

**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE**  
**Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici**

**Evidenčné číslo: 10677**

**EFEKTÍVNOSŤ VYUŽÍVANIA HODNOTIACICH ŠKÁL  
V OŠETROVATELSKEJ PRAXI**

**Diplomová práca**

**2017**

**Bc. Ivana Mašláni**

**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE**

**Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici**

**Evidenčné číslo: 10766**

**EFEKTÍVNOSŤ VYUŽÍVANIA HODNOTIACICH ŠKÁL  
V OŠETROVATELSKEJ PRAXI**

**Diplomová práca**

**Študijný program:** Ošetrovatel'stvo

**Vedúci záverečnej práce/ školiteľ:** PhDr. Elena Janiczeková, PhD.

**Banská Bystrica 2017**

**Bc. Ivana Mašláni**



**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA v Bratislave**

**Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici**

Katedra ošetrovateľstva FZ SZU

## **ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE**

**Evidenčné číslo: 10677**

Názov záverečnej práce:

**Efektívnosť využívania hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi**

Pokyny pre vypracovanie:

Študijný odbor: 7.4.1. ošetrovateľstvo

Študijný program: ošetrovateľstvo

Typ záverečnej práce: Diplomová práca Mgr.

Akademický rok: 2016/2017

Autor záverečnej práce: Bc. Ivana Mašláni, rod. Szalontayová

Vedúci záverečnej práce: PhDr. Elena JANICZEKOVÁ, PhD.

Konzultant záverečnej práce:

Dátum zadania záverečnej práce: 17.06.2016

## **Pod'akovanie**

Ďakujem PhDr. Elene Janiczekovej, PhD. Za pomoc, cenné rady, odborné vedenie a usmernenie pri písaní diplomovej práce. Osobitné pod'akovanie patrí mojej rodine za podporu a pochopenie.

## ABSTRAKT

MAŠLÁNI, Ivana: *Efektívnosť využívania hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi*. [Diplomová práca] Ivana Mašláni. – Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Katedra ošetrovateľstva. Školiteľka: PhDr. Elena Janiczeková, PhD. – Stupeň odbornej kvalifikácie: magister. – Banská Bystrica: Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity, 2017. 73 s.

Témou diplomovej práce je: Efektívnosť využívania hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi. Práca je rozdelená na tri kapitoly. Úvodná kapitola reflektuje postavenie ošetrovateľskej starostlivosti v platnej legislatíve na Slovensku. V druhej kapitole sa zameriavame na problematiku hodnotiacich škál ako štandardnej súčasť zdravotníckej dokumentácie. Tretia kapitola rieši problematiku využívania hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi v priamej súvislosti s efektívnosťou a kvalitou práce sestry prostredníctvom kvantitatívnej, exploratívnej výskumnej metódy, a to dotazníka. Výsledky nášho prieskumu odhalili značné rezervy vo využívaní hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej praxi. Práca jasne vymedzuje potrebu erudovanosti sestry so zvyšujúcim sa tlakom na kvalitu zdravotnej starostlivosti.

**Kľúčové slová:** zdravotnícka starostlivosť, efektívnosť a kvalita v ošetrovateľskej praxi, sestra, hodnotiace škály, ošetrovateľský proces, ošetrovateľská dokumentácia, dotazník.

## ABSTRACT

MAŠLÁNI, Ivana: *Efficiency use of assessment scales in nursing practice*. [Diploma work] Ivana Mašláni. – Slovakian Medical University in Bratislava. Faculty of Medicine in Banská Bystrica, Department of Nursing. – Lecturer: PhDR. Elena Janiczekova, PHD. – Qualification level: Master. – Banská Bystrica: Faculty of Medicine of Slovakian Medical University, 2017. 73 p.

The theme of this thesis is: Efficiency use of assessment scales in nursing practice. The work is partitioned into three chapters. The first chapter reflects upon the status of nursing care legislation in Slovakia. The second chapter focuses on the issue of assessment scales as a standard part of the medical documentation. The third section addresses the use of assessment scales in nursing practice directly related to the efficiency and quality of work of nurse through quantitative, exploratory research method – a questionnaire. Our results revealed significant reserves in the use of assessment tools in patient care. The work clearly establishes the necessity of nurse erudition with increasing pressure on health care quality.

**Key words:** health care, efficiency and quality in nursing practice, nurse, assessment scales, nursing process, nursing documentation, evaluation, questionnaire.

# OBSAH

## ABSTRAKT

## ABSTRACT

## ZOZNAM GRAFOV

ÚVOD.....	11
<b>1 OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ NA SLOVENSKU .....</b>	<b>12</b>
1.1 Ošetrovateľský proces ako hlavná metóda ošetrovateľskej starostlivosti.....	14
<b>2 HODNOTIACE ŠKÁLY A ICH MOŽNOSTI VYUŽITIA V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI .....</b>	<b>19</b>
2.1 Hodnotenie kognitívnych funkcií a demencie.....	21
2.1.1 Hodnotiace škály pre oblasť kognitívnych funkcií.....	22
2.2 Hodnotenie bolesti .....	23
2.2.1 Hodnotiace škály pre meranie bolesti.....	24
2.3 Hodnotenie sebestačnosti .....	25
2.3.1 Hodnotiace škály pre meranie sebestačnosti .....	26
2.4 Hodnotenie výživy .....	27
2.4.1 Hodnotiace škály pre zhodnotenie nutričného stavu .....	28
2.5 Vylučovanie moču a stolice .....	29
2.5.1 Hodnotiace škály pre meranie vylučovania moču a stolice.....	29
2.6 Hodnotenie rizika vzniku preležanín .....	30
2.6.1 Škály hodnotiace riziko vzniku dekubitov .....	30
<b>3 PRIESKUM.....</b>	<b>33</b>
3.1 Ciele prieskumu .....	33
3.2 Úlohy prieskumu.....	34
3.3 Metodika prieskumu.....	34
3.4 Výber súboru a jeho charakteristika.....	35
3.4 Analýza a interpretácia výsledkov prieskumu .....	38

3. 6	Diskusia.....	56
3. 7	Odporúčania pre prax.....	61
	<b>ZÁVER</b> .....	<b>63</b>
	<b>ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV</b> .....	<b>64</b>
	<b>PRÍLOHY</b>	



## ZOZNAM GRAFOV

- Graf 1: Vekové zloženie respondentov
- Graf 2: Dĺžka praxe respondentov
- Graf 3: Vzdelanie respondentov
- Graf 4: Špecializácia respondentov v odbore
- Graf 5: Názov oddelenia – pracoviska respondentov
- Graf 6: Používanie hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi
- Graf 7: Hodnotiace škály ako súčasť posudzovania pri prijíme pacienta
- Graf 8: Opakované použitie hodnotiacej škály pri zistení problému v určitej oblasti
- Graf 9: Hodnotiace škály ako súčasť prepúšťacej ošetrovateľskej správy
- Graf 10: Oblasti u pacientov hodnotené pomocou hodnotiacich škál
- Graf 11: Kognitívna oblasť hodnotená pomocou hodnotiacich škál
- Graf 12: Hodnotiace škály pre kognitívnu oblasť využívané v ošetrovateľskej praxi
- Graf 13: Hodnotenie bolesti pomocou hodnotiacich škál
- Graf 14: Hodnotiace škály pre oblasť bolesti využívané v ošetrovateľskej praxi
- Graf 15: Hodnotenie sebestačnosti pomocou hodnotiacich škál
- Graf 16: Hodnotiace škály pre oblasť sebestačnosti používané v ošetrovateľskej praxi
- Graf 17: Hodnotenie výživy pomocou hodnotiacich škál
- Graf 18: Hodnotiace škály pre oblasť výživy používané v ošetrovateľskej praxi
- Graf 19: Hodnotenie vylučovania moču a stolice pomocou hodnotiacich škál
- Graf 20: Hodnotiace škály pre oblasť vylučovania moču a stolice používané v ošetrovateľskej praxi
- Graf 21: Hodnotenie rizika vzniku dekubitov pomocou hodnotiacich škál
- Graf 22: Hodnotiace škály pre oblasť hodnotenia rizika vzniku dekubitov v ošetrovateľskej praxi
- Graf 23: Výber hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi
- Graf 24: Aktívne navrhnutie vlastnej hodnotiacej škály v ošetrovateľskej praxi
- Graf 25: Prínos hodnotiacich škál pre ošetrovateľskú prax
- Graf 26: Hodnotiace škály ako prínos pre hodnotené oblasti u pacienta
- Graf 27: Dôvody negatívneho vnímania hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi

Graf 28: Získané vedomosti o využívaní hodnotiacich škál

Graf 29: Účasť na seminári o využívaní hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi

## ÚVOD

*„Čo nejde merať neexistuje...“ (Deming)*

V našej diplomovej práci sme zamerali pozornosť na problematiku hodnotiacich škál a ich efektívne využívanie v ošetrovatelstve. Hodnotiace nástroje zjednodušujú prácu zdravotníckych pracovníkov vďaka tomu, že umožňujú objektivizáciu posúdenia jedinca, ktoré je prevádzané v ošetrovateľskej praxi. Vďaka ich využitiu by mala byť zaistená vyššia efektivita ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra sa zaujíma o potreby pacienta, ktoré ovplyvňujú osobu ako celok. Koncepcia holizmu zahŕňa celistvosť danej osoby a všetky stránky jej životného štýlu, od telesnej zdatnosti cez fyzické a emocionálne stavy, zvládanie stresu, citlivosť k prostrediu až po duševný stav. Týmto požiadavkám sa usilujú zodpovedať rozličné posudzovacie škály. Tie presne stanovujú predmet pozorovania a spôsob hodnotenia, skórovania zvolených prejavov. Zaisťujú tak prehľadné informácie o aktuálnom stave posudzovanej osoby. Sú pripravené tak, že umožňujú zber relatívne veľkého množstva dát v krátkom časovom intervale.

Práca je delená na dve základné časti. V prvej časti chceme poukázať na nezastupiteľnú rolu erudovanej sestry, ktorá má ako osoba v priamom kontakte s pacientom nezastupiteľné postavenie v celom rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti. Uvádzame v nej aj teoretické prístupy rôznych autorov, ktorí definujú, či taxatívne vymedzujú pojmy súvisiace s problematikou ošetrovateľskej starostlivosti, ktorú sestry vykonávajú metódou ošetrovateľského procesu. Bližšie poukazujeme na hodnotiace škály, ktoré nie sú len štandardnou súčasťou zdravotnej dokumentácie, ale slúžia ako prostriedok komunikácie a dohovoru v oblasti ošetrovateľstva.

V druhej časti našej práce prezentujeme výsledky prieskumu, zameraného na efektívne využívanie hodnotiacich škál v ošetrovatelstve. Sledujeme využívanie hodnotiacich škál pre meranie oblasti kognitívnych funkcií, bolesti, sebestačnosti, rizika vzniku preležanín, výživy a vylučovania moču a stolice. Tento prieskum bol realizovaný v Ústrednej vojenskej nemocnici – Fakultnej nemocnici v Ružomberku.

Hlavným cieľom našej práce bolo zistiť, či sa v sledovaných zdravotníckych zariadeniach využívajú hodnotiace škály, či sú prínosom pre efektívnu zdravotnú

starostlivosť a ktoré z týchto škál sú pre sestry známe a nimi aj využívané v ošetrovateľskej praxi.

## 1 OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ NA SLOVENSKU

Ošetrovateľskú starostlivosť na Slovensku vymedzuje zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, s platnosťou od 1. 11. 2004.

V tomto zákone je ošetrovateľská starostlivosť súčasťou zdravotnej starostlivosti. Daný zákon ju definuje ako „*súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality života a zdravého vývoja budúcich generácií. Zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu*“.

Ošetrovateľská prax je praktické uskutočňovanie činnosti sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, pri riadení a poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu.

Ošetrovateľská prax zahŕňa najmä:

- vyhodnocovanie ošetrovateľských potrieb a zdrojov ich zabezpečovania,
- vedenie ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá je súčasťou zdravotnej dokumentácie a vyhodnocovanie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti,
- výchovu pacienta k podpore, udržiavaniu a obnove zdravia a poskytovanie informácií o potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti,
- výchovu zdravotníckych pracovníkov v ošetrovateľstve a k profesionálnej etike,
- spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a inými odbornými pracovníkmi v zdravotníctve príslušného zdravotníckeho zariadenia a spoluprácu s inými fyzickými osobami a právnickými osobami pri plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti (zákon 576/2004 Z. z., paragraf 2, odsek 15).

Dnešné rýchle spoločenské zmeny kladú na sestry stále vyššie požiadavky. Jednou z takých požiadaviek je kritické myslenie sestier. Kritické myslenie patrí medzi

kognitívne schopnosti, ktoré sú spoločne s interpersonálnymi a technickými schopnosťami potrebné pre realizáciu ošetrovateľských činností (Zeleníková, 2006, s. 121).

Novou požiadavkou súčasnosti je aj systémovosť, celostné ponímanie celku. Pre sestru sa tak stávajú dôležité vedomosti zásad systémového myslenia a schopnosti jeho aplikácie (Mastiliaková, 2014, s. 35). Nutnosťou je funkčná gramotnosť sestier, čo znamená schopnosť pracovať s informáciami. Nemenej dôležitou požiadavkou je profesionálne správanie sa sestier, ktoré je ovplyvňované rôznymi faktormi:

- kladnými vlastnosťami osobnosti,
- vzdelaním, umožňujúcim odbornú prípravu pre výkon povolania rôznymi formami, ktoré je realizované celoročne a celoživotne,
- etickým kódexom sestry, ktorý určuje správanie sa sestry a úzko súvisí s profesionálnou morálkou,
- prestížou povolania, ktorá je určená náhľadom spoločnosti na výkon práce sestier a je v rôznych krajinách rôzna,
- požiadavkami pracoviska, ktoré ovplyvňujú kvalitu profesionálneho správania sa a sú dané zariadením, kde sestra pracuje (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 67).

V súvislosti s neustálym vývojom ošetrovateľského procesu na Slovensku sa hodnotí kvalita ošetrovateľskej starostlivosti. Pre definovanie kvality ošetrovateľstva je nevyhnutné vytvoriť špecifické ošetrovateľské štandardy. Štandardom sa rozumie dohodnutá a definovaná norma pre úroveň poskytovanej starostlivosti v daných podmienkach (Krišková a kol., 2006, s. 134).

Hulková (2016, s. 15) definuje štandard ako dohodnutú, profesijnú, záväznú normu kvality. Ide o požadovanú a dosiahnuteľnú úroveň výkonu, s ktorou je porovnávaná skutočná prax. Ak nie je štandard dodržaný ošetrovateľská starostlivosť sa stáva rizikovou. Ošetrovateľské štandardy majú kľúčový význam pre zvyšovanie kvality poskytovanej starostlivosti, pretože jednoznačne vymedzujú minimálnu úroveň starostlivosti, ktorá má byť poskytnutá (Hulková, 2016, s. 14).

Štandardizácia jednotlivých výkonov a postupov pomáha sestram v ošetrovateľskom procese, zároveň ho zrýchľuje, pomáha pri voľbe najvhodnejšieho postupu a pri predchádzaní omylom.

V klinickej ošetrovateľskej praxi by proces tvorby a hodnotenia štandardov mal prebiehať cyklicky, postupne, v nasledovných fázach:

- 1. fáza – identifikácia kľúčových oblastí,
- 2. fáza – tvorba štandardu a stanovenie kritérií,
- 3. fáza – overenie štandardu v praxi,
- 4. fáza – modifikácia štandardu,
- 5. fáza – zhodnotenie upraveného štandardu v praxi,
- 6. fáza – periodické zhodnotenie upraveného štandardu v praxi (Hulková, 2016, s. 19).

Takto štandard stanovuje reálny stav vzhľadom na situáciu. Štandardizácia musí vychádzať z vedeckých dôkazov založených na praxi. Systematickú a kritickú analýzu výsledkov zdravotnej starostlivosti nazývame audit. Jedným z auditov je audit ošetrovateľský, za ktorý preberá plnú zodpovednosť sestra.

## **1.1 Ošetrovateľský proces ako hlavná metóda ošetrovateľskej starostlivosti**

Termín ošetrovateľský proces je pomerne nový a súvisí so začiatkom rozvoja systémového prístupu (vedeckosti) v ošetrovateľstve. Prvý krát termín ošetrovateľský proces použila L. E. Mallová v r. 1955. Svoju teóriu rozvíjala v modeli CORE, CARE, CURE (osobnosť, telo, choroba) (Mastiliaková, 2014, s. 36).

Hlavnou metódou pri vykonávaní ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku je ošetrovateľský proces. Ide o systematickú, racionálnu a individualizovanú metódu plánovania, poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie (578/2004 Z.z.).

Cieľom ošetrovateľského procesu je určovať skutočné alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, naplánovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie. Súčasťou ošetrovateľského procesu je stanovenie sesterskej diagnózy.

Výhody ošetrovateľského procesu ako hlavnej metódy ošetrovateľskej starostlivosti sú nepopierateľné tak pre pacienta ako i pre sestru. Zdôrazňuje ich aj Mastiliaková (2014, s. 41), ktorá uvádza výhody pre klienta, pacienta nasledovne:

- kvalitná plánovaná starostlivosť, ktorá uspokojuje potreby jedinca (rodiny, komunity, spoločnosti),
- náväznosť a kontinuita starostlivosti,
- účasť klientov, pacientov na starostlivosti.

Pre sestru ich autorka uvádza nasledovne:

- dôsledné a systematické ošetrovateľské vzdelanie,
- spokojnosť v zamestnaní,
- odborný rast,
- vyhnutie sa rozporu so zákonom,
- realizácia štandardov ošetrovateľskej praxe,
- splnenie štandardov akreditovaného pracoviska.

Ošetrovateľským procesom sa zabezpečí individualizovaný prístup ku každému pacientovi. Ošetrovateľský proces je základným metodickým rámcom pre realizáciu cieľov ošetrovateľstva. Umožňuje zaujať individualizovaný prístup k ošetrovaniu klienta v inštitucionálnej i terénnej starostlivosti (Mlynková, 2010, s. 29).

Sestra sa v prvej fáze ošetrovateľského procesu, t. j. vo fáze posudzovania, zameriava na zberanie dát o pacientovi, kde využíva metódu rozhovoru, pozorovanie a screeningové vyšetrenia. Vytvára ošetrovateľskú anamnézu, v ktorej získané údaje usporadúva, kontroluje úplnosť údajov, tiež ich objektivitu vzhľadom k holistickému prístupu k pacientovi a zaznamenáva ich do zdravotnej dokumentácie pacienta.

„Zdravotná dokumentácia je súbor údajov o zdravotnom stave osoby, o zdravotnej starostlivosti a o službách súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou poskytovaných tejto osobe“ (576/2004). Základným dokumentom zdravotnej dokumentácie na štandardnej posteľovej jednotke je chorobopis a vedie ho lekár. Podsystemom zdravotnej dokumentácie je ošetrovateľská dokumentácia, ktorá predstavuje súbor záznamov o sesterných činnostiach vykonaných v prospech zdravia pacienta. V priebehu vývoja sa v ošetrovateľskej praxi v Slovenskej republike od roku 1989 postupne zaviedli rôzne formy ošetrovateľskej dokumentácie.

Ošetrovateľská dokumentácia by mala obsahovať:

- časový a skutkový prehľad starostlivosti realizovanej sestrou
- výsledky, reakcie pacienta na prijatú starostlivosť,

- údaje o efektívite, kvalite sesterských činností (Krišková a kol.,2006, s. 118).

Treba poznamenať, že dokumentovanie je pre sestru prostriedkom komunikácie a dohovorov v oblasti ošetrovateľstva a posúva dokumentovanie sesterských činností z úrovne osobného náhľadu do presných, praxou potvrdených foriem. Aj preto musí byť zápis pravdivý, čitateľný, napísaný nezmazateľným perom.

Po dôkladnom zbere dát o pacientovi môže sestra pristúpiť k druhej fáze ošetrovateľského procesu a tou je stanovenie ošetrovateľskej diagnózy. Ošetrovateľská diagnóza je klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny či komunity na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy či životný proces. Ošetrovateľská diagnóza poskytuje základ pre výber ošetrovateľských zásahov na dosiahnutie výsledkov, za ktoré je sestra zodpovedná (NANDA, 2010, s. 354).

Diagnostický proces má svoje fázy. Vorosová (2011, s. 48) udáva fázy diagnostického procesu podľa Kozierovej nasledovne:

### **1. Spracovanie údajov- interpretovanie zozbieraných údajov:**

- usporiadanie údajov,
- porovnanie údajov so štandardmi,
- zoskupovanie údajov,
- zistenie medzier a rozporov.

**2. Hodnotenie pacientových zdravotných problémov, zdravotných rizík a pozitív:** po spracovaní údajov sestra a pacient spoločne zhodnotia silné a slabé stránky čiže zdravotné pozitíva a negatíva. Toto je v podstate o rozhodovací proces.

**3. Formulovanie diagnóz:** v tomto konečnom štádiu sestra formuluje príčinné vzťahy medzi zdravotnými problémami a faktormi, ktoré ich ovplyvňujú. Príčinné faktory možno získať z údajov v zázname. Ak sa v nich nijaké príčinné faktory nezjavujú sestra si musí urobiť pracovnú diagnózu na základe svojich vedomostí a skúseností. Potom musí preveriť databázu na protirečenia a medzery a urobiť analýzu a syntézu údajov na možný omyl. Keď sa zistí príčinný vzťah, sestra je pripravená vysloviť diagnostický záver.

Správne stanovenie ošetrovateľskej diagnózy vyžaduje od sestry istú erudovanosť a skúsenosti. Od jej správnosti závisí efektivita v uspokojovaní potrieb pacienta. „Pojem potreba chápeme ako prejav nedostatku alebo nadbytku smerujúci



k obnoveniu homeostázy (rovnováhy, pohody, optima). Potreba je niečo, čo ľudská bytosť nutne potrebuje pre svoj život a vývoj“. (Mlýnková, 2010, s. 33).

Používanie štandardizovanej terminológie pre určenie ošetrovateľských diagnóz podporuje profesionálnu zodpovednosť a tvorí základ klasifikačných systémov v ošetrovateľstve. NANDA vyvinula uznávaný klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz, ktorý sa po klinickom testovaní novej diagnózy dopĺňa každé dva roky. Súčasná štruktúra diagnóz NANDA- International taxonómia II má tri úrovne: 13 domén, 47 tried a 206 diagnóz.

Fáza ošetrovateľského procesu, ktorá sa zameriava na priority riešenia problémov je plánovanie. Sestra si určuje ciele ošetrovateľskej starostlivosti. Uvedie si metódy a postupy ako dané ciele dosiahne. Navrhnuté sesterské intervencie a poradie pri riešení individuálnych problémoch pacienta zaznamenáva do ošetrovateľského plánu.

Ako uvádzajú Furová a Bóriková (in Žiaková a kol., 2003, s. 8) plánovanie v ošetrovateľstve je zamerané na:

- vytýčenie priorít, sestra primárne rieši problémy ohrozujúce život, neuspokojené fyziologické potreby, či vývinové potreby, ktoré majú najvyššiu prioritu,
- formuláciu pacientových cieľov a výsledných kritérií, ciele sa odvodzujú od prvej časti ošetrovateľskej diagnózy, ďalej sa konkretizujú a určuje sa časové hľadisko,
- plánovanie ošetrovateľských stratégií potrebných na prevenciu, zmenšenie alebo odstránenie pacientových zdravotných problémov, zameriavajú sa na druhú časť ošetrovateľskej diagnózy,
- napísanie sesterských ordinácií a písomného plánu, sestra využíva modifikované formuláre špecifické pre pracovisko,
- konzultovanie sestry s inými odborníkmi, ako sú napr. Fyzioterapeut, asistent výživy, sociálny pracovník a pod.

**4. fáza ošetrovateľského procesu - realizácia:** je zameraná na priamu činnosť sestry, teda na prevedenie naplánovaných ošetrovateľských stratégií. Klasifikácia ošetrovateľských intervencií NIC zahŕňa činnosti, ktoré sestry robia pre pacienta. Intervencia je každá činnosť založená na klinickom hodnotení a vedomostiach, ktoré sestra uskutočňuje na dosiahnutie želaných výsledkov u pacienta (Vorosová, 2011, s. 19). V tejto fáze sestra využíva kognitívne, interpersonálne a praktické zručnosti. V najväčšej možnej miere aktívne zapája pacienta do realizácie ošetrovateľského plánu. V

realizačnom procese uskutočňujeme nielen ošetrovateľskú starostlivosť, ale aj poradenstvo, učenie, opateru, poskytnutie podpory, behaviorálne zmeny, komunikáciu, obhajujeme práva pacientov, pričom všetky tieto činnosti súvisia s rolami sestry (Furová, Bóriková, 2003, s. 9). Po realizácii ošetrovateľskej činnosti, sestra opätovne validizuje plán ošetrovateľskej starostlivosti. Na presnosti v záznamoch, ktoré sestra vedie, je vždy možné zistiť aktuálny stav pacienta.

**5. fáza ošetrovateľského procesu – vyhodnotenie:** v nej sestra hodnotí účinnosť ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá bola poskytnutá pacientovi podľa ošetrovateľského plánu. Je to proces priebežný i záverečný. Sestra získava a porovnáva údaje so stanovenými kritériami, ktoré sú presné a merateľné. Údajmi zisťuje, či boli pacientove ciele splnené. Vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľského procesu umožňuje sestře modifikovať, či revidovať plán starostlivosti. V tejto fáze sestra využíva metódy pozorovania, rozhovoru s pacientom i konzultáciami s ostatnými členmi tímu. Je dôležité, aby sestra viedla záznamy v dokumentácii jasne, stručne a bez subjektívnych komentárov.

## 2 HODNOTIACE ŠKÁLY A ICH MOŽNOSTI VYUŽITIA V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

V ošetrovateľskej praxi na Slovensku sa stále častejšie využívajú rôzne hodnotiace a meracie škály, ktoré sa pokladajú za štandardnú súčasť zdravotnej dokumentácie. Škálu môžeme definovať ako „*stupnicu s rôznym počtom stupňov*“ (Bóriková, Furová, 2003, s. 11). Hodnotiace škály možno rozdeliť podľa ich využitia do viacerých oblastí. Podľa Guilfordovho kritéria sa rozdeľujú do piatich kategórií nasledovne:

- *numerická škála*, každému pozorovanému javu sa pripíše určitý počet bodov na číselnej stupnici s presne definovanými stupňami. Pre svoju relatívnu jednoduchosť sa zaraďuje k najpopulárnejším technikám,
- *grafická posudzovacia škála*, posudzovací znak sa umiestni na stupnici vodorovnej, šikmej alebo zvislej a vyhodnotí sa odmeraním vzdialenosti zaškrtnutia od začiatku stupnice. Škála je relatívne presná a jednoduchá,
- *štandardná posudzovacia stupnica*, predpokladom použitia je poznanie normy, ku ktorej sa priraduje posudzovaný znak. Norma (štandard) sa vytvorila na základe predchádzajúceho hodnotenia vlastností porovnávaných osôb a tie tvoria stupnicu na porovnávanie pozorovaných javov skúmaných osôb. Bodový štandard môže byť určený číselne, číselne a kvalitatívne alebo rozvinutejšou charakteristikou skúmaného javu a jeho miery,
- *kumulatívna posudzovacia škála*, jednotlivým položkám sa priraduje určitý význam na zaškrtavanej listine s rozličnými adjektívami,
- *posudzovacia škála s nútenou voľbou*, zo štyroch alebo piatich vlastností, resp. krátkych opisov správania posudzovateľ vyberá tie, ktoré zodpovedajú, vystihujú skúmanú osobu (Žiaková a kol., 2003, s. 12).

Ako autorka ďalej uvádza posudzovacie škály a stupnice sa z praktických dôvodov delia na subjektívne (sebaposudzovacie, sebahodnotiace) a škály posudzovania iných (na základe subjektívneho a objektívneho hodnotenia). Využívaním rôznych škál môžu sestry za relatívne krátky čas posúdiť veľký počet znakov. Pri ich interpretácii vzhľadom na výskumné alebo diagnostické ciele by sme mali postupovať s istou dávkou opatrnosti a v klinickej praxi ich využívať prevažne ako doplnkové vyšetrovacie techniky.

Základnými kritériami vedeckej hodnoty výskumnej metódy ako celku je reliabilita a validita. Obidve kritéria sú plne aplikovateľné najmä vtedy, keď sú položky (v ich odpovedovej časti) kvantifikovateľné a metóda tak vystupuje ako nástroj na meranie vlastností a vzťahov skúmaného predmetu (Kudlička, 2003, s. 238).

Vďaka vytvoreným hodnotiacim škálam, stupniciam, schémam či dotazníkom môžu sestry kvalitne a objektívne posúdiť stav pacienta z rôznych oblastí klinickej praxe. Sestry pomocou vytvorených škál posudzujú kognitívne funkcie, stav vedomia, orientáciu v čase, osobe a priestore, sebestačnosť, fyziologické funkcie, príjem a výdaj tekutín, nutričný stav, bolesť, riziko vzniku preležanín, psychickú oblasť, sociálnu oblasť, zvládanie stresu, prípadne iné oblasti. Závisí na dohode a výbere daného zdravotníckeho zariadenia, ktoré škály sa budú pri vstupnom, priebežnom či záverečnom posudzovaní pacienta využívať. Z vlastnej praxe môžeme potvrdiť, že využívanie štandardizovaných validovaných nástrojov akými hodnotiace škály určite sú, je zárukou kvalitnej individualizovanej starostlivosti o pacienta. „*Čo nejde merať, neexistuje*“ (Deming), otec programu kontinuálneho zvyšovania kvality (Škrla, 2003, s. 100).

Pri opise celkového zdravia jednotlivcom je možné využiť napr. Model zdravotného posúdenia, ktorý posudzuje individuálne vnímanie zdravia, modifikujúce faktory a premenné. Index posúdenia vlastného zdravia obsahuje škálu položiek ako vlastný postoj k zdraviu, vedomie svojej kompetentnosti v otázkach svojho zdravia a schopnosť reagovať na vonkajšie podnety. Index pohody posudzuje životný štýl, vplyv momentálneho spôsobu života na zdravie a poskytuje podnet pre rozhodnutie jednotlivca zmeniť návyky a životný štýl (Maskalová, Kelčíková, 2009, s. 9).

Súčasťou rôznych dotazníkov môžu byť aj položky zamerané na: zodpovednosť za starostlivosť o svoje zdravie, fyzickú aktivitu, spánkový režim, chápanie zmyslu života, životné prostredia, či vyrovnanie sa so stresom. Práve stres v súčasnej dobe je častým spúšťačom tzv. psychosomatických ochorení. Test na ohodnotenie veľkosti stresu sa dotýka rôznych oblastí života. Skúma životný štýl, životné a sociálne podmienky, zmeny pamäte, chuti do jedla, únavy, prítomnosťou úzkosti a zamestnaním.

Pre vstupné orientačné zhodnotenie celkového zdravotného stavu seniorov je vhodný formulár SPICES, ktorého začiatkové písmená tvoria názvy príznakov typických pre starších ľudí, kde S (Sleep Disorders) znamená poruchy spánku, P (Problems with Eating or Feeding) znamená problémy s príjmom potravy alebo kŕmením, I (Incontinence) znamená problémy s kontinenciou, C (Confusion) znamená

známky zmätenosti a poruchy kognitívnych funkcií, E (Evidensof Falls) znamená dôkazy o pádoch, S (Skin Breakdown) znamená poškodenie kože. (Pokorná, 2013, s. 11).

Treba podotknúť, že tieto vyššie spomínané testy by mali byť použité len na úvodné a orientačné posúdenie pacientov. Na ich základe je nutné zahájiť komplexné a podrobné hodnotenie v problematickej oblasti pomocou špeciálne zameraných screeningových nástrojov.

Nasledujúce podkapitoly zameriavame na podrobnejšie posudzovanie jednotlivých oblastí s využívaním najčastejšie používaných a špeciálne zameraných screeningových nástrojov.

## **2.1 Hodnotenie kognitívnych funkcií a demencie**

Klasifikácia WHO definuje vedomie ako globálnu mentálnu funkciu, ako uvedomovanie si bdelosti vrátane jasnosti a kontinuity bdelého stavu (Pfeiffer, 2007, s. 163).

Kognitívne funkcie sú všetky myšlienkové procesy, ktoré nám umožňujú rozpoznávať, pamätať si, učiť sa a prispôbovať sa neustále sa meniacim podmienkam prostredia. Patrí sem pamäť, koncentrácia, pozornosť, rýchlosť myslenia a porozumenie informáciám. Zahrňujeme sem vyššie kognitívne tzv. exekutívne funkcie ako schopnosť riešiť problémy, plánovať, organizovať, nadhľad a úsudok (Válková, 2015, s. 13).

Demencia úzko súvisí s kvalitou kognitívnych funkcií. Ide o syndróm popísaný ako porucha kognitívnych funkcií (porucha pamäti, koncentrácie, pozornosti, vnímania)(Válková,2015, s. 16). Pfeiffer definuje demenciu ako „syndróm spôsobený chorobou mozgu, obvykle chronickej a progresívnej povahy, kedy dochádza k porušeniu viacerých najvyšších nervových (kortikálnych) funkcií. Patrí tu pamäť, myslenie, orientácia, chápanie, počítanie, schopnosť učiť sa, jazyk a úsudok (2007, s. 197).

Demencia je ochorenie, ktoré postihuje asi 1% populácie, vo veku nad 65 rokov postihuje až 5% populácie.

Pre sestru je nevyhnutné poznať rizikové faktory, ktoré signalizujú poruchy kognitívnych funkcií. Sestra pri rozhovore s pacientom posudzuje jeho orientáciu v priestore a čase, kvalitu pamäte, schopnosť koncentrácie, rečové funkcie, posudzuje zmeny v zvyčajnom správaní pacienta, zmeny nálad. Ošetrovateľské intervencie sestry

zameriava predovšetkým na udržanie, či rehabilitáciu poznávacích schopností, zmiernenie úzkosti a nervozity, zabráneniu úrazov, podpore sebestačnosti pričom zachováva úctu k pacientovi a jeho dôstojnosť.

### 2. 1. 1 Hodnotiace škály pre oblasť kognitívnych funkcií

K objektívnemu posúdeniu kognitívnych funkcií sestram napomáhajú rôzne hodnotiace škály a testy.

- ***Skrátený mentálny bodovací test***(hodnotenie psychického stavu podľa Gajda).

Mal by sa urobiť u každého pacienta nad 70 rokov, ktorý je hospitalizovaný alebo ambulantne vyšetrený. Test obsahuje deväť otázok, na ktoré pacient odpovedá. Každú správnu odpoveď sestra hodnotí jedným bodom. Menej ako sedem bodov znamená zmätenosť pacienta.

- ***Glasgow ComaScale*** (Glasgowská stupnica hĺbky vedomia)

Testujú sa tri oblasti: odpoveď očí, motorická a slovná odpoveď na rôzne podnety - reakcia na oslovenie, dotyk, zatrasenie, algický podnet (skrútenie ušného lalôčika, uštipnutie na vnútornej strane ramena, pod axilou, v oblasti kľúčnej kosti, na stehne pod ingvínou, poplieskanie po lícach, pichnutie ihlou, reakcia na zavedenie venóznej kanyly).

- ***Folsteinov test kognitívnych funkcií*** (Mini-Mental-State-Examination, MMSE).

Hodnotí sa v ňom orientácia pacienta v čase, pamäť, pozornosť a počítanie, reč, a konštruktívna praxia. Otázok je tridsať, za každú správnu odpoveď sa pridáva jeden bod. Ak pacient získa desať a menej bodov, ide o ťažkú kognitívnu poruchu.

- ***Test poruchy vedomia podľa Beneša a Drábka***

Hodnotia sa reakcie pacienta na oslovenie. Pacient je pri plnom vedomí, somolentný alebo až letargický. Ak pacient nie je pri vedomí, hodnotí sa v ňom reakcia na bolestivý podnet.

- ***Test kreslenia hodín*** (Clockdrawing test)

Hodnotí sa v ňom integrita ciferníka, kresba a poradie čísel a nastavenie ručičiek na požadovaný časový údaj. Ak pacient získa menej ako deväť bodov je podozrivý z mentálnej demencie.

## 2.2 Hodnotenie bolesti

Bolesť je nepríjemný subjektívny pocit. Pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť je dôležité nepodhodnocovať akúkoľvek bolesť, ktorú pacient udáva. Bolesť je definovaná ako nepríjemná senzorická a emocionálna skúsenosť spojená s akútnym alebo potenciálnym poškodzovaním tkanív (Rokyta, 2009, s. 21).

Základné a najjednoduchšie rozdelenie bolesti je podľa dĺžky trvania na bolesť akútnu a chronickú. Fricová (2009, s. 32) popisuje akútnu bolesť nasledovne:

- trvá hodiny, dni,
- má pozitívny význam ako výstražná funkcia pre organizmus,
- je lokalizovaná na určitú oblasť tela,
- príčina je skôr periférna,
- rýchle sa zlepšuje.

Chronickú bolesť autorka chápe ako bolesť, ktorá:

- trvá mesiace až roky, najmenej tri až šesť mesiacov,
- má negatívny význam, nie je biologicky užitočná,
- lokalizácia je často difúzna,
- príčina je skôr centrálna,
- progresívne sa zhoršuje.

Autorka udáva typické príznaky akútnej a chronickej bolesti, ktoré by erudovaná sestra mala vedieť rozpoznať. Príznaky sprevádzajúce akútnu bolesť sú: potenie, zrýchlený tep, zrýchlené dýchanie, vazokonstrikcia, mydriáza, paralýza čriev, retencia moču, katabolizmus a hyperglykémia.

Pre chronickú bolesť sú typické poruchy spánku a správania, depresia, zmeny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociálna izolácia, strata zamestnania, zápcha, nebezpečenstvo suícida, poruchy libida.

Deklarácia práv pacienta s bolesťou, ktorú vytvorili austrálsky lekári, zahŕňa v sebe sedem zásad, práv:

- právo na uznanie bolesti,

- právo na hodnotenie a liečbu bolesti,
- právo na výsledky hodnotenia bolesti, (dosiahnuť efektívnu úľavu od bolesti),
- právo na starostlivosť poskytovanú profesionálmi v odbore, algeziológmi,
- právo na vhodnú a efektívnu stratégiu liečby bolesti,
- právo na vzdelávanie v oblasti efektívnych liečebných možností,
- právo na vhodný plán liečby bolesti po vyčerpaní akútnej neodkladnej starostlivosti (Fricová, 2009, s. 39).

Boleť zaťažuje celý organizmus fyzicky i psychicky. Ovplyvňuje výkony, emócie i myslenie človeka. Cieľom ošetrovateľských intervencií je znížiť alebo odstrániť bolesť pacienta s minimálnymi vedľajšími účinkami.

Ako sme už spomenuli prežívanie bolesti je subjektívnym pocitom. Aj preto boli vytvorené rôzne hodnotiace škály, ktoré pomáhajú sestram kvantifikovať alebo merať intenzitu bolesti.

### **2. 2. 1 Hodnotiace škály pre meranie bolesti**

- ***Numerická hodnotiacia škála bolesti***

Pacient vyjadří pocit číslom od nula do desať (sto). Hodnota nula znamená žiadna bolesť a hodnota desať (sto) znamená bolesť neznesiteľnú. K numerickým škálam vyjadrenia bolesti patrí aj škála Melzackova, kedy pacient vyjadruje pociťovanie bolesti číslami od nula do päť.

- ***Verbálna hodnotiacia škála bolesti (Keele)***

Pacient vyjadří bolesť verbálne ako bolesť nepatrnú, miernu, vážnu, trýznivú až po neznesiteľnú.

- ***Vizuálna hodnotiacia škála bolesti (VAS)***

Ide o grafickú metódu. Pacient znázorňuje intenzitu bolesti na úsečke, ktorá môže byť vertikálna alebo horizontálna. Pri narušenej komunikačnej schopnosti môže pacient hodnotiť bolesť prostredníctvom obrázkov tváre, ktoré znázorňujú zmeny mimiky podľa intenzity bolesti. Pacient si vyberie jeden obrázok tváre, ktorá vystihuje intenzitu jeho bolesti.

- ***McGillov - Melzackov dotazník (McGill Pain questionnaire-MPQ)***



Pacient vyplňa dotazník bolesti, ktorý obsahuje dvadsať kategórií opisov bolesti v rôznych skupinách, stupnicu intenzity bolesti od nula do päť a nákres ľudského tela pre lokalizáciu bolesti.

- ***Hodnotenie bolesti a grafický záznam (Inštitút Gustava Roussy)***

Pacient vyplňuje dotazník, ktorý pozostáva z piatich otázok, zaznamenáva si čas, kedy požil analgetiká a intenzitu bolesti.

- ***Dotazník posúdenia bolesti (IPVZ Praha)***

Pacient vyplní dotazník, ktorý obsahuje sedem otázok. Ich súčasťou je verbálna hodnotiaca škála bolesti i grafickú metódu hodnotenia bolesti.

- ***Hodnotiaca škála bolesti podľa Abbey***

Táto hodnotiaca škála bolesti je vhodná pre pacientov s demenciou, kedy sestra hodnotí paralingvistické prejavy, mimiku, motorické prejavy, vegetatívne prejavy. Pri dosiahnutí štrnástich bodov v tejto škále ide o veľmi silnú bolesť.

## **2.3 Hodnotenie sebestačnosti**

Sebestačnosť alebo sebaopatera je schopnosť klienta postarať sa o seba vlastnými silami v rámci aktivít bežného dňa a ujímať sa primeranej sociálnej role v prostredí, kde žije.

Sebestačnosť ako pojem vyjadruje mieru samostatnosti, participácie alebo závislosti pacienta pri vykonávaní denných aktivít (Žiaková, 2003, s. 18). Posúdenie miery sebestačnosti je východiskom pre tvorbu ošetrovateľského plánu. Autorka klasifikuje pacientov z hľadiska sebaopatery nasledovne:

- pacient sebestačný, nezávislý, psychicky kompenzovaný,
- pacient čiastočne sebestačný, potrebuje pomoc personálu, rodiny,
- pacient čiastočne sebestačný, ale pripútaný na lôžko, príp. psychicky dekompenzovaný, vyžadujúci menšiu, či väčšiu pomoc sestry,
- pacient nesebestačný, upútaný na lôžko, psychicky dekompenzovaný, prípadne v bezvedomí, závislý na pomoci personálu (2003, s. 18).

Jedným z hlavných cieľov ošetrovateľstva je pomôcť pacientovi byť sebestačný v čo najväčšej možnej miere.

Sebestačnosť človeka súvisí s jeho schopnosťou v oblasti sebaobslužných činností.

Pri zisťovaní sebaobslužných činností sledujeme samostatnosť pri vykonávaní týchto úkonov: osobná hygiena, kúpeľ, obliekanie, jedenie, príjem liekov, udržanie moču a stolice, chôdzu“ (Hauke, 2011, s. 49). Autorka tiež vyčleňuje činnosti, ktoré sa týkajú schopností súvisiace s bežnými dennými aktivitami: nakupovanie, varenie, vybavovanie osobných záležitostí na úradoch, pošte a pod., telefonovanie a nakladanie s peniazmi.

Na kvantitatívne vyjadrenie funkčnej závislosti môže sestra použiť rôzne meracie techniky, škály a štandardizované testy. Ľahko sa používajú, hogenizujú skupinu pacientov, umožňujú sledovať časový vývoj spontánnych zmien alebo zmien po intervenčnom zásahu.

### **2. 3. 1 Hodnotiace škály pre meranie sebestačnosti**

- ***Barthelov test základných denných aktivít (Activity Daily Living - ADL)***

Tento test sa používa k hodnoteniu miery funkčnej závislosti pacienta. Test hodnotí, či je osoba schopná úkon previesť samostatne, či k prevedeniu úkonu potrebuje pomoc druhej osoby alebo ho nie je schopná previesť vôbec. V teste sa hodnotia nasledovné úkony: jedenie a pitie, obliekanie, kúpeľ, osobná hygiena, kontinencia moču, kontinencia stolice, používanie WC, presun z lôžka na stoličku, chôdza po rovine, chôdza po schodoch. Sestra test vyhodnocuje bodmi. Maximálny počet je sto bodov a znamená, že pacient je nezávislý, pri získaní 65 až 95 bodov značí u pacienta ľahkú závislosť, pri získaní 45 až 60 bodov ide o závislosť stredného stupňa a bodové skóre nižšie ako 40 bodov znamená, že pacient je vysoko závislý.

- ***Test inštrumentálnych denných činností (Instrumental Activity Daily Living - IADL)***

Tento test skúma aktivity nevyhnutné pre nezávislý život v domácom prostredí. Test hodnotí nasledovné činnosti: telefonovanie, transport, nakupovanie, varenie, domáce práce, práca okolo domu, užívanie liekov, financie. Maximálny počet bodov je 80 a znamená, že pacient je nezávislý. Za závislého sa považuje pacient, ktorého bodové skóre je nižšie ako 40. Pri získaní 41 až 75 bodov ide o čiastočne závislého pacienta.

- ***Katzov index nezávislosti v denných aktivitách***

Test vyhodnocuje aktivity ako kúpanie, obliekanie, používanie toalety, pohyblivosť, kontinencia a stravovanie. Každú aktivitu hodnotíme v dvoch rovinách. Ak pacient

v danej aktivite potrebuje pomoc je závislý, ak pacient danú aktivitu zvláda sám je nezávislý.

- **Test vývoja sebestačnosti (TVS)**

Tento test hodnotí súčasný stav sebestačnosti pacienta aj vývoj sebestačnosti v danom časovom intervale. Test vyhodnocuje tieto kritériá: osobná hygiena, výživa, orientácia, obliekanie, verbálna komunikácia, pohyb, spánok a vyprázdňovanie. Jednotlivé kritériá sa hodnotia počtom bodov od 0 do 5. Na pravidelné hodnotenie sa použije rovnaký graf, ale vždy odlišnou farbou.

- **Test ošetrovateľskej zát'aže podľa Svanborga**

Tento test hodnotí úroveň sebestačnosti v nasledujúcich kritériách: pohyblivosť, osobná hygiena, stravovanie, inkontinencia moču, inkontinencia stolice, návšteva toalety, dekubity a spolupráca s pacientom. Každá oblasť sa hodnotí v dvoch alebo troch úrovniach. Maximálny počet bodov je 38 a znamená úplnú závislosť pacienta, minimálny počet bodov je nula a znamená, že pacient je úplne sebestačný.

## 2.4 Hodnotenie výživy

Vzťah medzi výživou a zdravotným stavom je nespochybniteľný. Už otec lekárstva a mudrc z antického Grécka Hippokrates (460-370 pred n. l.) liečil choroby diétou. Tvrdil, že strava musí byť našim liekom. Jednou z jeho *myšlienok* je: „Človek nosí lekára v sebe, len mu je treba pomôcť v jeho práci. Ak nie je telo očistené, čím viac ho budeš kŕmiť, tým viac mu budeš škodiť. Pokiaľ kŕmia chorého príliš dobre, kŕmia tiež chorobu“ (Partyková, 2014, s. 11).

Vzťahy medzi výživou a rozvojom novodobých ochorení sú objasnené natoľko, že možno vysloviť odporúčania, ako týmto chorobám predchádzať. Najzákladnejšie zásady racionálnej výživy popisuje Kasper (2015, s. 111) nasledovne:

- dodržiavať pestrosť výživy,
- dávať prednosť energeticky chudobným potravinám,
- konzumovať denne päť dávok ovocia a zeleniny,
- pre pokrytie vápnika, jódu a selénu denne konzumovať mlieko a mliečne výrobky a dvakrát týždenne morskú rybu,
- cukor a kuchynskú soľ konzumovať s mierou, dávať prednosť jódizovanej soli,

- dávať prednosť potravinám chudobným na tuk, zvlášť sa vyhýbať tukom s vysokým obsahom nasýtených kyselín a dávať prednosť rastlinným olejom,
- pokrmy pripravovať šetrne, pri nižších teplotách, ktoré šetria termolabilné živiny.

Sestra si u pacienta všíma poruchy výživy v zmysle obezity alebo malnutricie. K objektívnemu posúdeniu porúch výživy jej slúžia okrem biochemických vyšetrení rôzne hodnotiace škály.

#### 2. 4. 1 Hodnotiace škály pre zhodnotenie nutričného stavu

- ***Formulár pre rýchle zhodnotenie výživy.***

Pacient vypisuje výživovú spotrebu za posledných 24 hodín. Udáva, čo raňajkoval, desiatoval, obedoval, olovrantoval a večeral a v akom množstve. Následne vписuje počet porcií do trojuholníkového grafu. Ide tu o príjem obilnín, zeleniny, ovocia, mliečnych výrobkov, mäsa a ostatných potravín. Pacient v teste môže dosiahnuť maximálne desať bodov, čo značí výbornú výživu. Za nedostatočnú výživu sa považuje stav, ak pacient získal tri a menej bodov.

- ***Mini nutritional assesment (MNA)***

Tento test je zameraný na odhalenie rizika malnutricie. Pacient udáva antropometrické údaje ako sú hmotnosť, obvod ramien, lýtka a stratu hmotnosti v posledných troch mesiacoch. Hodnotia sa tu stravovacie návyky a zdravotný stav.

- ***Subjective global assesment***

Ide o subjektívne celkové hodnotenie, v ktorom pacient zaznamenáva zmeny telesnej hmotnosti, zmeny v stravovaní, intestinálne príznaky trvajúce dlhšie ako dva týždne a zmeny vo fyzickej zdatnosti.

- ***Formulár na zisťovanie údajov o nevoľnosti a vracaní podľa Wikhama***

Tento formulár je určený skôr pre pacientov s chemoterapeutickou liečbou, kde pacient udáva, či má skúsenosť s nauzeou, čo mu pomohlo, kedy sa vyskytla, ako dlho trvala, akej bola intenzity.

## 2.5 Vylučovanie moču a stolice

Vylučovanie moču a stolice je intímna záležitosť a pacienti majú tendenciu nehovoriť o probléme. Pri posudzovaní sa nemôžeme úplne spoliehať na verbálne vyjadrenia pacientov. Posudzovanie dopĺňame pozorovaním farby moču, zápachu, prípadne prítomnosť absorpčnej pomôcky a podobne. Zameriavame sa na zistenie inkontinencie ako jednej z nepríjemných porúch vylučovania, ktorá môže mať dôsledky aj na celkový psychický stav pacienta. Inkontinencia ako pojem je „porucha funkcie zvieračov a koordinácie vylučovacích funkcií (Rokyta, 2015, s. 647). Samovoľný únik moču je častejší u žien. Inkontinencia moču je stav, pri ktorom človek nie je schopný sám vedome riadiť odchod moču (Bernášková, 2015, s. 331). Autorka ďalej uvádza typy inkontinencie:

- **stresová** - ide o najčastejší typ inkontinencie a prejavuje sa únikom malého množstva moču pri fyzických aktivitách spojených s náhlym zvýšením vnútrobrušného tlaku (kašeľ, poskok, kýchnutie). Vzniká následkom zvýšenej pohyblivosti hrdla mechúra a močovej trubice alebo v dôsledku nedostatočnosti vnútorného zvierača močovej trubice,
- **urgentná** - prejavuje sa náhlym neovládateľným nútením na močenie s únikom väčšieho množstva moču. Medzi príčiny vzniku toho typu inkontinencie patria predovšetkým zápaly dolných močových ciest, zúženie močovej trubice a iné,
- **zmiešaná** - ide o kombináciu stresovej a urgentnej inkontinencie,
- **paradoxná** - je spôsobená získanou slabosťou svaloviny močového mechúra a prejavuje sa neúplným vyprázdňovaním. Príčinou býva zúženie močovej trubice (pri hypertrofii prostaty, poklese maternice a pod.).

### 2.5.1 Hodnotiace škály pre meranie vylučovania moču a stolice

- **Gaudenzov dotazník**

Je zameraný na odhalenie typu inkontinencie moču. Pacienti vyplňajú dotazník pozostávajúci z 26 otázok. Body urgentnej inkontinencie (arabské číslice) stresovej inkontinencie (rímske číslice) sčítame a zhodnotíme urgentné a stresové skóre.

- **Bristolská škála foriem stolice**

Je zameraná na klasifikáciu typov stolice u pacientov so syndrómom dráždivého čreva. Typ 1 znamená skutočnú zápchu a typ 7 skutočnú hnačku. Typ 3 a 4 poukazuje na pseudo-diarrheu, kedy pacient musí chodiť často alebo veľmi rýchlo na stolicu, ale stolica je pritom normálna. Pseudo-obstipácia je stav, pri ktorom sa pacient cíti nespokojný a tlačí zbytočne kvôli pocitu neúplného vyprázdnenia, aj keď je stolica normálna. Treba podotknúť, že forma stolice závisí od dĺžky času, ktorý stolica zotrvá v hrubom čreve, tzv. colontransittime. Pri dlhšom zotrvávaní stolice v hrubom čreve sa znižuje počet stolíc.

## 2.6 Hodnotenie rizika vzniku preležanín

Dekubitus môžeme definovať ako defekt vzniknutý na predilekčných miestach vystavených pôsobeniu tlaku podložky. Je spôsobený nekrózou kože (alebo sliznice) a podkožných vrstiev: väziva, tuku, svalov, fascií, šliach a v ťažkých prípadoch i kostí. Dekubitus sa rozvíja postupne od začervenania kože, cez pľuzgiere, trhliny v koži až po krvavé rany, ktoré sa ľahko infikujú, hnisajú a podliehajú nekróze. (Wirthová, 2015, s. 237). Ide o závažnú komplikáciu u dlhodobo ležiacich a imobilných pacientov.

Pri predchádzaní vzniku dekubitov zohráva dôležitú úlohu sestra nakoľko „v prevencii je predovšetkým dôležité pravidelné polohovanie (každé dve hodiny cez deň, tri – štyri hodiny cez noc), používanie špeciálnych postelí (vodná posteľ) a preventívnych pomôcok (podložky, antidekubitárne matrace a podobne). Dôraz je kladený na hygienu a udržiavanie čistej a suchej kože Vytejčková, 2011, s. 122). Výskyt dekubitov je považovaný za jeden z ukazovateľov kvality ošetrovateľskej starostlivosti.. Rizikovým pacientom je:

- imobilný, paralyzovaný, imunokompromitovaný,
- má zníženú úroveň vedomia, v bezvedomí,
- podvýživný, má karenciu bielkovín a vitamínov, BMI pod normu,
- vek vyšší ako 85 rokov, problém s kontinenciou (Bóriková, Fúrová, 2003, s. 20).

### 2.6.1 Škály hodnotiace riziko vzniku dekubitov

- *Bradenová stupnica*

Hodnotí ukazovatele ako citlivosť, percepciu a schopnosť reagovať na okolie, stupeň vlhkosti, ktorému je koža vystavená, stupeň fyzickej aktivity, výživu, trenie a trhaciu silu. Ak je v stupnici počet bodov dvanásť a menej ide o vysoké riziko vzniku dekubitu.

- ***Knollová stupnica***

Hodnotí parametre ako sú: všeobecný stav zdravia, mentálny stav, aktivita, pohyblivosť, inkontinencia, príjem výživy per os, príjem tekutín per os, náchylnosť k chorobám-DM, neuropatie, cievne choroby a anémie. Každý parameter sa hodnotí v rozmedzí bodov od nula do tri. Ak pacient získa v stupnici viac ako dvanásť bodov je ohrozený vznikom dekubitu.

- ***Tradenová stupnica***

Hodnotí sa v nej šesť parametre a to: schopnosť reagovať na zmyslové vnemy, vlhkosť a inkontinencia, fyzická aktivita, mobilita (zmena polohy tela, eventuálne končatín v ľahu), výživa a trenie. Každý parameter sa hodnotí v rozmedzí bodov od jedna po štyri, kde jeden bod znamená najhoršie a štyri body najlepšie hodnotenie. Ak pacient získa bodové skóre šesťnásť a viac je u neho vysoké riziko vzniku dekubitov.

- ***Nortonová stupnica***

Posúdenie rizika vzniku dekubitu je potrebné realizovať do dvoch hodín po prijíme pacienta na ošetrovaciu jednotku, potom následne podľa aktuálneho stavu pacienta. Stupnica sleduje ukazovatele ako: schopnosť spolupráce, vek, stav pokožky, ochorenia, fyzický stav, stav vedomia, aktivita, pohyb, inkontinencia. Za každý sledovaný parameter môže pacient získať maximálne štyri body, minimálne jeden bod. Veľmi vysoké riziko vzniku dekubitu hrozí pacientom, ktorých bodové skóre je sedem bodov a menej.

- ***Shannnon stupnica***

Je hodnotiacia škála, ktorá hodnotí duševný stav, kontinenciu, mobilitu, aktivitu, výživu, cirkuláciu, telesnú teplotu a medikáciu. Každý parameter hodnotí v rozmedzí bodov od jeden po štyri. Stupeň ohrozenia vzniku dekubitu vzniká pri skóre šesťnásť bodov a menej.

- ***Waterlowová škála***

Je podrobnejšia ako vyššie uvedené stupnice. Hodnotí parametre ako sú: stavba tela a BMI, typ kože, pohlavie a vek, zvláštne riziká, kontinencia, pohyblivosť, chuť k jedlu, neurologická porucha a medikácia. V tabuľke sú uvedené body, ktoré sestra prideluje

podľa vhodne zvolenej odpovede a sčíta ich. Už pri bodovom skóre šesťnásť a viac je veľmi vysoké riziko vzniku dekubitu u pacienta.

Teoretická časť práce jasne vymedzuje nezastupiteľnú rolu erudovanej sestry v procese hodnotenia zdravotného stavu pacientov pomocou hodnotiacich škál a na ich základe vo vytváraní preventívno-liečebného plánu pre zverených pacientov.



### 3 PRIESKUM

V nadväznosti na teoretické východiská sme uskutočnili prieskum zameraný na využívanie hodnotiacich škál v priamej súvislosti s kvalitou a efektívnosťou práce sestier.

#### 3.1 Ciele prieskumu

Hlavným cieľom našej práce bolo zistiť, efektívnosť využívania hodnotiacich škál sestrami v ošetrovateľskej praxi.

Čiastkové ciele prieskumu:

- zistiť, ktoré hodnotiace škály sestry poznajú,
- zistiť, či sú hodnotiace škály súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie,
- zistiť, či sestry pomocou hodnotiacich škál hodnotia jednu alebo viac oblastí u pacienta,
- zistiť, či sestry vo svojej praxi využívajú hodnotiace škály pre hodnotenie kognitívnych funkcií a ktorá škála je používaná najviac,
- zistiť, či sestry vo svojej praxi využívajú hodnotiace škály pre meranie bolesti a ktorá škála je používaná najviac,
- zistiť, či sestry vo svojej praxi využívajú hodnotiace škály pre hodnotenie sebestačnosti a ktorá škála je používaná najviac,
- zistiť, či sestry vo svojej praxi využívajú hodnotiace škály pre zhodnotenie nutričného stavu a ktorá škála je používaná najviac,
- zistiť, či sestry vo svojej praxi využívajú hodnotiace škály pre meranie vylučovania moču a stolice a ktorá škála je používaná najviac,
- zistiť, či sestry vo svojej praxi využívajú hodnotiace škály pre hodnotenie rizika vzniku preležanín a ktorá škála je používaná najviac,
- zistiť, či sestry majú možnosť samostatného výberu hodnotiacich škál pre hodnotenie jednotlivých oblastí u pacienta,
- zistiť, či sú hodnotiace škály efektívne z hľadiska času, a riešenia pacientových problémov.

### **Prieskumné otázky:**

- Môžu sestry pomocou hodnotiacich škál hodnotiť u pacienta len jednu alebo i viac oblastí?
- Závisí využívanie hodnotiacich škál v praxi od vedomostí sestier, ktoré hodnotiace škála poznajú ?
- Považujú sestry hodnotiace škály len za povinnú súčasť zdravotnej dokumentácie alebo im hodnotiace škály napomáhajú pri správnom aktuálnom zhodnotení stavu pacienta?
- Ktoré z uvedených hodnotiacich škál sestry poznajú a reálne využívajú v ošetrovateľskej praxi?

### **3.2 Úlohy prieskumu**

Na základe vyššie uvedeného cieľa sme si určili tieto úlohy:

- navrhnúť dotazníkové položky, vypracovať dotazník,
- podať žiadosť o súhlas s realizáciou prieskumu v sledovaných zdravotníckych zariadeniach,
- diseminovať dotazníky sestrám,
- posúdiť návratnosť vyplnených dotazníkov,
- spracovať dotazníkové položky,
- vyhodnotiť výsledky prieskumu v grafoch,
- navrhnúť odporúčania pre prax.

### **3.3 Metodika prieskumu**

Výber metód sme podriadili cieľom a prieskumným otázkam. Prostredníctvom metódy štúdia a spracovania literárnych prameňov sme získali odborné poznatky ako východiskovú bázu pre realizáciu nášho prieskumu. Základnou metódou zberu dát v našej práci bol dotazník vlastnej konštrukcie. P. Gavora (2000) vymedzuje dotazník ako spôsob písomného kladenia otázok a získavania písomných odpovedí (Chráska, 2016, s. 158).

Dotazník obsahuje 24 položiek, otázok. Úvod dotazníka tvoria socio-demografické položky, týkajúce sa veku, dĺžky praxe, vzdelania, či pracoviska. Najdôležitejšie údaje pre našu prácu sme získavali z odpovedí na otázky, umiestnené v strednej časti dotazníka. V závere dotazníka sú otázky týkajúce sa skúmanej problematiky v budúcnosti v zmysle potenciálnej účasti na rôznych prednáškach alebo kurzoch o hodnotiacich škálach a ich využitie v praxi sestier. Dotazník obsahuje prevažne uzavreté (štrukturované) položky, ale aj položky otvorené (neštrukturované). V dotazníku sa respondent stretne aj s položkami škálovými, kde vyberá bod na predloženej škále. Návratnosť dotazníka bola 90 %.

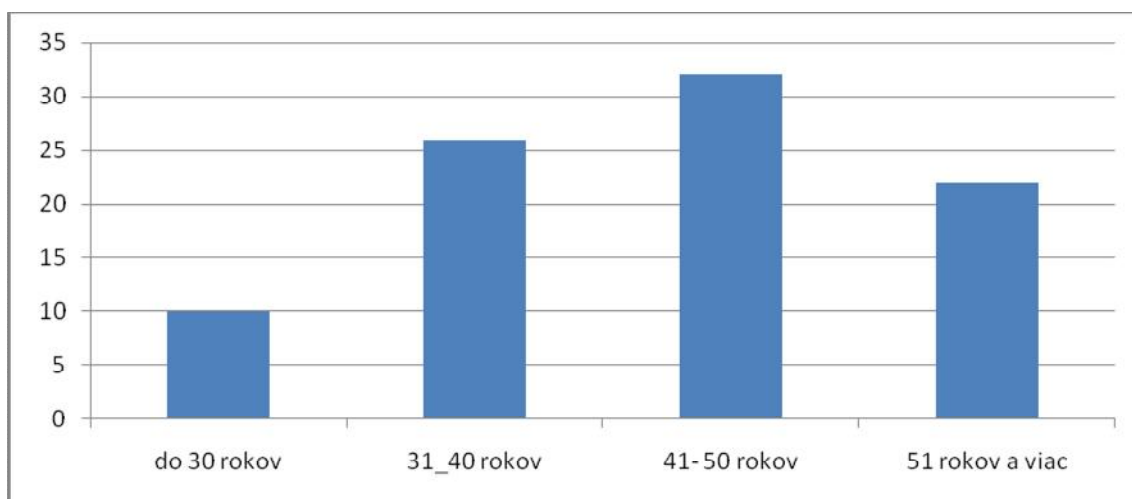
Údaje z dotazníka sme analyzovali nástrojmi deskriptívnej štatistiky. Každú položku v dotazníku sme spracúvali samostatne, a to súčtom rovnakých odpovedí. Výsledky sme zaznamenávali do tabuľky. Na základe tabuľky sme vypočítavali frekvenciu a percentuálne zastúpenie pre jednotlivé sledované položky. Výsledky nášho prieskumu sú zaznamenané graficky.

Pri interpretácii výsledkov sme využili metódy, pri ktorých sme uplatnili základné logické postupy. Analýzu sme využili pri štúdiu a oboznamovaní sa s problematikou a tiež pri skúmaní javov skúmaného problému. Syntézu sme uplatnili pri formulovaní základných výsledkov prieskumu. Na porovnanie výsledkov sme uplatnili metódu komparácie. Porovnávanie je postup zisťovania zhody alebo rozdielu dvoch alebo viacerých predmetov a javov podľa určitých znakov (Petlák, 1997, s. 112). Pri konkretizácii záverov našich zistení sme použili logický postup - zovšeobecnenie.

### **3.4 Výber súboru a jeho charakteristika**

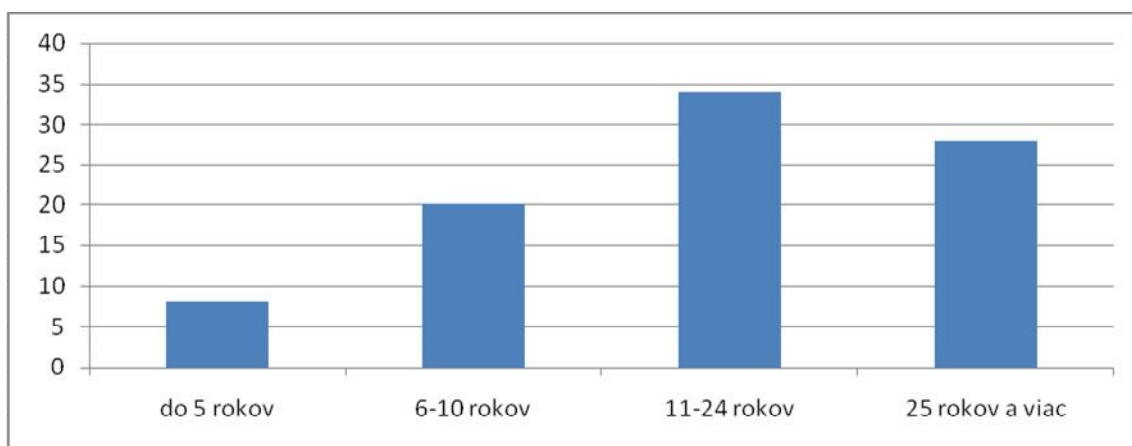
Prieskum sme realizovali v Ústrednej vojenskej nemocnici – Fakultnej nemocnici v Ružomberku v termíne od 1. 2. 2017 do 10. 3. 2017. Prieskumný súbor tvorilo 90 sestier pracujúcich v Ústrednej vojenskej nemocnici – Fakultnej nemocnici v Ružomberku.

Graf 1: Vekové zloženie respondentov



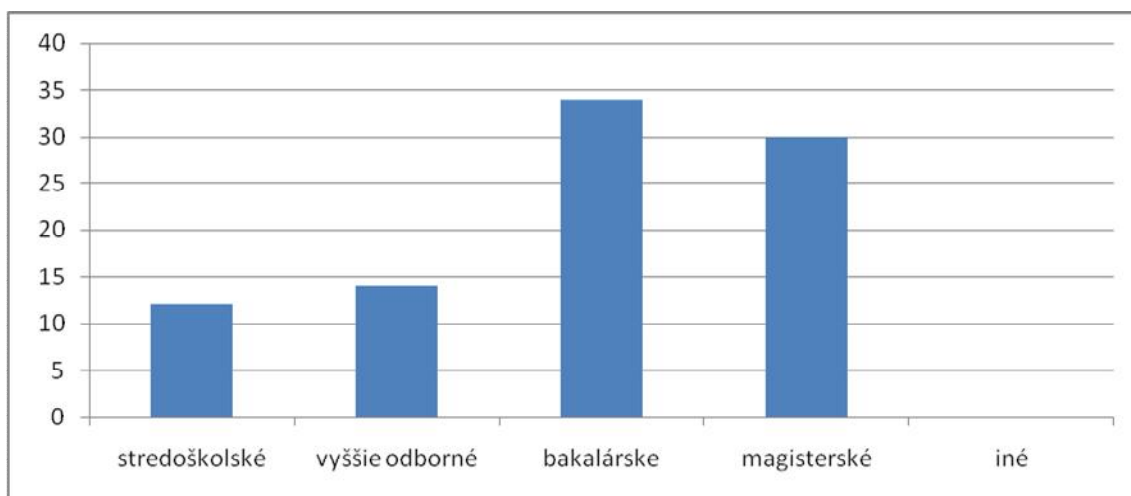
Z celkového počtu 90 (100%) respondentov bolo vo veku do 30 rokov najmenej, a to 10 (11, 11%) respondentov. Od 31 do 40 rokov malo 26 (28, 88%) respondentov. Najviac respondentov, a to 32 (35, 55%) respondentov bolo vo veku od 41 do 50 rokov. 22 (24, 44%) respondentov dosiahlo vek vyšší ako 50 rokov.

Graf 2: Dĺžka praxe respondentov



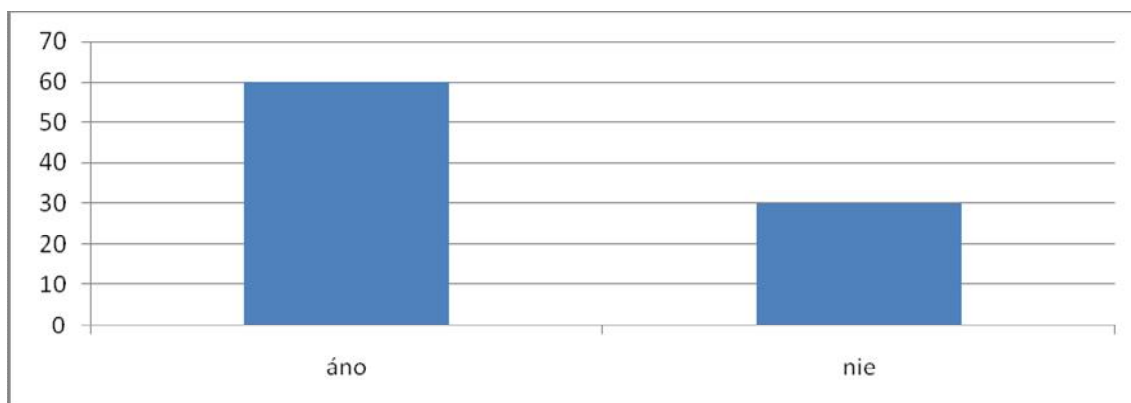
Z celkového počtu 90 (100%) respondentov sa na našom prieskume zúčastnilo 8 (8, 88%) respondentov s dĺžkou praxe kratšou ako 5 rokov. 20 (22, 22%) respondentov malo nadobudnutú prax od 6 do 10 rokov. Najviac, a to 34 (37, 77%) respondentov získalo prax od 11 do 24 rokov. 28 (31, 11%) respondentov nadobudlo viac ako 24 – ročnú ošetrovateľskú prax.

Graf 3: Vzdelanie respondentov



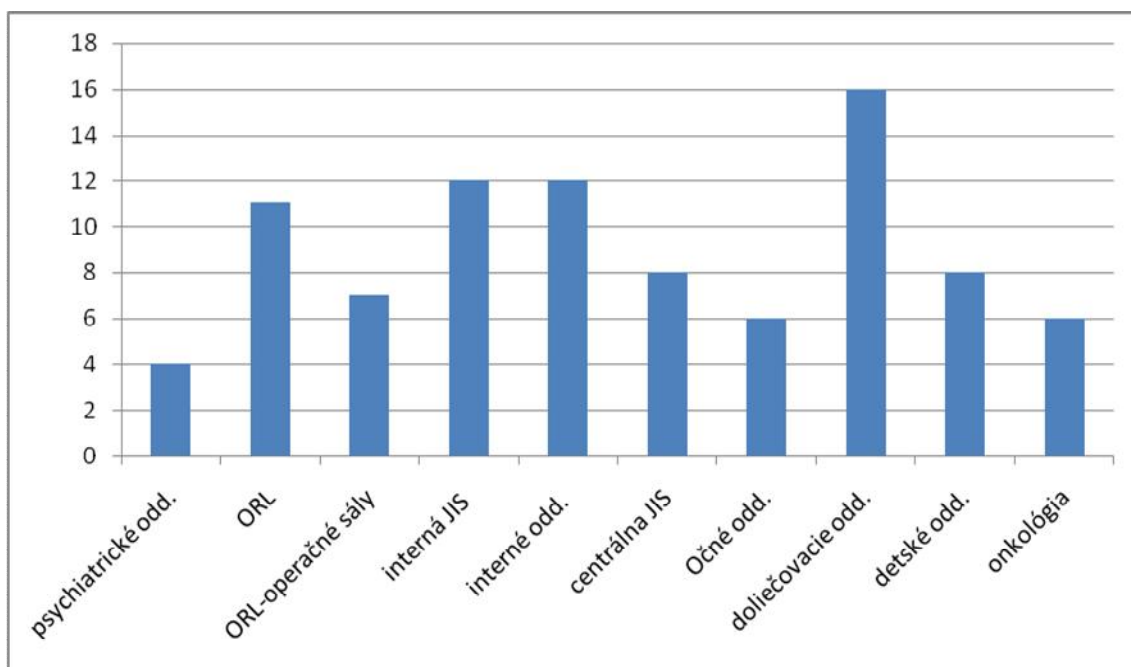
Prieskumnú vzorku tvorilo najviac, a to, 34 (37, 77%) respondentov s vysokoškolským vzdelaním bakalárskym. Magisterské vzdelanie dosiahlo 30 (33, 33%) respondentov. Vyššie odborné vzdelanie dosiahlo 14 (15, 55%) respondentov. So stredoškolským vzdelaním bolo najmenej, a to, 12 (13, 33%) respondentov zúčastnených na prieskume.

Graf 4: Špecializácia respondentov v odbore



Z celkového počtu 90 (100%) respondentov až 60 (66, 66%) respondentov dosiahlo vo svojom odbore špecializáciu. Môže to súvisieť aj s vyšším vekom sestier, ktoré sa na prieskume zúčastnili, a tým aj s dlhšou dobou ošetrovateľskej praxe. Na prieskume sa zúčastnilo 30 (33, 33%) respondentov bez získanej špecializácie v odbore, kde pracujú.

Graf 5: Názov oddelenia – pracoviska respondentov

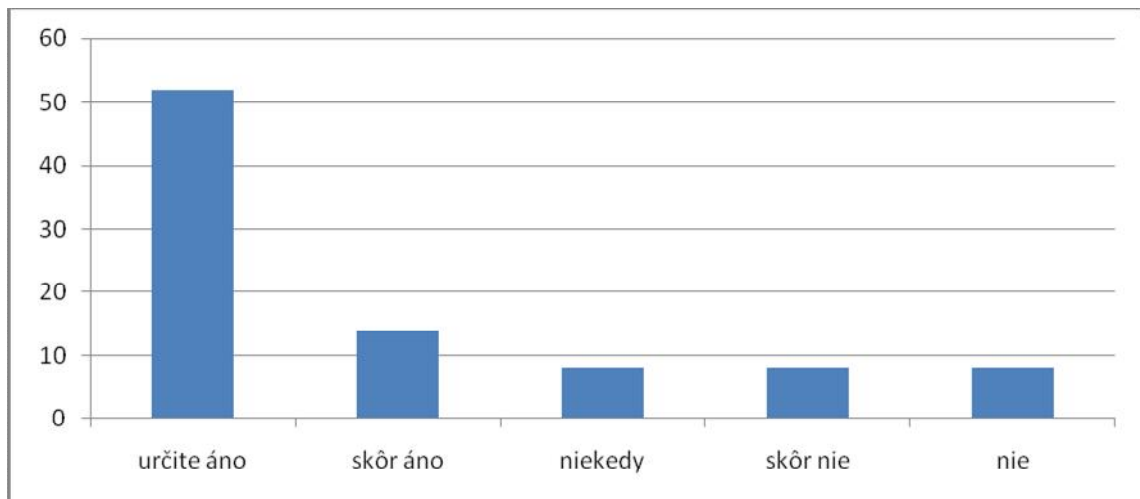


Z celkového počtu 90 (100%) respondentov najviac, a to 16 (17, 77%) respondentov, pracuje na doliečovacom oddelení. Na internom oddelení a na internej JIS pracuje rovnako po 12 (13, 33%) respondentov. Na ORL oddelení pracuje 11 (12, 22%) respondentov, na ORL - operačných sálach 7 (7, 77%) respondentov. Rovnaký počet, a to 8 (8, 88%) respondentov, pracuje na detskom oddelení a na centrálnej JIS. Na očnej klinike pracuje 6 (6, 66%) respondentov. Na onkológii taktiež 6 respondentov.

### 3.4 Analýza a interpretácia výsledkov prieskumu

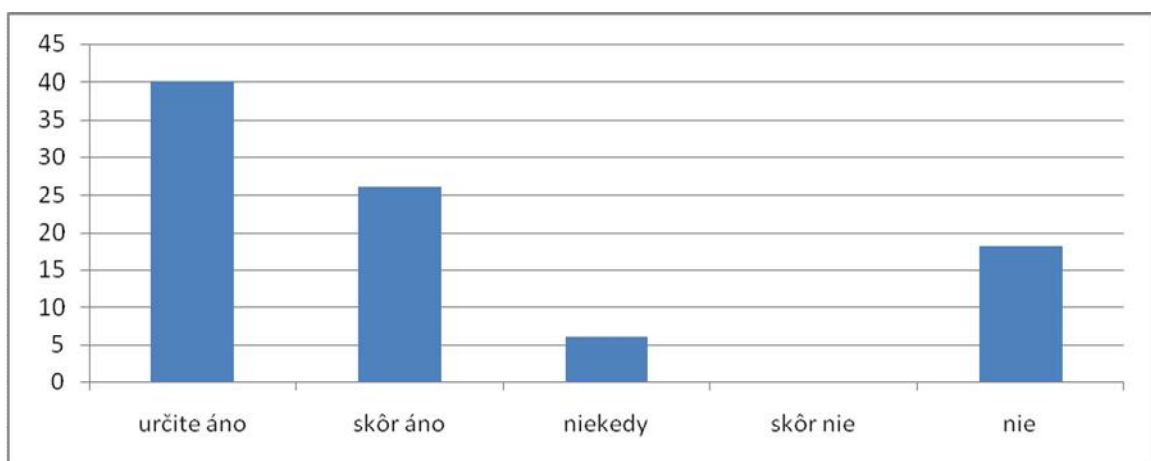
V tejto časti sme výsledkov prieskumu graficky znázornili. Analýzou položiek v dotazníku sme dospeli k nasledujúcim zisteniam.

Graf 6: Používanie hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi



Prvá položka v dotazníku znela „Používate vo svojej praxi hodnotiace škály?“ Z celkového počtu 90 (100%) respondentov, 52 (57, 77%) uviedlo, že určite používa hodnotiace škály vo svojej ošetrovateľskej praxi. 14 (15, 55%) respondentov uviedlo, že skôr používa hodnotiace škály vo svojej praxi. 8 (8, 88%) respondentov používa hodnotiace škály vo svojej praxi niekedy. Hodnotiace škály vo svojej praxi skôr nepoužíva 8 (8, 88%) respondentov. Vôbec hodnotiace škály vo svojej praxi nepoužíva taktiež 8 (8, 88%) sestier. Je tu výrazná prevaha sestier, ktoré vo svojej praxi hodnotiace škály používa. Handrejchová (2011), ktorá podobný prieskum prevádzala v Nemocnici v Českých Budějoviciach, a. s. a v Nemocnici Písek, uvádza až takmer 100% respondentov vo svojej praxi používa hodnotiace škály.

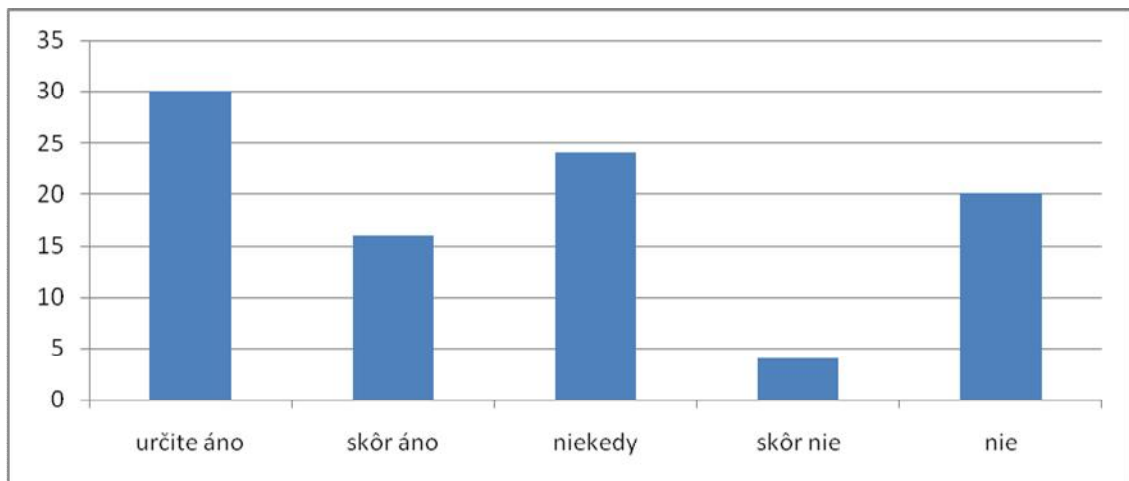
Graf 7: Hodnotiace škály ako súčasť posudzovania pri príjme pacienta



Druhá otázka v dotazníku znela „Sú hodnotiace škály súčasťou ošetrovateľského posudzovania, ktoré získavate pri prijíme pacienta?“ Kladne na ňu odpovedalo 40 (44, 44%) respondentov a 26 (28, 88%) respondentov zvolilo odpoveď skôr áno. Niekedy používa hodnotiace škály pri prijíme pacienta 6 (6, 66%) respondentov. 18 (20%) respondentov ich pri prijíme pacienta nevyužíva.

Handrejchová (2011) uvádza u respondentov Nemocnice České Budějovice kladnú odpoveď až u 89% respondentov. U respondentov Nemocnice Písek kladnú odpoveď uviedlo 55% respondentov.

Graf 8: Opakované použitie hodnotiacej škály pri zistení problému v určitej oblasti

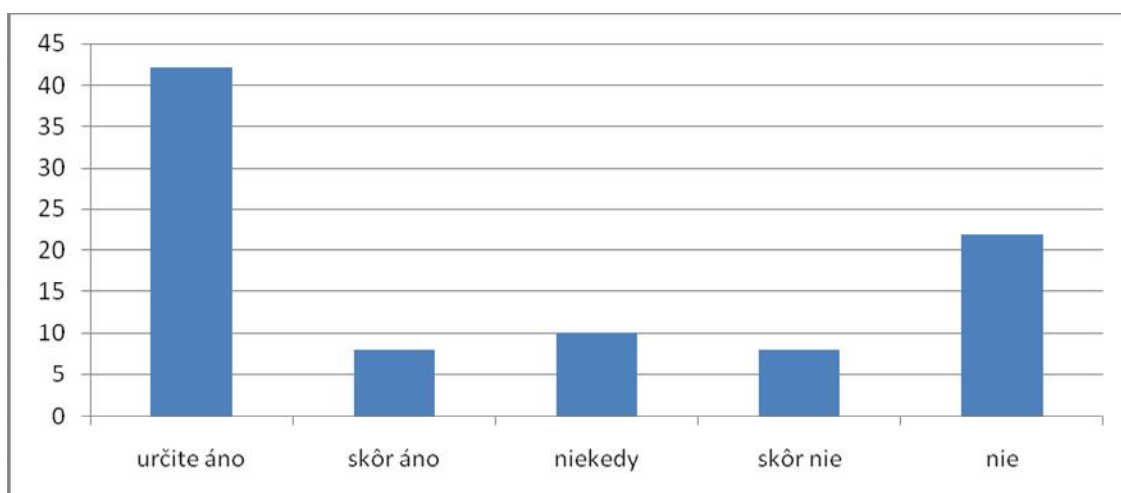


V poradí treťou otázkou dotazníka bola otázka: „Hodnotiace škály vyplňujete a doplňate opakovane, pri zistení problému v určitej oblasti?“

Pri zistení problému v určitej oblasti u pacienta opakovane vyplňa a doplňa hodnotiace škály 30 (33, 33%) respondentov. 16 (17, 77%) respondentov skôr opakovane vyplňa a doplňa hodnotiace škály pri zistení problému. Niekedy sa k opätovnému vyplňaniu hodnotiacich škál vracia 24 (26,66%) respondentov a 20 (22, 22%) respondentov uvádza, že opätovne hodnotiace škály nevyplňa. Handrejchová (2011) uvádza opakované vyplňanie hodnotiacich škál až u 59% respondentov v Nemocnici České Budějovice a. s. U respondentov Nemocnice Písek uviedlo opakované vyplňovanie hodnotiacich škál až 98% respondentov, dodáva, že tento interval bol daný vnútornými predpismi a štandardmi.



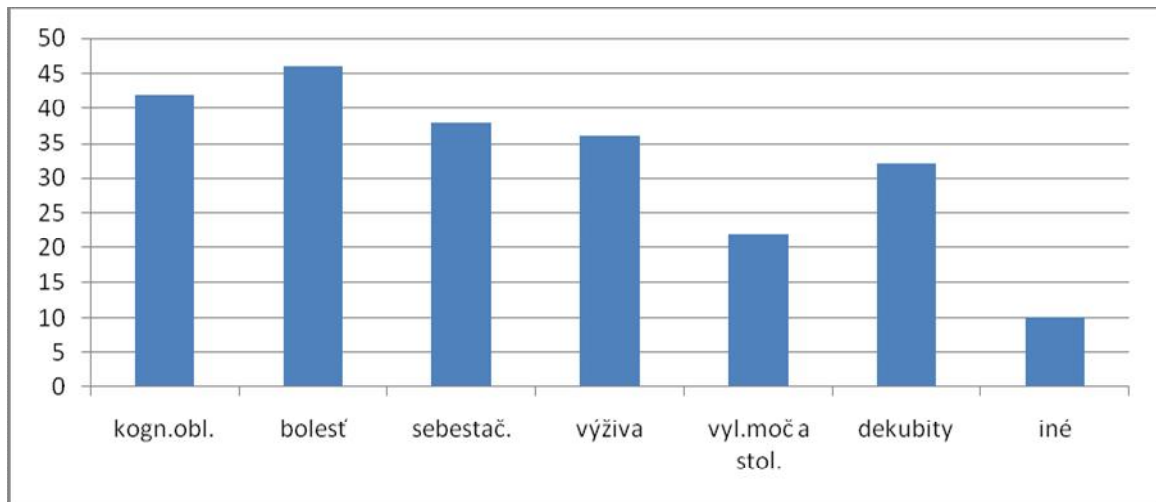
Graf 9: Hodnotiace škály ako súčasť prepúšťacej ošetrovateľskej správy



Štvrtá otázka v dotazníku mala znenie: „Sú hodnotiace škály súčasťou vašej prepúšťacej ošetrovateľskej správy?“

Z celkového počtu 90 (100%) respondentov 42 (46, 66%) respondentov uvádza, že hodnotiace škály určite tvoria súčasť prepúšťacej ošetrovateľskej správy. Hodnotiace škály sú skôr súčasťou prepúšťacej správy u ôsmich (8, 88%) respondentov. Desiat (11, 11%) respondentov uvádza, že hodnotiace škály sú súčasťou prepúšťacej ošetrovateľskej správy niekedy. Hodnotiace škály skôr nie sú súčasťou prepúšťacej správy u ôsmich respondentov (8, 88%). 22 (24, 44%) respondentov uviedlo, že hodnotiace škály nie sú súčasťou ich prepúšťacích správ. V prieskume Handrejchová (2011) uvádza, že hodnotiace škály nie sú súčasťou ošetrovateľskej prepúšťacej správy v Nemocnici České Budějovice a. s. V Nemocnici Písek je situácia opačná, kde až 100% respondentov uviedlo, že hodnotiace škály tvoria súčasť ošetrovateľskej prepúšťacej správy.

Graf 10: Oblasti u pacientov hodnotené pomocou hodnotiacich škál

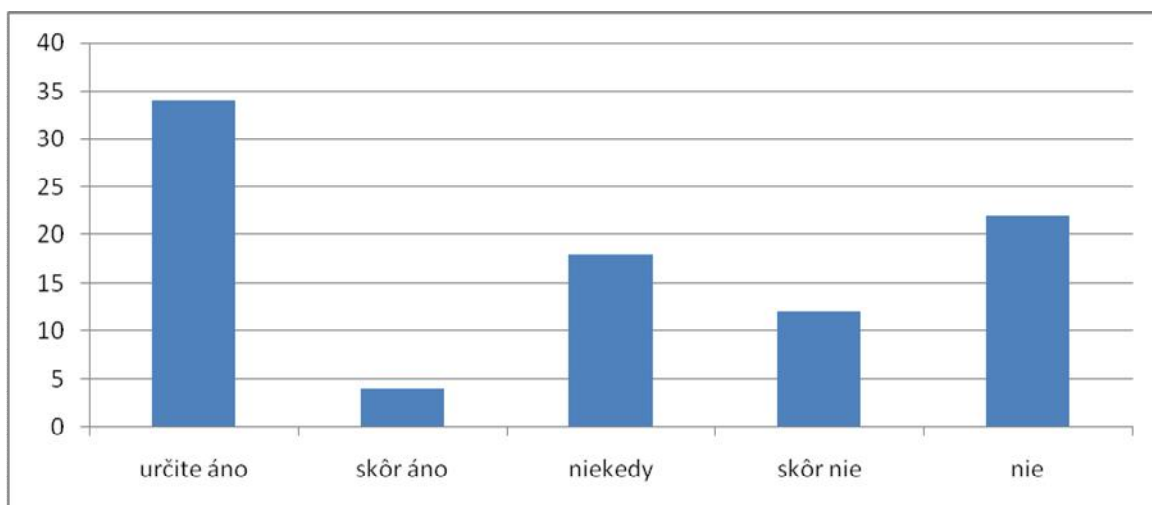


Piatu položku dotazníka tvorila otázka: „Aké oblasti u vašich pacientov hodnotíte pomocou hodnotiacich škál?“

Z celkového počtu 226 (100%) odpovedí respondentov uviedlo, že vo svojej ošetrovateľskej praxi využíva hodnotiace škály, týkajúce sa hodnotenia bolesti 46 (20, 35%) respondentov. 42 (18, 58%) respondentov hodnotí pomocou hodnotiacich škál kognitívnu oblasť, sebestačnosť hodnotí pomocou škál 38 (16, 81%) respondentov, výživu 36 (15, 92%) respondentov, vylučovanie moču a stolice 22 (9, 73%) respondentov a riziko vzniku dekubitov hodnotí pomocou hodnotiacich škál 32 (14, 15%) respondentov. Odpoveď iné uviedlo 10 (4, 42%) respondentov. Táto odpoveď korešpondovala s odpoveďou sestier pracujúcich na operačných sálach ako žiadne oblasti.

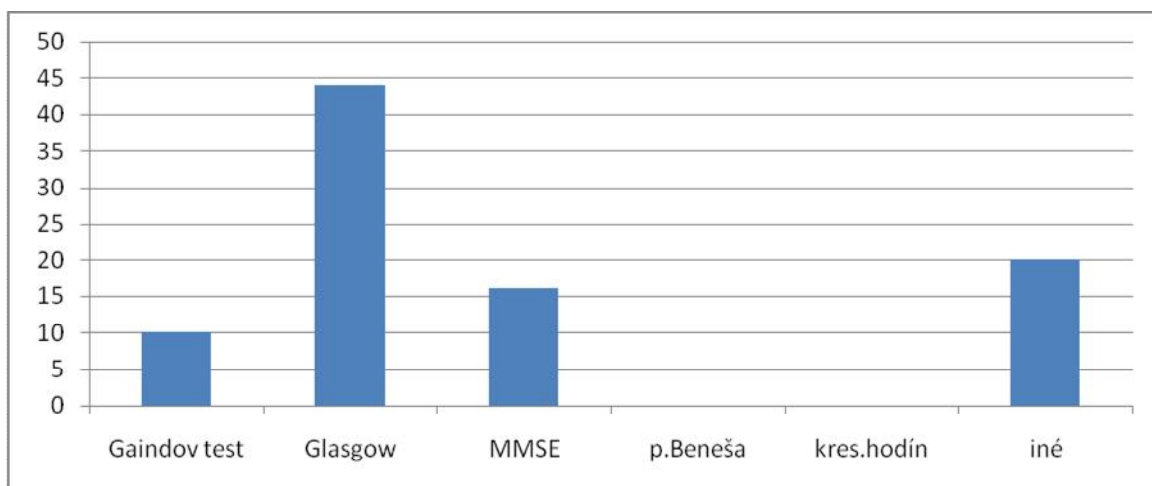
Handrejchová (2011) vo svojom prieskume uvádza, že najčastejšie hodnotenou oblasťou pomocou hodnotiacich škál je riziko vzniku dekubitov, a to u respondentov pracujúcich v oboch nemocniciach.

Graf 11: Kognitívna oblasť hodnotená pomocou hodnotiacich škál



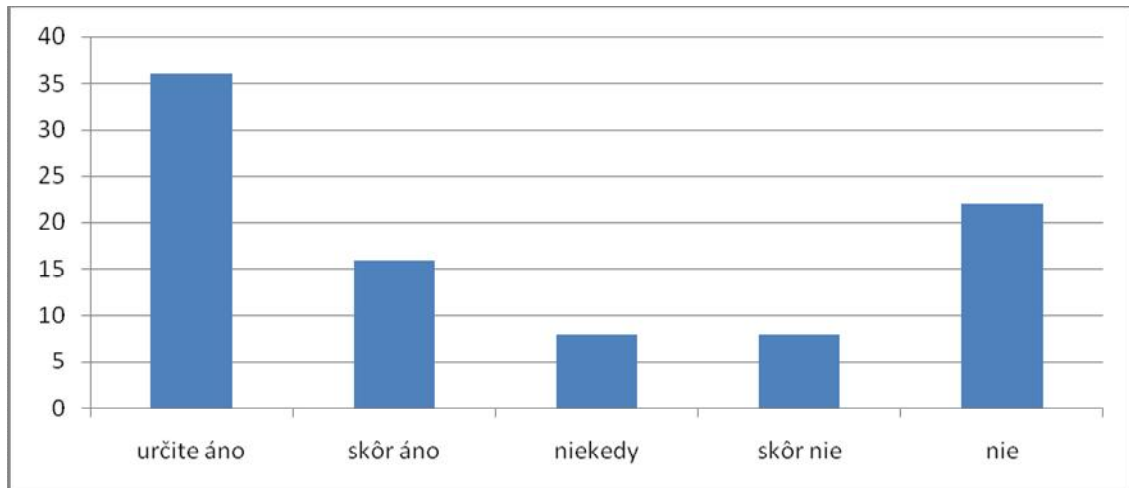
Šiestou otázkou v dotazníku bola otázka: „Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre kognitívne (poznávacie) funkcie?“ Z celkového počtu 90 (100%) respondentov uviedlo 34 (37, 77%), že vo svojej praxi využíva hodnotiace škály pre hodnotenie kognitívnej oblasti u pacientov a 18 (20%) respondentov zvolilo odpoveď, že hodnotiace škály pre hodnotenie kognitívnej oblasti využíva niekedy. 22 (24, 44%) respondentov hodnotiace škály pre hodnotenie kognitívnych funkcií vo svojej praxi nepoužíva. K zaujímavým výsledkom dospela Handrejchová, ktorá uvádza, že v Nemocnici Písek kognitívne funkcie hodnotí pomocou hodnotiacich škál 20% respondentov. V Nemocnici České Budějovice až 100% respondentov uvádza, že kognitívne funkcie pomocou hodnotiacich škál u svojich pacientov nehodnotí.

Graf 12: Hodnotiace škály pre kognitívnu oblasť využívané v ošetrovateľskej praxi



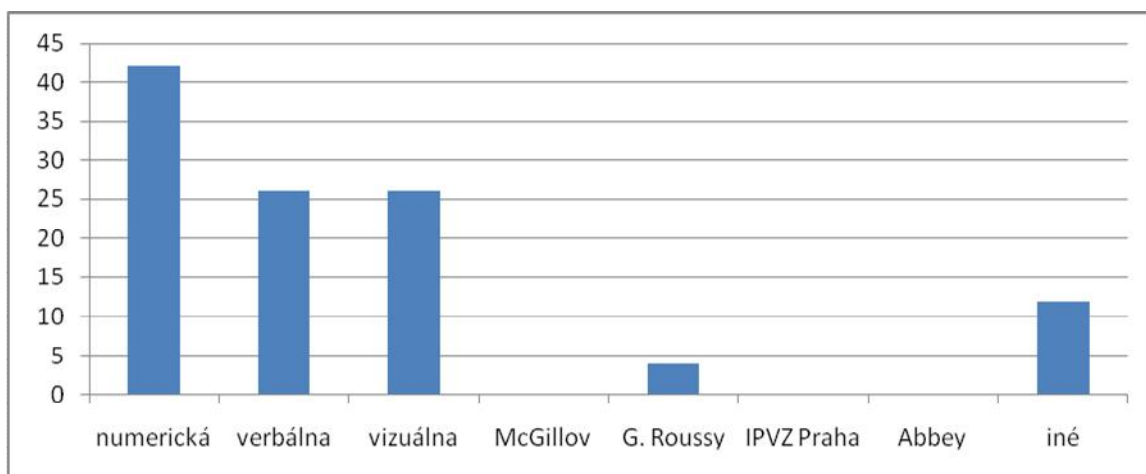
Graf 12 rozvíja šiestu položku dotazníka. Respondenti mali uviesť, ktorú z ponúkaných hodnotiacich škál pre hodnotenie kognitívnych funkcií používajú alebo uviesť názov inej škály, ktorá sa v ponúkaných možnostiach nevyskytuje. U respondentov, ktorí vo svojej praxi používajú hodnotiace škály pre hodnotenie kognitívnych funkcií je najviac používanou hodnotiacou škálou Glasgow Coma Scale. Uviedlo ju až 44 (48, 88%) respondentov. Folsteinov test kognitívnych funkcií (Mini-Mental-State-Examination) vo svojej praxi používa 16 (17, 77%) respondentov a Skrátený mentálny bodovací test (podľa Gainda) využíva pre hodnotenie kognitívnych funkcií u svojich pacientov 10 (11, 11%) respondentov. 20 (22, 22%) respondentov zvolilo odpoveď „iné“. Išlo o odpovede sestier pracujúcich na operačných sálach, ktoré vo svojej praxi hodnotiace škály nepoužívajú. Handrejchová (2011) vo svojej práci uvádza, že ak respondenti v Nemocnici Písek hodnotiace škály pre hodnotenie kognitívnych funkcií využívajú, tak ide len o dve hodnotiace škály zastúpené v rovnakom počte. Ide o Folsteinov test kognitívnych funkcií (Mini-Mental-State-Examination) a Test kreslenia hodín.

Graf 13: Hodnotenie bolesti pomocou hodnotiacich škál



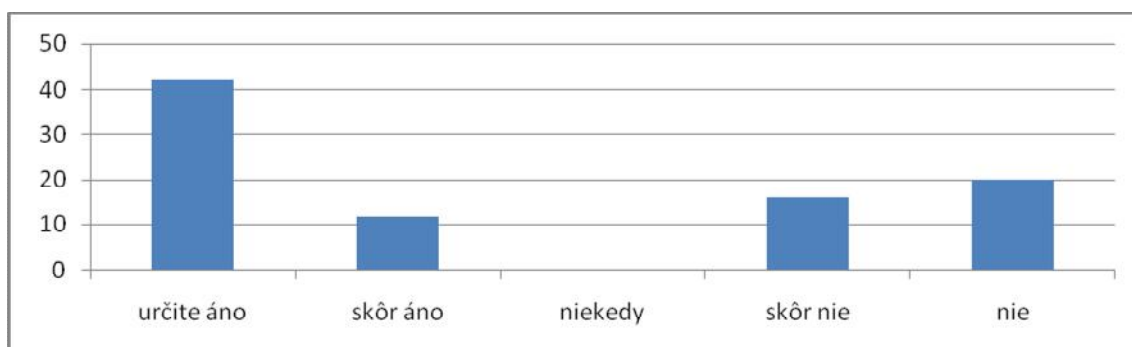
V poradí ôsmou dotazníkovou položkou bola otázka: „Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie bolesti?“ Z celkového počtu 90 (100%) respondentov 36 (40%) uviedlo, že pomocou hodnotiacich škál určite bolesť hodnotí. Skôr túto oblasť hodnotí 16 (17, 77%) respondentov. Niekedy oblasť bolesti pomocou škál hodnotí vo svojej praxi 8 (8, 88%) respondentov. 22 (24, 44%) respondentov hodnotiace škály pre meranie bolesti vo svojej praxi nepoužíva.

Graf 14: Hodnotiace škály pre oblasť bolesti využívané v ošetrovateľskej praxi



Graf 14 analyzuje kladné odpovede respondentov v ôsmej dotazníkovej poločke. Úlohou respondentov bolo uviesť tú hodnotiacu škálu pre hodnotenie bolesti, ktorú reálne v praxi používajú. Najviac používanou hodnotiacou škálou pre meranie bolesti je Numerická hodnotiaci škála bolesti, ktorá bola zastúpená u 42 (46, 66%) respondentov. Verbálnu hodnotiacu škálu bolesti (Keele) a Vizuálnu hodnotiacu škálu bolesti v praxi používa rovnako po 26 (28, 88%) respondentov. U sledovaných respondentov nebola používaná žiadna iná hodnotiaci škála bolesti, nakoľko v 12 (13, 33%) odpovediach ako „iné“ bola vypísaná „žiadna“ hodnotiaci škála bolesti.

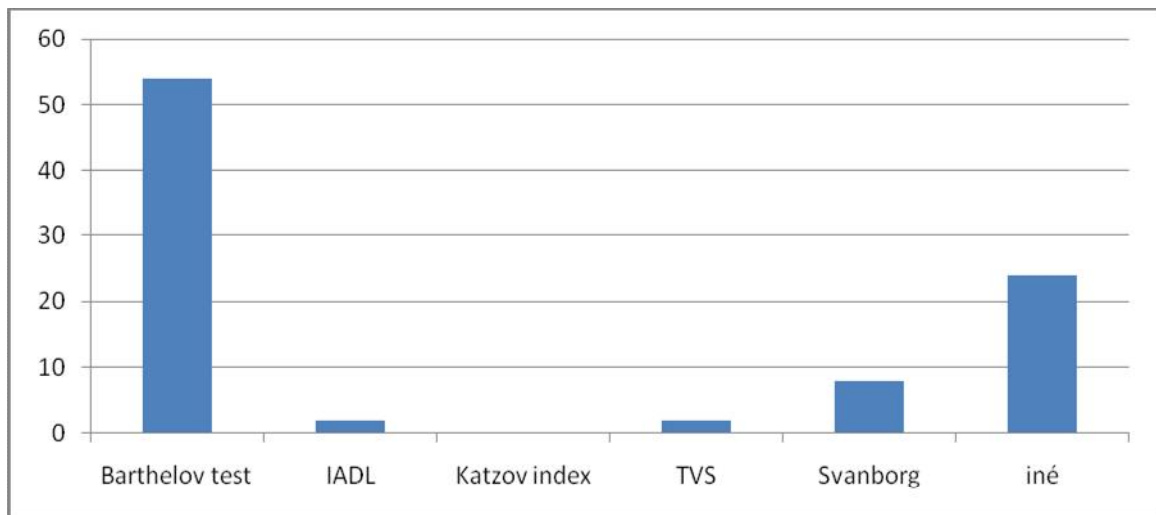
Graf 15: Hodnotenie sebestačnosti pomocou hodnotiacich škál



Desiatou položkou v našom prieskume bola otázka: „Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie sebestačnosti?“ Z celkového počtu 90 (100%) respondentov 42 (46, 66%) uvádza, že v praxi určite používa hodnotiace škály pre

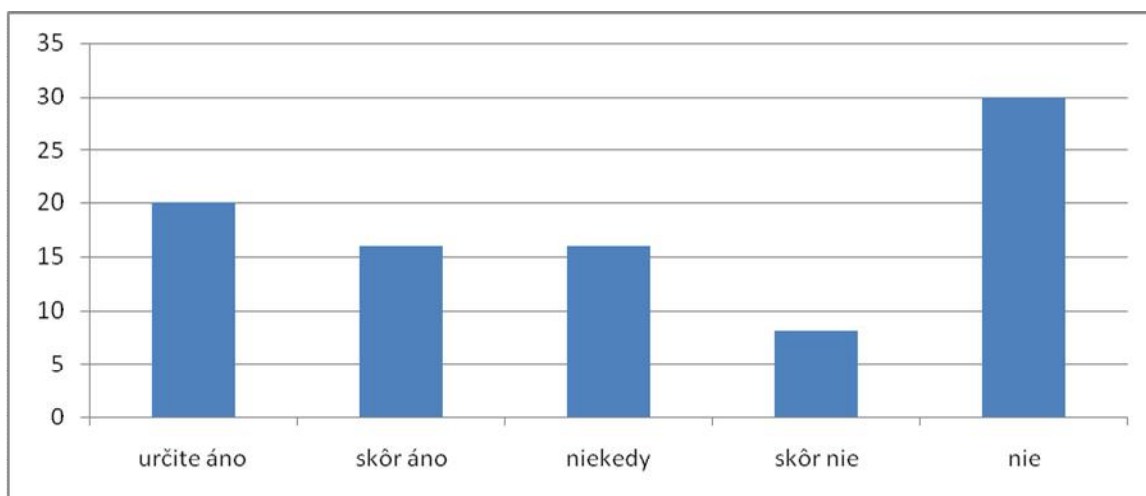
hodnotenie sebestačnosti. 18 (20%) respondentov sebestačnosť u svojich pacientov pomocou škál skôr nehodnotí a 20 (22, 22%) respondentov vo svojej praxi sebestačnosť pomocou hodnotiacich škál určite nehodnotí.

Graf 16: Hodnotiace škály pre oblasť sebestačnosti používané v ošetrovateľskej praxi



Graf 16 analyzuje kladné odpovede v desiatej položke. Úlohou respondentov bolo zvoliť si hodnotiace škály, ktoré používajú vo svojej praxi na hodnotenie sebestačnosti pacientov. Najviac používaným hodnotiacim nástrojom pre oblasť sebestačnosti bol Barthelov test základných denných aktivít (ADL). Z celkového počtu 90 (100%) respondentov až 54 (60%) respondentov uviedlo, že vo svojej ošetrovateľskej praxi používa Barthelov test základných denných aktivít na hodnotenie sebestačnosti u pacientov. 8 (8, 88%) respondentov používa pre hodnotenie sebestačnosti Test ošetrovateľskej záťaže podľa Svanborga. Rovnako dvaja (2, 22%) respondenti uviedli, že v ošetrovateľskej praxi pre hodnotenie sebestačnosti u svojich pacientov používajú Test inštrumentálnych denných činností (IADL) a Test vývoja sebestačnosti (TVS). 24(26, 66%) respondentov nepoužíva vo svojej ošetrovateľskej praxi hodnotiace škály pre hodnotenie sebestačnosti nakoľko v odpovedi „iné“ uviedli „žiadne hodnotiace škály“.

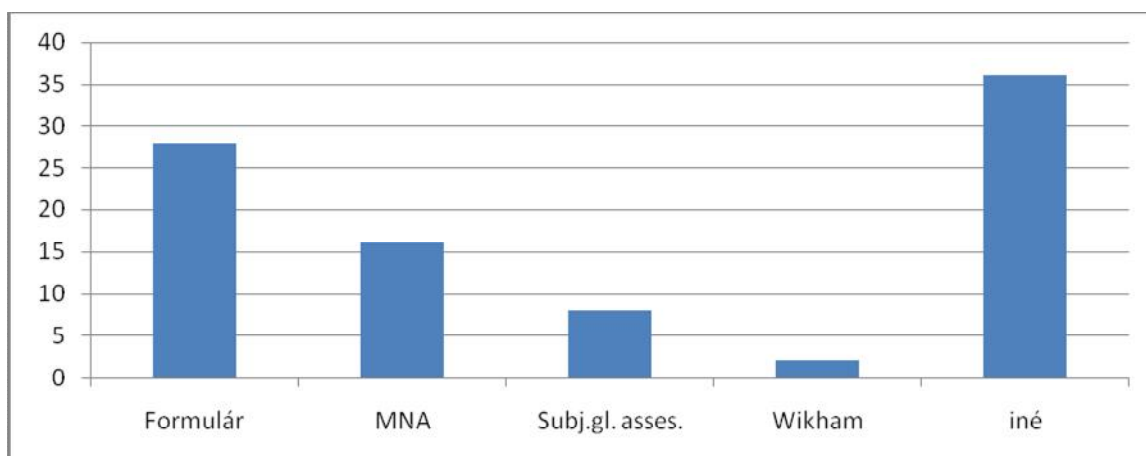
Graf 17: Hodnotenie výživy pomocou hodnotiacich škál



Dvanásta otázka v dotazníku mala znenie: „Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie stavu výživy?“

Z celkového počtu 90 (100%) respondentov len 20 (22, 22%) respondentov uviedlo, že vo svojej ošetrovateľskej praxi určite používa a 16 (17, 77%) respondentov skôr používa hodnotiace škály pre hodnotenie výživy u svojich pacientov. 16 (17, 77%) respondentov používa hodnotiace škály pre hodnotenie výživy niekedy. Až 30 (33, 33%) respondentov uvádza, že hodnotiace škály pre hodnotenie výživy vo svojej ošetrovateľskej praxi nepoužíva a 8 (8, 88%) respondentov taktiež skôr tieto škály nepoužíva.

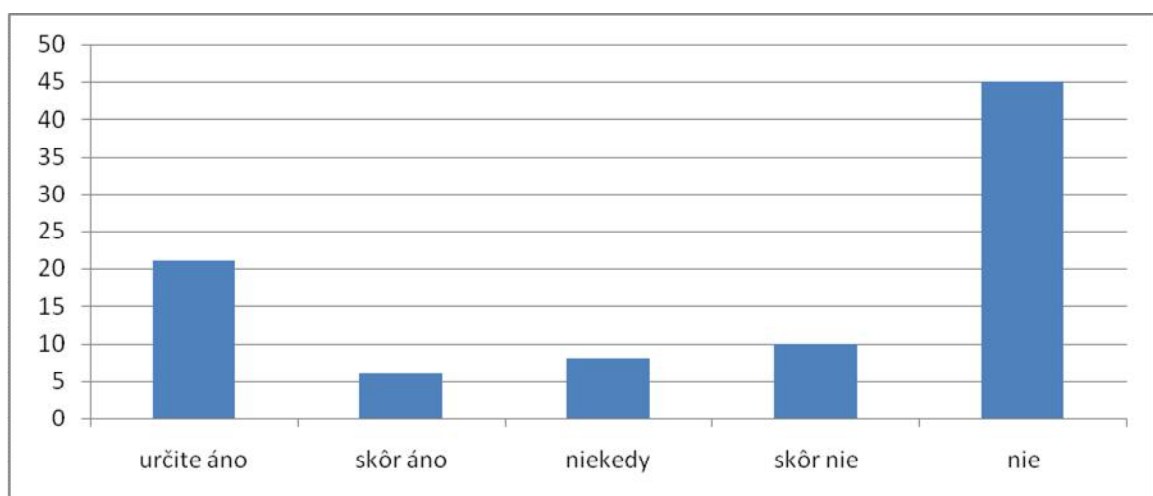
Graf 18: Hodnotiace škály pre oblasť výživy používané v ošetrovateľskej praxi



Graf 18 analyzuje kladné odpovede z predchádzajúcej položky. Úlohou respondentov bolo uviesť hodnotiace škály pre meranie nutričného stavu pacientov, ktoré reálne používajú vo svojej praxi.

Z celkového počtu 90 (100%) respondentov 28 (31, 11%) respondentov uviedlo, že vo svojej praxi používa na zhodnotenie výživy u svojich pacientov Formulár pre rýchle zhodnotenie výživy. 16 (17, 77%) respondentov využíva pre zhodnotenie výživy u svojich pacientov Mini nutrition assessment (MNA). 8 (8, 88%) respondentov hodnotí túto oblasť u svojich pacientov pomocou Subjective global assessment. Formulár na zisťovanie údajov o nevoľnosti a vracaní podľa Wikhama vo svojej ošetrovateľskej praxi využívajú len dvaja (2, 22%) respondenti. Až 36 (40%) respondentov si zvolilo odpoveď „iné“. Z nich 20 respondentov uviedlo, že nevyužíva žiadnu hodnotiacu škálu pre hodnotenie výživy vo svojej praxi. 16 z nich uviedlo v odpovedi „iné“ BMI ako hodnotiacu škálu pre hodnotenie pacientov vo svojej praxi. Podotýkame, že túto voľbu zvolili prevažne sestry pracujúce na detskom oddelení. Handrejchová (2011) uviedla, že 50% respondentov Nemocnice České Budějovice, a. s., ako aj 50% respondentov Nemocnice Písek posudzuje nutričný stav pomocou BMI. Ďalších 40% respondentov v Nemocnici České Budějovice a. s. posudzuje nutričný stav pomocou Nottinghamského dotazníka. 45% respondentov Nemocnice Písek nepozná názov testu, ktorý pre hodnotenie stavu výživy používa.

Graf 19: Hodnotenie vylučovania moču a stolice pomocou hodnotiacich škál

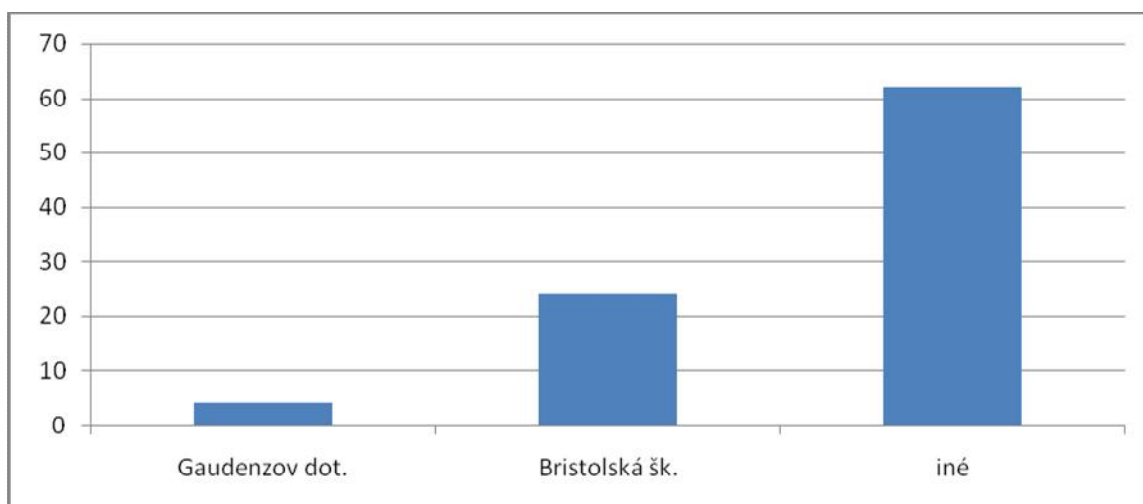




Otázka č. 14 v dotazníku znela: „Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie vylučovania moču a stolice?“

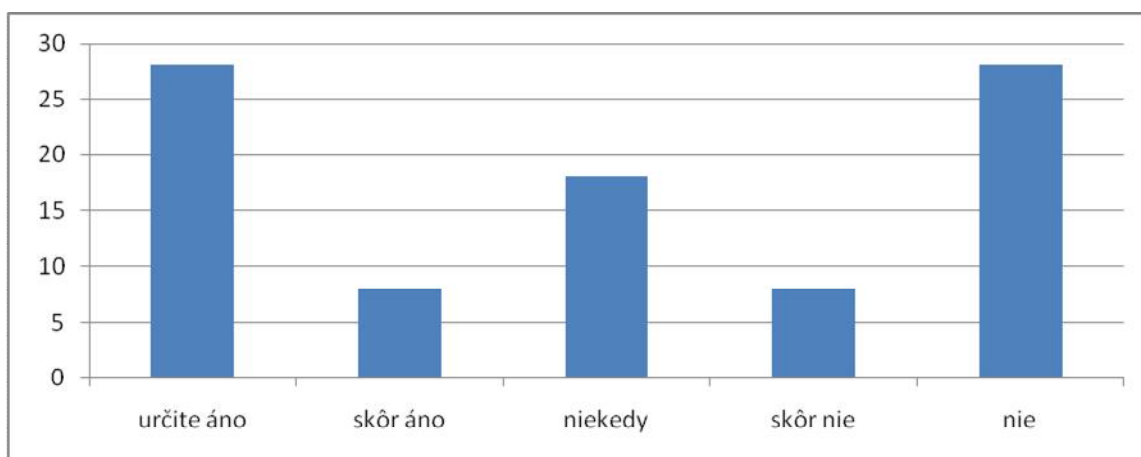
Z celkového počtu 90 (100%) respondentov 21 (23, 33%) respondentov určite pri hodnotení vylučovania moču a stolice u svojich pacientov využíva hodnotiace škály. Odpoveď skôr áno si zvolilo 6 (6, 66%) respondentov. Niekedy vylučovanie moču a stolice pomocou hodnotiacich škál hodnotí 8 (8, 88%) respondentov. Skôr túto oblasť pomocou hodnotiacich škál nehodnotí 10 (11, 11%) respondentov a 45 (50%) respondentov vylučovanie moču a stolice u svojich pacientov určite nehodnotí pomocou hodnotiacich škál.

Graf 20: Hodnotiace škály pre oblasť vylučovania moču a stolice používané v ošetrovateľskej praxi



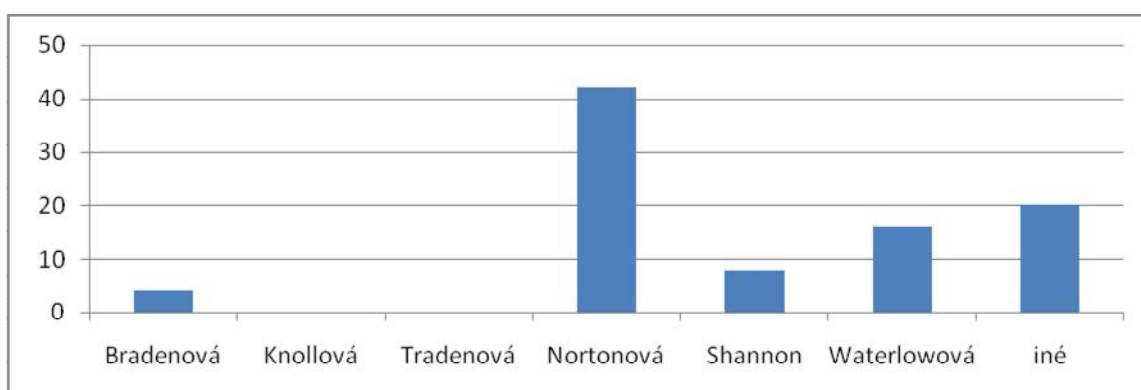
Graf 20 analyzuje štrnástu odpoveď v dotazníku. Úlohou respondentov bolo určiť, ktoré hodnotiace škály pre hodnotenie vylučovania moču a stolice v praxi reálne využívajú. Z celkového počtu 90 (100%) respondentov len 4 (4, 44%) respondenti používajú Gaudenzov dotazník ako hodnotiacu škálu pre hodnotenie vylučovania moču. Bristolskú škálu foriem stolice používa pri hodnotení vylučovania stolice 24 (26, 66%) respondentov. Najviac respondentov, až 62 (68, 88%) uviedlo odpoveď „iné“. Po analýze týchto odpovedí sme zistili, že 21 (33, 87%) respondentov používa pre meranie moču vlastnú škálu, ktorej názov nepoznajú a 41 (66, 12%) respondentov vo svojej ošetrovateľskej praxi hodnotiace škály pre vylučovanie moču a stolice nepoužíva.

Graf 21: Hodnotenie rizika vzniku dekubitov pomocou hodnotiacich škál



V odpovediach na túto šestnástu otázku, ktorá znela: „Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov?“, vznikla zhoda medzi kladnými a zápornými odpoveďami. Hodnotiace škály pre meranie rizika vzniku dekubitov určite používa 28 (31, 11%) respondentov z celkového počtu 90 (100%) respondentov. Rovnaký počet, t. j. 28 (31, 11%) respondentov hodnotiace škály pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov u svojich pacientov nepoužíva. 18 (20%) respondentov vo svojej ošetrovateľskej praxi hodnotiace škály pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov u pacientov používa niekedy. Zhoda bola aj u respondentov, ktorí volili odpoveď „skôr áno“ a „skôr nie“. V oboch prípadoch bol počet respondentov osem (8, 88%).

Graf 22: Hodnotiace škály pre oblasť hodnotenia rizika vzniku dekubitov v ošetrovateľskej praxi

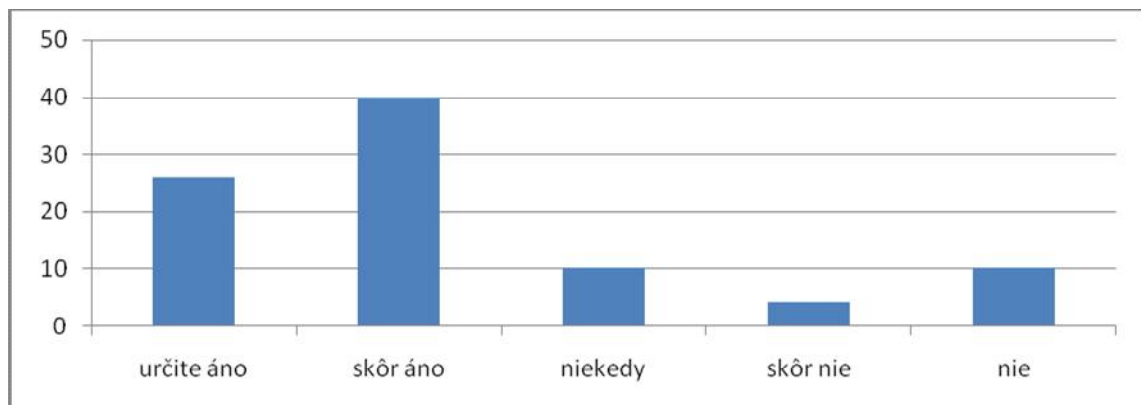


Z celkového počtu 90 (100%) respondentov až 42 (46, 66%) uviedlo, že na hodnotenie rizika vzniku dekubitov u svojich pacientov používa Nortonovú stupnicu. Bradenovú

stupnicu využívajú len štyria (4, 44%) respondenti. Shannon stupnica pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov je v ošetrovateľskej praxi využívaná 8 (8, 88%) respondentmi. 16 (17, 77%) respondentov používa u svojich pacientov na zhodnotenie rizika vzniku dekubitov Waterlowovú stupnicu. 20 (22, 22%) respondentov nehodnotí riziko vzniku dekubitov u svojich pacientov pomocou žiadnych hodnotiacich škál.

Handrejchová (2011) vo svojom prieskume uviedla, že respondenti Nemocnice České Budějovice, ako aj respondenti Nemocnice Písek používajú na posúdenie rizika vzniku dekubitov výlučne Nortonovú stupnicu.

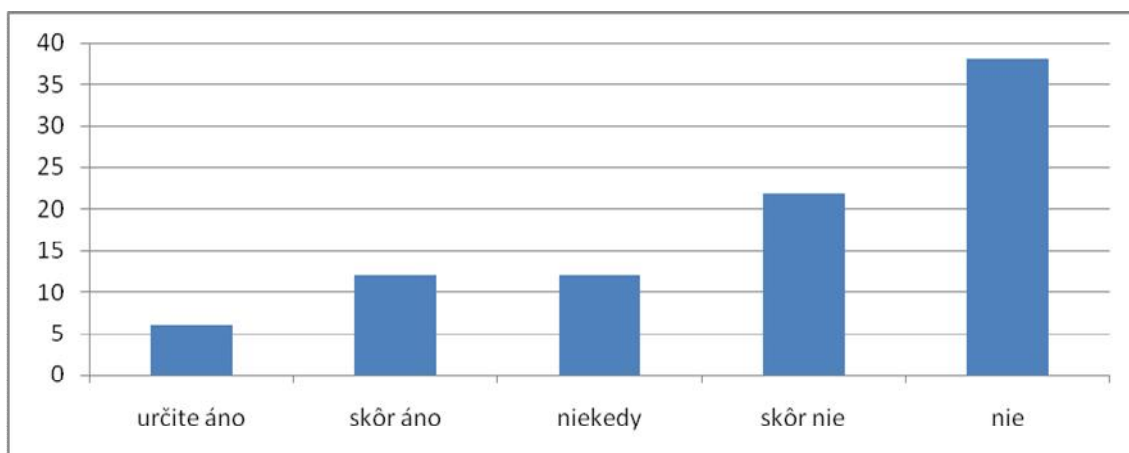
Graf 23: Výber hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi



Osemnásť otázka nášho dotazníka mala znenie: „Výber škál pre hodnotenie určitej oblasti pacienta vyberáte zo škál, s ktorými disponuje vaše zariadenie?“

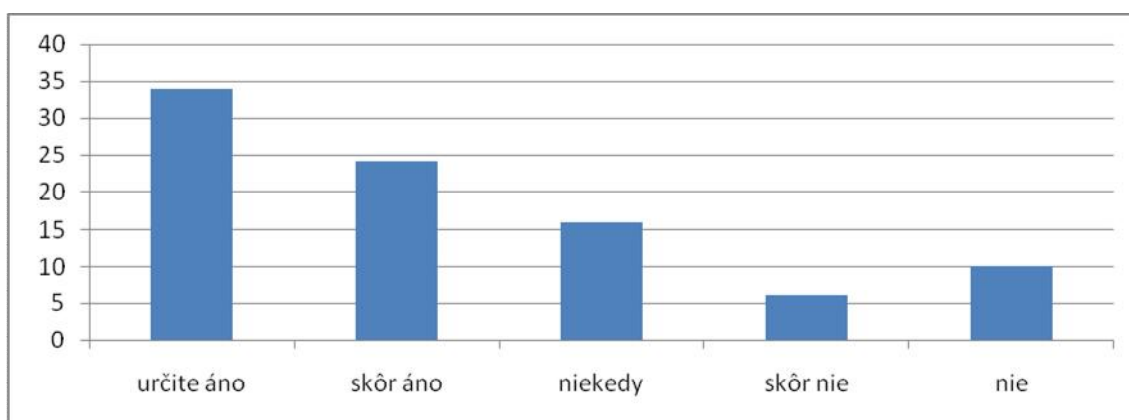
Z celkového počtu 90 (100%) respondentov si 26 (28, 88%) respondentov určite vyberá hodnotiacu škálu pre hodnotenie určitej oblasti pacienta zo škál, ktorými disponuje ich zariadenie. Až 40 (44, 44%) respondentov zvolilo odpoveď „skôr áno“, takže si taktiež hodnotiace škály pre hodnotenie určitej oblasti u pacienta vyberá zo škál, ktoré sú dané internými predpismi a štandardmi zariadenia. Len 10 (11, 11%) respondentov uvádza, že hodnotiacu škálu pre hodnotenie určitej oblasti u pacienta si nevyberá zo škál, ktorými ich zariadenie disponuje. Handrejchová (2011) dospela k obdobným výsledkom ako my, nakoľko 79% respondentov v Nemocnici Písek hodnotí pacientov pomocou hodnotiacich škál, ktoré sú dané internými predpismi. U respondentov Nemocnice České Budějovice, a. s. hodnotí 51% respondentov pacienta pomocou vopred stanovených hodnotiacich škál.

Graf 24: Aktívne navrhnutie vlastnej hodnotiacej škály v ošetrovateľskej praxi



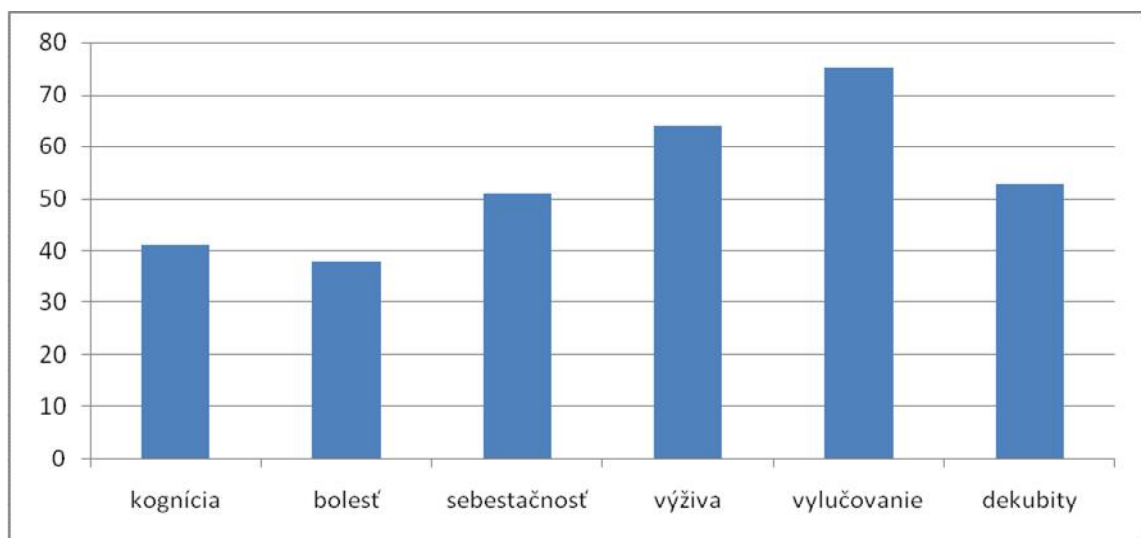
Graf 24 rozvíja predchádzajúcu odpoveď. Úlohou respondentov v devätnástej otázke dotazníka bolo posúdiť možnosť navrhnutia vlastnej hodnotiacej škály, ktorá by bola pre pacienta najvhodnejšia. Z celkového počtu 90 (100%) respondentov až 38 (42, 22%) respondentov nemá možnosť navrhnúť vlastnú hodnotiacu škálu pre pacienta. Skôr nemá možnosť navrhnúť vlastnú hodnotiacu škálu pre hodnotenie určitej oblasti u pacienta 22 (24, 44%) respondentov. Niekedy navrhuje vlastnú hodnotiacu škálu v ošetrovateľskej praxi 12 (13, 33%) respondentov. Skôr má možnosť navrhnúť vlastnú hodnotiacu škálu 12 (13, 33%) respondentov. Možnosť navrhnúť vlastnú hodnotiacu škálu vo svojej praxi má len 6 (6, 66%) respondentov. Aj z týchto odpovedí je zrejmé, že väčšina hodnotiacich škál je pevne daná internými predpismi a štandardmi.

Graf 25: Prínos hodnotiacich škál pre ošetrovateľskú prax



Dvadsať otázka v dotazníku znela: „Myslíte si, že hodnotiace škály sú prínosom v ošetrovateľskej praxi?“ Z celkového počtu 90 (100%) respondentov sa k prínosu hodnotiacich škál pre ošetrovateľskú prax vyjadrila kladne väčšina respondentov. Určite hodnotiace škály vníma ako prínos pre ošetrovateľskú prax 34 (37, 77%) respondentov. 24 (26, 66%) respondentov si myslí, že hodnotiace škály sú skôr prínosom pre ošetrovateľskú prax. Hodnotiace škály vníma niekedy ako prínos vo svojej praxi 16 (17, 77%) respondentov. 16 (17, 77%) respondentov sa vyjadrilo, že hodnotiace škály nie sú prínosom v ich ošetrovateľskej praxi. 6 (6, 66%) respondentov si myslí, že hodnotiace škály skôr nie sú prínosom pre ošetrovateľskú prax. Handrejchová (2011) vo svojom prieskume uviedla, že len asi polovica respondentov oboch nemocníc pokladá hodnotiace škály za prínosné pre ošetrovateľskú prax.

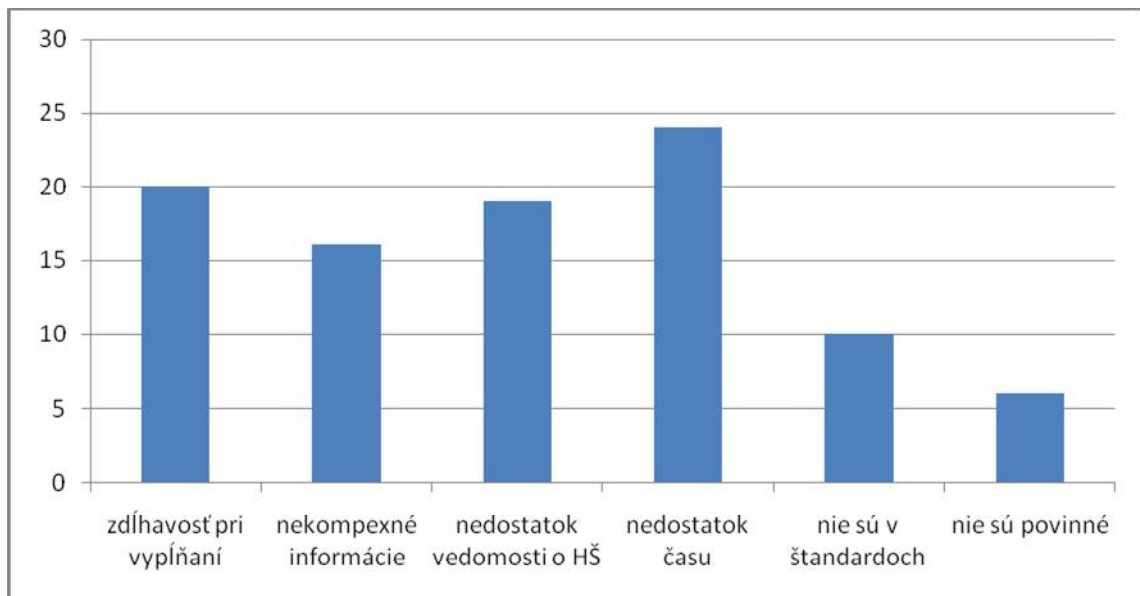
Graf 26: Hodnotiace škály ako prínos pre hodnotené oblasti u pacienta



V tejto položke dotazníka respondenti hodnotili prínos hodnotiacich škál pre ošetrovateľskú prax a konkrétnu oblasť hodnotenia. Bodom 1 respondenti hodnotili oblasť, v ktorej sa hodnotiace škály považujú za najväčší prínos. Bodom 6 respondenti hodnotili oblasť, v ktorej považujú hodnotiace škály za najmenej účinné. Hodnotiace škály sú považované za najväčší prínos v oblasti pre meranie bolesti (12, 58%). Hneď za ňou sa v prínose pre ošetrovateľskú prax umiestnili hodnotiace škály pre hodnotenie kognitívnych funkcií (13, 57%). V hodnotenom rebríčku sa v strede ocitli hodnotiace škály pre hodnotenie sebestačnosti (16, 88%) a hodnotiace škály pre hodnotenie rizika

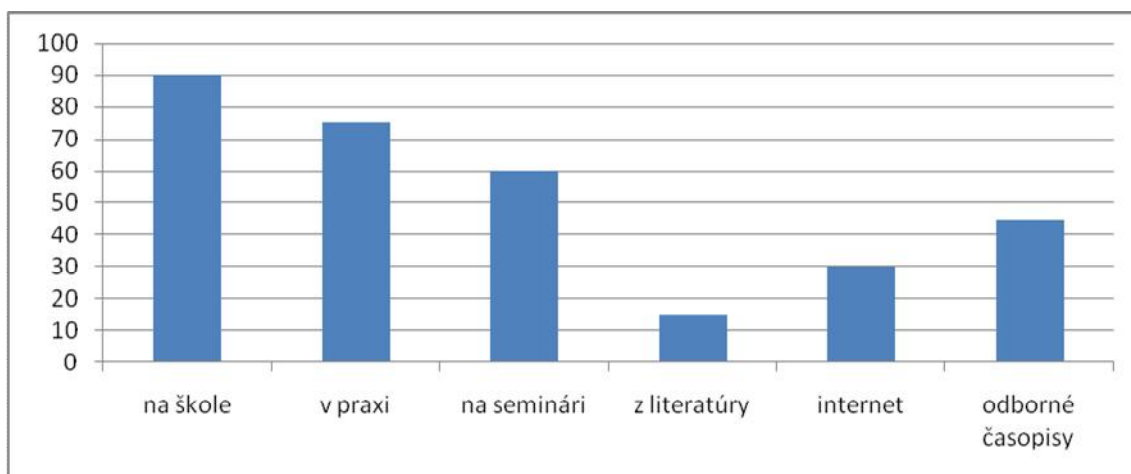
vzniku dekubitov(17, 54). Menším prínosom sú hodnotiace škály pre hodnotenie výživy(21, 19%) a najmenším prínosom sú hodnotiace škály pre hodnotenie vylučovania moču a stolice (24, 8%).

Graf 27: Dôvody negatívneho vnímania hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi



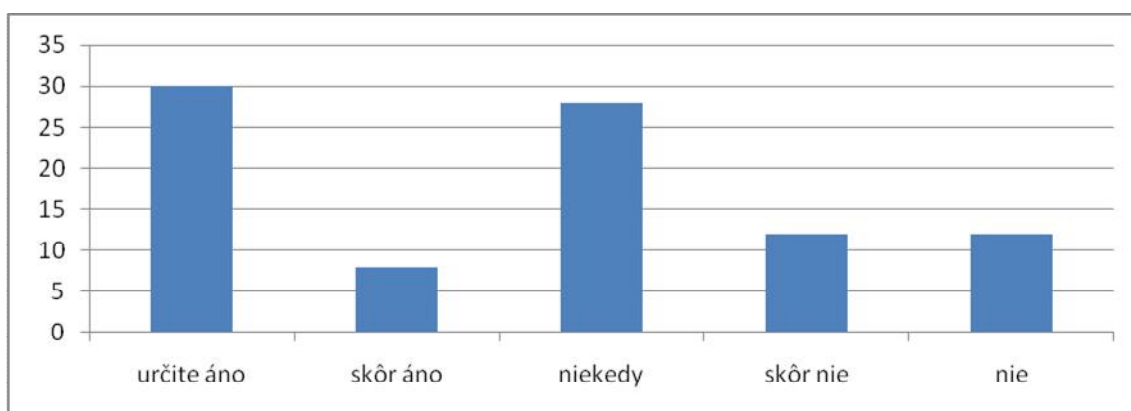
V tejto položke dotazníka mali respondenti zdôvodniť, prečo hodnotiace škály nepovažujú za prínos pre ošetrovateľskú prax. K jednotlivým dôvodom priradzovali body od 1 po 6 tak, že 1 bod znamenal najmenší dôvod a bod 6 znamenal najväčší dôvod. Za najčastejší dôvod, pre ktorý sestry hodnotiace škály nepovažujú za prínos pre ošetrovateľskú prax je nedostatok času (25, 26%). Hneď ďalším dôvodom je zdlhavosť pri vyplňaní hodnotiacich škál (21, 05%), ktorý tiež súvisí s časovým parametrom. Nasleduje dôvod nedostatku informácií o hodnotiacich škálach a ich možnosti využitia v ošetrovateľskej praxi (20%). V strede hodnotenia sa umiestnil aj dôvod, že hodnotiace škály nedávajú dostatočné informácie o pacientovi (16, 84%). Za najmenšie dôvody sestry považujú to, že hodnotiace škály nie sú povinné, že vedenie nemocnice, kde pracujú si ich používanie nevyžaduje (6, 31%) a že nie sú uvedené v štandardoch (10, 52%). Aj Handrejchová (2011) uviedla, že respondenti oboch nemocníc považujú za najväčší dôvod, prečo hodnotiace škály nie sú v praxi prínosom, časovú náročnosť pri ich vyplňaní.

Graf 28: Získané vedomosti o využívaní hodnotiacich škál



V tejto sledovanej položke sa respondenti vyjadrovali k tomu, kde získali vedomosti o hodnotiacich škálach. Jednotlivé ponúkané možnosti mali ohodnotiť bodmi od 1 do 6 tak, že 1 je najmenšia vedomosť a 6 je najväčšia vedomosť. Najviac informácií o hodnotiacich škálach respondenti získali na škole (28, 57%), nasleduje ošetrovateľská prax (23, 80%). V strede hodnotenia sa umiestnila odpoveď, že informácie o hodnotiacich škálach sestry získali na seminároch, či školeniach (19, 04%) a tiež samo štúdiom odborných časopisov (14, 28%). Najmenšie vedomosti o hodnotiacich škálach respondenti získali z internetu (9, 52%) a z literatúry (4, 76%).

Graf 29: Účasť na seminári o využívaní hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi



Táto položka sa týkala vôle respondentov zúčastniť sa na vzdelávaní o hodnotiacich škálach a ich využití v ošetrovateľskej praxi. Z celkového počtu 90 (100%)

respondentov by sa určite chcelo zúčastniť 30 (33, 33%) respondentov. Možnosť zúčastniť sa na seminári o hodnotiacich škálach by skôr uvítalo 8 (8, 88%) respondentov. 28 (31, 11%) respondentov by sa rado niekedy zúčastnilo na školení o hodnotiacich škálach. Skôr by nemalo záujem o účasť na seminári o hodnotiacich škálach 12 (13, 33%) respondentov. Rovnaký počet, 12 (13, 33%) respondentov by nemal žiadny záujem o vzdelávanie sa o hodnotiacich škálach. Handrejchová (2011) uvádza, že záujem na vzdelávaní o hodnotiacich škálach prejavilo 66% respondentov Nemocnice České Budějovice, a. s. a 67% respondentov Nemocnice Písek.

### 3.6 Diskusia

Z nášho prieskumu nám vyplynulo, že až 80% sestier zúčastnených na našom prieskume používa hodnotiace škály vo svojej ošetrovateľskej praxi. Napriek značnej prevahe sestier, ktoré vo svojej praxi hodnotiace škály používajú, je to o 10% menej ako vo svojom prieskume uvádza Handrejchová (2011).

Hodnotiace škály sú častejšie súčasťou ošetrovateľského posudzovania pri príjme pacienta ako súčasťou prepúšťacích správ. Pri príjme pacienta ich využíva takmer tri štvrtiny respondentov. Jedna štvrtina sestier ich pri príjme pacienta nevyužíva, čo môže súvisieť aj s prácou sestier pracujúcich na operačných sálach, kde prijímajú už prijatých pacientov z oddelenia.

Len polovica respondentov uviedla, že hodnotiace škály sú súčasťou ich prepúšťacích správ. Myslíme si, že je to závislé od vnútorných predpisov a štandardov konkrétneho oddelenia. Aj Handrejchová (2011) vo svojom prieskume uvádza veľké rozdiely. Pokiaľ hodnotiace škály v Nemocnici České Budějovice, a.s. nie sú súčasťou ošetrovateľských prepúšťacích správ vôbec, v Nemocnici Písek hodnotiace škály tvoria súčasť prepúšťacích ošetrovateľských správ až u 100% respondentov.

Opakovane hodnotiace škály pri zistení problému u pacienta vyplní len asi tretina respondentov. Naproti tomu Handrejchová (2011) uvádza, že v Nemocnici České Budějovice, a.s. opakovane hodnotiace škály vyplní 60% respondentov a v Nemocnici Písek až 98% respondentov.

Najčastejšie hodnotenou oblasťou hodnotiacimi škálami je oblasť bolesti. nasleduje hodnotenie kognitívnej oblasti, hodnotenie sebestačnosti, rizika vzniku dekubitov. Najmenej hodnotenou oblasťou pomocou hodnotiacich škál je oblasť



vyučovania moču a stolice. Sestry vo svojich odpovediach udávali, že hodnotiace škály nevyužívajú len pre hodnotenie jednej oblasti, ale pre viac oblastí. Handrejchová (2011) vo svojom prieskume uvádza za najčastejšie hodnotenú oblasť pomocou hodnotiacich škál oblasť rizika vzniku dekubitov, a to zhodne u respondentov pracujúcich v oboch nemocniciach.

Ako sme už uviedli najčastejšie hodnotenou oblasťou pomocou hodnotiacich škál je bolesť. Aj v našom prieskume určite alebo skôr hodnotí bolesť takmer polovica respondentov. Identifikácia príčin bolesti, presné subjektívne zhodnotenie charakteru jej prežívania je dôležitým faktorom k hľadaniu ciest v pomoci zvládania a eliminácii bolesti. Porozumieť bolesti je nutné v celom rozsahu. Aj keď liečbu bolesti vždy riadi lekár, sestra sa spolupodieľa na vytváraní liečebného plánu, uplatňuje svoje vedomosti a skúsenosti v priebehu sledovania efektu liečby hodnotením intenzity bolesti pomocou štandardizovaných meracích nástrojoch. Respondenti v našom prieskume preferujú Numerickú hodnotiacu škálu bolesti. V praxi ju používa až 46, 66% respondentov. Ide o číselnú hodnotiacu škálu, ktorá vyjadruje intenzitu bolesti priamo číslom s bodovým rozhraním od 0 po 10. Jej výhodou je časová dotácia, ktorá je menšia ako päť minút. Rovnaký počet respondentov 28, 88%, v praxi uprednostňuje Vizuálnu hodnotiacu škálu (VAS) a Verbálnu hodnotiacu škálu (Keele). Vizuálna analógová škála patrí pre svoju jednoduchosť, zrozumiteľnosť, rýchlosť a možnosť opakovaného merania k najspôhlivejším a naj citlivejším hodnotiacim nástrojom merania bolesti. Pri Verbálnej hodnotiacej škále (Keele) pacient vyjadří pocit bolesti slovom od nepatrnej bolesti, cez miernu bolesť, ktorá odpútava pozornosť od bežných činností, bolesť vážnu, mučivú až po úplne neznesiteľnú bolesť, ktorá ovláda pacienta. Handrejchová (2011) uvádza, že až 97% respondentov Nemocnice České Budějovice, a. s. používa Vizuálnu analógovú škálu bolesti a 91% respondentov Nemocnice Písek používa Verbálnu škálu bolesti.

Kognitívna úroveň ovplyvňuje celkovú funkčnú úroveň každého jedinca. Pri posudzovaní porúch kognície je potrebné vychádzať z najnovších dostupných poznatkov, poznať rizika a následné komplikácie pri nesprávnej identifikácii jej poruchy. Sestra k hodnoteniu aktuálneho stavu u pacienta využíva tak orientačné screeningové metódy (napr. Skrátený test mentálnych funkcií), ako aj komplexnejšie testy s exaktným bodovým hodnotením (napr. MMSE). V rámci svojej odbornosti sestra využíva adekvátne postupy v starostlivosti o pacienta a vyhýba sa spôsobom starostlivosti, ktoré traumatizujú a poškodzujú pacienta. V našom prieskume sa ukázalo,

že takmer polovica (48,88%) respondentov používa pre hodnotenie kognitívnych funkcií Glasgow Coma Scale. Je určená pre meranie kvantitatívnej stránky vedomia v stupňoch od plného vedomia až po kómu. Táto stupnica sa pôvodne vypracovala na pomoc pri prognóze úrazov hlavy, ale dnes sa bežne používa na určenie stupňa vedomia. Testujú sa tri oblasti: odpoveď očí, motorická a slovná odpoveď na rôzne podnety – reakcia na oslovenie, dotyk, zatrasenie, algický podnet (skrútenie ušného lalôčika a iné). Hneď za touto Glasgow stupnicou sa umiestnil Folsteinov test kognitívnych funkcií (Mini- Mental – State - Examination), ktorý používa 17,77% respondentov. Tento stručný, ale spoľahlivý nástroj bol vytvorený už v roku 1975. Je najčastejšie používaný test u nás i v zahraničí. V 30 položkách tento test hodnotí orientáciu, krátkodobú pamäť, pozornosť, reč, poznávacie funkcie (čítanie, písanie, počítanie). Je však negatívne ovplyvnený vzdelaním. Osoby s vyšším vzdelaním môžu dosahovať normálne hodnoty aj napriek prebiehajúcemu ochoreniu. Handrejchová (2011) uvádza, že pre hodnotenie kognitívnych funkcií jej respondenti používajú len dva testy v rovnakom zastúpení. Ide o vyššie spomínaný Folsteinov test kognitívnych funkcií a o Test kreslenia hodín.

Posúdenie pacientovej sebestačnosti je súčasťou komplexného zhodnotenia pacienta už pri jeho prijímaní do zdravotníckeho zariadenia. Tento fakt korešponduje aj s výsledkami nášho prieskumu, kde takmer polovica (47,77%) respondentov používa hodnotiace nástroje pre oblasť sebestačnosti u svojich pacientov. Takmer dve tretiny respondentov (60%) používa pre hodnotenie sebestačnosti Barthelov test základných denných aktivít (ADL). Tento test je považovaný za jeden z najpoužívanejších nástrojov pre meranie sebestačnosti, nakoľko je preukázaná jeho citlivosť, jednoduchosť a škálovateľnosť. Pacient je posudzovaný v 10 základných oblastiach bežného života. Bodové hodnoty priradené k jednotlivým aktivitám sú priamo úmerné času a pomoci inej osoby. Rovnako Handrejchová (2011) uvádza, že tak respondenti v Nemocnici České Budějovice, a.s., ako aj respondenti Nemocnice Písek posudzujú sebestačnosť výlučne pomocou Barthelovho testu základných denných aktivít.

Správna výživa je jedným z predpokladov fyzického a psychického zdravia. Diagnostika malnutricie musí byť komplexná. Má byť kombináciou nutričnej anamnézy, antropometrických, laboratórnych a funkčných vyšetrení. Je vhodné prevádzať screening porúch výživy pomocou hodnotiacich škál, a to nielen u prijatých pacientov na lôžkové oddelenia nemocníc, ale aj v rámci preventívnych prehliadok. Z nášho prieskumu vyplynulo, že hodnotiace škály na meranie výživy u svojich

pacientov určite používa 40% respondentov a 17,77% ich využíva niekedy. Negatívnym zistením je, že viac ako 40% respondentov ich vo svojej praxi nevyužíva. Najčastejším meracím nástrojom pre posúdenie nutriécie u pacientov je Formulár pre rýchle zhodnotenie výživy, ktorý vo svojej praxi používa asi tretina respondentov (31, 11%). Pozostáva zo záznamu výživovej spotreby za posledných 24 hodín. Tiež sa hodnotí počet porcií a nutričné skóre z krátkého dotazníka, ktorý tvorí desať otázok. Za každú kladnú odpoveď sa prideli jeden bod. Pomocou Mini-nutritionalassessmentu posudzuje nutričný stav pacientov asi pätina (17,77%) respondentov. Ide o tzv. malý výživový test, ktorý je vhodný predovšetkým pre ambulantný screening rizika malnutriécie. MNA ako 18 položkový dotazník zahŕňa štyri hlavné oblasti, a to antropometrické merania, stravovacie návyky, globálne posúdenie a subjektívne posúdenie. Handrejchová (2011) uvádza, že 40% respondentov Nemocnice České Budějovice a. s. používa pre zhodnotenie stavu výživy Nottinghamský screeningový dotazník, ktorý naši respondenti neuviedli ani v položke „iné“.

U dlhodobu ležiacich a imobilných pacientov často dochádza k vzniku dekubitov. Tieto defekty kože a podkožných vrstiev vznikajú na predilekčných miestach vystavených pôsobeniu tlaku podložky a vážne ohrozujú zdravotný stav pacienta. U rizikových pacientov je nutné posúdiť riziko vzniku dekubitov ihneď po prijíme pacienta a následne podľa aktuálneho stavu pacienta. V tejto oblasti sú sestrám veľmi nápomocné rôzne hodnotiace škály a stupnice. Z nášho prieskumu nám vyplynulo, že najčastejšie používanou hodnotiacou škálou pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov je Nortonová stupnica. V praxi ju používa 46,66% respondentov. K obdobným výsledkom svojho prieskumu dospela aj Handrejchová (2011), ktorá uvádza, že všetci respondenti používajú Nortonovú stupnicu na odhalenie vzniku rizika dekubitov. Ide o stupnicu, kde sa bodmi od 1 do 4 hodnotí schopnosť spolupráce, vek, stav pokožky, každé ďalšie ochorenie, fyzický stav, stav vedomia, aktivita, pohyb a inkontinencia.

Vylučovanie moču a stolice je značne chýlostivá záležitosť, o ktorej pacienti hovoria neradi. Popri biologickom hľadisku má táto základná ľudská potreba aj aspekt psycho - sociálny, ktorý sa môže prejaviť negatívnym emocionálnym stavom. Ide o najmenej často hodnotenú oblasť. V ošetrovateľskej praxi hodnotiace škály pre hodnotenie vylučovania moču a stolice využíva len tretina respondentov zúčastnených na našom prieskume. V praxi častejšie ako nami udávané možnosti výberu škál pre meranie vylučovania moču a stolice používajú vlastné hodnotiace škály, ktorých názov nepoznajú.

V otázke možnosti výberu hodnotiacich škál, zo škál, ktoré sú dané internými predpismi a štandardami by sme chceli upozorniť na potrebu zapojiť do výberu vhodných hodnotiacich škál sestru, ktorá hrá nezastupiteľnú rolu v priamom kontakte s pacientom, a preto najlepšie vie, čo je nutné u pacienta s problémom v konkrétnej oblasti pozorovať a hodnotiť. V prieskume sa nám potvrdilo, že tri štvrtiny sestier vyplní hodnotiace škály, ktoré sú dané internými predpismi a štandardmi zariadenia. K obdobným výsledkom dospela aj Hanrejchová (2011), ktorá uvádza, že u 79% respondentov Nemocnice Písek a u 51 % Nemocnice České Budějovice, a.s. hodnotí pacientov pomocou škál, ktoré sú dané internými predpismi.

Je potešujúce, že za prínos pre ošetrovateľskú prax považujú hodnotiace škály až štyri pätiny (82,20%) respondentov zúčastnených na prieskume. Len necelá pätina si myslí, že hodnotiace škály nie sú prínosné pre ošetrovateľskú prax. Handrejchová dospela k nie veľmi pozitívnym výsledkom, nakoľko len polovica respondentov v oboch nemocniciach považuje hodnotiace škály za prínosné. Napriek výsledkom, ku ktorým sme dospeli, je cítiť značné rezervy vo využívaní týchto hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej praxi. Najčastejším dôvodom prečo sestry odpovedali záporne bol časový deficit, ktorý vo svojej praxi pociťujú, čo súvisí aj s časovými nárokmi na vyplňanie hodnotiacich škál. Aj keď je to vlastne paradox, nakoľko hodnotiace škály majú zvýšiť efektivitu práce práve tým, že šetria čas. Práve hodnotiace škály predstavujú svoj najväčší potenciál v možnosti získania relatívne veľkého množstva dát za pomerne krátky časový úsek.

Vzdelanie zohráva významnú úlohu pri využívaní hodnotiacich škál v praxi. Len sestra, ktorá sa orientuje v možnostiach, aké jej hodnotiace škály pre jednotlivé oblasti ponúkajú, ich môže aj správne a efektívne využiť. Najviac informácií o hodnotiacich škálach ponúka škola. V nej získalo poznatky o hodnotiacich škálach 28,57% respondentov. Získať poznatky má sestra možnosť aj vo svojej praxi, kde sa hodnotiace škály využívajú ako súčasť ošetrovateľskej dokumentácie. Preto je nutné hodnotiace škály zavádzať do praxe internými predpismi a štandardmi za aktívnej spoluúčasti sestier pri ich výbere. V praxi si svoje poznatky o hodnotiacich škálach rozšírilo 23,80% respondentov. Nemenej dôležitá je nutnosť celoživotného vzdelávania sestier na rôznych seminároch, školeniach a prednáškach. Táto forma obohatila poznatkami o hodnotiacich škálach 19,04% respondentov zúčastnených na našom prieskume. Z výsledkov prieskumu nám jednoznačne vyplýva, že len erudovaná sestra je zárukou

efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta. Len sestra môže splniť tri najhumánnejšie očakávania ošetrovateľstva, ktorými sú múdrosť, láska a pomoc...

### 3.7 Odporúčania pre prax

Z výsledkov prieskumu sme dospeli k nasledovným odporúčaniam pre prax. Je potrebné:

- hodnotiace škály využívať častejšie a efektívnejšie,
- zvýšiť frekvenciu opätovného vyplňania hodnotiacich škál pri zistení problému u pacienta, t. j. stanoviť frekvenciu rescreeningu,
- hodnotiace škály vyplňať pri prijíme pacienta ako súčasť ošetrovateľského posudzovania, ako aj pri prepúšťaní pacienta,
- pomocou hodnotiacich škál hodnotiť u pacientov viacero oblastí a tak získať komplexnejšie poznatky o zdravotnom stave pacienta,
- uplatňovať kognitívnu rehabilitáciu mozgovým tréningom, tým preventívne posilňovať zdravie mozgu (riešenie matematických úloh, pozornosti a pamäti, slovné hry, joga, bazálna stimulácia pod.),
- hodnotiť bolesť komplexne (lokalizáciu, intenzitu, trvanie, kvalitu a nástup bolesti),
- hodnotiť zmeny vitálnych funkcií a psychiky pacienta, ktoré môžu byť primárnou známkou prežívania bolesti,
- v anamnéze sa zamerať na predchádzajúce skúsenosti so zvládaním bolesti,
- pri každom kontakte s pacientom zhodnotiť aktuálny stav bolestivých prejavov,
- postupovať individuálne, nakoľko bolesť je vysoko individuálny prežitok,
- dokumentovať plán farmakologických i nefarmakologických postupov, pocit úľavy, prípadne vedľajšie účinky,
- edukovať pacienta i jeho rodinu o nutnosti dodržiavať doporučené postupy v rámci farmakologických i nefarmakologických metód,
- umožňovať multidisciplinárny prístup,
- nepodceňovať nutričnú anamnézu,
- spolupracovať s nutričným terapeutom,
- podporovať u pacientov príjem stravy per os,

- identifikovať pacientov s malnutríciou alebo s rizikom jej vzniku,
- aplikovať stravu, t.j. zaistiť potrebu energie a jednotlivých živín pre pacienta,
- sledovať stav výživy v priebehu hospitalizácie,
- zaznamenávať príjem potravy, príjem a výdaj tekutín,
- v najväčšej možnej miere podporovať samostatnosť pacienta pri starostlivosti o seba podľa jeho možností,
- minimalizovať čas a pokoj na lôžku s ohľadom na aktuálny stav pacienta,
- pre jednoduchšiu mobilitu pacienta vybaviť lôžko a jeho okolie pomôckami umožňujúcimi alternatívne spôsoby lokomócie pre podporu mobility a bezpečnosti,
- sledovať zmeny na pokožke, udržiavať pokožku suchú, odhaliť prípadnú inkontinenciu,
- polohovať ležiaceho pacienta v pravidelných časových intervaloch,
- využívať elektronické formy záznamov,
- zjednodušiť vyplňanie hodnotiacich škál,
- nastaviť vhodne systém auditov, overiť hodnotiace škály v súlade so stanovenými požiadavkami hodnotenia pacienta,
- vymedziť kompetencie sestier, venovať pozornosť ich vzdelávaniu,
- do výberu hodnotiacich škál pre dané zariadenie aktívne zapojiť sestry,
- zvyšovať erudovanosť sestier,
- podporovať aktívnu účasť sestier na celoživotnom vzdelávaní,
- na národnej úrovni do budúcnosti podporiť legislatívnu oporu objektivizujúceho hodnotenia pomocou meracích techník, screeningových nástrojov a hodnotiacich škál.

## ZÁVER

Povolanie sestry, je povolaním zlatých rúk, tiež múdrej a láskavej duše...

V našej diplomovej práci sme sa zamerali na efektívne využívanie hodnotiacich škál v ošetrovateľskej starostlivosti. Práca predkladá najnovšie vedecké poznatky v súlade s aktuálnou legislatívou spojené s možnosťami objektivizácie zdravotného stavu pacienta. V našej práci prezentujeme hodnotiace škály, ktoré poukazujú na možnosti komplexného zhodnotenia oblastí u pacienta: oblasť kognitívnych funkcií, bolesti, sebestačnosti, výživy, vylučovania moču a stolice a rizika vzniku dekubitov.

Práca nám načrtla zaujímavé zistenia v skúmanej problematike. Aj keď výsledky nášho prieskumu nemôžeme zovšeobecňovať je cítiť značné rezervy v možnostiach využitia hodnotiacich škál v praxi sestier, nakoľko pätina sestier v praxi hodnotiace škály nepoužíva a ďalšia pätina sestier ich nepovažuje za prínos pre svoju prax. Vzdelanie sestier hrá významnú rolu pri využívaní hodnotiacich škál v praxi. Len erudovaná sestra môže využiť najväčší potenciál ukrytý v hodnotiacich škálach, ktorý spočíva v efektivite, v možnosti získania relatívne veľkého množstva dát za pomerne krátky časový úsek.

Chceme podotknúť, že hodnotiace škály majú byť nápomocné pri získavaní objektívnych zistení o pacientovi, ale majú v čo najväčšej možnej miere zabezpečiť individuálny prístup. Vďaka ich využitiu by mala byť zaistená vyššia efektivita a kvalita ošetrovateľskej starostlivosti.

Stanovené ciele, ktoré sme si v práci zadali boli splnené. Veríme, že sme našimi dosiahnutými výsledkami rozšírili obzor a orientáciu sestier v oblasti meracích nástrojov a možnostiach ich využitia.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BERNÁŠKOVÁ, K. 2015. Fyziologie a patofyziologie vylučovacího systému. In: ROKYTA, R. et al. *Fyziologie a patofyziologická fyziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015, 331 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

BÓRIKOVÁ, I. – FÚROVÁ, A. 2003. Špecifiká ošetrovateľského procesu vo vnútornom lekárstve. In: ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve I*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta, 2003. 261 s. ISBN 80-88866-28-6.

FRICOVÁ, J. 2009. Akutní a chronická bolest. In: ROKYTA, R. et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

HANDREJCHOVÁ I. 2011. *Hodnotící škály jako součást ošetrovateľské dokumentace*: bakalárska práca. České Budějovice: Jihočeská univerzita 2011. 86 s.

HAUKE, M. 2011. *Pečovateľská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. Bratislava: Grada Slovakia, spol. s r. o., 2016. 232 s. ISBN 978-80-8090-009-0.

CHRÁSKA, M. 2016. *Metódy pedagogického výskumu*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

KASPER, H. 2015. *Výživa v medicíne a dietetika*. 11. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 555 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

KATUŠČÁK, D. 2008. *Ako písať záverečné a kvalifikačné práce*. 5. vyd. Nitra: Enigma, 2008. 162 s., ISBN 978-80-89132-45-4.

KRIŠKOVÁ, A. 2006. *Ošetrovateľské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2.



KUDLIČKA, J. 2003. Reliabilita a validita kvantitatívneho výskumného nástroja merania. In: ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatel'stvo, teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003, s. 237-240. ISBN 80-063-131-X.

MASKALOVÁ, E. – KELČÍKOVÁ, S. 2009. Neefektívna podpora zdravia. In: GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. et al. *Vybrané ošetrovatel'ské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009, 243 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelství I. díl*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 269 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatel'ská diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatel'ské diagnózy definície a klasifikácia 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

PARTYKOVÁ, V. 2014. *Hladování pro zdraví*. Praha: Impuls, 2014. 304 s. ISBN 978-80-904074-6-6.

PETLÁK, E. 1997. *Všeobecná pedagogika*. Bratislava: IRIS, 1997. 270 s. ISBN 80-88778-49-2.

PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 1 vyd. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

POKORNÁ, A. et al. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013. 200 + 2 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

ROKYTA, R. et al. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 176 + 8 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, R. et al. 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd., Praha: Advent Orion, 2003.491 s. ISBN 80-7172-841-1.

VÁLKOVÁ, L. 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015.112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.

VOROSOVÁ, G .et al. 2011. *Ošetrovatelský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2011. 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.

VYTEJČKOVÁ, R.et al. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

WIRTHOVÁ, V. 2015. Starostlivosť o nemocné s dekubity. In: VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015, 308s. ISBN 978-80-247-3421-7.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnícká psychológia*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZÁKON č. 576/2004 Z. z. Slovenskej republiky: 2004: Zákon o o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, s platnosťou od 1. 11. 2004.

ZELENÍKOVÁ, R. Kritické myslenie v ošetrovatel'stve. In: *Cesta k profesionálnemu ošetrovatel'ství*. Sborník príspevkov I. sliezskej konferencie ošetrovatel'stva s medzinárodnou účasťou konanou 21. Septembra 2006 v Opave. ISBN 80-7248-388-9.

ŽIAKOVÁ, K. 2003.*Ošetrovatel'stvo vo vnútornom lekárstve I*. Martin : Jesseniova lekárska fakulta, 2003. 261 s. ISBN 80-88866-28-6.

## PRÍLOHY

### Príloha A: Dotazník vlastnej konštrukcie

Milé kolegyne, kolegovia.

Prosím Vás o vyplnenie dotazníka zaoberajúceho sa problematikou efektívnosti využívania hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi. Dotazník je anonymný a všetky informácie získané z dotazníka budú použité výlučne pre účely diplomovej práce. Z ponúknutých možností prosím vyberte tú, ktorá najviac vyjadruje Váš názor.

Za Vašu ochotu a trpezlivosť pri vyplňaní dotazníka Vám úprimne ďakujem.

Bc. Mašláni Ivana,

študentka Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave,  
fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici.

#### Sociodemografické údaje

##### **Vek:**

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| a) do 30 rokov | c) 41-50 rokov     |
| b) 31-40 rokov | d) 51 rokov a viac |

##### **Dĺžka praxe:**

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| a) do 5 rokov | c) 11-24 rokov     |
| b) 6-10 rokov | d) 25 rokov a viac |

##### **Najvyššie dosiahnuté vzdelanie:**

- a) stredoškolské
  - b) vyššie odborné vzdelanie
  - c) vysokoškolské bakalárske
  - d) vysokoškolské magisterské
  - e) iné.....
- ...

**Špecializácia v odbore:**

- a) áno
- b) nie

**Oddelenie na ktorom pracujete: (uved'te názov)**

.....

**Pracujete v zdravotníckom zariadení, ktoré je akreditované:**

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

---

**1. Používate vo svojej praxi hodnotiace škály?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**2. Sú hodnotiace škály súčasťou ošetrovateľského posudzovania, ktoré získavate pri prijímaní pacienta?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**3. Hodnotiace škály vyplňujete a dopĺňate opakovane, pri zistení problému v určitej oblasti?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**4. Sú hodnotiace škály súčasťou vašej prepúšťacej ošetrovateľskej správy?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**5. Aké oblasti u vašich pacientov hodnotíte pomocou hodnotiacich škál?**

- a) kognitívne funkcie
- b) bolesť
- c) sebestačnosť
- d) výživu
- e) vylučovanie moču a stolice
- f) riziko vzniku dekubitov
- g) iné.....

**6. Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre kognitívne (poznávacie) funkcie?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**7. Ak áno, ktorú hodnotiacu škálu pre kognitívnu oblasť používate?**

- a) Skrátený mentálny bodovací test (podľa Gainda)
- b) Glasgow Coma Scale
- c) Folsteinov test kognitívnych funkcií (Mini-Mental-State-Examination)
- d) Test poruchy vedomia podľa Beneša a Drábka
- e) Test kreslenia hodín
- f) iné.....

**8. Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie bolesti?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie

e) nie

**9. Ak áno, ktorú hodnotiacu škálu pre hodnotenie bolesti používate?**

- a) Numerickú hodnotiacu škálu bolesti
- b) Verbálnu hodnotiacu škálu bolesti (Keele)
- c) Vizuálnu hodnotiacu škálu bolesti (VAS)
- d) McGillov – Melzackov dotazník
- e) Hodnotenie bolesti a grafický záznam (Inštitút Gustáva Roussy)
- f) Dotazník posúdenia bolesti (IPVZ Praha)
- g) Hodnotiacu škálu bolesti podľa Abbey
- h) iné.....

**10. Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie sebestačnosti?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**11. Ak áno, ktorú hodnotiacu škálu pre hodnotenie sebestačnosti používate?**

- a) Barthelov test základných denných aktivít (ADL)
- b) Test inštrumentálnych denných činností (IADL)
- c) Katzov index nezávislosti v denných aktivitách
- d) Test vývoja sebestačnosti (TVS)
- e) Test ošetrovateľskej záťaže podľa Svanborga
- f) iné.....

**12. Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie stavu výživy?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**13. Ak áno, ktorú hodnotiacu škálu pre hodnotenie výživy používate?**

- a) Formulár pre rýchle zhodnotenie výživy
- b) Mini nutritional assesment (MNA)
- c) Subjective global assesment
- d) Formulár na zisťovanie údajov o nevoľnosti a vracaní podľa Wikhama
- e) iné.....

**14. Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie vylučovania moču a stolice?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**15. Ak áno, ktorú hodnotiacu škálu pre hodnotenie vylučovania moču a stolice používate?**

- a) Gaudenzov dotazník
- b) Bristolská škála foriem stolice
- c) iné.....

**16. Používate na vašom oddelení hodnotiace škály pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**17. Ak áno, ktorú hodnotiacu škálu pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov používate?**

- a) Bradenovu stupnicu
- b) Knollovu stupnicu
- c) Tradenovu stupnicu

- d) Nortonovú stupnicu
- e) Shannon stupnicu
- f) Waterlowovú škálu
- g) iné.....

**18. Výber škál pre hodnotenie určitej oblasti pacienta vyberáte zo škál s ktorými disponuje vaše zariadenie?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**19. Máte možnosť aktívne navrhnúť aj vlastnú hodnotiacu škálu, ktorá by bola pre pacienta najvhodnejšia?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**20. Myslíte si, že hodnotiace škály sú prínosom v ošetrovateľskej praxi?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie

**21. Zorad'te jednotlivé hodnotiace škály od 1 - 6 tak ako ich vnímate za prínos pre ošetrovateľskú prax (1 najlepšie ohodnotenie – 6 najhoršie).**

- a) pre hodnotenie kognitívnych funkcií
- b) pre hodnotenie bolesti
- c) pre hodnotenie sebestačnosti



- d) pre hodnotenie výživy
- e) pre hodnotenie vylučovania moču a stolice
- f) pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov

**22. Myslíte si, že hodnotiace škály nie sú prínosom v ošetrovateľskej praxi, uveďte dôvod.**

(Odpovede zoradíte od 1 – 6 tak, že 1 je najmenší dôvod a 6 najväčší).

- a) vyplňovanie hodnotiacich škál je zdĺhavé
- b) hodnotiace škály nedávajú dostatočné informácie o pacientovi
- c) mám málo informácií o hodnotiacich škálach
- d) v praxi nie je dostatok času ich realizovať
- e) nie sú uvedené v štandardoch
- f) vedenie nemocnice si ich používanie nevyžaduje – nie sú povinné

**23. Kde ste získali vedomosti o využívaní hodnotiacich škál? (Zoradíte od 1 – 6 tak, že 1 najmenšia vedomosť a 6 najväčšia vedomosť).**

- a) na škole
- b) v ošetrovateľskej praxi
- c) na školení a seminároch
- d) z literatúry
- e) internet
- f) odborné časopisy pre sestry

**24. Radi by ste sa zúčastnili seminára, týkajúceho sa využívania hodnotiacich škál v ošetrovateľskej praxi?**

- a) určite áno
- b) skôr áno
- c) niekedy
- d) skôr nie
- e) nie