %	10	34,48 %
Nepoužíváme měřící techniky	6	12,50 %	3	7,69 %	2	6,90 %

Graf č. 13 Využití hodnotících technik k posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit ve fázích ošetrovatelského procesu



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „V které fázi ošetrovatelského procesu využíváte hodnotící škály k posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit? “: fáze posuzování 31 (64,58 %), fáze diagnostiky 17 (35,42 %), fáze plánování 12 (25,00 %), fáze realizace 8 (16,67 %), fáze hodnocení 20 (41,67 %, nepoužíváme měřící techniky 6 (12,50 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*V které fázi ošetrovatelského procesu využíváte hodnotící škály k posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit?*“: fáze posuzování 32 (82,05 %), fáze diagnostiky 22 (56,41 %), fáze plánování 15 (38,46 %), fáze realizace 10 (25,64 %), fáze hodnocení 11 (28,21 %), nepoužíváme měřicí techniky 3 (7,69 %) respondentů.

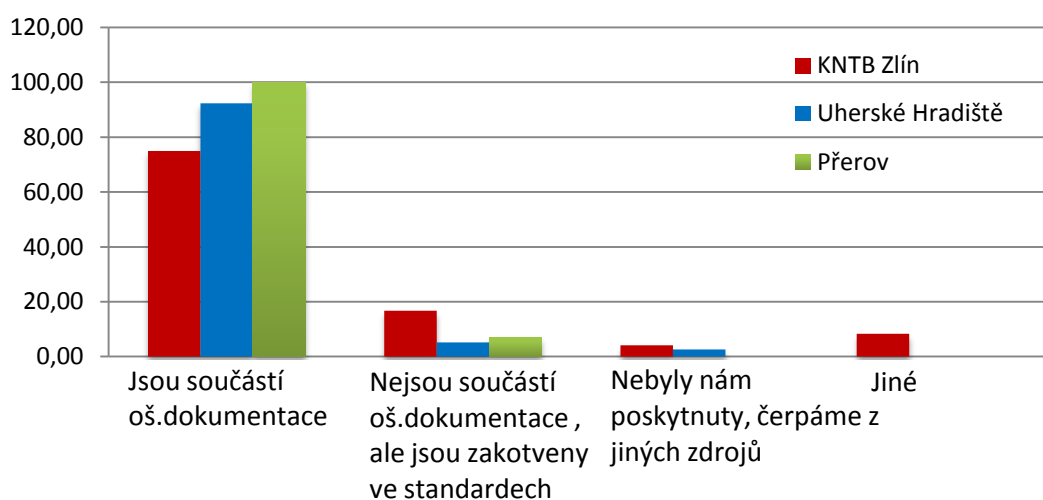
Z celkového počtu 29 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*V které fázi ošetrovatelského procesu využíváte hodnotící škály k posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit?*“: fáze posuzování 24 (82,76 %), fáze diagnostiky 17 (58,62 %), fáze plánování 15 (51,72 %), fáze realizace 10 (34,48 %), fáze hodnocení 10 (34,48 %), nepoužíváme měřicí techniky 2 (6,90 %) respondentů.

Zařazení hodnoticích technik pro posouzení soběstačnosti v ošetrovatelské dokumentaci

Tabulka č. 15 Zařazení hodnoticích technik pro posouzení soběstačnosti v ošetrovatelské dokumentaci

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Jsou součástí oš. dokumentace mého pracoviště	36	75,00 %	36	92,31 %	29	100,00 %
Nejsou součástí oš. dokumentace, ale jsou zakotveny ve standardech	8	16,67 %	2	5,13 %	2	6,90 %
Nebyly nám poskytnuty, čerpáme z jiných zdrojů	2	4,17 %	1	2,56 %	0	00,00 %
Jiné	4	8,33 %	0	00,00 %	0	00,00 %

Graf č. 14 Zařazení hodnoticích technik pro posouzení soběstačnosti v ošetrovatelské dokumentaci



Nejčastěji respondenti ze všech třech typů zařízení zatrhli možnost a – tedy, že hodnotící škály jsou součástí ošetrovatelské dokumentace.

Položky vztahující se k cíli č. 2 (Zjistit znalosti sester v oblasti hodnoticích škál zaměřených na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit)

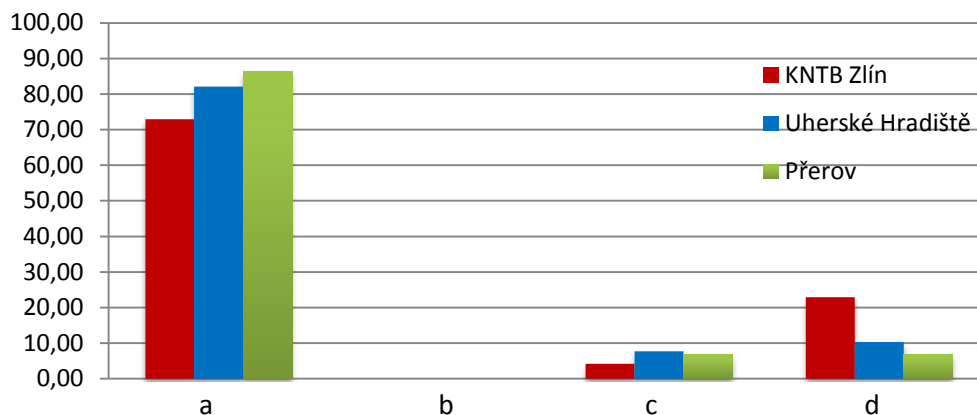
Barthelův test základních všedních činností ADL – znalostní položka

Legenda: a- Slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech jako použití WC, chůze po rovině, osobní hygiena, b- Slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech jako použití WC, chůze po rovině, osobní hygiena, c- Slouží ke zhodnocení použití WC, hygieny, užívání léků, chůze po rovině a do kopce, čím větší počet bodů klient získá, tím se stává závislejší, d- nevím

Tabulka č. 16 Barthelův test základních všedních činností ADL – znalostní položka

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a	35	72,92 %	32	82,05 %	28	86,21 %
b	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
c	2	4,17 %	3	7,69 %	2	6,90 %
d	11	22,92 %	4	10,26 %	2	6,90 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 15 Barthelův test základních všedních činností ADL – znalostní položka



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Barthelův test základních všedních činností ADL*“: správně 35 (72,92 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedli 2 (4,17 %) respondenti a nevědělo odpověď 11 (22,92 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Barthelův test základních všedních činností ADL*“: správně 32 (82,05 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedli 3 (7,69 %) respondenti a nevěděli odpověď 4 (10,26 %) respondenti.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Barthelův test základních všedních činností ADL*“: správně 25 (86,21 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedli 2 (6,90 %) respondenti a nevěděli odpověď 2 (6,90 %) respondenti.

Průměrně ze všech tří zařízení správně odpovědělo 92 (79,31 %) respondentů.

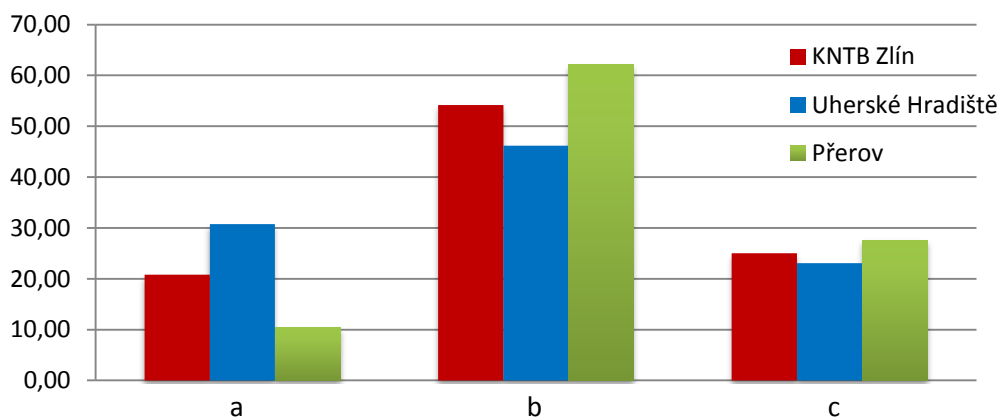
Test instrumentálních všedních činností (IADL) – znalostní položka

Legenda: a- Přemístění z lůžka na židli, chůze po schodech, kontinenci moče, stolice, b- Telefonování, nákup, jízdu dopravním prostředkem, vaření, užívání léků, c- nevím

Tabulka č. 17 Test instrumentálních všedních činností (IADL) – znalostní položka

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
a	10	20,83 %	12	30,77 %	3	10,34 %
b	26	54,17 %	18	46,15 %	18	62,07 %
c	12	25,00 %	9	23,08 %	8	27,59 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 16 Test instrumentálních všedních činností (IADL) – znalostní položka



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Test instrumentálních všedních činností (IADL) hodnotí?*“: správně 26 (54,17 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 10 (20,83 %) respondentů a nevědělo odpověď 12 (25,00 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Test instrumentálních všedních činností (IADL) hodno-*

ti?": správně 18 (46,15 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 12 (30,77 %) respondentů a nevědělo odpověď 9 (23,08 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Test instrumentálních všedních činností (IADL) hodnotí?*“: správně 18 (62,07 %) re-spondentů. Špatnou odpověď uvedli 3 (10,34 %) respondenti a nevědělo odpověď 8 (27,59 %) respondentů.

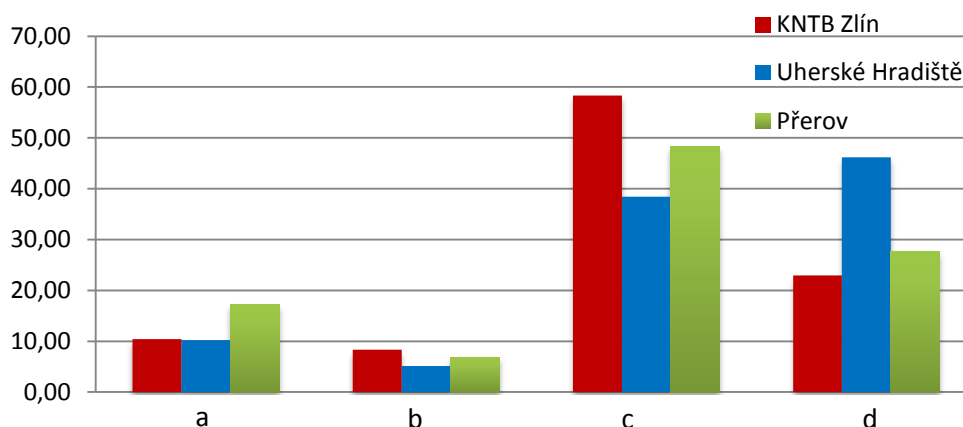
Průměrně ze všech tří zařízení správně odpovědělo 62 (53,44 %) respondentů.

Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle M. Gordonové – znalostní položka

Tabulka č. 18 Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle M. Gordonové – znalostní položka

Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle M. Gordonové hodnotí	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
0 - 4 úrovně	5	10,42 %	4	10,26 %	5	17,24 %
0 - 8 úrovní	4	8,33 %	2	5,13 %	2	6,90 %
0 - 5 úrovní	28	58,33 %	15	38,46 %	14	48,28 %
Nevím	11	22,92 %	18	46,15 %	8	27,59 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00%

Graf č. 17 Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle M. Gordonové – znalostní položka



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle M. Gordonové hodnotí?*“: správně 28 (56,33 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 9 (18,75 %) respondentů a nevědělo odpověď 11 (22,92 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle M. Gordonové hodnotí?“, správně 15 (38,46 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 6 (15,38 %) respondentů a nevědělo odpověď 18 (46,15 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle M. Gordonové hodnotí?“, správně 14 (48,28 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 7 (24,13 %) respondentů a nevědělo odpověď 8 (27,59 %) respondentů.

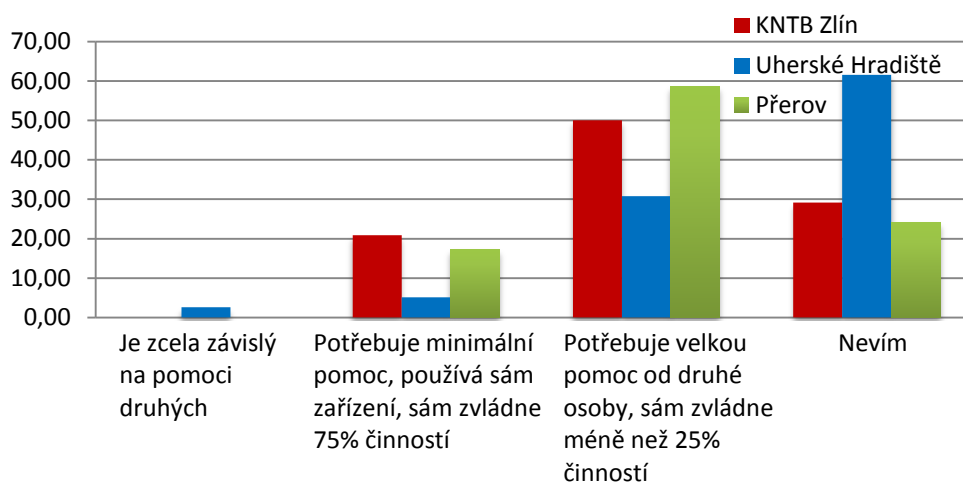
Průměrně ze všech tří zařízení správně odpovědělo 58 (50,00 %) respondentů.

Charakteristika třetí funkční úrovně sebeděče dle M. Gordonové – znalostní položka

Tabulka č. 19 Charakteristika třetí funkční úrovně sebeděče dle M. Gordonové – znalostní položka

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Je zcela závislý na pomoci druhých	0	00,00 %	1	2,56 %	0	00,00 %
Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností	10	20,83 %	2	5,13 %	5	17,24 %
Potřebuje velkou pomoc od druhé osoby, sám zvládne méně než 25% činností	24	50,00 %	12	30,77 %	17	58,62 %
Nevím	14	29,17 %	24	61,54 %	7	24,14 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00%	29	100,00 %

Graf č. 18 Charakteristika třetí funkční úrovně sebepéče dle M. Gordonové – znalostní položka



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Při zjištění třetí funkční úrovně sebepéče dle M. Gordonové klient?“, správně 24 (50,00 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 10 (20,83 %) respondentů a nevědělo odpověď 14 (29,17 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Při zjištění třetí funkční úrovně sebepéče dle M. Gordonové klient?“, správně 12 (30,77 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedli 3 (7,69 %) respondenti a nevědělo odpověď 24 (61,54 %) respondentů.

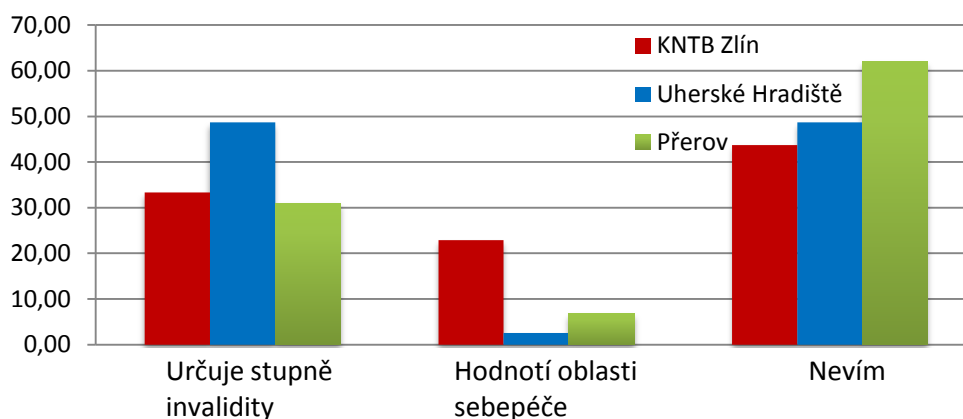
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Při zjištění třetí funkční úrovně sebepéče dle M. Gordonové klient?“, správně 17 (58,62 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 5 (17,24 %) respondentů a nevědělo odpověď 7 (24,14 %) respondentů.

Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS) – znalostní položka

Tabulka č. 20 Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS) – znalostní položka

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Určuje stupně invalidity	16	33,33 %	19	48,72 %	9	31,03 %
Hodnotí oblasti sebezpečí	11	22,92 %	1	2,56 %	2	6,90 %
Nevím	21	43,75 %	19	48,72 %	18	62,07 %
celkem	48	100,00%	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 19 Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS) – znalostní položka



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS)?“: správně 16 (33,33 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 11 (22,92 %) respondentů a nevědělo odpověď 21 (43,75 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS)?“: správně 19 (48,72 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedl 1 (2,56 %) respondent a nevědělo odpověď 19 (48,72 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS)?“: správně 9 (31,03 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedli 2 (6,90 %) respondenti a nevědělo odpověď 18 (62,07 %) respondentů.

Průměrně ze všech tří zařízení správně odpovědělo 44 (37,93 %) respondentů.

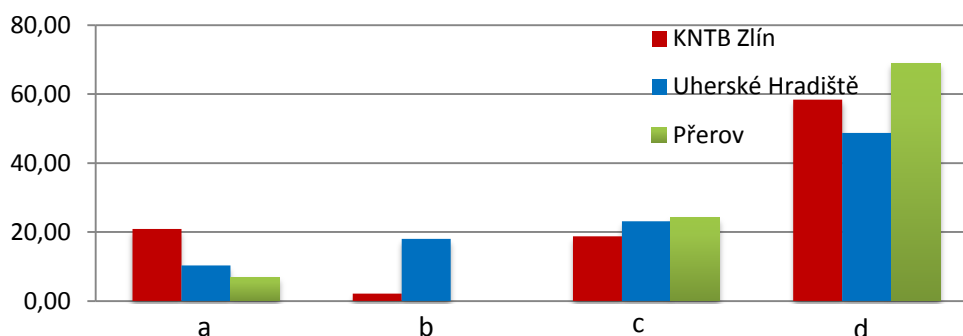
Funkční míra nezávislosti (FIM) – znalostní položka

Legenda: a- Hodnotí 8 okruhů činností (oblast osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace, sociální aspekty, dopomoc druhé osoby, dušnost), b- Hodnotí pouze míru nezávislosti, nikoli však schopnost komunikace a porozumění, c- Hodnotí 6 okruhů činností (sebeobsluhu, kontrolu sfinkterů, mobilitu, lokomoci, komunikaci a sociální adaptibilitu) na sedmi-bodové škále, d- nevím

Tabulka č. 21 Funkční míra nezávislosti (FIM) – znalostní položka

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
a	10	20,83 %	4	10,26 %	2	6,90 %
b	1	2,08 %	7	17,95 %	0	00,00 %
c	9	18,75 %	9	23,08 %	7	24,14 %
d	28	58,33 %	19	48,72 %	20	68,97 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 20 Funkční míra nezávislosti (FIM) – znalostní položka



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Funkční míra nezávislosti (FIM)?“: správně 9 (18,75 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 11 (22,91 %) respondentů a nevědělo odpověď 28 (58,33 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Funkční míra nezávislosti (FIM)?“: správně 9 (23,08 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 11 (28,20 %) respondentů a nevědělo odpověď 19 (48,72 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Funkční míra nezávislosti (FIM)?“: správně 7 (24,14 %) respondentů. Špatnou odpověď uvedlo 2 (6,90 %) respondentů a nevědělo odpověď 20 (68,97 %) respondentů.

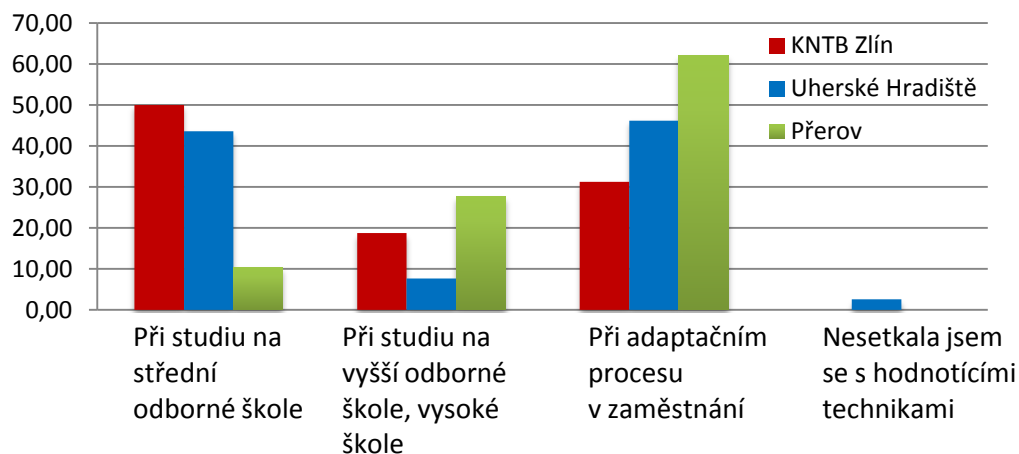
Položky vztahující se k cíli č. 3 (Zjistit, jakým způsobem jsou sestry edukovány v rámci těchto hodnotících a měřících technik)

První setkání s hodnotícími a měřícími technikami

Tabulka č. 22 První setkání s hodnotícími a měřícími technikami

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Při studiu na střední odborné škole	24	50,00 %	17	43,59 %	3	10,34 %
Při studiu na vyšší odborné škole, vysoké škole	9	18,75 %	3	7,69 %	8	27,59 %
Při adaptačním procesu v zaměstnání	15	31,25 %	18	46,15 %	18	62,07 %
Nesetkala jsem se s hodnotícími technikami	0	00,00 %	1	2,56 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 21 První setkání s hodnotícími a měřícími technikami



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Kde jste se poprvé setkala s hodnotícími a měřícími technikami?“, při studiu na střední odborné škole 24 (50,00 %), při studiu na vyšší odborné škole, vysoké škole 9 (18,75 %), při adaptačním procesu v zaměstnání 15 (31,25 %), nesetkala jsem se s hodnotícími technikami 0 (0%) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Kde jste se poprvé setkala s hodnotícími a měřícími technikami?“, při studiu na střední odborné škole 17 (43,59 %), při studiu na vyšší odborné škole 3 (7,69 %), při adaptačním procesu v zaměstnání 18 (46,15 %), nesetkala jsem se s hodnotícími technikami 1 (2,56 %) respondentů.

škole, vysoké škole 3 (7,69 %), při adaptačním procesu v zaměstnání 18 (46,15 %), nese-
tkala jsem se s hodnotícími technikami 1 (2,56%) respondentů.

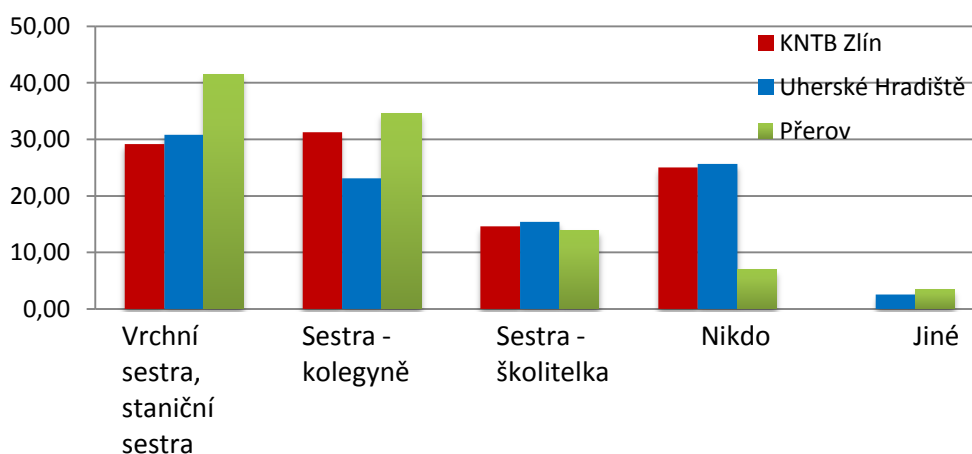
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo
odpověď na otázku: „Kde jste se poprvé setkala s hodnotícími a měřícími technikami?“:
při studiu na střední odborné škole 3 (10,34 %), při studiu na vyšší odborné škole, vysoké
škole 8 (27,59 %), při adaptačním procesu v zaměstnání 18 (62,07 %), nese-
tkala jsem se s hodnotícími technikami 0 (0%) respondentů.

Osoba, která zaškolila respondenta na pracovišti ohledně hodnotících a měřících technik

Tabulka č. 23 Osoba, která zaškolila respondenta na pracovišti ohledně hodnotících a mě-
řících technik

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská ne- mocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Vrchní sestra, staniční sestra	14	29,17 %	12	30,77 %	12	41,38 %
Sestra - kolegyně	15	31,25 %	9	23,08 %	10	34,48 %
Sestra - školitelka	7	14,58 %	6	15,38 %	4	13,79 %
Nikdo	12	25,00 %	10	25,64 %	2	6,90 %
Jiné	0	00,00 %	1	2,56 %	1	3,45 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 22 Osoba, která zaškolila respondenta na pracovišti ohledně hodnotících a měřících
technik



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati,
a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Kdo Vás zaškolil ohledně použití hodnotících a měřících

technik?“: vrchní sestra, staniční sestra 14 (29,17 %), sestra – kolegyně 15 (31,25 %), sestra – školitelka 7 (14,58 %), nikdo 12 (25,00%), někdo jiný 0 (0 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Kdo Vás zaškolil ohledně použití hodnotících a měřících technik?*“: vrchní sestra, staniční sestra 12 (30,77 %), sestra – kolegyně 9 (23,08 %), sestra – školitelka 6 (15,38 %), nikdo 10 (25,64%), někdo jiný 1 (2,56%) respondentů.

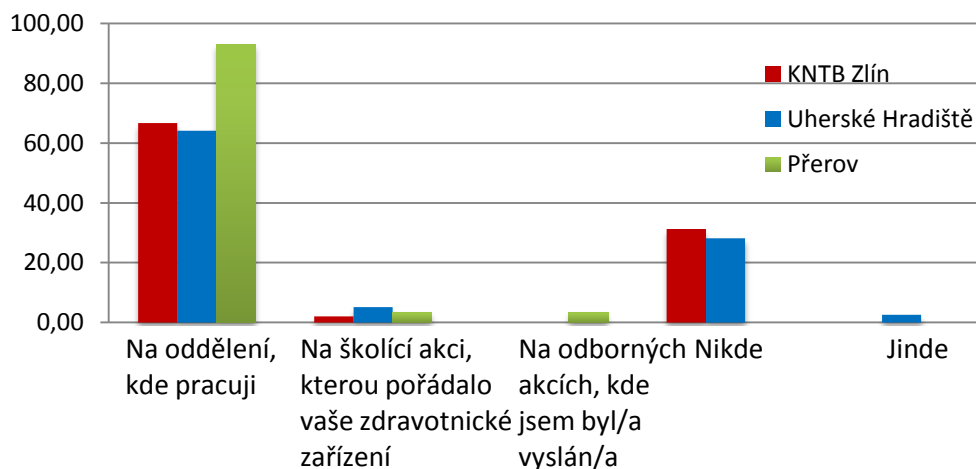
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Kdo Vás zaškolil ohledně použití hodnotících a měřících technik?*“: vrchní sestra, staniční sestra 12 (41,38 %), sestra – kolegyně 10 (34,48 %), sestra – školitelka 4 (13,79 %), nikdo 2 (6,90%), někdo jiný 1 (3,45 %) respondentů.

Místo školení respondenta

Tabulka č. 24 Místo školení respondenta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Na oddělení, kde pracuji	32	66,67 %	25	64,10 %	27	93,10 %
Na školicí akci, kterou pořádalo vaše zdravotnické zařízení	1	2,08 %	2	5,13 %	1	3,45 %
Na odborných akcích, kde jsem byl/a vyslán/a	0	00,00 %	0	00,00 %	1	3,45 %
Nikde	15	31,25 %	11	28,21 %	0	00,00 %
Jinde	0	00,00 %	1	2,56 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 23 Místo školení respondenta



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Kde školení probíhalo?*“: na oddělení, kde pracuji 32 (66,67 %), na školicí akci, kterou pořádalo vaše zdravotnické zařízení 1 (2,08 %), na odborných akcích, kde jsem byl/a vyslán/a 0 (0 %), nikde 15 (31,25 %), jinde 0 (0 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Kde školení probíhalo?*“: na oddělení, kde pracuji 25 (64,10 %), na školicí akci, kterou pořádalo vaše zdravotnické zařízení 2 (5,13 %), na odborných akcích, kde jsem byl/a vyslán/a 0 (0 %), nikde 11 (28,21 %), jinde 1 (2,56%) respondentů.

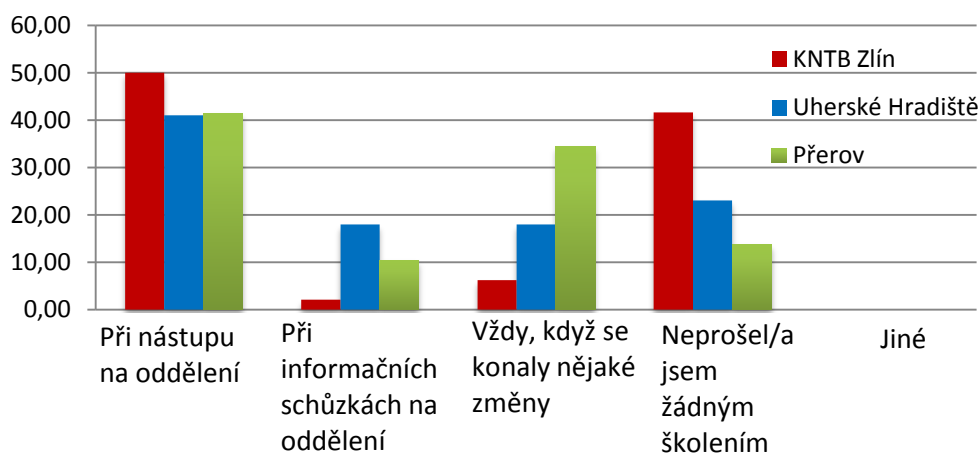
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Kde školení probíhalo?*“: na oddělení, kde pracuji 27 (93,10 %), na školicí akci, kterou pořádalo vaše zdravotnické zařízení 1 (3,45 %), na odborných akcích, kde jsem byl/a vyslán/a 1 (3,45 %), nikde 0 (0 %), jinde 0 (0 %) respondentů.

Při jaké příležitosti došlo ke školení respondenta

Tabulka č. 25 Při jaké příležitosti došlo ke školení respondenta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Při nástupu na oddělení	24	50,00 %	16	41,03 %	12	41,38 %
Při informačních schůzkách (poradách) na oddělení	1	2,08 %	7	17,95 %	3	10,34 %
Vždy, když se konaly nějaké změny ohledně hodnotících technik	3	6,25 %	7	17,95 %	10	34,48 %
Neprošel/a jsem žádným školením	20	41,67 %	9	23,08 %	4	13,79 %
Jiné	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 24 Při jaké příležitosti došlo ke školení respondenta



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Kdy jste prošla školením ohledně hodnotících a měřících technik?“, při nástupu na odd. 24 (50,00 %), při informačních schůzkách (poradách) na odd. 1 (2,08 %), vždy když se konaly nějaké změny ohledně hodnotících technik 3 (6,25 %), neprošel/a jsem žádným školením 20 (41,67 %), jiné 0 (0 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Kdy jste prošla školením ohledně hodnotících a měřících technik?“, při nástupu na odd. 16 (41,03 %), při informačních schůzkách (poradách) na odd. 7 (17,95 %), vždy když se konaly nějaké změny ohledně hodnotících technik 7 (17,95 %), neprošel/a jsem žádným školením 9 (23,08 %), jiné 0 (0 %) respondentů.

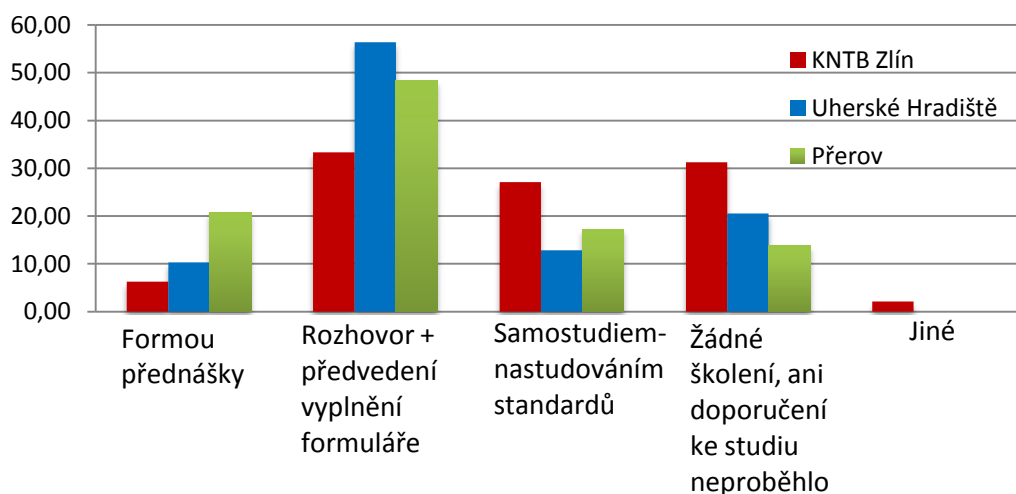
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Kdy jste prošla školením ohledně hodnotících a měřících technik?“: při nástupu na odd. 12 (41,38 %), při informačních schůzkách (poradách) na odd. 3 (10,34 %), vždy když se konaly nějaké změny ohledně hodnotících technik 10 (34,48 %), neprošel/a jsem žádným školením 4 (13,79 %), jiné 0 (0 %) respondentů.

Forma školení respondenta

Tabulka č. 26 Forma školení respondenta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Formou přednášky	3	6,25 %	4	10,26 %	6	20,69 %
Rozhovorem + předvedením vyplnění formuláře	16	33,33 %	22	56,41 %	14	48,28 %
Samostudiem	13	27,08 %	5	12,82 %	5	17,24 %
Žádné školení, ani doporučení ke studiu neproběhlo	15	31,25 %	8	20,51 %	4	13,79 %
Jiné	1	2,08 %	0	00,00 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 25 Forma školení respondenta



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Jak probíhalo školení (edukace) ohledně užívání hodnotících a měřících technik?“: formou přednášky 3 (6,25 %), rozhovorem + předvedením vy-

plnění formuláře 16 (33,33 %), samostudiem 13 (27,08 %), žádné školení, ani doporučení ke studiu neproběhlo 15 (31,25 %), jiné 1 (2,08 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Jak probíhalo školení (edukace) ohledně užívání hodnotících a měřících technik?*“: formou přednášky 4 (10,26 %), rozhovorem + předvedením vyplnění formuláře 22 (56,41 %), samostudiem 5 (12,82 %), žádné školení, ani doporučení ke studiu neproběhlo 8 (20,51 %), jiné 0 (0 %) respondentů.

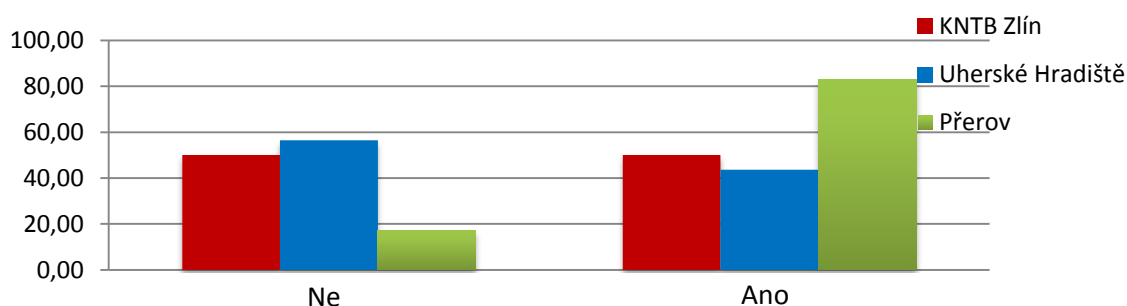
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Jak probíhalo školení (edukace) ohledně užívání hodnotících a měřících technik?*“: formou přednášky 6 (20,69 %), rozhovorem + předvedením vyplnění formuláře 14 (48,28 %), samostudiem 5 (17,24 %), žádné školení, ani doporučení ke studiu neproběhlo 4 (13,79 %), jiné 0 (0 %) respondentů.

Kontrola respondenta při hodnocení klienta

Tabulka č. 27 Kontrola respondenta při hodnocení klienta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ne	24	50,00 %	22	56,41 %	5	17,24 %
Ano	24	50,00 %	17	43,59 %	24	82,76 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 26 Kontrola respondenta při hodnocení klienta



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Zkontroloval někdo, zda využíváte vhodné hodnotící a měřící techniky při hodnocení soběstačnosti klienta?*“: ne 24 (50,00 %), ano 24 (50,00 %) respondentů. Z 24 respondentů uvedlo 10 (20,83 %) vrchní sestru, 13 (27,08 %) staniční sestru a 1 (2,08 %) sestru školitelku.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Zkontroloval někdo, zda využíváte vhodné hodnotící a měřicí techniky při hodnocení soběstačnosti klienta?“, ne 22 (56,41 %), ano 17 (43,59 %) respondentů. Ze 17 respondentů uvedlo 4 (10,25 %) vrchní sestru, 10 (25,64 %) staniční sestru a 3 (7,69 %) sestru školitelku.

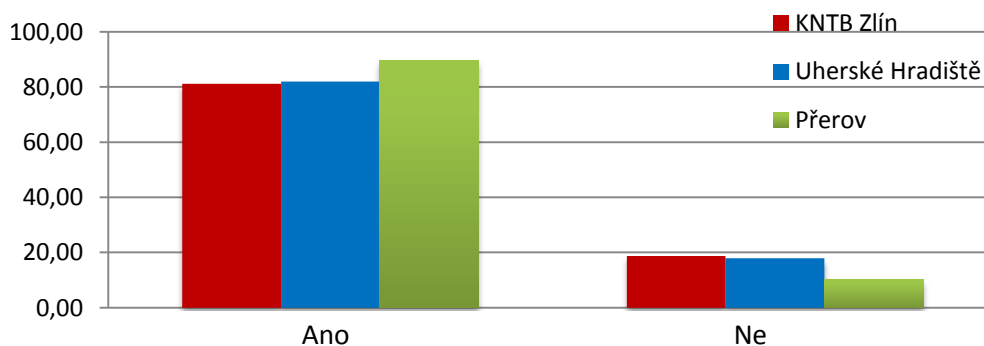
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Zkontroloval někdo, zda využíváte vhodné hodnotící a měřicí techniky při hodnocení soběstačnosti klienta?“, ne 5 (17,24 %), ano 24 (82,76 %) respondentů. Z 24 respondentů uvedlo 8 (27,58 %) vrchní sestru, 10 (35,71 %) staniční sestru, 7 (24,13 %) sestru školitelku a audit 1 (3,44 %).

Umí respondent správně vyhodnotit testy při hodnocení soběstačnosti – sebehodnocení respondentů

Tabulka č. 28 Umí respondent správně vyhodnotit testy při hodnocení soběstačnosti – sebehodnocení respondentů

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	39	81,25 %	32	82,05 %	26	89,66 %
Ne	9	18,75 %	7	17,95 %	3	10,34 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 27 Umí respondent správně vyhodnotit testy při hodnocení soběstačnosti – sebehodnocení respondentů



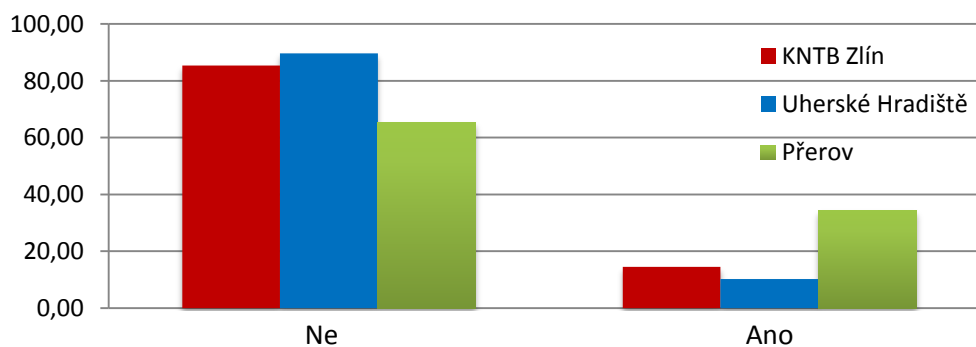
Nejčastěji si respondenti ze všech třech typů zařízení myslí, že umí správně vyhodnotit testy při posouzení soběstačnosti klienta.

Opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na pracovišti respondenta

Tabulka č. 29 Opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na pracovišti respondenta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ne	41	85,42 %	35	89,74 %	19	65,52 %
Ano	7	14,58 %	4	10,26 %	10	34,48 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 28 Opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na pracovišti respondenta



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Provádí se opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na Vašem pracovišti?“: ne 41 (85,42 %), ano 7 (14,58 %) respondentů. Ze 7 respondentů uvedli 2 (4,16 %) formu opakovaného školení rozhovorem, 3 (6,25 %) uvedli porady a 2 (4,16 %) respondenti uvedli formu ukázky.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Provádí se opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na Vašem pracovišti?“: ne 35 (89,74 %), ano 4 (10,26 %) respondentů. Ze 4 respondentů uvedl 1 (2,56 %) formu opakovaného školení rozhovorem a 3 (7,69 %) přednáškou.

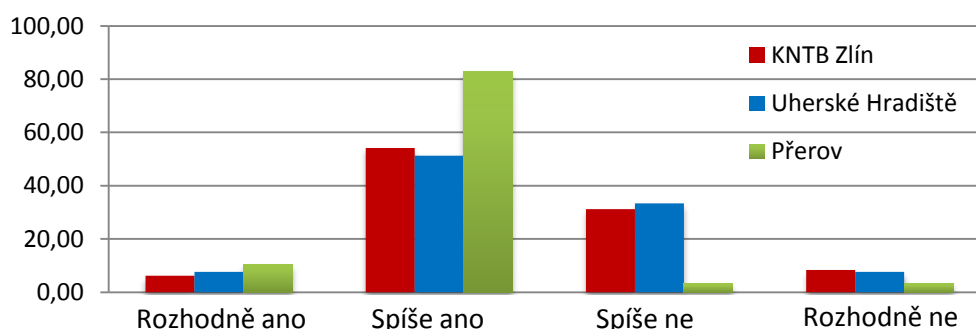
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Provádí se opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na Vašem pracovišti?“: ne 19 (65,52 %), ano 10 (34,48 %) respondentů. Z 11 respondentů uvedli 2 (6,89 %) formu opakovaného školení jako seminář.

Názor respondentů na dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta

Tabulka č. 30 Názor respondentů na dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Rozhodně ano	3	6,25 %	3	7,69 %	3	10,34 %
Spíše ano	26	54,17 %	20	51,28 %	24	82,76 %
Spíše ne	15	31,25 %	13	33,33 %	1	3,45 %
Rozhodně ne	4	8,33 %	3	7,69 %	1	3,45 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 29 Názor respondentů na dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Myslíte si, že máte dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta?*“: rozhodně ano 3 (6,25 %), spíše ano 26 (54,17 %), spíše ne 15 (31,25 %) rozhodně ne 4 (8,33 %) respondenti.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Myslíte si, že máte dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta?*“: rozhodně ano 3 (7,69 %), spíše ano 20 (51,28 %), spíše ne 13 (33,33 %) rozhodně ne 3 (7,69 %) respondenti.

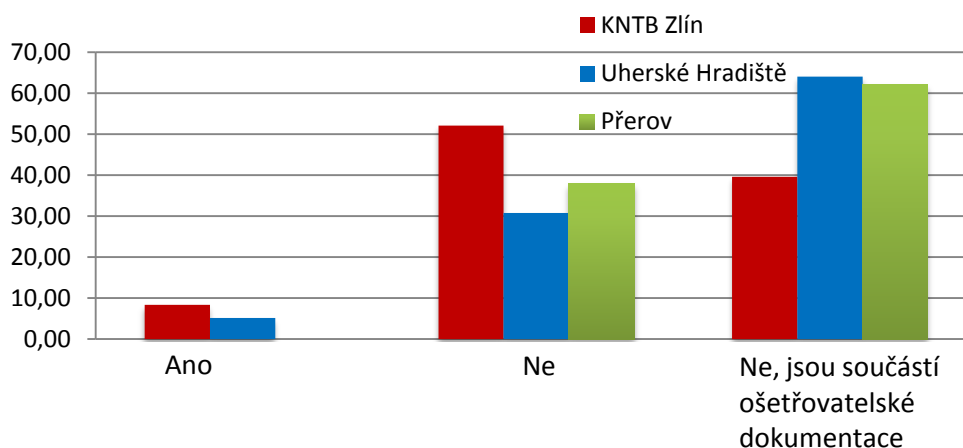
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Myslíte si, že máte dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta?*“: rozhodně ano 3 (10,34 %), spíše ano 24 (82,76 %), spíše ne 1 (3,45 %) rozhodně ne 1 (3,45 %) respondent.

Možnost vlastního výběru hodnotících škál při posouzení soběstačnosti

Tabulka č. 31 Možnost vlastního výběru hodnotících škál při posouzení soběstačnosti

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	4	8,33 %	2	5,13 %	0	00,00 %
Ne	25	52,08 %	12	30,77 %	11	37,93 %
Ne, jsou součástí ošetrovatelské dokumentace	19	39,58 %	25	64,10 %	18	62,07 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 30 Možnost vlastního výběru hodnotících škál při posouzení soběstačnosti



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Máte možnost si zvolit hodnotící škály k posouzení soběstačnosti dle vlastní volby?“, ano 4 (8,33 %), ne 25 (52,08 %), ne jsou součástí ošetrovatelské dokumentace 19 (39,58 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „Máte možnost si zvolit hodnotící škály k posouzení soběstačnosti dle vlastní volby?“, ano 2 (5,13 %), ne 12 (30,77 %), ne jsou součástí ošetrovatelské dokumentace 25 (64,10 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „Máte možnost si zvolit hodnotící škály k posouzení soběstačnosti dle vlastní volby?“, ano 0 (0 %), ne 11 (37,93 %), ne jsou součástí ošetrovatelské dokumentace 18 (62,07 %) respondentů.

Položky vztahující se k cíli č. 4 (Zjistit názory sester na tyto hodnotící a měřicí techniky)

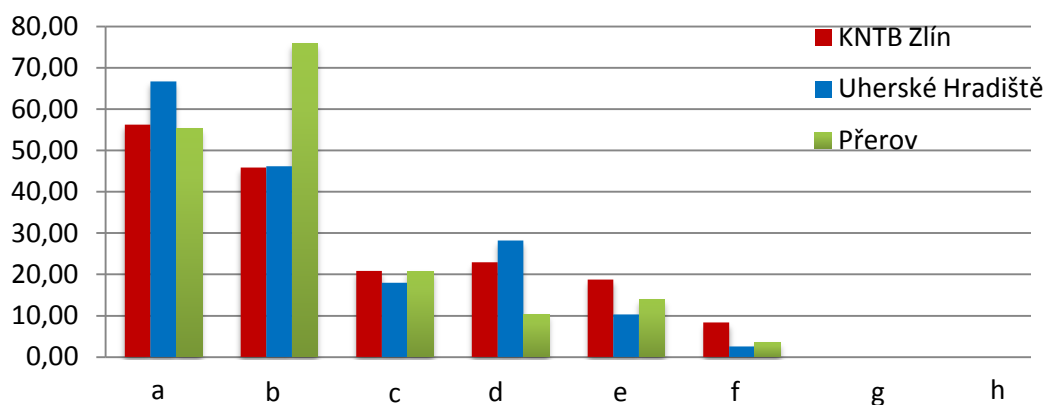
Vnímání hodnotících a měřících technik respondentem

Legenda: a- Krok k objektivnímu hodnocení stavu pacienta, b- Pomoc k lepšímu odhalení klientových potřeb a stanovení intervencí, c- Důležitou pomoc zejména v managementu rizik, d- Důkaz samostatné práce sester, který zvyšuje prestiž sesterského povolání, e- Záporně, protože Vás zdržuje od jiné práce, f- Zbytečnou práci navíc, stačí, když provádíme ordinace lékaře, g- Kladně, ale měl by ho provádět jiný člen zdravotnického týmu, h- Jiné

Tabulka č. 32 Vnímání hodnotících a měřících technik respondentem

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
a	27	56,25 %	26	66,67 %	16	55,17 %
b	22	45,83 %	18	46,15 %	22	75,86 %
c	10	20,83 %	7	17,95 %	6	20,69 %
d	11	22,92 %	11	28,21 %	3	10,34 %
e	9	18,75 %	4	10,26 %	4	13,79 %
f	4	8,33 %	1	2,56 %	0	3,45 %
g	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
h	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %

Graf č. 31 Vnímání hodnotících a měřících technik respondentem



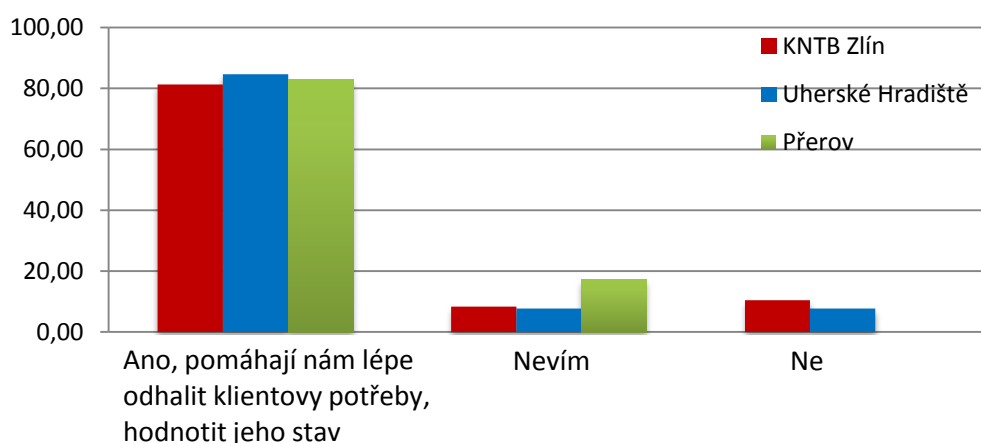
Nejčastěji respondenti ze všech třech typů zařízení vnímají hodnotící a měřicí techniky jako a – krok k objektivnímu hodnocení stavu pacienta, b – pomoc k lepšímu odhalení klientových potřeb a stanovení intervencí, d – důkaz samostatné práce sester, který zvyšuje prestiž sesterského povolání.

Přínos hodnotících a měřících technik pro klienty z pohledu respondentů

Tabulka č. 33 Přínos hodnotících a měřících technik pro klienty z pohledu respondentů

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano, pomáhají nám lépe odhalit klientovy potřeby, hodnotit jeho stav	39	81,25 %	33	84,62 %	24	82,76 %
Nevím	4	8,33 %	3	7,69 %	5	17,24 %
Ne	5	10,42 %	3	7,69 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 32 Přínos hodnotících a měřících technik pro klienty z pohledu respondentů



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Je, podle Vás, používání těchto hodnotících a měřících technik přínosem pro pacienty?*“: Ano, pomáhají nám lépe odhalit klientovy potřeby, hodnotit jeho stav 39 (81,25 %), Nevím 4 (8,33 %), Ne 5 (10,42 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištské nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Je, podle Vás, používání těchto hodnotících a měřících technik přínosem pro pacienty?*“: Ano, pomáhají nám lépe odhalit klientovy potřeby, hodnotit jeho stav 33 (84,62 %), Nevím 3 (7,69 %), Ne 3 (7,69 %) respondentů.

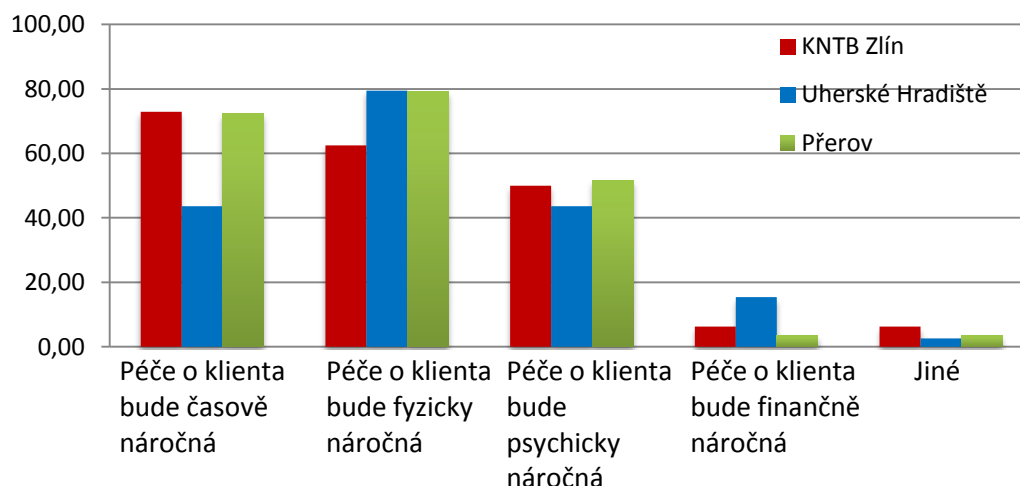
Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Je, podle Vás, používání těchto hodnotících a měřících technik přínosem pro pacienty?*“: Ano, pomáhají nám lépe odhalit klientovy potřeby, hodnotit jeho stav 24 (82,76 %), Nevím 5 (17,24 %), Ne 0 (0 %) respondentů.

Péče o nesoběstačného klienta

Tabulka č. 34 Péče o nesoběstačného klienta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Péče o klienta bude časově náročná	35	72,92 %	17	43,59 %	21	72,41 %
Péče o klienta bude fyzicky náročná	30	62,50 %	31	79,49 %	23	79,31 %
Péče o klienta bude psychicky náročná	24	50,00 %	17	43,59 %	15	51,72 %
Péče o klienta bude finančně náročná	3	6,25 %	6	15,38 %	1	3,45 %
Jiné	3	6,25 %	1	2,56 %	1	3,45 %

Graf č. 33 Péče o nesoběstačného klienta



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Jak vnímáte klienta, který potřebuje pomoc při všech denních aktivitách?*“: péče o klienta bude časově náročná 35 (72,92 %), péče o klienta bude fyzicky náročná 30 (62,50 %), péče o klienta bude psychicky náročná 24 (50,00 %), péče o klienta bude finančně náročná 3 (6,25 %) a jiné 3 (6,25 %)

Z celkového počtu 39 (100 %) respondentů Uherskohradištská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Jak vnímáte klienta, který potřebuje pomoc při všech denních aktivitách?*“: péče o klienta bude časově náročná 17 (43,59 %), péče o klienta bude fyzicky náročná 31 (79,49 %), péče o klienta bude psychicky náročná 17 (43,59 %), péče o klienta bude finančně náročná 6 (15,38 %) a jiné 1 (2,56 %)

Z celkového počtu 29 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Jak vnímáte klienta, který potřebuje pomoc při všech denních aktivitách?*“: péče o klienta bude časově náročná 21 (72,41 %), péče o klienta bude fyzicky náročná 23 (79,31 %), péče o klienta bude psychicky náročná 15 (51,72%), péče o klienta bude finančně náročná 1 (3,45%) a jiné 1 (3,45 %).

4 DISKUZE

Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi jsou neodmyslitelnou součástí moderního ošetrovatelství. V posledních letech se u nás stále více objevují v ošetrovatelských dokumentacích a přináší benefity nejen pro pacienta, ale také pro sesterskou profesi. V našem průzkumném šetření jsme se zaměřily na znalosti sester v oblasti hodnotících a měřících technik zaměřených na posouzení soběstačnosti, dále s jakými škálami pracují na oddělení, jakým způsobem jsou edukovány a jaký mají názor na tyto hodnotící škály.

Průzkumná část této práce byla realizována za pomoci dotazníkové kvantitativní metody v Krajské nemocnici T. Bati a.s., Uherskohradištské nemocnici a.s a Nemocnici Přerov. Získané výsledky byly porovnány s odbornými články a pracemi, které byly publikovány v odborné literatuře a pomocí závěrečných kvalifikačních prací, které byly zaměřeny na stejnou problematiku (hodnotící a měřící techniky, testy, škály). Celkem bylo distribuováno 170 dotazníků (100%), návratnost byla 137 dotazníků (80,58 %) z toho muselo být 9 (5,29 %) dotazníků vyřazeno pro nekompletnost údajů. Celkový počet dotazníků, tedy činil 128 (100%). 12 dotazníků muselo být vyřazeno z průzkumného šetření, protože byly vyplněny zdravotnickými asistenty, kteří podle legislativy nemohou provádět posouzení klienta. Konečný počet vyhodnotitelných dotazníků byl tedy 112 (100 %). Z toho pocházelo 48 (42,85 %) z Krajské nemocnice T. Bati a.s., Uherskohradištské nemocnice a.s. 39 (34,81 %) a z Nemocnice Přerov 29 (25,89 %) (viz tab. 1).

První část průzkumu byla zaměřena na obecné údaje respondentů: věk, délku odborné praxe, pracovní zařazení, vzdělání a typ zdravotnického zařízení. V Krajské nemocnici T. Bati a.s. tvořily nejpočetnější skupinu respondentů sestry ve věkovém rozmezí 19—30 let (54,90 %), v Uherskohradištské nemocnici a.s. byla nejpočetnější skupina také v rozmezí 19—30 let (44,44 %) a v Nemocnici Přerov tvořily nejpočetnější skupinu respondentů sestry ve věkovém rozmezí 31—40 let (46,88 %) (viz tabulka č. 2).

Délka odborné praxe byla rozdílná pro jednotlivé nemocnice. V Krajské nemocnici T. Bati a.s. uvedlo nejvíce respondentů délku odborné praxe v rozmezí 1—5 let (50,98 %), na druhém místě respondenti uvedli 20 a více let (19,61 %). V Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedli respondenti taktéž na 1. místě délku odborné praxe v rozmezí 1—5 let (31,11%), na druhém místě uvedli 20 a více let (28,89 %). V Nemocnici Přerov uvedlo nejvíce respondentů délku odborné praxe v rozmezí 20 a více (31,25 %) a na druhém místě

v rozmezí 16—20 (25,00) let (viz tabulka č. 3). Podle Žiakové (2007, s. 16) souvisí správné využití měřicích technik s délkou odborné praxe.

Na selektující otázku, týkající se – pracovního zařazení, odpovědělo podle očekávaných výsledků nejvíce respondentů zařazení jako všeobecná sestra v Krajské nemocnici T. Bati a.s 90,20 % respondentů, v Uherskohradištské nemocnici a.s. 86,67 % respondentů, v Nemocnici Přerov 81,25 % respondentů. (viz tabulka č. 4).

Co se týče vzdělání respondentů, stále zůstávají ve vedení sestry se středoškolským vzděláním, na druhém místě se objevují sestry s PSS. Konkrétně sestry z Krajské nemocnice T. Bati a.s., uvedly středoškolské vzdělání na prvním místě (41,18 %) a na druhém místě bakalářské vysokoškolské vzdělání (33,33 %). Tento výsledek souvisí pravděpodobně s možností přihlásit se do bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně. V Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedly na prvním místě středoškolské vzdělání (68,88 %) a na druhém místě PSS v oboru (22,22 %). V Nemocnici Přerov byl vyvážený počet respondentů se středoškolským (40,63 %) a PSS v oboru (40,63 %), (viz tabulka č. 5).

První cíl této práce byl zaměřen na nejčastěji používané hodnotící škály, které sestry využívají na oddělení při hodnocení klienta. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji sestry hodnotí fyzické potřeby klienta a kognitivní stránka ustupuje do pozadí. Toto zjištění je téměř shodné s výsledky diplomové práce Kubátové (2010) a bakalářskou prací Handrejchové (2011), kdy také uvádí, že hodnocení sester je zaměřeno spíše na fyzické potřeby nemocného. Nejčastěji sestry v Krajské nemocnici T. Bati a.s. hodnotí bolest (95,83 %), rizika (83,33 %), výživu (66,67 %), soběstačnost (60,42 %) další oblasti byly zastoupeny v malém počtu. V Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedly také na prvním místě hodnocení bolesti (89,74 %), dále rizika (71,79 %), komplikace (71,79) a soběstačnost (58,97 %). V Nemocnici Přerov bylo zajímavé, že všichni respondenti hodnotí bolest i soběstačnost (100 %), dále rizika (93,10 %), výživu (79,31 %) a jiné (viz tabulka č. 9).

Ve výsledku se ukázalo, že sestry používají při hodnocení soběstačnosti v Krajské nemocnici T. Bati a.s. nejčastěji Klasifikace funkčních úrovní sebezpečí dle M. Gordonové (52,08 %) na druhém místě uvedly Test základních všedních činností ADL dle Barthela (43,75 %). Zajímavostí je, že většina sester uvedla, že hodnotící škály jsou zakotveny v ošetrovatelské dokumentaci, ale po nahlédnutí do dokumentace v Krajské nemocnici T. Bati a.s., jsme z dvou výše uvedených hodnotících testů nenalezly ani jeden. Domnívá-

me se, že si sestry spletly autorky testů, protože v ošetrovatelské dokumentaci hodnotí soběstačnost pomocí rozšířené stupnice podle Nortonové. V Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedly pro hodnocení soběstačnosti Test základních všedních činností ADL dle Bartheta (71,79 %) a stejně tomu bylo i v Nemocnici Přerov (93,10 %) (viz tabulka č. 11). Téměř stejné výsledky uvádí také Kubátová (2010) a Handrejchová (2011). Přitom Vaňásková (2005, s. 313) ve svém článku tvrdí, že Test Barthelové je sice jednoduchý pro použití v praxi, ale není citlivý na odlišení minimální a maximální asistence. Dále uvádí, že FIM je mnohem citlivější a ucelenější oproti Testu Barthelové a dá se využít jako standart ve zdravotnické dokumentaci (Vaňásková, 2005, s. 113—114). Proto se domníváme, že zanesení FIM do praxe by znamenalo komplexnější posouzení soběstačnosti a kognitivních funkcí klienta a sestry by byly schopné zajistit lépe potřeby nemocného.

Sestry v Krajské nemocnici T. Bati a.s., Uherskohradištské nemocnici a.s. i Nemocnici Přerov uvedly, že testy pro posouzení soběstačnosti jsou součástí ošetrovatelské dokumentace a nemají si tak možnost vybrat hodnotící škálu podle vlastní volby (viz tabulka č. 10, 31). Domníváme se, že výběr hodnotících škál by měl probíhat ve spolupráci se sestrami, které je budou požívat v klinické praxi při posouzení.

Druhý cíl byl zaměřen na znalosti sester v oblasti hodnotících škál na posouzení soběstačnosti a denních aktivit. Sestry odpovídaly na otázky, které charakterizovaly jednotlivé hodnotící testy na posouzení soběstačnosti (viz tabulka č. 16, 17, 18, 19, 20, 21). Ze získaných výsledků můžeme říct, že sestry ze všech tří nemocnic uváděly správné odpovědi, především u otázek týkajících se ADL (79,31 %), IADL (53,44 %) a Klasifikace funkčních úrovní dle M. Gordonové (50,00 %), (viz příloha č. 16). Výsledky ukazují na průměrné znalosti nejčastěji používaných hodnotících testů v praxi. Zajímavé bylo, že na otázku vztahující se k FIM odpovědělo správně pouze malé zastoupení sester (21,55 %). V Krajské nemocnici T. Bati a.s. uvedlo správnou odpověď vztahující se k FIM pouze 9 (18,75 %) sester, Uherskohradištské nemocnici a.s. také 9 (23,08 %) sester a v Nemocnici Přerov uvedlo správnou odpověď pouze 7 (24,14 %) sester. Předpokládáme, že příčinou nedostatku znalostí ohledně hodnotících testů a škál pro posouzení soběstačnosti je to, že u nás neexistuje žádná novější publikace, která by podrobně a komplexně popisovala hodnotící testy a škály, které lze v současné době využít v klinické praxi.

Naším **třetím cílem** bylo zjistit, jakým způsobem jsou sestry edukovány v rámci hodnotících a měřících technik. Podle získaných informací jsme zjistily, že sestry v Krajské nemocnici T. Bati a.s. se poprvé setkaly s hodnotícími a měřícími technikami při studiu

na SZŠ (50,00 %), VZŠ nebo VŠ (18,75 %) a při adaptačním procesu v zaměstnání (31,25 %). Sestry v Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedly, že se také poprvé setkaly s hodnoticími technikami při studiu na SZŠ (43,59 %), VZŠ nebo VŠ (7,69 %) a téměř polovina sester uvedla první setkání při adaptačním procesu v zaměstnání (45,15 %). V Nemocnici Přerov uvedly sestry ve větším počtu první setkání během adaptačního procesu v zaměstnání (62,07 %). Při studiu na SZŠ pouze (10,34 %) a na VŠ (27,59 %).

Výsledky také ukazují, že většina sester bývá zaškolená ohledně hodnoticích a měřicích technik na oddělení převážně vrchní sestrou/ staniční sestrou nebo na druhém místě pak sestrou kolegyní nebo na třetím místě až sestrou školitelkou. V Krajské nemocnici T. Bati a.s. uvedlo 12 (25,00 %) sester, že je nikdo nezaškolil. Podobně na tom bylo 10 (25,64 %) sester z Uherskohradištské nemocnice a.s. (viz tabulka č. 23).

Na otázku jakou formou školení probíhalo, odpověděly sestry z Krajské nemocnice T. Bati a.s. převážně rozhovorem (33,33 %), samostudiem (27,08 %) a zajímavé bylo, že některé sestry neprošly žádným školením a ani nedostaly doporučení ke studiu (31,25 %). Lépe na tom byly sestry z Uherskohradištské nemocnice a.s. a Nemocnice Přerov, které převážně ve stejném počtu uvedly formu přednášky nebo rozhovoru s následnou ukázkou vyplnění formuláře. Kontrolou, zda používají vhodné měřicí techniky při posouzení soběstačnosti, prošla polovina sester (50,00 %) z Krajské nemocnice T. Bati a.s., v Uherskohradištské nemocnice a.s. to byla téměř polovina (43,59 %) a v Nemocnici Přerov prošla kontrolou většina sester (82,76 %).

Z výsledků vyplývá, že sestry si myslí, že mají dostatek informací ohledně hodnoticích a měřicích technik k posouzení soběstačnosti klienta (viz tabulka č. 30), ale zároveň uvádí, že se neprovádí žádné opakované školení ohledně nových měřicích a hodnoticích technik (viz tabulka č. 29). Domníváme se tedy, že sestry nemohou mít příliš informací ohledně hodnoticích a měřicích technik, protože tyto metody se stále vyvíjí a na povrch se dostávají mnohem přesnější testy k posouzení soběstačnosti klienta.

Naším **čtvrtým cílem** bylo zjistit názory sester na hodnoticí a měřicí techniky. V Krajské nemocnici T. Bati a.s. vnímají sestry hodnoticí a měřicí techniky jako krok k objektivnímu hodnocení stavu klienta (56,25 %), jako pomoc k odhalení klientových potřeb (45,83 %), jako pomoc při odhalení rizik v managementu (20,83 %). Sestry vnímají i pozitivně to, že využití hodnoticích technik potvrzuje jejich samostatnost při práci (22,92 %) což potvrzuje i Staňková (2006c, s. 5—6) ve své publikaci. Některé sestry vni-

mají bohužel stále testy jako zbytečnou práci navíc, která je zdržuje od jiné práce (18,75 %). Podobné názory se objevili i v Uherskohradištské nemocnici a.s. a Nemocnici Přerov (viz tabulka č. 32). Tyto výsledky korespondují s výsledky Kubátové (2010) a Handrejchové (2011), kdy také uvádí spíše kladný názor na hodnoticí a měřicí techniky. Důmníváme se, že sestry vnímají kladně hodnoticí techniky nejen kvůli přínosu pro pacienty, ale především si začaly uvědomovat současnou situaci, kdy je lepší dodržovat správné zásady při práci, než být obviněna z něčeho co nejde dohledat. Dnes se lidé dožadují kvalitní ošetrovatelské péče a jsou schopní při nenaplnění jejich očekávání vznést obžalobu, která představuje pro sestru řadu nepříjemností, a proto je výhodou mít vše podložené objektivním posouzením klienta.

ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce se zabývá hodnoticími a měřicími technikami na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit pacienta. Popisuje využití hodnoticích technik v ošetrovatelském procesu, kdo je kompetentní tyto měřicí techniky využívat a za jakým účelem. Druhá část teorie popisuje jednotlivé hodnoticí testy na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit, které se nejčastěji používají v klinické praxi.

Naším cílem praktické části bylo zmapovat nejčastěji využívané hodnoticí techniky na posouzení soběstačnosti, zjistit znalosti sester, způsob edukace a názor na hodnoticí a měřicí techniky.

Cílem č. 1 bylo zjistit, s jakými škálami pracují sestry na jednotlivých odděleních. Ze získaných výsledků jsme zjistily, že nejčastěji využívanou škálou pro posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit pacienta sestry využívají Test základních všedních činností ADL dle Barthela a Klasifikaci funkčních úrovní dle M. Gordonové (viz tabulka č. 11).

Cílem č. 2 bylo zjistit znalosti sester v oblasti hodnoticích škál zaměřených na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit. K získání výsledků jsme použily 6 znalostních otázek, které charakterizovaly jednotlivé testy. Z výsledků vyplývá, že sestry mají průměrné znalosti v nejčastěji využívaných hodnoticích testech, které používají. Podprůměrné znalosti se ukázaly v méně používaných hodnoticích testech (viz tabulka č. 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Cílem č. 3 bylo zjistit, jakým způsobem jsou sestry edukovány v rámci těchto hodnoticích a měřicích technik. Z výsledků vyplývá, že sestry jsou nejčastěji seznámeny s hodnoticími testy na oddělení formou ukázky vyplnění formuláře a k tomu dostávají slovní instrukce. Bohužel i dost sester uvedlo, že je nikdo nezaškolil a ani nezkontroloval při vyplňování formulářů (uvedlo až 25 % respondentů ze dvou zdravotnických zařízení mimo Nemocnici Přerov). Dále až polovina sester uvedla, že se poprvé setkaly s hodnoticími a měřicími technikami až při adaptačním procesu v zaměstnání (viz tabulka č. 22, 23, 24, 26, 27).

Cílem č. 4 bylo, zjistit názory sester na tyto hodnoticí a měřicí techniky. Z uvedených odpovědí sester můžeme říct, že mají na hodnoticí techniky kladný názor. Vidí v nich

přínos nejen pro pacienty, ale také při své práci, kdy jim napomáhají objektivně zhodnotit funkční stav klienta a sledovat výsledky ošetrovatelské péče (viz tabulka č 32, 33).

Jako možnost řešení současné situace v oblasti využití hodnotících a měřících technik na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit klienta vidíme možnost vybrat nejvhodnější měřicí nástroje, kterými by se sjednotilo hodnocení v celém zdravotnickém zařízení. Dále by bylo dobré, kdyby na jednotlivých pracovištích probíhalo školení ohledně hodnotících a měřících technik, které by přineslo sestřám nové informace v dané oblasti. Nejen školení, ale především zpětná vazba je důležitá pro školící osobu, aby se ujistila, že dochází opravdu ke správnému hodnocení pomocí testů. Na to se bohužel v našich zdravotnických zařízeních podle uvedených výsledků zapomíná. Aby byly informace aktuální, bylo by dobré provádět školení opakovaně, aby i nově příchozí sestry znaly zásady správného hodnocení na pracovišti.

Obáváme se, že současná situace vede k pouze rutinnímu vyplňování formulářů a sestry tak zapomínají na pravý význam hodnotících technik, které by jim měly komplexně přiblížit stav klienta a díky tomu stanovit kvalitní ošetrovatelskou péči, která by podporovala soběstačnost a nezávislost klienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura:

BÓRIKOVÁ, I. a K. ŽIAKOVÁ. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve. In: BUŽGOVÁ, R. a JAROŠOVÁ. *OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA A PRAXE*. Ostrava: vytiskl: Repronis Ostrava, s. 13-16. ISBN 978-80-7368-230-9.

HEŘMANOVÁ, J. a M. ZVONÍČKOVÁ. 2006. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou. *Diagnóza*. roč. 2, č. 8, s. 295-297. ISSN 1801-1349.

KŘIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUDLOVÁ, P. 2011. Historie ošetrovateľského procesu a ošetrovateľských diagnóz NANDA. In *Ošetrovateľství – morální umění. Kapitoly z dějin ošetrovateľství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. KRÁTKÁ A., KUTNOHORSKÁ J., CICHÁ M. a kol. Praha: Grada, 2011. S. 28-41. ISBN 978-80-247-4201-4

KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetrovateľství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

LIPPERTOVÁ- GRÜNEROVÁ, M. 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-317-6.

MAREČKOVÁ, J, J VEJVALKA a K. IVANOVÁ. 2006. Závěry projektu - srovnání metod objektivního hodnocení sebezpečí a soběstačnosti. In Kudlová, P. (Ed.). Sociokulturní kontexty v ošetrovateľství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 575-583. ISBN: 80-244-1424-4.

MARTÍNEK, P. a A. BARTOŠ. 2011. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Česká a Slovenská Neurologie*. č. 6, s. 632-640. ISSN 1210-78-59.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

PRŮCHA, J, WALTEROVÁ a J MAREŠ. 2006. *Pedagogický slovník*. 6. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.

SCHULER, M. a P. OSTER. 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

STAŇKOVÁ, M. 2006c. *České ošetřovatelství 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-323-6.

STAŇKOVÁ, M. 2006a. *České ošetřovatelství 3: Jak provádět ošetřovatelský proces*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-283-3.

TÓTHOVÁ, V. 2009. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-286-1.

TOMAGOVÁ, M. 2010. Nástroje standardizovaný test psychických funkcí a dotazník funkčního stavu v posudzování seniora- pilotná štúdia. *Ošetřovatelství a porodní asistence: recenzovaný odborný časopis*. Roč. 1, č. 1, s. 31-35. ISSN 1804-2740.

TRACHTOVÁ, E. 2008. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-324-4.

Věstník MZ ČR. Částka 9. Metodická opatření - Koncepce ošetřovatelství. Praha: MZ ČR, 2004, 8 s.

VÖRÖSOVÁ, G. 2010. Problematika nástrojov merania a príprava sester. In: HALUZÍKOVÁ, J. a A. ARCHALOUSOVÁ A KOL. *CESTA K PROFESIONÁLNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ V: Sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Opava: Tisk provedla: Tiskárna Kleinwächter, Frýdek-Místek, s. 306-308. ISBN 978-80-7248-607-6.

Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., ze dne 14. 3. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

ŽIAKOVÁ, K. 2009. *Ošetřovatelství teória a vedecký výskum*. 2. vyd. Martina: Osveta. ISBN 978-80-8063-304-2.

Elektronické zdroje:

BARTOŠ, A., P. MARTÍNEK. 2008. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ- česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. č. 1, s. 31-34 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z:<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/17.pdf>

BARTOŠ, A., P. MARTÍNEK. 2009. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Neurologie pro praxi* [online]. č. 5, s. 320-323 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/neu/2009/05/12.pdf>

BEZDÍČEK, O, J LUKAVSKÝ a M PREIS. 2009. Validizační studie české verze dotazníku FAQ. *Česká a Slovenská Neurologie*. č. 1, s. 36-42. ISSN 1210-7859. Dostupné z: [http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/validizacni-studie-ceske-verze-dotazniku-faq-34140?search=Validiza%C4%8Dn%C3%AD+studie+verze+dotazn%C3%](http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/validizacni-studie-ceske-verze-dotazniku-faq-34140?search=Validiza%C4%8Dn%C3%AD+studie+verze+dotazn%C3%AD)

BÓRIKOVÁ, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. *Ošetrovatelství a porodní asistence: Recenzovaný odborný a vědecký časopis* [online]. roč. 1, č. 1, s. 24-30 [cit. 2012-04-30]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-01/4_borikova.pdf

HANDREJCHOVÁ, Ivana. 2011. *Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace* [online]. České Budějovice, [cit. 2012-05-09]. Dostupné z: http://theses.cz/id/j0kx00/Bakalsk_prce_Hodnotc_kly_jako_soust_oetovatelsk_dokumenta.pdf. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

HOLMEROVÁ, I., M. ROKOSOVÁ a H. VAŇKOVÁ. 2006. Pohled na pacienta vyššího věku. *Medicína pro praxi* [online]. č. 4, s. 180-183 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>

KUBÁTOVÁ, Jitka. 2010. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi* [online]. České Budějovice, [cit. 2012-05-09]. Dostupné z: http://theses.cz/id/p17ohc/Diplomov_prce_Kubtov.pdf. Diplomová práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

MAREČKOVÁ, J, J VEJVALKA, K IVANOVÁ, I SOLICHOVÁ, R KLOS a P JANDOVÁ. 2005. Výstupy projektu srovnání metodik hodnocení soběstačnosti s potenciálem ICNP. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martina: DOI, s. 382-388. ISBN 80-88866-32-4. Dostupné z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf

SIKOROVÁ, L., D. JAROŠOVÁ, J. MAREČKOVÁ a H. PAJOROVÁ. 2010. Využití hodnotících škál pro hodnocení seniorů. *Kontakt* [online]. č. 4, s. 399-405 [cit. 2012-05-01]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt>

VANĀSKOVÁ, E. Testování v neurorehabilitaci. 2005. *Neurologie pro praxi* [online]. 2005, č. 6, s. 311-314 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/neu/2005/06/06.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MZČR	Ministerstvo zdravotnictví české republiky
ANA	American Nursing Association
ADL	Aktivita denního života
IADL	Instrumentální aktivity denního života
FIM	Funkční míra nezávislosti
TVS	Test vývoje soběstačnosti
MRS	Modified Rankin Scale
BI	Barthel Index
OARDS	Older Adult Resources and Services
MAI	Multilevel Assessment Instrument
SELF	Self Evolution of Life Function
MMSE	Mini Mental State Examination
FAQ	Functional Activities Questionnaire
FAQ-CZ	Dotazník funkčního stavu- česká verze
DAD	The Disability Assessment for Dementia
KNTB	Krajské nemocnice T. Bati, a.s.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
ZA	Zdravotnický asistent
VŠ	Vysoká škola
VZŠ	Vyšší zdravotnická škola
SZŠ	Střední zdravotnická škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 Věk respondentů	30
Graf č. 2 Délka odborné praxe respondentů	31
Graf č. 3 Pracovní zařazení respondentů	33
Graf č. 4 Nejvyšší vzdělání respondentů (všeobecných sester)	34
Graf č. 5 Typ zdravotnického zařízení.....	35
Graf č. 6 Udělení akreditace na pracovišti respondenta	36
Graf č. 7 Zakotvení hodnotících a měřících škál ve standardech ošetrovatelské péče	37
Graf č. 8 Hodnocené oblasti na pracovišti respondentů	38
Graf č. 9 Zařazení hodnotících škál v dokumentaci na pracovišti respondentů	39
Graf č. 10 Testy k hodnocení soběstačnosti a míry závislosti využívané na oddělení respondenta.....	40
Graf č. 11 Opakované využití hodnotících technik k posouzení vývoje klientova stavu během jeho hospitalizace	41
Graf č. 12 Hodnotící škála, kterou postrádá respondent.....	42
Graf č. 13 Využití hodnotících technik k posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit ve fázích ošetrovatelského procesu	43
Graf č. 14 Zařazení hodnotících technik pro posouzení soběstačnosti v ošetrovatelské dokumentaci	45
Graf č. 15 Barthelův test základních všedních činností ADL – znalostní položka	46
Graf č. 16 Test instrumentálních všedních činností (IADL) – znalostní položka	47
Graf č. 17 Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle M. Gordonové – znalostní položka	48
Graf č. 18 Charakteristika třetí funkční úrovně sebepéče dle M. Gordonové – znalostní položka.....	50
Graf č. 19 Rankinovo skóre (Modifikovaná Rankin Scale, MRS) – znalostní položka.....	51
Graf č. 20 Funkční míra nezávislosti (FIM) – znalostní položka	52
Graf č. 21 První setkání s hodnotícími a měřícími technikami	53
Graf č. 22 Osoba, která zaškolila respondenta na pracovišti ohledně hodnotících a měřících technik	54
Graf č. 23 Místo školení respondenta	56
Graf č. 24 Při jaké příležitosti došlo ke školení respondenta.....	57
Graf č. 25 Forma školení respondenta	58

Graf č. 26 Kontrola respondenta při hodnocení klienta.....	59
Graf č. 27 Umí respondent správně vyhodnotit testy při hodnocení soběstačnosti – sebehodnocení respondentů.....	60
Graf č. 28 Opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na pracovišti respondenta.....	61
Graf č. 29 Názor respondentů na dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta.....	62
Graf č. 30 Možnost vlastního výběru hodnotících škál při posouzení soběstačnosti	63
Graf č. 31 Vnímání hodnotících a měřících technik respondentem	64
Graf č. 32 Přínos hodnotících a měřících technik pro klienty z pohledu respondentů	65
Graf č. 33 Péče o nesoběstačného klienta.....	66
Graf č. 34 Využití standardů ošetrovatelské péče.....	106
Graf č. 35 Poskytování péče pomocí ošetrovatelského procesu.....	107
Graf č. 36 Doba odebrání ošetrovatelské anamnézy po přijetí klienta na oddělení.....	109
Graf č. 37 Systém ošetrovatelské péče na oddělení respondentů	110
Graf č. 38 Využití hodnotících technik jiným členem multidisciplinárního týmu, kromě respondenta	111
Graf č. 39 Výsledky znalostních položek všech respondentů	113

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků	29
Tabulka č. 2 Věk respondentů	30
Tabulka č. 3 Délka odborné praxe respondentů	31
Tabulka č. 4 Pracovní zařazení prvotních respondentů před selekcí	33
Tabulka č. 5 Nejvyšší vzdělání respondentů (všeobecných sester)	34
Tabulka č. 6 Typ zdravotnického zařízení	35
Tabulka č. 7 Udělení akreditace na pracovišti respondenta	36
Tabulka č. 8 Zakotvení hodnotících a měřících škál ve standardech ošetrovatelské péče	37
Tabulka č. 9 Hodnocené oblasti pomoci testů na pracovišti respondentů	38
Tabulka č. 10 Zařazení hodnotících škál v dokumentaci na pracovišti respondentů	39
Tabulka č. 11 Testy k hodnocení soběstačnosti a míry závislosti využívané na oddělení respondenta	40
Tabulka č. 12 Opakované využití hodnotících technik k posouzení vývoje klientova stavu během jeho hospitalizace	41
Tabulka č. 13 Hodnotící škála, kterou postrádá respondent	42
Tabulka č. 14 Využití hodnotících technik k posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit ve fázích ošetrovatelského procesu	43
Tabulka č. 15 Zařazení hodnotících technik pro posouzení soběstačnosti v ošetrovatelské dokumentaci	45
Tabulka č. 16 Barthelův test základních všedních činností ADL – znalostní položka	46
Tabulka č. 17 Test instrumentálních všedních činností (IADL) – znalostní položka	47
Tabulka č. 18 Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle M. Gordonové – znalostní položka	48
Tabulka č. 19 Charakteristika třetí funkční úrovně sebepéče dle M. Gordonové – znalostní položka	49
Tabulka č. 20 Rankinovo skóre (Modifikovaná Rankinova škála, MRS) – znalostní položka	51
Tabulka č. 21 Funkční míra nezávislosti (FIM) – znalostní položka	52
Tabulka č. 22 První setkání s hodnotícími a měřícími technikami	53
Tabulka č. 23 Osoba, která zaškolila respondenta na pracovišti ohledně hodnotících a měřících technik	54
Tabulka č. 24 Místo školení respondenta	55

Tabulka č. 25 Při jaké příležitosti došlo ke školení respondenta	57
Tabulka č. 26 Forma školení respondenta	58
Tabulka č. 27 Kontrola respondenta při hodnocení klienta	59
Tabulka č. 28 Umí respondent správně vyhodnotit testy při hodnocení soběstačnosti – sebehodnocení respondentů	60
Tabulka č. 29 Opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na pracovišti respondenta	61
Tabulka č. 30 Názor respondentů na dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta	62
Tabulka č. 31 Možnost vlastního výběru hodnotících škál při posouzení soběstačnosti	63
Tabulka č. 32 Vnímání hodnotících a měřících technik respondentem.....	64
Tabulka č. 33 Přínos hodnotících a měřících technik pro klienty z pohledu respondentů	65
Tabulka č. 34 Péče o nesoběstačného klienta	66
Tabulka č. 35 Využití standardů ošetrovatelské péče.....	106
Tabulka č. 36 Poskytování péče pomocí ošetrovatelského procesu	107
Tabulka č. 37 Doba odebrání ošetrovatelské anamnézy po přijetí klienta na oddělení....	109
Tabulka č. 38 Systém ošetrovatelské péče na oddělení respondentů	110
Tabulka č. 39 Využití hodnotících technik jiným členem multidisciplinárního týmu, kromě respon-denta	111
Tabulka č. 40 Výsledky znalostních položek všech respondentů.....	113

SEZNAM PŘÍLOH**PŘÍLOHA P1:** DOTAZNÍK**PŘÍLOHA P2:** ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ**PŘÍLOHA P3:** ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ**PŘÍLOHA P4:** ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ**PŘÍLOHA P5:** DAD-CZ**PŘÍLOHA P6:** FAQ-CZ**PŘÍLOHA P7:** TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE**PŘÍLOHA P8:** BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ**PŘÍLOHA P9:** TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ**PŘÍLOHA P10:** TSV**PŘÍLOHA P11:** VYUŽITÍ STANDARDŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**PŘÍLOHA P12:** POSKYTOVANÍ PÉČE POMOCÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU**PŘÍLOHA P13:** DOBA ODEBÍRÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY PO PŘIJETÍ
KLIENTA NA ODDĚLENÍ**PŘÍLOHA P14:** SYSTÉM OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA ODDĚLENÍ
RESPONDENTŮ**PŘÍLOHA P15:** VYUŽITÍ HODNOTICÍCH TECHNIK JINÝM ČLENEM
MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU**PŘÍLOHA P 16:** VÝSLEDKY ZNALOSTNÍCH POLOŽEK VŠECH RESPONDENTŮ

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník pro sestry z praxe

Vážené sestry z praxe, rády bychom Vás požádaly o vyplnění dotazníku, který je zaměřený na hodnotící a měřící techniky. Cílem práce je zjistit, jaké máte povědomí o hodnotících a měřících technikách zaměřených na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit a zda je využíváte v praxi. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pro účely šetření.

Děkujeme za Váš čas strávený nad dotazníkem

Mgr. Bc Pavla Kudlová, PhD. a Petra Hanáková
Ústav ošetřovatelství UHS Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

1. Váš věk..... let 2. Délka odborné praxe..... let 3. Pracovní zařazení:.....

4. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání v oboru?

SZŠ VZŠ PSS v oboru..... VŠ – Bc. VŠ – Mgr.

5. Typ zdravotnického zařízení, kde pracujete:

- a) státní nestátní církevní nepracuji ve zdravotnickém zařízení
b) pracoviště: interní chirurgické dětské následná péče akutní (JIP/ARO) jiné.....
c) Fakultní nemocnice Krajská nemocnice Okresní nemocnice jiné.....

6. Získalo zařízení, ve kterém pracujete, akreditaci?

- a) ano (jakou?)
b) ne
c) nevím

7. Používá Vaše zařízení standardy ošetřovatelské péče?

- a) ano b) ne c) nevím

8. Je ve standardech Vašeho zařízení zakotveno používání hodnotících a měřících škál či testů?

- a) ano b) ne c) nevím

9. Na vašem oddělení hodnotíte (vedete v dokumentaci testy) pro: (zatrhněte všechny možnosti):

- bolest soběstačnost denní aktivity výživu kvantitativní stav vědomí kvalitativní stav vědomí
 psychiku funkční schopnosti rizika (dekubitů/ infekce/ pádů/ malnutrice)
 komplikace (Fontain/ sepse/ žilní trombózy...) jiné.....

10. Jsou tyto hodnotící škály u Vás na pracovišti:

- a) součástí ošetřovatelské anamnézy/ posouzení
b) součástí ošetřovatelské dokumentace (nejen anamnézy, ale i např. překladové zprávy atd.)
c) patří jen mezi doporučené materiály, které vyhodnocujeme podle stavu nemocného
d) budou do ošetřovatelské dokumentace teprve časem zařazeny

e) jiné.....

11. Využíváte opakovaně těchto měřících a hodnotících technik k posouzení vývoje klientova stavu během hospitalizace?

a) ano, používáme je opakovaně a sledujeme rozdíl ve výsledcích (v jakém přibližném časovém intervalu?)

.....
b) ne, používáme je pouze k aktuálnímu hodnocení stavu klientů

c) ne, používáme je pouze výjimečně

d) jiné.....

12. Poskytujete ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu?

a) ano, využíváme všech 5 kroků/fází ošetrovatelského procesu (posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení)

b) ano, využíváme jen kroky (dopíšte, které)

c) neposkytujeme ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu

d) nevím co je to ošetrovatelský proces a neznám jeho kroky

13. V jakém časovém rozmezí se na Vašem pracovišti obvykle odebrá ošetrovatelská anamnéza/ posouzení?

a) do 2 hodin po příjmu b) do 12 hodin c) do 24 hodin d) do 48 hodin e) neodebírám g) jiné.....

14. Jaký systém ošetrovatelské péče o pacienty je na Vašem pracovišti zaveden?

a) primární péče – primární sestra po dobu hospitalizace vypracuje a nese zodpovědnost za plán péče, u dalších pacientů pracuje jako skupinová sestra – plní intervence uvedené v dokumentaci...

b) skupinová péče – sestra po dobu služby pečuje o přidělenou skupinu pacientů

c) funkční systém – sestry si rozdělí výkony a ty provádí u nemocných na celém oddělení

d) nerozumím otázce

e) jiné.....

15. Používání hodnotících a měřících technik vnímáte jako (můžete zvolit i více odpovědí)

a) krok k objektivnímu hodnocení stavu pacienta

b) pomoc k lepšímu odhalení klientových potřeb a ke stanovení ošetrovatelských intervencí

c) důležitou pomoc zejména v managementu rizik

d) důkaz samostatné práce sester, který zvyšuje prestiž sesterského povolání

e) záporně, protože Vás zdržuje od jiné práce

f) zbytečnou práci navíc, stačí, když provádíme ordinace lékaře

e) kladně, ale měl by ho provádět jiný člen zdravotnického týmu

f) jiné

POUŽÍVÁNÍ HODNOTÍCÍCH ŠKÁL PRO POSOUZENÍ SOBĚSTAČNOSTI A ZVLÁDÁNÍ DENNÍCH AKTIVIT V RÁMCI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE:

16. K hodnocení soběstačnosti a míry závislosti na vašem pracovišti používáte: (můžete zvolit i více odpovědí)

a) Test základních všedních činností ADL dle Barthela

- b) Test Instrumentálních denních činností (IADL)
- c) Test vývoje soběstačnosti (TVS test)
- d) Funkční míru nezávislosti (FIM)
- e) Katzův index ADL
- f) Rankinovo skóre (Modifikovaná Rankinova škála, MRS)
- g) Klasifikace funkčních úrovní sebezpečí dle M. Gordonové
- h) Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)
- ch) jiný.....
- i) nehodnotíme

17. V které fázi ošetrovatelského procesu využíváte hodnotící škály k posouzení soběstačnosti a zvládnutí denních aktivit: (můžete zvolit i více odpovědí)

- a) fáze posuzování, kdy zjišťuji klientovy potřeby
- b) fáze diagnostiky, když stanovuji ošetrovatelské diagnózy
- c) fáze plánování, při vytváření plánu ošetrovatelské péče
- d) fáze realizace, při realizaci ošetrovatelských intervencí
- e) fáze hodnocení, když posuzuji výsledná kritéria a splnění cíle
- f) nepoužíváme měřicí škály a techniky

18. Hodnotící a měřicí techniky pro posouzení soběstačnosti a zvládnutí denních aktivit... (můžete zatrhnout více odpovědí):

- a) jsou součástí ošetrovatelské dokumentace (anamnézy atd.) mého pracoviště
- b) nejsou součástí ošetrovatelské dokumentace pracoviště, ale jsou zakotveny ve standardech/postupech/metodických pokynech zdravotnického zařízení a používají se k hodnocení klientova stavu
- c) nebyly nám poskytnuty, čerpáme z jiných zdrojů (reklamní materiály, časopisy...).....
- d) jiné (uveďte...).....

19. Je, podle Vás, používání těchto hodnotících a měřících technik přínosem pro pacienty?

- a) ano, pomáhají nám lépe odhalit klientovy potřeby, hodnotit jeho stav
- b) nevím
- c) ne

20. Používají tyto hodnotící a měřicí techniky i další členové zdravotnického týmu?

- a) ne
- b) ano (uveďte kdo a jaké)

.....

ZNALOSTNÍ OTÁZKY

21. Barthelův test základních všedních činností ADL

- a) slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech jako použití WC, chůze po rovině, osobní hygiena...
- b) je test instrumentálních denních činností jako nákup, telefonování, vyprání, užívání léků...
- c) slouží ke zhodnocení použití WC, hygieny, užívání léků, chůze po rovině a do kopce, čím větší počet bodů klient získá, tím se stává závislejší
- d) nevím

22. Test instrumentálních všedních činností (IADL) hodnotí:

- a) přemístění z lůžka na židli, chůze po schodech, kontinenci moče, stolice...
- b) telefonování, nákup, jízdu dopravním prostředkem, uvaření, užívání léků...
- c) nevím

23. Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle M. Gordonové hodnotí:

- a) 0-4 úrovně
- b) 0-8 úrovní
- c) 0-5 úrovní
- d) nevím

24. Při zjištění třetí funkční úrovně sebepéče dle M. Gordonové klient:

- a) je zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled
- b) potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností
- c) potřebuje velkou pomoc od druhé osoby, nebo přístroje, sám zvládne méně než 25% činností
- d) nevím

25. Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS):

- a) určuje stupně invalidity
- b) hodnotí oblasti sebepéče
- c) nevím

26. Funkční míra nezávislosti (FIM):

- a) hodnotí 8 okruhů činností (oblast osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace, sociální aspekty, dopomoc druhé osoby, dušnost)
- b) hodnotí pouze míru nezávislosti, nikoli však schopnost komunikace a porozumění
- c) hodnotí 6 okruhů činností (sebeobsluhu, kontrolu sfinkterů, mobilitu, lokomoci, komunikaci a sociální adaptibilitu) na sedmibodové škále
- d) nevím

EDUKACE V OBLASTI POUŽÍVÁNÍ A VYHODNOCOVÁNÍ HODNOTÍCÍCH TECHNIK

27. Kde jste se poprvé setkala s hodnotícími a měřícími technikami?

- a) při studiu na střední odborné škole
- b) při studiu na vyšší odborné škole, vysoké škole
- c) při adaptačním procesu v zaměstnání
- d) nesetkala jsem se s hodnotícími technikami

28. Kdo Vás zaškolil ohledně použití hodnotících a měřících technik?

- a) vrchní sestra, staniční sestra
- b) sestra - kolegyně
- c) sestra - školitelka
- d) nikdo
- e) jiné (uved'te)

29. Kde školení probíhalo?

- a) na oddělení, kde pracuji
- b) na školící akci, kterou pořádalo vaše zdravotnické zařízení

- c) na odborných akcích, kde jsem byl/a vyslán/a
 - d) nikde
 - e) jinde (uved'te)
-

30. Kdy jste prošla školením ohledně hodnotících a měřících technik?

- a) při nástupu na oddělení
 - b) při informačních schůzkách (poradách) na oddělení
 - c) vždy, když se konaly nějaké změny ohledně hodnotících technik
 - d) neprošel/a jsem žádným školením
 - e) jiné (uved'te)
-

31. Jak probíhalo školení (edukace) ohledně užívání hodnotících a měřících technik?

- a) formou přednášky
 - b) rozhovorem+ předvedením vyplnění formuláře (např. staniční nebo školící sestrou)
 - c) samostudiem-nastudováním standardů nových ošetrovatelských postupů, metodických pokynů
 - d) žádné školení, ani doporučení ke studiu neproběhlo
 - e) jiné (uved'te)
-

32. Zkontroloval někdo, zda využíváte vhodné hodnotící a měřící techniky při hodnocení soběstačnosti klienta?

- a) ne
 - b) ano (uved'te, kdo Vás zkontroloval a jak)
-

33. Myslíte si, že umíte správně vyhodnotit testy při hodnocení soběstačnosti?

- a) ano
- b) ne

34. Provádí se opakované školení ohledně nových měřících a hodnotících technik na Vašem pracovišti?

- a) ne
 - b) ano (uved'te jakou formou)
-

35. Myslíte si, že máte dostatek informací v oblasti měřících a hodnotících technik k posouzení soběstačnosti klienta?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

36. Máte možnost si zvolit hodnotící škály k posouzení soběstačnosti dle vlastní volby?

- a) ano
- b) ne

c) ne, jsou součástí ošetrovatelské dokumentace

37. Postrádáte na Vašem oddělení škálu, která by lépe vystihla Vaši problematiku při hodnocení soběstačnosti klientů? Napište prosím jakou.


.....
.....
.....

38. Jak vnímáte klienta, který potřebuje dopomoc při všech denních aktivitách? (možnost více odpovědí)

- a) péče o klienta bude časově náročná
- b) péče o klienta bude fyzicky náročná
- c) péče o klienta bude psychicky náročná
- d) péče o klienta bude finančně náročná
- e) Jiné (vypište)

.....

PŘÍLOHA P2: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Petra Hanáková
Téma bakalářské práce	Hodnotící testy a škály v praxi.
Skupina respondentů	<i>Sestry z praxe</i>
Pracoviště	Vybrané pracoviště

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *1.1.2011*

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN ①


Anna Krátká
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín ②

[Podpis]
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P3: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Petra Hanáková
Téma bakalářské práce	Hodnotící testy a škály v praxi.
Skupina respondentů	<i>Sestry z praxe</i>
Pracoviště	Vybrané pracoviště


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *1.1.2011*

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN ①



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Středomoravská nemocniční a.s.
NEMOCNICE PŘEROV o.z.
Dvořákova 75, 751 52 Přerov


Mgr. KRÁČKOVÁ Zuzana
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P4: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Petra Hanáková
Téma bakalářské práce	Hodnotící testy a škály v praxi.
Skupina respondentů	<i>Sestry z praxe</i>
Pracoviště	Vybrané pracoviště

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *1.1.2011*

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN

Anna Krátká
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně s.r.o.
J. B. T. 2500 365
Česká republika
Fakulta humanitních studií

Mason
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P5: DAD-CZ

DOTAZNÍK SOBĚSTAČNOSTI (DAD-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému:

Datum vyplnění: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě. Obsahuje 40 položek a je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s poruchami paměti a dalších duševních schopností.

Dotazník se týká stavu vyšetřovaného za poslední 2 týdny. Nebere se v úvahu to, co by posuzovaný byl schopen vykonat, ale pouze to, co skutečně vykonal. Hodnotí se takto:

- ANO („1“) označte, pokud posuzovaný během posledních dvou týdnů danou aktivitu provedl bez pomoci a bez připomenutí alespoň jednou.
- NE („0“) označte, pokud posuzovaný aktivitu za poslední 2 týdny nevykonával vůbec, nebo ji vykonával jen s pomocí či připomenutím.
- NELZE URČIT („X“) označte, pokud posuzovaný aktivitu nevykonával ani před začátkem potíží s pamětí nebo v posledních 2 týdnech aktivitu neměl příležitost vykonávat nebo pokud aktivitu nevykonává proto, že trpí jiným tělesným onemocněním (například kloubní potíže, po zlomenině končetiny).

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti? V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT			
	ANO	NE	X
Hygiena			
1. Pokusil/a se umýt nebo vykoupat či osprchovat	1	0	X
2. Pokusil/a se vyčistit si zuby nebo pečovat o svůj umělý chrup	1	0	X
3. Rozhodl/a se pečovat si o vlasy (umýt a učesat)	1	0	X
4. Připravil/a si vodu, ručníky a mýdlo na mytí, koupání nebo sprchování	1	0	X
5. Spolehlivě si umyl/a a osušil/a všechny části svého těla	1	0	X
6. Správně si vyčistil/a zuby nebo pečoval/a o svůj umělý chrup	1	0	X
7. Pečoval/a si o vlasy (umytí a učesání)	1	0	X
Oblékání			
8. Pokusil/a se obléknout	1	0	X
9. Vybral/a si vhodné oblečení (s ohledem na příležitost, upravenost, počasí a barevnou kombinaci)	1	0	X
10. Oblékl/a se ve správném pořadí (spodní prádlo - kalhoty/šaty - boty)	1	0	X
11. Úplně se oblékl/a	1	0	X
12. Úplně se svlékl/a	1	0	X
Kontinence (udržení moči a stolice)			
13. Rozhodl/a se použít toaletu ve správný čas	1	0	X
14. Použil/a toaletu bez "nehod"	1	0	X
Jedění			
15. Rozhodl/a se, že se potřebuje najíst	1	0	X
16. Při jídle zvolil/a vhodné příbory a chuťové přísady	1	0	X
17. Konzumoval/a své jídlo normálním tempem a přiměřenými způsoby	1	0	X

Pokračování na další straně

Mezisoučty (základní aktivity max. 17):

	0	
--	---	--

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti? V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT			
	ANO	NE	X
Příprava jídla			
18. Pokusil/a se připravit si jednoduché jídlo nebo svačinu	1	0	X
19. Správně se přichystal/a na přípravu jednoduchého jídla (přísady, nádobí na vaření)	1	0	X
20. Spolehlivě připravil/a nebo uvařil/a jednoduché jídlo či svačinu	1	0	X
Telefonování			
21. Pokusil/a se ve vhodnou dobu někomu zatelefonovat	1	0	X
22. Správně si vyhledal/a a vytočil/a telefonní číslo	1	0	X
23. Uskutečnil/a přiměřený telefonický rozhovor	1	0	X
24. Správně zapsal/a a vyřídil/a telefonický vzkaz	1	0	X
Chození ven a pobyt venku			
25. Rozhodl/a se jít někam ven (na procházku, na návštěvu, do obchodu) ve vhodnou dobu	1	0	X
26. Správně si zorganizoval/a pobyt venku s ohledem na dopravu, klíče, cíl své cesty, počasí, potřebné peníze, nákupní seznam	1	0	X
27. Vypravil/a se ven a dosáhl/a známého cíle, aniž by se přitom ztratil/a	1	0	X
28. Spolehlivě použil/a přiměřený dopravní prostředek (auto, autobus, taxi)	1	0	X
29. Vrátil/a se z obchodu s odpovídajícím nákupem	1	0	X
Finance a korespondence			
30. Zajímal/a se o své osobní záležitosti jako jsou např. vlastní finance a korespondence	1	0	X
31. Zorganizoval/a své finance tak, aby mohl/a uhradit své složenky a účty	1	0	X
32. Při vyřizování své korespondence použil/a správně dopisní papír, adresu a známky	1	0	X
33. Správně zacházel/a se svou hotovostí (použít peníze v obchodě)	1	0	X
Léky			
34. Rozhodl/a se užít léky ve správnou dobu	1	0	X
35. Užil/a své léky podle předpisu (ve správném dávkování)	1	0	X
Volný čas a domácí práce			
36. Projevil/a zájem o aktivní využití volného času	1	0	X
37. Zajímal/a se o domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
38. Správně naplánoval/a a zorganizoval/a domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
39. Provedl/a domácí práce odpovídajícím způsobem, jak to dělal/a v minulosti	1	0	X
40. Když to bylo potřeba, bylo ho/ji bezpečně nechat doma samotného/samotnou	1	0	X

Mezisoučty (instrumentální a volnočasové aktivity max. 23):

	0	
--	---	--

Tyto řádky jsou určeny pro potřeby hodnotitele:

Součet bodů (ve sloupci ANO) / počet jednoznačných odpovědí (40 – doplňte počet X)

mezivýpočet (podíl čísel z předchozího řádku)

DAD celkem v procentech (předchozí výsledek dělení vynásobit 100)

ANO	↓	součet ve sloupci	↓	počet "X" /	↓	počet



Překlad do češtiny a grafické zpracování: doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., Pavel Martinek. Zdroj české verze: Bartoš A, Martinek P a oš. Dotazník sněžitosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Neurol. pro praxi 2009; 10(5): 320-323 nebo www.pcp.if3.cuni.cz/adcentrum.
Původní zdroj: Gélinas I et al. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the Disability Assessment for Dementia. Am J Occup Ther 1999; 53: 471-481.

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU (FAQ-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník: Datum vyplnění:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: Diagnóza: MMSE:

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

V každém řádku ZAKROUŽKujte míru schopnosti posuzované osoby:		Ykonává sám správně	Provádí sám s potěžením	Potřebuje pomoc druhého	Je zcela závislý, vykonává někdo jiný	Nikdy nevykonával/a, ale byl/a by nyní schopen/na	Nikdy nevykonával/a a měl/a by nyní potíže																							
1.	Vyplnit složenky nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	0	1	2	3	0	1																							
2.	Vyplňovat úřední dokumenty nebo formuláře	0	1	2	3	0	1																							
3.	Makupovat běžné domácí potřeby, občezení nebo potraviny	0	1	2	3	0	1																							
4.	Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně končkům	0	1	2	3	0	1																							
5.	Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák	0	1	2	3	0	1																							
6.	Připravit si jídlo	0	1	2	3	0	1																							
7.	Sledovat současné události	0	1	2	3	0	1																							
8.	Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	0	1	2	3	0	1																							
9.	Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0	1	2	3	0	1																							
10.	Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	0	1	2	3	0	1																							
Celková soběstačnost		body		%																										
Sečtené body ve všech kategoriích. Vysledek lze přepočítat na procenta zachováním aktivity denního života podle tabulky níže.		<input type="text"/>		<input type="text"/>																										
Převod bodů na procento soběstačnosti																														
body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
procenta	97	93	90	87	83	80	77	73	70	67	63	60	57	53	50	47	43	40	37	33	30	27	23	20	17	13	10	7	3	0



Psychiatrie pro Praxi 2008; 1(9): 31-34 nebo www.gp35.cz/arcz/zhlezeni/Priklad_zadaj_Pfict_91.html Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol 37, 1982; 323-329 Copyright © The Gerontological Society of America. Překlad byl pořízen se svolením majitele práv. The Gerontological Society of America není za replikaci, která se má být odebrána v přílohu. *Autorské ujednání souhlasí s poskytnutím kopie.*

PŘÍLOHA P6: FAQ-CZ

(Bartoš a kol., 2008, s. 35)

PŘÍLOHA P7: TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE

Test ošetřovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

1. Pohybová schopnost	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
úplně závislý	5
3. Jídlo	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
úplně závislý (krmení, sonda)	4
4. Inkontinence moče	
občas	3
stále	5
permanentní katétr	2
5. Inkontinence stolice	
občas	3
stále	5
6. Návštěva toalety	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	5
pokojový klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	
malé	1
velké	4
8. Spolupráce s nemocným	
občas obtížná	2
bezvědomí	3
velmi obtížná	5
Celkem	-----
Hodnocení: 0 bodů zcela soběstačný, 38 zcela závislý	

(Staňková, 2006c, s. 34)

PŘÍLOHA P8: BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

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

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

PŘÍLOHA P9: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Test instrumentálních všedních činností (IADL - Instrumental Activity Daily Living)

		bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, spec. upravený vůz	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0 – 40 bodů	závislý
41 – 75	částečně závislý
76 – 80	nezávislý

Literatura:

Lauton M.P., Brody E.M.: Gerontologist, 9, 1969, s. 179-185

Lauton, M.P. Psychopharm., Bull., 24, 1988, s. 609-614

(Staňková, 2006c, s. 37—38)

Stupnice hodnocení TVS

osobní hygiena

0	celková hygienická péče na lůžku provedená sestrou
1	péče sestry o osobní hygienu na lůžku ve spolupráci s nemocným
2	s pomocí sestry osobní péče na lůžku, transport do koupelny a koupel/sprcha
3	s pomocí sestry osobní péče na lůžku a transport, v koupelně téměř samostatný
4	jen malá asistence, nemocný užívá vlastní osobní potřeby podle svých zvyklostí
5	samostatný

pohyblivost

0	upoután na lůžko
1	upoután na lůžko, schopen sám změnit polohu
2	s dopomocí schopen sedět na židli
3	chodí za pomoci 1 nebo 2 osob
4	chodí sám tam, kde se vyzná, jinak podle rady personálu
5	chodí samostatně

spánek a odpočinek

0	různé formy nespavosti
1	občasný neklid
2	klidný po sedativech a hypnoticích
3	klidný bez sedativ, bere hypnotika
4	klidný, spí málo a přerušovaně
5	spí dobře, během dne klidný

0

výživa

0	úplná/částečná parenterální výživa
1	žaludeční sonda
2	nutno krmit
3	jídlo přijímá s velkou pomocí
4	jí sám s malou dopomocí
5	jí zcela samostatně

vědomí - orientace

0	bezvědomí, sopor
1	trvalá dezorientace v prostoru a čase
2	trvalá porucha orientace s psychotickými a neurotickými příznaky
3	občasná porucha orientace s psychotickými a neurotickými příznaky
4	lehká dezorientace, somnolence
5	jasné vědomí, orientován

verbální komunikace

0	nemluví, nerozumí
1	mluví, ale nerozumí
2	nemluví, někdy porozumí
3	mluví málo, rozumí všemu
4	komunikace možná s přestávkami
5	komunikuje bez problémů

oblékání a svlékání

0	zcela závislý
1	s rozsáhlou pomocí další osoby
2	s malou dopomocí
3	na výzvu personálu
4	samostatný s námahou
5	samostatný

vyměšování stolice a moče

0	stálá inkontinence moče a stolice
1	permanentní katétr, inkontinence stolice
2	občasná inkontinence moče (plenkové kalhoty), udrží stolici
3	podložní mísa, pokojový klozet, močová láhev
4	pokojový klozet nebo s dopomocí na záchod
5	nezávislý, plně kontinentní

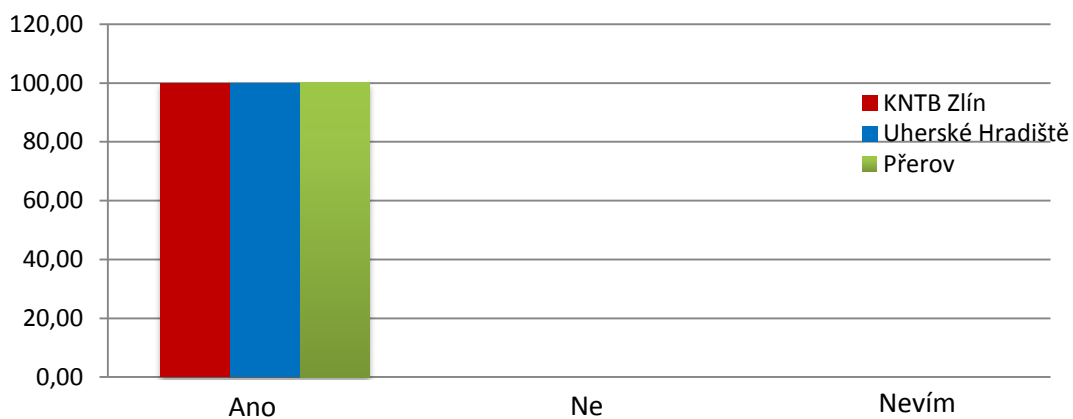
PŘÍLOHA P11: VYUŽITÍ STANDARDŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Využití standardů ošetřovatelské péče

Tabulka č. 35 Využití standardů ošetřovatelské péče

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %
Ne	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
Nevím	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 34 Využití standardů ošetřovatelské péče



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo, že na svém pracovišti využívají standardy ošetřovatelské péče 48 (100 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) respondentů Uherskohradištské nemocnici a.s. uvedlo, že na svém pracovišti využívají standardy ošetřovatelské péče 39 (100 %) respondentů

Z celkového počtu 29 (100 %) respondentů Nemocnice Přerov uvedlo, že na svém pracovišti využívají standardy ošetřovatelské péče 29 (100 %) respondentů

PŘÍLOHA P12: POSKYTOVÁNÍ PÉČE POMOCÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

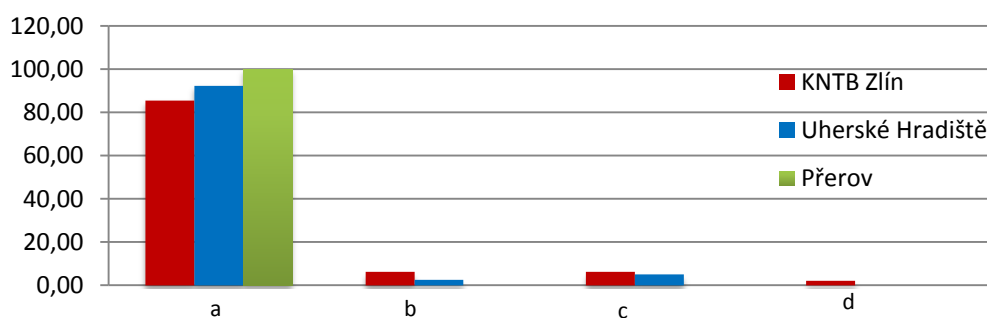
Poskytování péče pomocí ošetřovatelského procesu

Legenda: a- Ano, využíváme všech 5 kroků/fází ošetřovatelského procesu (posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení), b- Ano, využíváme jen některé kroky(dopište, které), c- Neposkytujeme ošetřovatelskou péči pomocí ošetřovatelského procesu, d- Nevím co je to ošetřovatelský proces a neznám jeho kroky

Tabulka č. 36 Poskytování péče pomocí ošetřovatelského procesu

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
a	41	85,42 %	36	92,31 %	29	100,00 %
b	3	6,25 %	1	2,56 %	0	00,00 %
c	3	6,25 %	2	5,13 %	0	00,00 %
d	1	2,08 %	0	00,00 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 35 Poskytování péče pomocí ošetřovatelského procesu



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „ Poskytujete oš. péči pomocí ošetřovatelského procesu? “: a- Ano, využíváme všech 5 kroků/fází ošetřovatelského procesu (posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení) 41 (85,42 %), b- Ano, využíváme jen některé kroky 3 (6,25 %) z toho 3 uvedli fázi posouzení, realizace a vyhodnocení, c- Neposkytujeme ošetřovatelskou péči pomocí ošetřovatelského procesu 3 (6,25 %), d- Nevím co je to ošetřovatelský proces a neznám jeho kroky 1 (2,08 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištské nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „ Poskytujete oš. péči pomocí ošetřovatelského procesu? “: a- Ano, využíváme všech 5 kroků/fází ošetřovatelského procesu (posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení) 36 (92,31 %), b- Ano, využíváme jen některé

kroky 1 (2,56 %) z toho 1 uvedl fázi diagnostiky, plánování a realizaci, c– Neposkytujeme ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu 2 (5,13 %), d– Nevím co je to ošetrovatelský proces a neznám jeho kroky 0 (0 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „ *Poskytujete oš. péči pomocí ošetrovatelského procesu?*“ : a– Ano, využíváme všech 5 kroků/fází ošetrovatelského procesu (posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení) 29 (100 %), b– Ano, využíváme jen některé kroky 0 (0 %), c– Neposkytujeme ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu 0 (0 %), d– Nevím co je to ošetrovatelský proces a neznám jeho kroky 0 (0 %) respondentů.

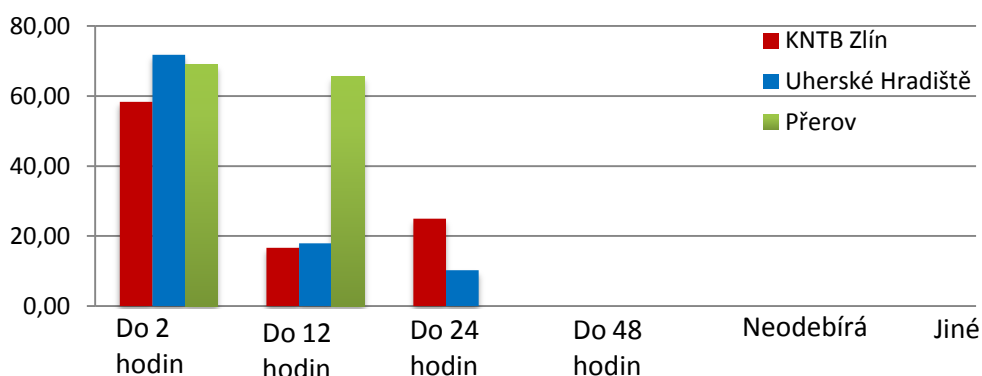
PŘÍLOHA P13: DOBA ODEBÍRÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY PO PŘIJETÍ KLIENTA NA ODDĚLENÍ

Doba odebírání ošetřovatelské anamnézy po přijetí klienta na oddělení

Tabulka č. 37 Doba odebírání ošetřovatelské anamnézy po přijetí klienta na oddělení

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
do 2 hodin po příjmu	28	58,33 %	28	71,79 %	20	68,97 %
do 12 hodin	8	16,67 %	7	17,95 %	19	65,52 %
do 24 hodin	12	25,00 %	4	10,26 %	0	00,00 %
do 48 hodin	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
neodebírání	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
jiné	0	00,00 %	0	00,00 %	0	00,00 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 36 Doba odebírání ošetřovatelské anamnézy po přijetí klienta na oddělení



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „ V jakém časovém rozmezí odebíráte oš. anamnézu při přijetí klienta? “: do 2 hodin 28 (58,33 %), do 12 hodin 8 (16,67 %), do 24 hodin 12 (25,00 %), do 48 hodin 0 (0 %), neodebírání 0 (0 %), jiné 0 (0 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištské nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „ V jakém časovém rozmezí odebíráte oš. anamnézu při přijetí klienta? “: do 2 hodin 28 (71,79 %), do 12 hodin 7 (17,95 %), do 24 hodin 4 (10,26 %), do 48 hodin 0 (0 %), neodebírání 0 (0 %), jiné 0 (0 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištské nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „ V jakém časovém rozmezí odebíráte oš. anamnézu při přijetí klienta? “: do 2 hodin 20 (68,97%), do 12 hodin 19 (65,52 %), do 24 hodin 0 (0 %), do 48 hodin 0 (0 %), neodebírání 0 (0 %), jiné 0 (0 %) respondentů.

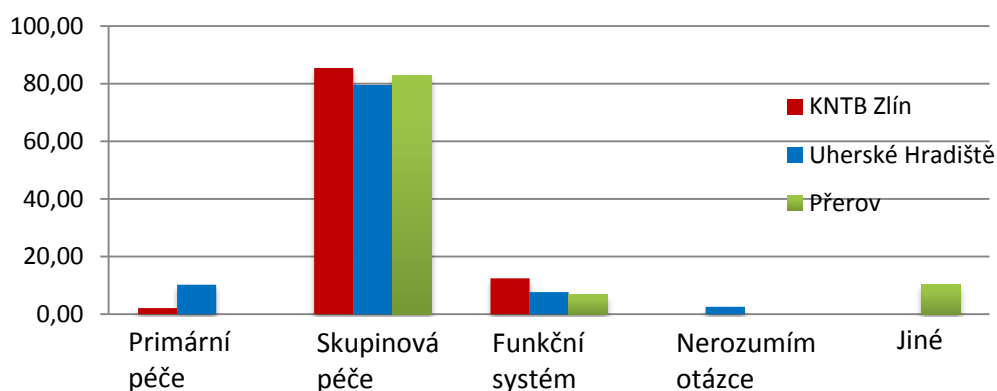
PŘÍLOHA P14: SYSTÉM OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA ODDĚLENÍ RESPONDENTŮ

Systém ošetrovatelské péče na oddělení respondentů

Tabulka č. 38 Systém ošetrovatelské péče na oddělení respondentů

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradištská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Primární péče	1	2,08 %	4	10,26 %	0	00,00 %
Skupinová péče	41	85,42%	31	79,49 %	24	82,76 %
Funkční systém	6	12,50%	4	7,69 %	2	6,90 %
Nerozumím otázce	0	00,00%	1	2,56 %	0	00,00 %
Jiné	0	00,00%	0	00,00%	3	10,34 %
celkem	48	100,00%	39	100,00%	29	100,00%

Graf č. 37 Systém ošetrovatelské péče na oddělení respondentů



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: *“Jaký systém oš. péče o pacienty je na Vašem pracovišti zaveden?”*: Primární péče 1 (2,08 %), Skupinová péče 41 (85,42 %), Funkční systém 6 (12,50 %), Nerozumím otázce 0 (0 %), Jiné 0 (0 %) respondentů.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradištské nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: *“Jaký systém oš. péče o pacienty je na Vašem pracovišti zaveden?”*: Primární péče 4 (10,26 %), Skupinová péče 31 (79,49 %), Funkční systém 3 (7,69 %), Nerozumím otázce 1 (2,56 %), Jiné 0 (0 %) respondentů.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: *“Jaký systém oš. péče o pacienty je na Vašem pracovišti zaveden?”*: Primární péče 0 (0 %), Skupinová péče 24 (82,76 %), Funkční systém 2 (6,90 %), Nerozumím otázce 0 (0 %), Jiné 3 (10,34 %) respondentů.

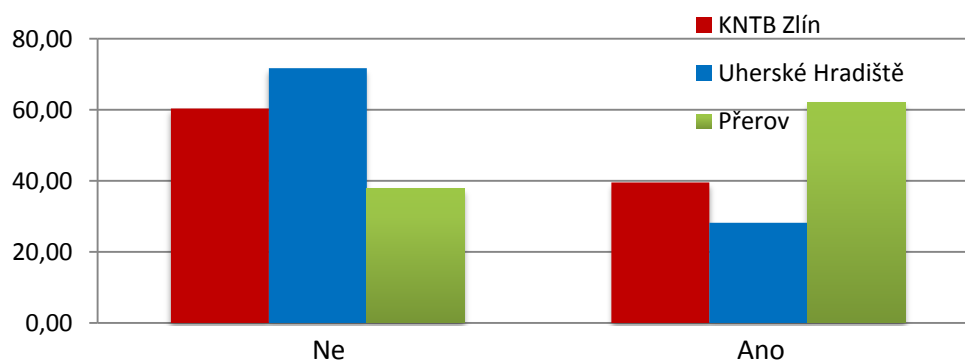
PŘÍLOHA P15: VYUŽITÍ HODNOTICÍCH TECHNIK JINÝM ČLEMEM MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Využití hodnoticích technik jiným členem multidisciplinárního týmu, kromě respondenta

Tabulka č. 39 Využití hodnoticích technik jiným členem multidisciplinárního týmu, kromě respondenta

	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.		Uherskohradišťská nemocnice a.s.		Nemocnice Přerov	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ne	29	60,42 %	28	71,79 %	11	37,93 %
Ano	19	39,58 %	11	28,21 %	18	62,07 %
celkem	48	100,00 %	39	100,00 %	29	100,00 %

Graf č. 38 Využití hodnoticích technik jiným členem multidisciplinárního týmu, kromě respondenta



Z celkového počtu 48 (100 %) odpovědí respondentů Krajské nemocnice T. Bati, a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Používají tyto hodnoticí a měřicí techniky i další členové zdravotnického týmu?*“: Ne 29 (60,42 %), Ano 19 (39,58 %) z toho uvedlo 12 (25,00 %), že tyto techniky používají lékaři, 6 (12,50 %) uvedlo Zdravotnické asistenty a 1 (2,08 %) respondent uvedl rehabilitačního pracovníka.

Z celkového počtu 39 (100 %) odpovědí respondentů Uherskohradišťská nemocnice a.s. uvedlo odpověď na otázku: „*Používají tyto hodnoticí a měřicí techniky i další členové zdravotnického týmu?*“: Ne 28 (71,79 %), Ano 11 (28,21 %) z toho uvedlo 10 (25,64%), že tyto techniky používají lékaři a 3 (7,69 %) respondenti uvedli Ošetřovatelky.

Z celkového počtu 29 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Přerov uvedlo odpověď na otázku: „*Používají tyto hodnoticí a měřicí techniky i další členové zdravotnického týmu?*“: Ne 11 (37,93 %), Ano 18 (62,07 %) z toho uvedli 4 (13,79 %), že tyto tech-

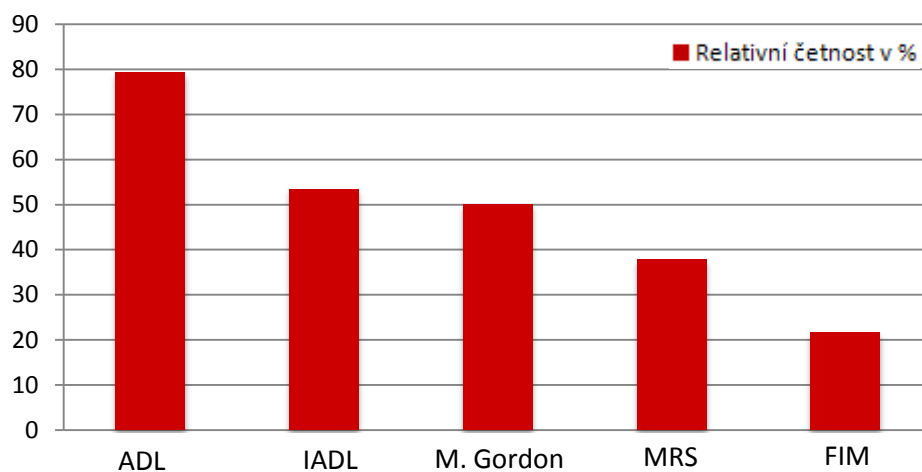
niky používají lékaři, 3 (10,34 %) respondenti uvedli Zdravotnické asistenty, 8 (27,58 %) respondentů uvedlo Ošetřovatelky a 3 (10,34 %) respondenti Rehabilitačního pracovníka.

PŘÍLOHA P16: PRŮMĚRNÉ VÝSLEDKY ZNALOSTNÍCH POLOŽEK VŠECH RESPONDENTŮ

Tabulka č. 40 Výsledky znalostních položek všech respondentů

položka	n_i	f_i
ADL	92	79,31%
IADL	62	53,44%
M. Gordon	58	50,00%
MRS	44	37,93%
FIM	25	21,55%

Graf č. 39 Výsledky znalostních položek všech respondentů



Nejčastěji respondenti ze všech třech typů zařízení odpověděli správně na otázku týkající se ADL, IADL a polovina odpověděla správně na otázku vztahující se k hodnocení dle M. Gordon.