

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N5341

**Bc. Klára Šikutová**

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech (5341T014)

**VYUŽITÍ MĚŘÍCÍCH A HODNOTÍCÍCH TECHNIK V PÉČI  
O PACIENTY VYŠŠÍHO VĚKU JAKO NÁSTROJE  
EFEKTIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2016



Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....  
vlastnoruční podpis

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných odborných rad a podnětů.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Šikutová Klára

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Využití měřících a hodnotících technik v péči o pacienty vyššího věku jako nástroje efektivní ošetrovatelské péče

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran: číslované 78

Počet stran: nečíslované 26

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: ageismus - hodnotící a měřící techniky – hodnocení – geriatric - kognitivní funkce - komunikace

### **Souhrn:**

Problematika stáří se díky pokrokům medicíny dostává stále více do popředí. Učíme se o zákonitostech stárnutí, geriatrických syndromech, jak správně komunikovat s pacienty. V odborné literatuře i ve škole získáváme dostatek teoretických informací, ale aby vše správně zapadlo do sebe, musíme především pacienty sledovat. Musíme se naučit hodnotit jejich možnosti, schopnosti a potřeby v bezchybném a jednotném duchu. K tomu nám slouží hodnotící techniky, které považujeme za komplexní diagnostický proces. Díky nim můžeme předejít mnoha komplikacím a dokážeme se dorozumět napříč mnoha obory. Účel těchto technik je stručně popsán v teoretické části diplomové práce. Jaký je postoj sester k této ošetrovatelské pomůcce jsme pak objasnili v praktické části práce. Přiblížili jsme konkrétní postoje sester z různých oddělení. Naše výsledky jsme navíc porovnali s ostatními autory.

## **Annotation**

Name and surname: Klára Šikutová

Department: Nursing and Midwifery

Title: Use of measurement and evaluation techniques in care of elderly patients as a tool for effective nursing care

Supervisor: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: numbered 78

Number of pages: unnumbered 26

Attachments: 2

Number of titles of used literature: 37

Keywords: ageism - evaluation and measurement techniques - Evaluation - geriatrics - cognitive function - Communication

### Summary:

The issue of ageing gets more and more into the foreground due to the progress of medicine. We are learning about the proces of aging, geriatric syndromes, how to communicate with patients. We are receiving enough theoretical information at school or via literature, but to make a sense out of it, we must first observe the patient. We must learn how to evaluate their options, capabilities and needs in a faultless and consistent manner. To do this we use assessment techniques that consider complex diagnostic process. Thanks to these, we can prevent many complications and we are able to communicate across many disciplines. The purpose of these techniques are briefly described in the theoretical part. What is the attitude of nurses to the nursing widget we then explained the practical part. We approached specific attitudes of nurses from various departments. Our results were additionally compared with the other authors.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORY .....	11
1.1 Charakteristiky geriatrického věku .....	11
1.2 Modifikace klinického obrazu chorob .....	12
1.2.1 Atypická symptomatologie.....	13
1.2.2 Polymorbidita .....	13
1.2.3 Polypragmazie .....	14
1.2.4 Křehkost v geriatrii .....	14
1.2.5 Kaskádový efekt .....	14
1.2.6 Nesignalizování potíží a potřeb .....	14
1.3 Ageismus .....	15
1.3.1 Eliminace fenoménu ageismu.....	16
1.4 Komunikace se seniory .....	16
1.4.1 Chyby v komunikaci se seniory .....	18
2 GERIATRICKÉ SYNDROMY .....	20
3 KOGNITIVNÍ FUNKCE .....	22
3.1 Paměť .....	22
3.2 Pozornost .....	23
3.3 Zrakově-prostorové schopnosti.....	24
3.4 Jazyk a řečové schopnosti.....	24
3.5 Myšlení .....	25
3.6 Kognitivní trénink.....	25
3.7 Koncept smyslové aktivizace.....	27
4 VÝZNAM HODNOCENÍ V GERIATRII.....	29
4.1 Obecné benefity .....	29
5 MĚŘÍCÍ A HODNOTÍCÍ TECHNIKY .....	31

5.1	Hodnocení bolesti .....	31
5.2	Hodnocení soběstačnosti.....	34
5.3	Hodnocení nutričního stavu .....	37
5.4	Měření rizik a komplikací.....	40
5.5	Hodnocení kognitivních funkcí .....	40
6	FORMULACE PROBLÉMU .....	43
7	CÍL A ÚKOL VÝZKUMU .....	44
8	METODIKA .....	45
9	HYPOTÉZY .....	47
10	VZOREK RESPONDENTŮ.....	48
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	49
11.1	Testování hypotézy č. 1 .....	53
11.2	Testování hypotézy č. 2 .....	63
11.3	Testování hypotézy č. 3 .....	69
11.4	Testování hypotézy č. 4 .....	73
12	DISKUSE.....	81
	ZÁVĚR.....	85
	SEZNAM ZDROJŮ .....	87
	SEZNAM TABULEK .....	91
	SEZNAM GRAFŮ .....	92
	SEZNAM PŘÍLOH .....	93



## ÚVOD

V tomto století se poprvé setkáváme se situací, kdy v populaci převažují lidé seniorského věku. Dle statistiky z roku 2011 bylo z celkového počtu obyvatel na území České republiky 16% osob starších 65 let. V dějinách lidstva se vždy objevoval zvýšený zájem o procesy, které doprovázejí stárnutí člověka a smrt. Stárnutí populace se věnují lékaři, psychologové, politici i ekonomové. Je to neodvratitelná součást života každého člověka.

Hlavně díky pokrokům medicíny se problematika stáří dostává stále více do popředí. Odborná veřejnost má dostatek informací o zákonitostech geriatrického věku, stárnutí, umírání a přístupu k seniorům. Ovšem ani odborné znalosti nenahradí hlavní složku péče o pacienty vyššího věku, kterou je sledování a přirozený přístup v péči. Je důležité umět pacienty pozorovat a hodnotit jejich aktuální možnosti, ale je to hodnotné pouze tehdy, je-li to všemi hodnotiteli prováděno bezchybně a především jednotně. Jako komplexní diagnostický proces považujeme hodnotící a měřící techniky.

Tyto techniky usnadňují práci zdravotníkům a mají široké spektrum využití i pro okolí. Uchopíme-li techniku hodnocení správně, dokážeme díky ní přesně posoudit aktuální stav pacienta z ošetrovatelského hlediska. Tato pomůcka pak může sloužit pro široký okruh lidí, kteří se zapojují do péče. Péči o pacienta může vést zkušený odborník, který zajímá celý tým a především rodinu. Takto se všichni členové mohou připojit s jistotou, že pacienta neobtěžují opakovaným vyšetřováním a, že posilují jeho opravdové schopnosti. Práce s těmito technikami není obtížná, většinu z nich doprovází stručný návod a instrukce k samotnému testování. Nesnadným se však stává samotný přístup k této důležité ošetrovatelské pomůcce. Přístup se totiž nelze naučit. Je to individuální vyjádření pocitů člověka.

Při nevhodném přístupu a zacházení s testovacími škálami může dojít k opačnému účinku těchto škál. Právě proto jsme se zaměřili na prozkoumání přístupu k práci s těmito metodami. Zajímalo nás, jaký je samotný postoj k problematice hodnocení. Zvýšenou pozornost jsme věnovali následnému využívání škál, do kterého by se měl zapojovat multidisciplinární tým a rodina pacienta. Hlavním problémem práce se tedy stala otázka positivity či negativity hodnocení z pohledu zdravotních sester. Dalším problémem k řešení se stalo následné využívání hodnotících a měřících technik, které mělo alespoň přibližně nastínit, jak efektivní je to pro pacienta.

Tyto informace nám snad přispějí k vyhnutí se komplikacím a porozumění si napříč obory, věky, názory.

# 1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORY

Složení lidské populace se v současnosti značně mění. S prodlužující se délkou života se stále větší počet lidí dožívá vysokého věku. Dle statistických prognóz má být 21. století stoletím seniorů, tedy alespoň v prvních padesáti letech. Během nich bude poprvé v historii lidstva žít na zemi více lidí starších 60 let než osob mladších 15 let. Pro celou společnost to tedy znamená zvýšenou soustředěnost na geriatrickou péči (Klevelandová et al., 2008).

Existence lidstva je po celou dobu provázena zájmem o procesy stárnutí, pátráním po příčinách a důvodech stárnutí a snahou o oddálení této části lidského života. Péče o seniory se stává zájmem a aktivitou každé civilizované společnosti. Stárnutí populace věnují pozornost gerontologové a geriatři, psychologové, sociologové, ale i ekonomové a politici. Tato problematika vyžaduje přizpůsobení dalšího vývoje civilizované moderní společnosti, v níž má každý jedinec právo na kvalitní život.

Nejen v profesionální, ale i v laické ošetrovatelské péči se setkáváme se stoupajícím počtem seniorů. Hlavní podmínkou kvalitní péče je správná identifikace potřeb seniorů a jejich blízkých. Předpokladem je pak efektivní sociální interakce a komunikace se seniory a jejich příbuznými, a to v rámci multidisciplinárního týmu. Poskytovatelé ošetrovatelské péče by tedy měli být schopni rozpoznat potřeby seniorů a k tomu je nezbytné, aby odpovídajícím způsobem nahlíželi na stáří jako na přirozenou součást života. Stáří je velmi často spojováno se slovy jako nemoc, beznaděj, bezmocnost, samota nebo sociální izolace. Tyto náhledy jsou právě zdrojem mnoha mýtů o stáří a ageismu.

Respektování autonomie seniora je možné pouze na základě předávání přiměřených a pochopitelných informací. V civilizované společnosti je kladen výrazný akcent na sociální interakci a komunikaci. V sociální interakci se zdůrazňuje potřeba přesnosti, výstižnosti a korektnosti verbálního sdělování a samozřejmě dovednosti a obratnosti v neverbálním dorozumívání. Zdánlivě nevýznamné nepřesnosti v komunikaci vedou k chybám ve vztahu pečující – pacient a mohou mít i fatální důsledky (Pokorná, 2010).

## 1.1 Charakteristiky geriatrického věku

Stárnutí je nevyhnutelný biologický proces, týkající se celé přírody. Délka života je geneticky podmíněna a pro každý živočišný druh je specifická. Délka života se může pohybovat od několika hodin po desítky let. Stejně je to i u člověka, kde se předpokládá multifaktoriální typ dědičnosti. Maximální délka života člověka je teoreticky asi 120 let, v praxi jde však o mimořádný jev.

Stáří značí konečnou etapu procesu stárnutí. Je to období na konci přirozeného vývojového procesu každého člověka. Všeobecně přijatelná definice stáří neexistuje, ačkoli se o to pokoušeli odborníci z různých oblastí. Věk je v praxi jednou nejdůležitějších charakteristik stárnutí a stáří. Ve většině zemí se používá periodizace lidského věku navržené *Světovou zdravotnickou organizací* (WHO-World Health Organization), podle které je možné rozdělit život člověka na věkové kategorie trvající patnáct let. V rámci této periodizace se stáří člení na tyto období: 60-70 let – časné stáří, 75-89 let – vlastní stáří, nad 90 let – dlouhověkost (Poledníková, 2013).

Stáří se označuje i jako období třetího věku, přičemž prvním věkem se rozumí dětství a dospívání a druhým věkem období dospělosti. V současné době se střetáváme i s označením čtvrtý věk, což vyplývá z potřeby rozdělit stáří na dvě období se zřetelem na jejich odlišné charakteristiky. Starší člověk ve věku 60-74 let většinou ještě netrpí závažnými chorobami, je aktivní, integrovaný ve společnosti, schopný cestovat. Tento aktivní úsek života se označuje jako třetí věk. Čtvrtý věk začíná po 75. roce života v období zhoršení zdraví. Tento věk se nese ve znamení choroby, úbytku tělesných i psychických funkcí a blížící se smrti.

Kalendářní věk je důležitou charakteristikou v životě člověka. Jeho výhodou je jednoznačnost, avšak nevypovídá nic o skutečném funkčním potenciálu člověka. Funkční věk je daný souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik a je důležitým hodnotícím kritériem v medicíně. Na jeho stanovení se používají různé testy, které umožňují posoudit jednotlivé funkce, ale i funkční stav jako celek. Biologický věk je výsledkem spolupůsobení geneticky řádného programu, vnějšího prostředí, způsobu života a chorob. Psychologický věk je daný funkčními změnami v procesu stárnutí, individuálními vlastnostmi osobnosti a momentální náladou jednotlivce. Sociální věk je vyjádřený změnou sociálních rolí a potřeb, životním stylem a ekonomickým zabezpečením (Poledníková, 2013).

## **1.2 Modifikace klinického obrazu chorob**

Kromě specifických problémů stáří ve smyslu geriatrické křehkosti, geriatrických syndromů a involučně podmíněných funkčních deficitů přivádějí seniory k lékaři i standardní choroby. Pro praxi je důležité, že klinický obraz i management „chorob ve stáří“ bývá většinou odlišný od standardů mladšího věku. Oproti mladším pacientům se zde často objevuje atypický klinický obraz a odlišný klinický průběh s modifikovanou prognózou. Dále se projevují specificky geriatrické komplikace (např. delirantní stavy či

rychlý rozvoj imobilizačního syndromu) a stereotypní projevy selhávání nejkřehčího orgánu, obvykle mozku, při jakékoli zátěži. U geriatrických pacientů uplatňujeme odlišnou strategii léčby. Pokud lékař nepomyslí na neobvyklé souvislosti a atypické projevy chorob ve stáří a vychází z předpokladů, schémat a zkušeností platných u mladších pacientů, hrozí nerozpoznání, pochybení a prodlení. Adaptibilita a funkční rezervy ve stáří jsou omezenější a terapeutická okna bývají otevřena po limitovanější čas (Kalvach, 2008).

Klinický geriatrický přístup v rámci jakéhokoliv oboru by měl být charakterizován znalostí involučních změn a geriatrických zvláštností ve zdravotním stavu, klinickém obraze i léčbě a ošetřování pacienta. Měla by převládat snaha nahradit putování křehkého pacienta za službami soustředěním služeb kolem něho. Důsledně by se měla propojit diagnostika a léčba chorob s hodnocením a zasahováním do potenciálu zdraví a funkčního stavu pacienta, včetně účelného kompenzování funkčních deficitů. Cílevědomě by se měla podporovat zdravím podmíněná kvalita života, sociální role, autonomie a důstojnost znevýhodněného člověka. Jedná se o zdravotní podporu přirozeného života, nikoli podřízení života zdravotní péči. A v neposlední řadě by se mělo dbát na začlenění rodiny do léčebných a ošetřovatelských programů (Kalvach, 2008).

### **1.2.1 Atypická symptomatologie**

Bývá přítomna geriatrická mikrosymptomatologie a oligosymptomatologie, některé příznaky úplně chybějí nebo jsou nenápadné, méně vyjádřené. Příčinou může být netečnost organismu v důsledku involučních změn a malnutrice, vliv léků, komorbidita (např. změna vnímání a reagování u syndromu demence).

Ke klinicky závažným okolnostem patří nenápadnost či chybění bolesti, a to zvláště viscerální – tiché ischemie myokardu, nebolestivé srdeční infarkty, chybění pleurální bolesti u plicního infarktu, nebolestivé peptické vředy atd. Typický je i afebrilní či subfebrilní průběh zánětlivých onemocnění. Vyskytovat se může i úplné chybění obranného svalového napětí, *defense musculaire* u peritoneálního dráždění při svalové atrofii a kachexie, dále chybění tachykardie u srdečních selhání nebo plicní embolie. A v nepodlédní řadě se můžeme setkat s apatetickou formou hypertyreózy s nechutenstvím, bez pocení, tachykardie a hyperaktivity (Kalvach, 2008).

### **1.2.2 Polymorbidita**

Pod pojmem polymorbidita (multimorbidita) se skrývá současný výskyt více chorob, jejichž klinický obraz se překrývá či potencuje. Klinický obraz, průběh a prognóza jsou dány nejen základní chorobou, ale také nestabilitou chrob přidružených a regulačními

rezervami organismu. Nejde jen o kombinace závažných onemocnění, která vzájemně mění prognózu a strategii léčby. Závažnou míru chorobnosti mohou navodit i zdánlivě banální postižení a involuční změny, jsou-li ve vzájemné kombinaci (Kalvach, 2008).

### **1.2.3 Polypragmazio**

Ve stáří je zcela typické současné užívání mnoha léků se zastíráním patognomických příznaků a s navozováním nežádoucích účinků, často závažných, ovládajících klinický obraz a imitujících chorobu. Polypragmazio a jí navozené nežádoucí účinky léků musíme chápat jako relevantní součást geriatrické polymorbidity. Senioři spotřebují více než jednu třetinu všech užívaných léků. Britská doporučení uvádějí, že u křehkých geriatrických pacientů, především u klientů dlouhodobé ústavní péče by nemělo být podáváno současně více než 5 léků s přihlédnutím na neodhadnutelné interakce a inkompatibility. Předepisování léčiv pro seniory je velmi náročné a v mnohém vyžaduje zcela odlišný přístup než k pacientům středního či mladého věku (Kalvach, 2008; Stará, 2015).

### **1.2.4 Křehkost v geriatrii**

Termín křehkost je v geriatrii často nadužíván a každý pod ním rozumí něco trochu jiného. Pro geriatra je křehkost - stejně jako krása - něco fascinujícího, ale těžko pochopitelného. Křehký pacient nemusí být vždy automaticky postižený. U křehkosti je pouze vysoké riziko ztráty funkce a právě proto jsou tyto lidé cílovou skupinou prevence. Pod pojmem „neprospívání“ pak rozumíme pozdní a nevrtné stadium křehkosti. Platná definice říká, že křehkost je stav se snížením funkčních rezerv. Hlavní funkční rezervy jsou redukovány v důsledku fyziologických i chorobných změn spojených se stárnutím (Schuler et al., 2010).

### **1.2.5 Kaskádový efekt**

Onemocnění, obvykle akutní a interkurentní, dekompenzuje současně či postupně přidružené chronické choroby a jednotlivé systémy organismu. Takto dochází k řetězení příznaků, jehož nepochopení vytváří nepřehledný klinický obraz a často vede k prodlení. Diagnostikou by se měla zjistit nejen povaha a intenzita akutně dekompenzujícího onemocnění, ale také míra dekompenzace přidružených chorob a hlavně stav a kapacita regulačních systémů (Kalvach, 2008).

### **1.2.6 Nesignalizování potíží a potřeb**

I když jsou geriatrickí pacienti často považováni za „nadměrně obtěžující chronické a polymorbidní pacienty“, často je prezentace i závažných obtíží a změn nízká a pozdní.

Objevuje se bagatelizování, vytěsňování závažnosti, samoléčitelství a laické konzultování. Tyto okolnosti a nenápadnost projevů jsou pak důvodem vysokého výskytu nedagnostikovaných závažných chorob ve stáří. Výzkumy ukazují, že senioři konzultují s lékařem jen menšinu svých obtíží. Také hypochondrie a psychogenně podmíněných bolestí ve stáří ubývá. Náhodné nálezy pokročilých nádorů nejsou u seniorů výjimkou. Kromě volního jednání to může být důsledek smyslových limitací. Příčinu můžeme hledat i v komunikační, mentální (demence) či sociální oblasti, kdy se může uplatňovat aspekt izolované osamělosti. Problémem může být i despekt ze strany pečujících osob či lékařů (Kalvach, 2008).

### **1.3 Ageismus**

Stoupající počet starších lidí bude pravděpodobně klást stále větší nároky na zdravotní služby a na přístup ke zdravotním zákonům. Demografické stárnutí způsobuje, že se stále více můžeme setkat s fenoménem ageismu – věkově podmíněné diskriminaci. A často i u zdravotníků, kteří by měli ke všem přistupovat nezaujatě, přetrvávají předsudky, které se odrážejí v poskytované péči.

Pojem ageismus vychází z anglického slova „age“ – věk, stáří. Ageismus označuje negativní předsudek vůči stáří a může být překládán i jako věkově podmíněná diskriminace. Předsudek je fixovaný, předem stanovený postoj k určitému objektu, který se projevuje bez ohledu na individualitu anebo povahu tohoto objektu. Ageismus je ideologie založená na přesvědčení o kvalitativních rozdílech jednotlivých fází lidského životního cyklu, projevující se systematickou, symbolickou a reálnou stereotypizací a diskriminací odob na základě jejich příslušnosti k určité generaci. Z uvedené definice vyplývá, že pojem ageismus nezahrnuje pouze předsudky a stereotypy vůči seniorům, ale může se objevovat v různých věkových skupinách. Přesto se toto označení nejčastěji spojuje s diskriminací starších osob, jelikož diskriminace seniorů v dnešní době dominuje a bohužel postihuje i sféru zdravotnictví. Sestry se v praxi často setkávají se seniory s kognitivními či fyzickými omezeními a ty následně připisují všem starším pacientům, a to i bez objektivního posouzení. Ageismus v ošetrovatelství je velkým problémem, protože přímo působí na pacienta, snižuje jeho sebedůvěru a výrazně ohrožuje pacientovu autonomii. Pacient pak může převzít pasivní, závislou roli. Závažným důsledkem předsudků je fakt, že se při diagnostice a léčbě upřednostňují mladší lidé. Ve vztahu k přidělování léčby může nedostatek zdrojů vést k diskriminaci seniorů na základě přesvědčení, že potřebují dražší léčbu a zároveň mají kratší „životnost“. Některé výzkumy naznačují, že ageistické postoje

přímo ovlivňují jednání s pacientem i samotnou léčbu (Kabátová et al., 2013; Kabátová, 2015).

### **1.3.1 Eliminace fenoménu ageismu**

Prvním krokem k vyřazení věkově podmíněné diskriminace nejen v ošetrovatelství, ale ve všech oblastech života je upuštění od „škatulkování“ osob do jednotlivých věkových skupin na základě jejich kalendářního věku a posuzování podle biologického (funkčního) věku. Kalendářní věk neodpovídá věku funkčnímu a senioři stejného věku by se neměli považovat za homogenní skupinu lidí, ve které jsou všichni stejní. Komplexní funkční zhodnocení a formulování limitů, rizik a potřeb seniora je nezbytností pro bezbariérovou a nediskriminační péči. Aby bylo posouzení schopností seniora objektivní, je vhodné využívat standardizované testy jako základ reálného posouzení stavu a možností vzájemné interakce. Pokud chceme snížit ageismus ve zdravotnictví, musí zdravotníci nejdříve pochopit a přiznat si ageistické postoje u sebe samých. Musíme si být vědomi svých vlastních předsudků a adekvátním způsobem je snižovat. Nesmíme chápat tělesné a duševní příznaky pouze jako projev choroby. Ke snížení výrazně přispívá i samotné vzdělání zdravotníků, organizování konferencí a seminářů zaměřených na geriatrii a gerontologii a integrování ageismu do učebních osnov. Možnost sester snížit vliv ageismu na seniory je významná, protože zastupují roli manažerky a koordinátorky týmu a jsou zodpovědné za edukaci pacient, vzdělávání rodiny či jiných členů týmu. Jelikož se dostávají do přímého kontaktu s pacientem, jsou schopné jim zajistit soustavnou emocionální podporu. Měly by také pacienty kontinuálně hodnotit a všimnout si jakéhokoliv projevu deprese, protože to může být důsledek ageistických tendencí (Kabátová et al., 2013).

## **1.4 Komunikace se seniory**

V sociální interakci musí být komunikační techniky a dovednosti přizpůsobeny individuálním požadavkům komunikujících subjektů. Klíčovou roli zde hraje správný výběr komunikační techniky dle věku auditora. V obecné rovině není potřeba dodržovat žádná zvláštní omezení v komunikaci se seniory, je ovšem nutné individuálně přistupovat k jednotlivci a hodnotit jeho kapacitu, schopnosti a potřeby (Pokorná, 2010).

Kognitivní změny stárnutí lze rozdělit do tří stupňů: úspěšné stárnutí, normální stárnutí, patologické stárnutí. Za úspěšné stárnutí považujeme stav, kdy jsou funkční schopnosti zachované, kognice je neporušena a výkonnost je srovnatelná se středním věkem. Nevyskytují se zde poruchy paměti, chování ani motoriky. Pojem normální stárnutí



zahrnuje lehké fyziologické změny v kognitivních a dalších psychických schopnostech. Jedná se o drobné abnormality, vyskytující se u většiny zdravé populace. Příkladem je benigní stav zapomnětlivosti, u kterého nedochází k progresi. V těchto případech hovoříme o věkem podmíněném úbytku kognitivních funkcí (AACD - Age Related Cognitive Decline). Komunikace se „zdravými“ seniory tedy nevyžaduje specifickou modifikaci technik. Je však potřeba poskytnout určitý čas a respektovat tzv. princip zpomalení (Pokorná, 2010).

Přesto, že v obecné rovině není nutná jakákoli obměna komunikačního stylu vůči seniorům, je dobré vědět, že existují specifické změny, které se u některých seniorů projevují ve verbální i neverbální komunikaci. U starších osob bývá rozpoznáno pomalejší tempo v produkci řeči než u mladších osob. Dále bylo zjištěno, že senioři lépe identifikují pojmy, které jsou zasazeny do kontextu sdělení, než samostatně prezentované pojmy. Kontext sdělení je vodítkem a podporuje produkci řeči. Pro poskytovatele péče je důležité vědět, že aktuální a náhlé změny verbální komunikace mohou být předzvěstí přítomné změny kognitivních funkcí, třeba v důsledku změny fyzického stavu (dehydratace, změna tělesné teploty). Toto odpovídá primárním projevům fyzického onemocnění a je to popisováno jako příznak vzdáleného orgánu. U zdravé seniorské populace je však verbální komunikace dlouhodobě rezistentní vůči věkově podmíněným kognitivním změnám. V některých publikacích je zmíněno, že senioři produkují méně komplexní a složité věty a méně vysvětlují, ale nemají problém s přijímáním složitějších sdělení ve smysluplném kontextu. V praxi se však často vyskytuje situace, kdy pečující osoby používají jednoduché věty a snaží se být co nejstručnější, často však s negativním dopadem na sdělovaný obsah. Mezi problematickou oblast u seniorů řadíme hlavně vybavování si slov. Senioři sami často udávají, že jejich problém je schopnost produkce dobře známých slov. Osoby každého věku někdy trpí poruchou vybavení správného slova, tento typ potíží je však frekventovanější s přibývajícím věkem. Schopnost vybavování si slov nesouvisí se sníženou kapacitou sémantické paměti nebo slovní zásobou, protože ta je u seniorů větší, než u dospělých mladšího věku. Změny ve vybavování pojmů nesouvisí se ztrátou získaných a zakódovaných informací, ale s neefektivním přístupem k nim v rámci paměti, tedy poruchou neurotransmise. Za příčinu těchto změn je považovaný již výše zmíněný aspekt zpomalení – typický znak involučních projevů. K podpoře pochopení a efektivní komunikace je vhodné doplnit běžnou komunikaci podpůrnými prostředky (piktogramy, komunikační tabulky) a především hodnotit aktuální stav komunikujících subjektů (Pokorná, 2010).

#### 1.4.1 Chyby v komunikaci se seniory

Chyb v komunikaci se dopouštíme u kterékoli sociální skupiny, problémem však je, že ne vždy se starý člověk dokáže bránit či vůbec rozpoznat patologii a odchylku od normy v komunikačním stylu. Neuvádím zde úplný výčet nesprávných komunikačních postupů, ale zaměřují se na ty nejfrekventovanější chyby, kterých se dopouštíme v interakci se seniory.

Velkým problémem bývá komunikační manipulace. Manipulace se můžeme dopouštět na úrovni kognitivní i emocionální. Pracovníci pomáhajících profesí používají odbornou terminologii a především pojmy, které dříve měly zcela odlišnou konotativní úroveň. Zaměříme se třeba na slovíčko solidní. Je-li někdo solidní, senioři ho považují za slušného poctivého. Pro mladé je pojem solidní jako dobrý, odpovídající představám, tzv. cool. Ale co v případě, když použijeme pojem solidní ve vztahu k onkologickému procesu? Bude si pacient myslet, že nádor je solidní – tedy slušný? U prevence manipulace v komunikaci bych vyzdvihla slova Voltairova: „*Chceš-li se mnou konverzovat, přesně vysvětli pojmy*“.

Za nedostatečnou autenticitu sdělení se považuje nesoulad mezi verbální a neverbální složkou komunikace. Měli bychom zohlednit fakt, že mezi tím co říkáme a tím co si myslíme, že říkáme, může být výrazný rozdíl. Informace, kterou sdělujeme, verbálně i neverbálně, tedy může být pochopena zcela jinak. Musíme hovořit tiše, aby nás poslouchali a zároveň nahlas, aby nás slyšeli. Devalvační chování je charakterizované nevšímavostí, ignorováním, neochotou vyslechnout, urážkami, ironizováním, zpochybňováním, ztrapňováním či hrubostí verbální i neverbální. Za devalvační projev se považuje také nevyžádané familiární oslovování – babi, dědo. V této oblasti bych na chyby upozornila slovy Lichtenberga, že vůbec ničím nestárne člověk rychleji, než neustálou myšlenkou na to, že stárne. Paternalistický, autoritativní přístup zahrnuje přílišné poučování, pokyny a omezování. Zkracování času ke kontaktu s nemocným z důvodu nejen reálného deficitu k naslouchání, ale i nedostatečná příprava prostředí a okolností potřebných pro efektivní komunikaci. Problémem je i nerespektování zpomalení seniorů a potřeby většího množství času pro jakoukoli činnost. Častou chybou pečujících je snaha „dopovědět“ větu za nemocného, což může vést k pocitům devalvace a k rezignaci. Přenos vlastních zkušeností do komunikace se seniory nastává ve chvíli, kdy vstupujeme do procesu komunikace s určitou představou podmíněnou naší předchozí pozitivní či negativní zkušeností. Chybou je, že předpokládáme omezení schopností klienta v důsledku stáří. Při kontaktu již předem předpokládáme snížení intelektových schopností nebo

omezen smyslových funkcí. Máme potřebu hovořit se seniory jako s nesoběstačnými a pomoc vnucovat, nikoliv nabízet (Pokorná, 2010).

## 2 GERIATRICKÉ SYNDROMY

Na přelomu 60. a 70. let 20. století došlo k formulování tzv. *geriatrických obrů* a následně k označení geriatricke jako medicíny pěti „i“. Těmi jsou instabilita, imobilita, intelektové poruchy, inkontinence a iatrogenní poškození, které bylo přiřazené později. U iatrogenního poškození hovoříme nejčastěji o nežádoucích účincích léků a o geriatrickém hospitalizmu – negativní funkční důsledky hospitalizace u křehkých geriatrických pacientů. K formulaci došlo na základě klinické zkušenosti, že některé závažné zdravotní obtíže a symptomy subjektivní i objektivní, se u geriatrických pacientů opakují velmi často a bez vazby na určité onemocnění.

Asi o 30 let později vznikl rozšířenější a sofistikovanější koncept geriatrických syndromů. Jejich pojetí se liší od běžného významu pojmu syndrom. Syndrom v klinické medicíně většinou znamená množinu příznaků způsobených jednou společnou příčinou. U geriatrických syndromů jsou naopak typické, časté a geriatricky významné příznaky způsobeny mnohačetnými a různě kombinovanými příčinami. Koncept geriatrických syndromů je však i přes časté užívání pojmu nedostatečně definován, respektive operacionalizován. Někdy se v rámci diferenciatně diagnostického procesu podaří identifikovat hlavní příčinu geriatrického syndromu, a tu pak vyřešit kauzální léčbou, ale většinou je třeba řešit obtíže bez této možnosti. To znamená symptomaticky, adjuvantně, za využití kompenzačních postupů a v rámci multidisciplinárního týmu (Kalvach, 2008).

Při definování geriatrických syndromů (GS) se uplatňují dva přístupy. V prvním případě jsou GS synonymem jednotlivých příznaků a zdravotních problémů obvyklých, častých a významných u geriatrických pacientů. V druhém přístupu jsou GS brány jako složitější příznakové a problémové soubory s vnitřní logickou patogenetickou provázaností, například: syndrom hypomobility, decondice a sarkopenie (svalová slabost), syndrom anorexie a malnutrice, syndrom instability s pády, syndrom inkontinence, imobilizační syndrom, syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a chování, syndrom duálního sensorického deficitu, syndrom maladaptace, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka nebo syndrom terminální geriatrické deteriorace (Kalvach, 2008).

Pro obojí pojetí geriatrických syndromů je charakteristická multikauzální etiologie a chronicita průběhu. Dále dochází k omezování pacientovy nezávislosti a je typické, že zde neexistuje kauzální léčba. Geriatrické syndromy by měly splňovat jistou míru

dominance v klinickém obrazu pacienta a v dlouhodobější péči o něho. Nějaké další, spíše dílčí problémy by měly být označovány spíše jako geriatrické symptomy nebo jako obtíže časté u geriatrických pacientů. Přehled nejčastějších geriatrických symptomů jsem uvedla v příloze č. Pro většinu z nich je typické, že jsou multikauzální a mohou se vyskytovat u různých chorobných stavů a postižení. Většinou mají souvislost s geriatrickou deteriorací a křehkostí a tendenci se shlukovat (clusters). Jejich akumulace je vždy varovnou známkou nepříznivé prognózy, zranitelnosti a zdravotnické náročnosti (Kalvach, 2008).

Přínos konceptu geriatrických syndromů je mnohočetný a považuje se za efektivní nástroj pro výuku geriatrické medicíny. Jde o teoretický rámec, který přesně vystihuje problematiku geriatrických pacientů. Koncept je nástrojem k výstižnému popisu křehkých geriatrických pacientů, k obecně srozumitelnému sdílení a zajišťování kontinuity péče při předávání pacientů mezi zdravotnickými i sociálními zařízeními. Můžeme ho také považovat za jakýsi návod ke komplexní, vícerozměrné diagnostické rozvaze v klinické praxi, která překonává orientaci na standardní onemocnění. Používá se k identifikaci geriatrických pacientů, kteří jsou ohroženi komplikacemi a špatnou prognózou. A v neposlední řadě nám koncept geriatrických syndromů poskytuje podporu významu symptomatických a kompenzačních postupů a týmové práce u pacientů vyššího věku (Kalvach, 2008).

### **3 KOGNITIVNÍ FUNKCE**

Kognitivní funkce, tedy funkce poznávací, jsou základní funkcí našeho mozku. Pomáhají nám poznávat svět kolem sebe a orientovat se v něm. Umožňují nám plánovat naše jednání a vstupovat do interakcí s druhými lidmi. Jakékoli oslabení těchto funkcí, ať už vlivem stárání, úrazu centrální nervové soustavy (CNS) nebo psychické nemoci omezuje i kus našeho svébytného já. Člověk se pak může cítit méněcenný a může se obávat selhání. Běžné denní fungování se pro něj stává obtížné, ne-li nemožné. Kognitivní funkce nám tedy umožňují plnohodnotně se zapojit do každodenního života (Klevetová et al., 2008; Klucká et al., 2009).

#### **3.1 Paměť**

Paměť je psychická funkce se schopností přijímat, uchovávat a znovu si vybavovat informace, vjemy a zážitky. Díky ní víme, kdo jsme a co jsme zažili. Poskytuje nám pocit kontinuity našeho života. Paměť spolu s vlastnostmi organismu zakódovanými geneticky slouží jako adaptační prostředek, díky kterému se organismus adaptuje na prostředí, přizpůsobuje se změnám a nárokům, které vyplývají z těchto změn. Paměť můžeme vědomě ovlivňovat celý život. Doba udržení přijatých informací je závislá na počtu opakování (Klevetová et al., 2008; Kalvach, 2008; Klucká et al., 2009).

Paměťový proces zahrnuje fázi vstřípení, uchování (retenci) a vybavení. Jednoduchým příkladem paměťového procesu je učení se slovíčkům v cizím jazyce. Slovíčko jsme si nejdříve museli v určité podobě do paměti uložit a uchovat ho tam v nezměněné podobě. Když slovíčko v dalších dnech potřebujeme použít, tak si jej z paměti jednoduše vybavíme. Paměť však může být narušena v každém z těchto kroků a tím se stane, že si na něco nemůžeme vzpomenout nebo si vzpomeneme chybně. Když máme v paměti uloženo dostatek informací, můžeme v nich aktivně vyhledávat. To nám umožňuje propojovat informace, probouzet naši tvořivost a vymýšlet nové nápady (Klevetová et al., 2008; Klucká et al., 2009).

Ještě donedávna se vědci domnívali, že pro různé typy informací slouží pouze jeden druh paměti. V současnosti však převládá názor, že existují různé kategorie paměti, které se mohou členit podle způsobu ukládání do paměti, podle způsobu jejich zpracování nebo podle délky uchovávání. Z časového hlediska ji můžeme rozdělit na paměť krátkodobou a dlouhodobou. Zatímco krátkodobá paměť slouží k uchování informací pouze po dobu několika sekund, v dlouhodobé paměti se informace uchovávají i celý život. Krátkodobá paměť funguje jako počáteční síto, které přijímá informace, ale jehož kapacita je velmi

omezena. Její kapacita se udává jako tzv. Millerovo číslo nebo „magické číslo“ a jedná se o  $7 \pm 2$  položky. Většina lidí si dokáže zapamatovat 5-9 položek. Toto číslo se může zvýšit, pokud si některé položky logicky spojíme a stane se z nich tak v naší paměti pouze jedna. Předpokládá se, že krátkodobá paměť má více variant. Jednou z nich může být tak zvaná pracovní paměť, která slouží k uchování informací, jež nám poslouží k vyřešení nějakého aktuálního úkolu. Pracovní paměť se podílí i na vybavení si informací z dlouhodobé paměti, jelikož ne všechny data přecházejí automaticky z krátkodobé do dlouhodobé paměti. To záleží např. na tom, zda jsou opakovány a také, zda jsou pro nás důležité. U dlouhodobé paměti také rozlišujeme několik druhů. Díky implicitní paměti si osvojujeme dovednosti a zvyky, aniž bychom si to uvědomovali. Díky tomu se učíme jezdit na kole, řídit automobil nebo psát. Vedle toho se objevuje složka explicitní, která umožňuje uchovávat fakta, osobní vzpomínky nebo informace z minulosti, ne které můžeme vědomě vzpomínat. V explicitní paměti ještě rozlišujeme dva podtypy. Vzpomínáme-li na obecné informace či obecně platná fakta, jedná se o sémantickou paměť. Ta je nejvíce uplatňovaná při procesu učení se školní látce. Snažíme-li se však vybavit osobní zážitky, prožitky, vzpomínky, hovoříme o tzv. epizodické paměti.

Paměť je nesmírně důležitá funkce. Je to především ona, která nám umožňuje zapojit se mezi ostatní, pamatovat si jejich jména, tváře a data narození. Díky ní se s lidmi můžeme podělit o své zkušenosti a zážitky. Je nesmírně důležité nedovolit jí stárnout a zahálet (Klucká et al., 2009; Holmerová, 2014).

### **3.2 Pozornost**

Pozornost je funkcí vědomí. Zajišťuje jeho zaměření určitým směrem a velmi úzce souvisí s pamětí. Jednou z hlavních vlastností pozornosti je selektivita (výběrovost), která nám zajišťuje ochranu před záplavou jiných, v danou chvíli méně důležitých podnětů. Díky tomu si můžeme vybírat z velké nabídky podnětů jen ty, které jsou pro nás důležité, nové nebo zapadají do systému dříve nabytých znalostí a dovedností. Koncentrace (zaměření) nám zase umožňuje soustředit se většinou po dobu několika sekund na určitý podnět. Další základní vlastností pozornosti je distribuce (rozdělení). To je o to snazší, čím je každá z prováděných činností zautomatizovanější a není nutné se na ni plně soustředit. Poslední vlastností pozornosti je vigilita, což je schopnost přenášet pozornost z jednoho podnětu na druhý. Vigilita velmi úzce souvisí s přizpůsobením se neustále se měnícím podmínkám okolí a zrychlujícímu se životnímu tempu. A právě vigilita se s rostoucím věkem zhoršuje. V procesu tréninku či rehabilitace kognitivních funkcí zastupuje pozornost významné

místo. Její poškození ovlivňuje mnoho dalších funkcí, jako je třeba paměť. Může se tedy stát, že při pocitu zhoršující se paměti, dochází ve skutečnosti k poruše pozornosti (Klucká et al., 2009).

### **3.3 Zrakově-prostorové schopnosti**

Zrakově-prostorové schopnosti dělíme na vizuálně-konstrukční, vizuálně-motorické a percepční. Patří do oblasti, která bývá výrazně ovlivněna procesem stárnutí, psychiatrickým onemocněním nebo poškozením CNS jinou příčinou. O fungování pravé hemisféry nám podává důležitou informaci schopnost manipulace s dvou a třírozměrnými předměty na ploše nebo v prostoru. U starších lidí často nacházíme obtíže při rozpoznávání úplných obrazců, určování polohy či směru pohybujícího se bodu nebo při manipulaci s předměty. Především na neznámých místech jsou časté i potíže s orientací vlastní osoby v prostoru. Poruchy zrakově-prostorových funkcí má negativní dopad na fungování člověka v každodenních činnostech. Činí obtíže při nakupování, psaní nebo třeba řízení auta. Dále dochází k zhoršování manuálních dovedností. U osob s demencí často pozorujeme tzv. vizuokonstrukční apraxii. Pojem apraxie zahrnuje ztrátu schopností používat dříve osvojené komplexní pohyby, které jsou využívány v každodenním životě. Typickým příkladem je tzv. „dressing apraxie“, tedy neschopnost se obléknout. Tyto osoby nejsou schopny zkoordinovat a uspořádat jednotlivé pohyby, přestože mají zachované jednotlivé motorické i senzorycké schopnosti. Problém je v integraci schopností do jedné činnosti (Klucká et al., 2009).

### **3.4 Jazyk a řečové schopnosti**

Jazyk je základním prostředkem komunikace, úzce souvisí s myšlením a plní mnoho důležitých funkcí. Díky němu poznáváme okolní svět, rozvíjíme myšlení, vyjadřujeme pocity a potřeby. Řeč je pak už konkrétní jazyková dovednost, která vyžaduje složitou koordinaci pohybů rtů, jazyka, vnitřních úst a hlasivek k tomu, aby se tvořil zvuk. Jazyk využívá znaků (slov). Ty nesou význam a označují konkrétní či abstraktní skutečnost.

Při užívání jazyka využíváme produkci a porozumění. Při produkci se nejdříve myšlenka převádí do slov. Slova se řadí do věty a nakonec vytvoříme zvuk, který myšlenku předá posluchači. Přesně opačně postupujeme při porozumění. Začínáme slyšením zvuků, kterým připojujeme význam slov. Ze slov si skládáme věty a z nich pak získáme smysl sdělení (Klucká et al., 2009).



Řečové funkce jsou při normálním stárnutí a bez traumatického poškození mozku zachovány až do vysokého věku. V důsledku stáří však bývá velmi často zasažena verbální fluence, tedy plynulost řeči. Je zde ovlivněna schopnost vybavit si např. co nejvíce slov začínajících na stejné písmeno. U lidí trpících demencí můžeme pozorovat obtíže s nalézáním a vybavováním slov. Tito lidé pak užívají spíše obecná označení a záměrně se vyhýbají používání konkrétních pojmů. Ztrátu řečových schopností poznalo mnoho pacientů s poškozením CNS. Právě tyto lidé vědí, jak výrazně může být člověk s touto poruchou vyřazen ze společnosti. Proto je nesmírně důležité tyto schopnosti udržovat procvičovat a v případě vážnějšího poškození rehabilitovat. Řečové schopnosti nám totiž umožňují být ve spojení s druhými lidmi (Klucká et al., 2009).

### **3.5 Myšlení**

Myšlení lze označit za mentální manipulaci s informacemi. Díky myšlení si rozličné vjemy, symboly a představy spojujeme do vzájemných souvislostí a vyvozujeme z nich závěry. Myšlení je vedeno snahou porozumět a orientovat se v okolním světě. Díky myšlení chápeme, co a proč se děje v danou chvíli a jaký to má pro nás význam (Klucká et al., 2009).

U demencí se často setkáváme s tzv. pradypsychizmem, což označuje zpomalené myšlení. Klíčovou psychotickou poruchou myšlení jsou bludy, tedy myšlenky, které neodpovídají pravdě. Nemocný je však o jejich pravdivosti nevyvratně přesvědčen a nelze je zkorigovat ani logickým výkladem či konfrontací se skutečností. U demencí můžeme pozorovat tzv. paranoidně-perzekuční bludy, například bludy okrádanosti a nepřátelství. Další závažnou poruchou myšlení, kterou pozorujeme u demencí je inkoherece (nesouvislost) myšlení. Inkoherece se projevuje v řeči, která nedává žádný význam, slova jsou zpřeházená a není možné vypátrat obsah myšlenek. V případě, že dochází k opakování jedné myšlenky, jedná se o perseveraci, tedy ulpívavé myšlení. Další poruchou může být zabíhavé myšlení, kdy se nemocný nedokáže držet jednoho tématu a neustále sklouzává k nepodstatnostem, což bývá také součástí některých demencí (Jirák et al., 2009).

### **3.6 Kognitivní trénink**

Náš mozek má více než 10 miliard neuronů. Neurony po svých výběžcích přenášejí informace formou elektrických impulzů, a to rychlostí více než 500 km za hodinu. Výzkumy tvrdí, že kdyby se nervová vlákna spojila, omotala by 40krát naši zeměkoulí. Podpůrná nervová tkáň je tvořena gliovými buňkami, a těch je ještě 50krát více než

nervových vláken. Ty podporují činnost nervových buněk, biochemické děje a vedení elektrických signálů pro celou oblast řízení nervového systému. Nervové buňky spolu komunikují pomocí přenašečů. Přenos informací má vliv na zdokonalování funkčnosti mozkové aktivity. Proto je důležitý intenzivní tělesný i duševní trénink, který má schopnost vytvořit hustou nervovou síť a dokonalos fungování celého nervového systému. Uvádí se, že v 90 letech dochází k úbytku neuronů 10-20%. Nové výzkumy ale hovoří o tom, že nervové buňky se pravidelným cvičením a využíváním dosažených informací mohou obnovovat. Úbytek neuronů není ve všech mozkových částech shodný. Nejvíce bývá zasažen čelní lalok, tedy zraková a sluchová centra a hipokampus, kde se ukládají informace, a kde vzniká schopnost učit se novým věcem. Lidský mozek dokáže pojmout až 100 000 informací. Příjem informací však záleží na naší pozornosti a soustředění. Musíme tedy naši pozornost aktivně rozvíjet a soustředit se na výběr přijímaných informací. Naše zájmy a aktivity jsou zdrojem potěšení a zároveň vytvářejí nové nervové dráhy a posilují mozkovou činnost. Náš mozek je přímo uzpůsobený k učení se novému a ve vyšším věku se mění pouze způsob zpracování. Trénování paměti zpomaluje ubývání neuronů a vytváří nová nervová spojení. Tréninkem můžeme podporovat činnost mozku až do vysokého věku. Když se nám nedostává nových informací a ty uložené nejsou využívány, tak naše schopnosti zanikají (Klevetová et al., 2008).

V léčbě demencí či při léčbě poúrazových stavů se uplatňuje farmakoterapie a behaviorální terapie. Prostředky behaviorální terapie velmi dobře doplňují farmakoterapii, avšak nemohou oslabování kognitivních funkcí přímo vyléčit. Prostředky behaviorální terapie jsou kognitivní trénink, aktivace, motivace, tvůrčí zaměstnání a péče o fyzickou aktivitu, jejichž cílem je udržení jedince co nejdéle soběstačného a co nejdéle v domácím prostředí, ale hlavně udržení nebo dokonce zlepšení jeho kvality života. V oblasti tréninku a rehabilitace kognitivních schopností se setkáváme s různými pojmy. *Kognitivní trénink* vyjadřuje procvičování kognitivních schopností u zdravých osob, které se pouze aktivizují a činí tak prevencí poruchám ve smyslu involučních změn. Nejedná se tedy o napravování deficitů, ale o posilování stávajících schopností. Nápravu poškozených kognitivních funkcí potom označujeme jako *kognitivní rehabilitaci*. Poslední termínem je *neurorehabilitace*, která zahrnuje komplexní péči o osoby s těžkým poškozením mozku. V akutních fázích péče, ihned poté, co jsou zajištěny a alespoň hrubě stabilizovány základní životní funkce, se využívají nerůznější aktivizační techniky. Pokud budeme pracovat s výše uvedenými pojmy v širším rámci, zjistíme, že se mohou různě prolínat, doplňovat a, že kognitivní trénink a rehabilitaci lze shrnout do jednoho pojmu.

Tento rozsáhle vymezený pojem kognitivní trénink-rehabilitace by pak obsahoval jak procvičování, tak i nápravu deficitů kognitivních schopností (Klucká et al., 2009).

Pravidelné činnosti vytvářejí v organismu mechanismy, které pomáhají tělu i mysli, aby byly připraveny na výkon. Když si před fyzickým cvičením oblékáme sportovní oděv, orgány se prokrvují, energetické zásoby se vlévají do krve a tělo je připraveno zvládnout zátěž. Pravidelnost a řád v prostoru i čase přináší správné návyky a tělo, mozek nevyjímaje, tak touží po dalších dávkách. Nuda a ztráta motivace vedou k oslabení paměti a pozornosti. Pokud mozek nepracuje s informacemi delší dobu, dojde k postupnému odstranění těchto důležitých návyků a postupně znalostí. Zapomínání je totiž ochrana mozku před zahlcením mozku informacemi. Informace jsou však pro mozek zároveň výživou. Chceme-li informace využívat, musíme je opakovat. Nutíme-li mozek pracovat, zpomalíme tak patologické biochemické procesy uvnitř a posílíme spojení mezi neurony. Tvoří se informační bílkoviny, které stimulují mozkový metabolismus. S lehkou nadsázkou lze říci, že výživa mozku ve formě informací, správných potravin, pohybu těla a kvalitních vztahů je hlavním přínosem pro jeho činnost (Klevetová et al., 2008).

### **3.7 Koncept smyslové aktivizace**

Smyslová aktivizace je pojem, který lze chápat jako „uvedení do pohybu“ a to za účasti všech smyslů. Pozitivním výsledkem smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, tedy skutečně komplexní činnosti. Cílem je zde dlouhodobě zachovat nebo obnovit vlastní a sociální a věcné kompetence. Jedná se tedy o posilování sebeurčení, sebedůvěry, dále zachování vazby s rodinou a důležitá integrace do nového sociálního prostředí. Mezi věcné kompetence pak řadíme zcela praktické věci všedního dne a základní samostatnost. Smyslová aktivizace je konceptem ošetrovatelské a zdravotní péče, zaměřuje se na vědomou a záměrnou podporu zdrojů a individuality člověka. Je doporučena geriatrickým zařízením s cílenou vizí. Umožňuje respektovaný přístup pečovatele k pečovanému a dopomáhá smysluplně doprovázet v posledních fázích života. Koncept smyslové aktivizace může být i zvukem zařízení ve vztahu k široké veřejnosti. Všechny tyto body jsou na sobě závislé a tvoří vzájemně propojenou síť vztahů a souvislostí. Koncept tak mění dosavadní přístupy v izolovanosti jednotlivých částí a stává se celistvým a velmi hodnotným pro všechny osoby v systému geriatrického zařízení. Mluvíme tedy o samotném managementu zařízení, odborně způsobilých pracovnících v sociálních službách a samozřejmě zdravotnických pracovnících spolu s pomocným personálem. Oni všichni respektují člověka jako celek

a uvědomují si, že dojde-li k narušení jedné oblasti, přechází to k narušení oblasti druhé (Vojtová, 2015).

## 4 VÝZNAM HODNOCENÍ V GERIATRII

Hodnocení považujeme za komplexní diagnostický proces geriatric. Je přínosem pro základ individuálního léčebného plánu a zároveň plní mnoho dalších úkolů. Upozorňuje nás na schopnosti, ohrožení a možnosti pacienta, které nemusejí být při vyšetřování zcela zřejmé. Shromažďuje základní informace pro individuální plán léčby. Je důležité pro kontrolu kvality léčby na základě dokumentování jejího průběhu. A v neposlední řadě má význam pro vykazování poskytované péče (Schuler et al., 2010).

V současnosti nabývá na důležitosti posouzení stavu pacienta sestrami. Vychází to i z kompetencí, které jsou definované ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 2/2016 Sb. (kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.) Nepostradatelnými pomůckami pro takovéto posouzení jsou hodnotící škály stavu klienta v dané konkrétní oblasti. Ty by měly být nedílnou součástí každé ošetrovatelské dokumentace. Úkolem hodnotících a měřících škál je přesně definovat předmět pozorování a způsob hodnocení, tzv. skórování vybraných projevů. Díky získaným informacím pak můžeme identifikovat, objektivizovat a dokumentovat problémy, které úzce souvisejí s ošetrovatelskou péčí.

V dnešní době máme k dispozici celou řadu hodnotících škál a měřících technik zaměřených na různé oblasti života. U zdravotnických pracovníků je však míra dovedností souvisejících s využitím hodnotících škál v praxi různá. Bezchybné a hlavně jednotné užívání těchto nástrojů je bezvýhradně nutné pro dosažení požadované kvality získaných informací o stavu pacienta (Taliánová et al., 2013).

### 4.1 Obecné benefity

Hodnotící nástroje v první řadě zjednodušují práci zdravotnických pracovníků, a to díky umožnění objektivizace posouzení jedince prováděné v klinické praxi, komunitní péči i v institucionalizované péči. Frekvence využívání hodnotících testů se zvyšuje, ale stále ještě nejsou zcela běžnou součástí péče na všech pracovištích. Soubor využívaných nástrojů je stále v kompetenci managementu jednotlivých zdravotnických zařízení, což výrazně ztěžuje následný přenos informací, např. při překladech pacienta. Stěžejní je zde i odborná erudice manažerů a konkrétní cíle daného zařízení (Taliánová et al., 2013; Pokorná, 2013).

Značnou výhodou je však možnost srovnávání dat a jejich přenos v rámci multidisciplinárního týmu. Jednotlivé nástroje jsou konstruovány tak, aby umožnily sběr

poměrně velkého množství dat v krátkém časovém intervalu. Zaměřují se na nejvýznamnější a rizikové oblasti. Tímto zajišťují přehledné zpracování informací o aktuálním stavu pacienta. V případě skórovacích nástrojů zároveň umožňují sledovat vývoj pacientova stavu v čase. Zároveň pak posuzují efektivitu použitých léčebných strategií. Další neopomenutelnou výhodou je prevence zvýšené zátěže pacienta opakovaným a duplicitním vyšetřováním. Důležitým faktem je také snadná přístupnost (user friendly). Většinou jsou snadno vykonatelné a obsahují instrukce k provedení. Zdůrazňuje se možnost pořízení formálního záznamu a získání velkého množství pevných dat, s možností používání standardizované terminologie. Možným problémem zde však může být nepřesný překlad nově používaných škál z originálu nebo využívání různých modifikovaných verzí.

Specifické testy nám napomáhají určit konkrétní deficity, a nejen deficitní oblast, což je velmi důležitý rozdíl (Taliánová et al., 2013; Pokorná, 2013).

## 5 MĚŘÍCÍ A HODNOTÍCÍ TECHNIKY

### 5.1 Hodnocení bolesti

Stárnutím se stáváme náchylnějšími ke zranění, trpíme více chronickými nemocemi a máme sníženou schopnost efektivního uzdravování. Proto je bolest, a to především chronická, ve stáří velmi častá. S nárůstem populace seniorů roste i počet těch, kteří potřebují specifickou léčbu bolesti. Současné výzkumy předpokládají, že 45-80% seniorů v domovech důchodců trpí nějakým typem chronické bolesti.

Aby zdravotničtí pracovníci byli schopni zvládnout narůstající problematiku managementu bolesti u seniorů, musí jasně rozumět jedinečným potřebám této části populace. Účinná léčba bolesti může být zavedena pouze tehdy, zbavíme-li se předsudků o bolesti a překonáme-li vytvořené bariéry ve vztahu k seniorům. Nesprávné názory se totiž mohou křížit s účinnou léčbou bolesti. Mezi typické předsudky patří mínění, že bolest je normální součástí procesu stárnutí. I když mají senioři větší riziko vzniku bolesti spojené s úrazem, nemocemi či kombinací problémů, bolest se automaticky nemusí stát jejich nevyhnutelnou součástí procesu stárnutí. Další nepravdivé tvrzení říká, že citlivost k bolesti a samotné vnímání bolesti se s věkem snižuje. Žádné výzkumy citlivosti a tolerance k bolesti ve všech věkových skupinách neprokázaly významné změny ve vnímání a citlivosti k bolesti v závislosti na věku. Častou chybou bývá i předpoklad, že senioři nám řeknou, kdyby je začalo něco bolet. Starší pacienti ale o svých bolestech většinou nemluví. Důvody jsou různorodé. Někteří pociťují obavy ze závislosti na analgetických nebo, že léky později nebudou účinkovat. Někdy jde o obavy ze ztráty kontroly a nezávislosti či o znepokojení z dalších problémů způsobených diagnostickými testy či o neznalost dostupných možností managementu bolesti. Důvodem mlčení může být i názor, že mít bolest je známkou slabosti a že bolest je zaslouženým trestem nebo, že „dobrý pacient“ bolesti vydrží a neobtěžuje zdravotníky (Di Cara et al., 2006).

Otevřený a profesionálně vedený rozhovor o pacientově zdravotním stavu, bolestech a léčebném plánu nám pomůže překonat většinu bariér. Je nezbytné, vyhradit si čas na detailní vysvětlení navrhované léčby a popsání, jak každý její aspekt přispěje ke zmírnění bolesti. Hovoří se zcela otevřeně o otázkách vzniku závislosti. Pacient by měl být uklidněn informací, jak citlivě jsou léky, zvláště pak opioidy předepisovány a, že výskyt závislosti je menší než 1%. Informace jsou pro odstranění námitek pochopitelně velmi zásadní. Pokud se zdá, že má pacient silně zakořeněné náboženské či kulturní názory, které jsou v rozporu s léčebným plánem, je důležité vytvoření časové rezervy na jejich probrání a nalezení

uspokojivého kompromisu. Obvykle je s výhodou, když se těchto diskusí mohou zúčastnit i členové rodiny. Ceny léčby může být pro seniora dalším velmi děsivým aspektem. Pokud je to možné, je snaha pacientovi zařídit finanční pomoc (Di Cara et al., 2006).

Hodnocení geriatrických pacientů se výrazně liší od téhož u dětí či mladších dospělých. Agentura pro výzkum a kvalitu ve zdravotnictví akceptuje, že starší pacienti mají specifické požadavky na hodnocení bolesti i její léčbu. Většina seniorů má mnohočetné zdravotní potíže, což dělá z hodnocení a samotné léčby bolesti komplexní proces. I samotné odhalení zdroje bolesti může být u seniora s mnoha nemocemi způsobujícími bolesti dosti obtížné. V geriatrici se při hodnocení bolesti musí vzít v úvahu také s věkem spojené kognitivní změny a zároveň motivační, behaviorální a afektivní schopnosti. Pacientova fyzická kondice je při volbě intervencí sice klíčová, ohled však bereme i na psychický stav nebo kulturní a duchovní názory. Psychologické faktory, jako je strach, úzkost a utrpení, přispívají k pocíťování bolesti a mohou také pomoci předpovědět reakci na léčebný režim. Zohledňovat tyto faktory je stejně důležité, jako podávat analgetika. Psychologické vyšetření pomůže určit činitele, kteří přispívají k prožitku bolesti, nebo bolest zhoršují. Při psychologickém vyšetření je důležité se zaměřit na souvislosti mezi depresí a bolestí. Geriatrici pacienti s depresí v anamnéze typicky hlásí větší výskyt bolesti a bolesti větší intenzity než pacienti bez deprese. Navíc silné bolesti mohou i uspišit epizody deprese. Deprese je u starších obvykle doprovázena úzkostí, zhoršenou schopností koncentrace a poruchami paměti. Zdravotníci by měli pochopit jedinečný vztah mezi bolestí a depresí a hlavně fakt, že se navzájem zhoršují. Většina pacientů je schopna poskytnout informace o své bolesti. Hovoříme-li však o pacientech s kognitivní poruchou, nemusí být získání informací klasickým způsobem možné. Poruchy kognitivních funkcí se mohou objevovat v rozsahu od jednoduché zmatenosti, přes přechodné delirium, až k výrazné demenci. Pacienti s mírnou až střední kognitivní poruchou většinou dovedou popsat intenzitu bolesti a použít speciální hodnotící škály. Pacienti se závažnou demencí ale vyžadují jiný přístup. Vedle pozornějšího sledování verbálních známek bolesti (sténání, křik, pláč) se zaměřujeme na nepřirozené chování, které může identifikovat bolest (bolestivé výrazy tváře, neklid, mračení, agitovanost nebo ochraňování části těla). Pokud je k dispozici člen rodiny, je přínosné zjistit normální chování pacienta a jeho funkční schopnosti. Tyto základní údaje pomohou členům zdravotnického týmu zaznamenat případné změny chování pacienta ve zdravotnickém zařízení. Jakákoliv lehká změna rutinního chování může být klíčem k vyšetření a léčbě bolesti. U pacienta jevícího známky snížení normální aktivity, ztráty



chuti k jídlu, agitovanosti a poruch spánku či snížení sociálních vazeb bychom měli zvýšit pozornost a včas identifikovat případný problém. Znalosti zdravotníků jsou v problematice bolesti zcela zásadní a orientace v nejčastějších příčinách bolesti u seniorů je velkým přínosem pro včasnou diagnostiku. Mezi nejčastější příčiny bolesti u seniorů řadíme: zlomeniny po prodělaném pádu či jako následek osteoporózy, porušenou kůži, porušenou cirkulaci způsobenou chronickou nemocí, osteoartritidu, diabetickou neuropatii, iktus, bolesti hlavy. Pečlivé zhodnocení a následná léčba bolesti může předejít mnoha komplikacím. Nesprávně léčená nebo vůbec neléčená bolest může mít totiž významný dopad na kvalitu pacientova života. Nezmírněná bolest může zapříčinit již zmíněné deprese a úzkosti, může omezit sociální interakce, způsobit problémy se spánkem a výživou, vyvolat poruchy mobility a rehabilitace a především prohloubit zvětšující se závislost na zdravotnickém týmu (Di Cara et al., 2006).

### ***Vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale – VAS)***

Tuto škálu řadíme mezi jeden z nejčastěji využívaných způsobů měření intenzity bolesti. VAS se díky své jednoduchosti, srozumitelnosti, rychlosti sdělení, možnosti opakování a snadnému porozumění řadí mezi nejspolehlivější hodnotící nástroje. Nevýhodou je pouze jednorozměrné zaměření. Vizuální analogová škála existuje v podobě 10 cm dlouhé úsečky v horizontálním směru (0= žádná bolest, 10= nesnesitelná bolest) nebo v podobě „pravítka bolesti“ (světlá barva= žádná bolest, zvyšující se intenzita barevného odstínu= silnější bolest). Číselné hodnoty se nacházejí na druhé straně papíru a nejsou nemocnému k dispozici. Měřicí nástroj zabere pouhých 5 minut a nezatěžuje administrativu. Problematickým se stává fakt, že je často zaměňována s numerickou škálou.

Numerická hodnotící škála (Numeric Rating Scale – NRS) slouží k subjektivnímu hodnocení intenzity bolesti. Vyskytuje se v podobě číselné hodnotící škály, která vyjadřuje intenzitu bolesti přímo číslem s bodovým rozhraním 0 až 10 nebo 0 až 100 (0= žádná bolest, 10/100= nejhůře představitelná bolest). U NRS nacházíme rozdíl, jelikož intenzita bolesti je přímo hodnocena číslem, oproti Vizuální analogové škále, kde je bodové hodnocení záměrně utajené (Pokorná, 2013).

### ***Mapy bolesti***

Jedná se o obrazové formy zaměřené na sledování míst, kde to pacienta bolí (topologie bolesti). Dle Margolese (1983) jde o dvojdimenzionální zobrazení lidské postavy, díky níž je možné co nejpřesněji hodnotit subjektivní údaje o problému typu bolesti. Označují se

místa bolesti (v podobě plošných útvarů) dle intenzity (0-5) a dále barevně znázorňují pocity spojené se vzniklou bolestí do obrysu postavy (modrá- bolest obecně, červená- pálivá, žlutá- tupá, zelená- svíravá). Mapa slouží jako pomocný diagnostický nástroj, nenahrazuje však důkladné klinické vyšetření (Pokorná, 2013).

### ***McGillský dotazník bolesti (McGill Pain Questionary – MPQ)***

MPQ je speciální, podrobný, standardizovaný a obecně považovaný za nejučelnější dotazník, který se zabývá bolestí. Hodnotí množství dimenzí neuropatické bolesti v 78 popisujících slovech, jejich vyhodnocení zabere asi 20 minut. Existuje i zkrácená verze, obsahující 15 popisných termínů, která vyžaduje zhruba 5 minut. Deskriptory bolesti jsou pak rozděleny do 15 tříd. Získaná zjištění jsou skórovatelná a vypočítává se sumární index bolesti, který vzniká součtem hodnot přiřazených k jednotlivým deskriptorům bolesti. V klinické praxi lze tuto škálu využívat k základnímu zhodnocení, ale i k pravidelnému a opakovanému vyšetření (Pokorná, 2013).

## **5.2 Hodnocení soběstačnosti**

Soběstačnost řadíme k vysoce ceněným hodnotám. Je to zcela přirozená potřeba člověka. Proto je zásadním úkolem a rolí sestry pomoci nemocnému udržet si nebo znovu získat nezávislost v běžných denních činnostech. Soběstačnost je tedy základním článkem k provádění činností nutných k udržení maximální možné kvality života pacienta. Využívá všech plně i částečně zachovaných funkcí, které umožňují samostatné úkony v denních činnostech.

Hlavním cílem aktivit je podpora základních denních stereotypů, resocializace a především prevence sociální závislosti a následného dosažení pocitu pohody. Chceme-li správně definovat problémy při uspokojování lidských potřeb a plánovat potřebné intervence, mělo by být důsledné hodnocení úrovně soběstačnosti základní součástí vyšetření každého pacienta. Znalost různých škál, strukturovaných dotazníků či pozorovacích formulářů může být nápomocné k zorientování se v problematice běžných denních aktivit (ADL – Activities of Daily Living) a instrumentálních aktivit denního života (IADL – Instrumental Activities of Daily Living) (VOŠ zdravotnická a střední zdravotnická škola, cit. 2016; Válková et al., 2010).

V následujících řádcích budou specifikovány nejvíce využívané standardizované škály pro hodnocení soběstačnosti jedince, které jsou doporučeny Českou geriatrickou a gerontologickou společností (Pokorná, 2013).

### ***Barthelové test základních všedních činností, Test ADL – Activity of Daily Living***

Jedná se o mezinárodně nejužívanější test pro hodnocení soběstačnosti pacientů. Autorkami testu, který vznikl v roce 1965 v Marylandu, jsou Dorothea W. Barthelová a Florence I. Mahoney z USA. Původně byl určen pro hodnocení soběstačnosti pacientů s neuromuskulárním a myoskeletálním onemocněním. V současnosti slouží především k hodnocení funkční zdatnosti pacienta ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti, neboť byla prokázána jeho silná spolehlivost, citlivost, validita. Konkrétně se jedná o strukturovaný dotazník pro hodnocení stupně závislosti testovaných osob. Českou verzi přepracovali a standardizovali Topinková a Neuwirth, kteří považují test za velmi komplexní. Test ADL je obvykle užíván v sociálních zařízeních, cílené rehabilitační diagnostice či při rozhodování o návrhu kompenzačních pomůcek. Jedinec je hodnocen v 10 základních oblastech běžného života: najedení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, chůze po rovině, chůze po schodech. Každá oblast se hodnotí buď 0, 5, 10 nebo 15 body. V součtu všech oblastí je 0 bodů přiřazeno k úplné závislosti a 100 bodů naopak k soběstačnosti v osobních denních aktivitách. Samotné hodnocení je vždy plně závislé na osobě, která ho provádí. Je proto nezbytné stanovit přesná pravidla pro klasifikaci, aby nedošlo k subjektivizaci jedincova stavu. Průměrná délka administrace testu se pohybuje v rozmezí 15-20 minut, v případě, že se jedná o řízený rozhovor při prvním setkání s pacientem. Provádí-li hodnotitel evaluaci oblastí u pacienta, o kterého denně pečuje, zkracuje se pak délka provedení testu díky předešlému pozorování a kontaktu na dobu 2-5 minut. Z důvodu maximální objektivity je třeba upozornit na velmi tenkou hranici mezi lehkou a střední závislostí (Pokorná, 2013).

V roce 1989 vznikl modifikovaný test Barthelové (Modified Barthel Index), který také slouží ke zhodnocení soběstačnosti ve všedních denních aktivitách. Je složen z 10 totožných položek, které jsou však jednotlivě ohodnoceny na pětibodové škále, čímž dochází ke zvýšení citlivosti původního testu. Maximum možných dosažených bodů je také 100, což opět odpovídá nejvyšší soběstačnosti.

Třetí verzí je 20bodový index Barthelové (20-point Barthel Index), který zahrnuje 10 stejných oblastí, které jsou však hodnoceny od 0 do 3 bodů. Maximální počet dosažených bodů je tedy 20, což opět ovlivňuje senzitivitu testu (Pokorná, 2013).

### ***Funkční míra nezávislosti (FMI – Functional Independent Measures)***

FMI je mezinárodně akceptovaná škála, která je hojně využívána v zemích EU, a to především v Německu a Skandinávii, kde bývá běžnou přílohou propouštěcí zprávy lékaře.

Praktický lékař je tedy podrobně informován i o funkčním stavu jedince a o úrovni schopnosti sebezpěče. Škála byla vytvořena roku 1984 řadou amerických institucí a díky řadě inovací bylo přispěno k její vyšší validitě. Vychází z indexu Barthelové a jejím hlavním cílem je zhodnocení stupně disability v základních všedních činnostech, které jsou doplněny o hodnocení kognitivních funkcí a sociálního vztahu jedince k prostředí. Může být indikátorem účinnosti zvoleného druhu léčebné péče. FIM škála je rozčleněna do 6 oblastí: sebeobsluha, kontrola svěračů, mobilita či přesun lůžko/židle/vozik/WC/vana/sprcha, lokomoce, komunikace, sociální adaptabilita. V těchto oblastech je posuzováno 18 činností. Doba trvání administrace testu se pohybuje přibližně kolem 40 minut. V FIM testu je specifikace a postup vyplnění jasně dáno, což výrazně zvyšuje senzitivitu, variabilitu a specifitu hodnotícího nástroje. Škála se vyskytuje ve více podobách, např. v podobě tabulky či grafické škály. V testu lze dosáhnout 126 bodů, což definuje úplnou soběstačnost (Pokorná, 2013).

Hodnocení soběstačnosti seniora v PADL (personální běžné denní činnosti – Personal Activities of Daily Living) činnostech musí být doplněno o zhodnocení soběstačnosti v IADL (instrumentální aktivity denního života – Instrumental Activities of Daily Living) činnostech, které jsou komplexnější a vyžadují vyšší kompetence jedince. K hodnocení soběstačnosti v IADL činnostech můžeme využít následující škály.

Lawtonova škála instrumentálních denních činností (The Lawton Instrumental Activity of Daily Living Scale, IADL). Tato škála byla vytvořena v roce 1969 Lawtonem a Brodyovou pro hodnocení soběstačnosti jedince v náročnějších činnostech, na jejichž postavení je založena nezávislá existence. Je vhodná pro hodnocení seniorů v domácím i nemocničním prostředí, ale méně vhodná pro hodnocení u jedinců žijících v instituci. Hodnotíme výchozí stav jedince a poté pokračujeme v pravidelných intervalech, což nám umožňuje sledovat vývoj stavu jedince v čase. Nevýhodou může být malá citlivost k drobnějším postupným změnám v jednotlivých funkčních schopnostech. Spíše nás upozorní na vznik disability v IADL. Trvání testu je udáváno na 10-15 minut. Jedince hodnotí kompetentní osoba v 8 doménách (nakupování, telefonování, příprava jídla, domácí práce, praní prádla, užití dopravy, samostatné užívání léků, manipulace s penězi). Dříve byly u mužů záměrně vynechány činnosti, které byly do jisté doby považovány za výsadu žen. Dnes je hodnocení shodné pro obě pohlaví. Činnosti jsou hodnoceny známkou 0 nebo 1 (0= klient neprovede; 1= klient je schopen provést). Minimálně lze dosáhnout 0 bodů, což odpovídá plné závislosti na pomoci druhých osob. Maximum je 8 bodů, což naopak odpovídá plné soběstačnosti v IADL (Pokorná, 2013).

### ***IADL škála denních činností (Instrumental Activity of Daily Living, IADL)***

Škálu sestavili v roce 1985 Filefaum, Lawton, Brodyová. Je inovací předchozího testu, a to především v hodnotící škále a závěru evaluace. Oproti předchozímu také umožňuje posoudit a zhodnotit míru zvládnání náročnějších činností širší soběstačností. Stupnice koreluje s kognitivními schopnostmi a depresí jedince. Obměnu testu pozorujeme mimo škály bodů od 0-80 také v hodnocených oblastech. Nově se posuzují např. domácí práce, práce kolem domu, vaření, užívání léků, finance. V každé oblasti lze dosáhnout maxima 10 bodů, což odpovídá plné soběstačnosti, 5 bodů v případě potřeby dopomoci nebo 0 bodů, kdy jedinec činnost vůbec nezvládne. Po sečtení bodů je klientovi přiřazen stupeň závislosti: 0-40 bodů značí závislost; 41-75 bodů částečnou závislost; 76-80 bodů nezávislost (Pokorná, 2013).

### **5.3 Hodnocení nutričního stavu**

Nedostatečná výživa není přirozeným průvodním jevem stárnutí, ale vzhledem k multifaktoriálním okolnostem jsou geriatrickí pacienti podvýživou častěji ohroženi. Ztráta hmotnosti u seniorů je často spojena se ztrátou svalové hmoty a může ovlivnit jejich celkový funkční stav. Dochází k relativnímu vzrůstu podílu tuku v organismu na úkor svalové hmoty. Tento proces začíná po 50. roce věku a zhruba v 80. letech už chybí polovina původního počtu svalových vláken. Rozvíjí se často stav malnutrice. Pojem malnutrice zahrnuje špatný stav výživy, kdy se může jednat o obezitu, podvýživu nebo karenci. V praxi je však malnutrice nejčastěji spojována s podvýživou. Podvýživa se u seniorů pojí s komplikacemi, s dopadem na úspěšnost terapeutického procesu, prolongací v oblasti hojení ran a také s úmrtností. U starších je doporučená normální hodnota BMI (Body Mass Index – index tělesné hmotnosti) o něco vyšší (20-24). Studie navíc dokazují, že mírná nadváha nemá na zdravotní stav seniorů nějaký značný negativní dopad. Důležité je však zvyšování nadváhy zabránit. Vývoj podvýživy je záludný, protože k němu dochází zcela nepozorovaně. U starších pacientů se zhoršuje nejen stav samotného onemocnění, ale i kvalita života, a to především po propuštění do domácí péče. Sestra hraje zásadní roli v prevenci a zajišťuje včasné intervence při výskytu nutričních problémů sledováním rizikových oblastí, které mohou ovlivnit příjem potravy. Základním předpokladem pro efektivní hodnocení je znalost pojmů, které popisují stav výživy. *Hyponutrice* značí celkově sníženou výživu. *Malnutrice* zahrnuje špatné kvantitativní složení výživy, které lze jednoduše označit za poruchu výživy ve smyslu + nebo -. Pojem *karence* znamená nedostatek určité živiny/látky v potravě poškozující zdraví. *Marasmus* je

podvýživa s vyváženým nedostatkem základních živin (prosté hladovění a mentální anorexie). Podvýživa se závažným nedostatkem bílkovin v potravě je nazývána *kwashiorkor*. Kwashiorkor může nastat u hospitalizovaných starých osob se závažným onemocněním provázeným stresem a zvýšeným katabolismem bílkovin. Výživa sama o sobě neléčí, avšak léčbu umožňuje a zlepšuje kvalitu života. Je to další střípek v mozaice péče (Pokorná, 2013; Grofová, 2007).

### ***Mini Nutritional Assessment (MNA) – škála pro hodnocení stavu výživy***

Původní MNA 18položkový dotazník publikoval roku 1994 Guigoz a byl určen pro ambulantní screening rizika malnutrice. Formulář zahrnuje 4 hlavní oblasti. *Antropometrická měření* zahrnují čtyři otázky týkající se hmotnosti, výšky, obvodu paže a lýtka. Dotaz na *stravovací návyky* se skládá ze šesti otázek týkajících se např. počtu jídel během dne, druhu jídla, množství tekutin a položky zaměřující se na rozsah pomoci při stravování. *Globální posouzení* obnáší zodpovězení šesti otázek ohledně pacientovy soběstačnosti, užívaných léků, mobility, psychického stavu, kožních změn nebo přítomnosti vážného onemocnění. *Subjektivní posouzení* je pak zaměřené na vnímání vlastního zdraví a výživy (Pokorná, 2013).

Topinková (2003) předkládá názor, že se jedná o jednoznačně vhodný nástroj i k využití pro detekci stavu výživy u rizikových hospitalizovaných pacientů v ošetrovatelských ústavech a domovech pro seniory anebo u nesoběstačných seniorů v domácí péči. Její názor potvrzuje také informace na webu společnosti Nestlé, kde je uvedeno, že kompletní dotazník MNA je nejuznávanějším a zároveň jediným screeningovým nástrojem navrženým pro použití speciálně u seniorů. Tento fakt se odráží ve stanovení prahové hodnoty BMI pro podváhu u seniorů- 20 kg/m<sup>2</sup>, což je vyšší hodnota než pro mladší osoby- 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

V roce 2009 byla vyvinuta zkrácená verze za účelem využití u seniorské populace. MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – short form – zkrácená verze) se skládá z 6 otázek zaměřených na tyto oblasti: příjem potravy, hubnutí, mobilita, psychický stres či akutní onemocnění, přítomnost demence nebo deprese a Body Mass Index. Každá položka je ohodnocena zvlášť a celkové skóre se pohybuje od 0-14 bodů. Normální nutriční skóre zdravé osoby je při hodnotách nad 12 bodů. Skóre v rozmezí 11 bodů a méně značí nutnost provést další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy. MNA-SF vyžaduje přibližně 5 minut a otázky lze snadno zakomponovat do komplexního geriatrického hodnocení. V současnosti se doporučuje provést zkrácenou verzi MNA a při případné patologii doplnit

o kompletní MNA s laboratorním vyšetřením. Významnou pomůckou může být i 72hodinový záznam přijaté potravy a především záznam přijatých proteinů. Limitujícím faktorem u ležících osob může být potřeba přesného posouzení výšky a hmotnosti. Za zcela nevhodný postup se považuje odhad hodnot ke zhodnocení BMI. V situaci, kdy výšku a hmotnost nelze hodnotit můžeme využít měření obvodu lýtky (vrchol musculus gastrocnemius). Problém nastává i u pacientů, kteří jsou vyživováni sondou a/nebo parenterální výživou. V těchto případech je nutné sledování lékařem-nutricionistou, který využívá rozšířené postupy (Pokorná, 2013).

### ***Nottinghamský dotazník***

Nottinghamský dotazník je vhodným hodnotícím nástrojem pro hospitalizované seniory. V dotazníku se hodnotí položky BMI, nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících, snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací a stresový faktor, který vyjadřuje závažnost základního onemocnění. Každá položka je hodnocena body 0-2, kdy 0 nepředstavuje rizikový faktor vzniku malnutrice (Pokorná, 2013).

### ***Nutritional Risk screening (NRS) – nutriční rizikový screening***

Dotazník NRS se doporučuje založit každému pacientovi, který zahajuje onkologickou léčbu jako součást nutriční dokumentace. Může být konstruován jako předdefinovaná tabulka MS Excel, kdy se automaticky po zadání potřebných parametrů vypočítá BMI a další hodnoty. Kompletně vyplněný dokument se vytiskne a založí do pacientovy karty. Dotazník je vymyšlený tak, že ho po zacvičení může vést všeobecná sestra. Při prvním setkání však zhodnocení nutričního stavu provádí lékař-nutricionista spolu nutričním terapeutem. Stanovují nutriční plán, který lze definovat jako: doporučená výživová strava zároveň s motivací k udržení tělesné hmotnosti a k pravidelné kontrole hmotnosti (Pokorná, 2013).

Dotazník se skládá ze dvou částí: primární screening a stanovení rizika vyplývajícího ze základního onemocnění a léčby. Finální hodnocení se provádí tak, že k výsledku primárního screeningu přičítáme hodnocení vlivu základní choroby a plánované léčby na nutriční stav (obojí v bodové škále 0-3 body). Celkové skóre NRS je na škále 0-6 bodů. U hodnot 3 body a více je nutno brát v úvahu zvýšené riziko podvýživy. V komplikovanějších případech bývá indikováno konziliární nutriční vyšetření. Zde sehrává velmi důležitou úlohu všeobecná sestra, která přispívá sledováním příjmu potravy, hodnocením celkového stavu, informováním lékaře o možných rizicích a aktuálních potřebách pacienta (Pokorná, 2013).

## **5.4 Měření rizik a komplikací**

Management a hodnocení rizik představují v ošetrovatelské péči jeden ze základních předpokladů moderního managementu ve zdravotnictví. Poskytování kvalitní a bezpečné péče nebo vytváření takového systému péče, který by byl odolný vůči chybám, by mělo být morální povinností každého zdravotníka. Sestry manažerky hrají důležitou roli a nesou na odděleních velkou zodpovědnost. Jen sestra, která si je vědoma své zodpovědnosti, a která pracuje v přátelském klimatu top managementu, může poskytovat kvalitní péči. Každá sestra by měla mít přehled o pacientovi a rizicích, která ho mohou během hospitalizace ohrožovat, poškodit nebo zhoršit jeho zdravotní stav. Z anamnestických údajů lze následně vyhodnotit hrozící riziko a poskytnout vhodnou péči v takovém rozsahu, aby k riziku vůbec nedošlo. Problematika rizika pádu, vzniku komplikací, dekubitů, malnutrice a dalších, patří téměř ke každodenní práci sestry. Objektivním hodnocením rizik se zabývá mnoho odborníků z řad ošetrovatelství. Jsou sestavené hodnotící testy a škály, které riziko odhalují a také osvětlují, jakých intervencí bude zapotřebí k samotnému řešení (Kubátová, 2010).

## **5.5 Hodnocení kognitivních funkcí**

Fundamentálním prvkem účinného hodnocení seniora je posouzení úrovně kognice. Věk není choroba, ale rizikový faktor vzniku mnoha poruch, včetně těch, které souvisejí s úbytkem kognitivních funkcí. S věkem se omezuje plasticita myšlení a zpomaluje se výbavnost ze zásobní paměti. Snižuje se psychomotorické tempo, a tím rychlost zpracování informací. Tyto změny jsou velmi individuální a nijak nesouvisí přímo s vlastním kalendářním věkem. Změny kognitivních funkcí bohužel výrazně determinují ostatní důležité oblasti života seniora (schopnost sebepečce, sebeobslužné činnosti a běžné denní aktivity, které následně ovlivňují celkový stav a kvalitu života). Změna kognice u seniora však také ovlivňuje kvalitu života pečujících, ať už laiků nebo profesionálů, neboť determinuje požadavky na rozsah péče. Současným úkolem v péči o seniorskou populaci se stává především včasný záchyt nemoci. Dokonale zhodnocený aktuální kognitivní stav umožňuje plánování přiměřeného rozsahu poskytované péče druhou osobou. To by mělo být zároveň prevencí nadhodnocení či naopak podcenění potřeby dopomoci. Posouzení je důležité při diferenciaci péče o pacienta a odhadnutí, jakou zátěž ponese pečovatel. Pro sestru, rodinu nebo pečovatele je pak důležité, aby věděli, jaké schopnosti jsou u pacientů zachovány, kde bude třeba péči poskytnout a jak je senior schopen komunikovat a chápat (Pokorná, 2013).



V současnosti je hodnocení kognitivních funkcí běžnou součástí hospitalizace. V komunitní péči je toto hodnocení v kompetenci praktických lékařů. Bohužel mu ještě stále není věnována dostatečná pozornost i díky nedostatku zkušeností zdravotníků. Některé odhady upozorňují, že 75% pacientů se středně těžkou a až 95% pacientů s mírnou kognitivní poruchou uniká pozornosti a diagnóze v primární lékařské péči. Následně uváděné tzv. bed-side testy, prováděné u lůžka nemocného, jsou zdrojem sice cenných, ale stále pouze orientačních informací. Opakovaně se zdůrazňuje, že testy by měly plnit funkci screeningových metod s dostatečnou senzitivitou. Pro důkladné potvrzení nebo vyvrácení diagnózy poruchy kognitivních funkcí je nutné využít dalších opatření v rámci komplexního geriatrického vyšetření. Testy mají své hranice a nenahradí komplexní neuropsychologické vyšetření zaměřené na vypátrání demence nebo na dynamiku kognitivních poruch (Pokorná, 2013).

### ***MMSE (Minimal State Examination)***

Mezi nepoužívanější test můžeme zařadit MMSE, který hodnotí orientaci, rozsah pozornosti, pozornost a počítání, paměť a řeč. Test MMSE publikovali v r. 1975 američtí psychiatři Marshal a Susan Folstein. Vznikl z jisté potřeby přesněji popsat kognitivní stav psychicky nemocných. Jelikož je test stručný, objektivní a jeho administrace vyžaduje přibližně 10 minut, test se ujal a rozšířil k měření kognitivních funkcí u demencí a příbuzných poruch. MMSE měří několik oblastí, a to orientaci v čase a prostoru, paměť, poznávání, pozornost, koncentraci, počítání, psaní, řeč a praxi (apraxii). Neměří však úsudek, logické myšlení, slovní zásobu apod. Pro svoji jednoduchost, časovou nenáročnost a rozšířenost zůstává stále „zlatým standardem“ při vyšetřování poruch kognitivních funkcí. MMSE se používá jako kritérium pro zařazení do klinických studií s dementními osobami i při léčbě demencí pro indikaci a úhradu zdravotními pojišťovnami. Při interpretaci výsledku je důležité vzít v úvahu vzdělání, pravděpodobný premorbidní intelekt i věk subjektu. Vyšetření by mělo být provedeno asi za 10 minut a za standardních podmínek, což znamená ve stejnou denní dobu při opakovaném vyšetření. Je to důležité pro zachování co největší objektivity bez odchylek mezi jednotlivými vyšetřujícími a vyšetřeními. Hodnocení MMSE je následující: 30 – 27 bodů – normální výkon (bez známek demence), 26 – 25 bodů – možnost demence, 24 – 10 bodů – mírná až středně těžká demence, 9 – 6 bodů – středně těžká demence, 6 bodů a méně – těžká demence (Konrád, cit. 2016; Alzheimer nadační fond, cit. 2016; Nespěšná, 2010; MoCA test, cit. 2016).

### ***Addenbrookský kognitivní test (Addenbrooke's Cognitive Examination)***

Tento test je základním posuzovacím nástrojem pro šest odlišných oblastí (orientace, pozornost, paměť, verbální fluence, jazyk, zrakově prostorové schopnosti). Test obsahuje mimo jiné hodnocení mentálního statutu (MMSE), které se svými 30 body podílí na celkovém maximálně 100 bodovém skóre. Celkové skóre dosahuje maximální hodnoty 100 bodů. Když je skóre nižší než 88 bodů, je senzitivita pro demenci 94% a specifita 89%. Čas nutný k administraci je přibližně 15-20 minut. Cut-off skóre 88 bodů bylo určeno z důvodu, že jde o hodnotu, která je o dvě standardní odchylky od kontrolní skupiny. Test pak tedy dokáže odhalit 98% pacientů s velmi mírnými příznaky demence a až 100% pacientů se středně těžkou a závažnější demencí. Při zvoleném cut-off skóre 83 bodů mohou být výsledky ještě přesvědčivější, senzitivita pak bude 82% a specifita 96% (Nespěšná, 2010).

### ***Montrealský kognitivní test (MoCA) – Nasreddinův test***

V nedávné době navrhl kanadský profesor Z. S. Nasreddinem Montrealský kognitivní test, Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Tento test je pro osoby s MCI (mírná kognitivní porucha), které mohou považovat úkoly MMSE za až úsměvně jednoduché, přijatelný. MoCA jim naopak přináší pocit jakési výzvy ke hře a následnému řešení. MoCA test se dá využít pro MCI i mírná stadia AD (Alzheimerova demence), oproti tomu MMSE je užitečnější u rozvinutějších forem AD s víceetážovými kognitivními poruchami. Senzitivita MoCA k detekci MCI je až 90%, tedy podstatně lepší než MMSE v těchto případech. Nesmíme zapomenout, že rozlišení mezi AD a MCI stále závisí na přítomnosti poruchy dalších funkcí u AD, a nikoliv pouze na výsledku MoCA-testu. MoCA-test se v některých oblastech zásadně odlišuje od MMSE a právě tyto odlišnosti vysvětlují jeho větší senzitivitu pro MCI. V tomto testu je použito více slov k zapamatování a je poskytnut delší časový prostor pro jejich opětné vybavení. Při srovnání MMSE a MoCA byl zjištěn výrazný rozdíl. Až 3/4 osob s MCI mělo patologické hodnoty skóre MoCA, ale všichni měli normální hodnoty při testování MMSE. Proto je MoCA významným prostředkem pro rozhodnutí, zda pacienta dále v nejbližší době vyšetřovat (Reban, 2006; Alzheimers society, cit. 2016).

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Hodnotící a měřicí techniky mohou být velmi užitečným nástrojem ke zkvalitňování poskytované péče. Avšak pouze při pozitivním přístupu, správném a hlavně jednotném způsobu užívání je možno dosáhnout požadovaného účelu těchto nástrojů. Hodnocení může samotnou péči o pacienta ovlivnit tím, že nás upozorní na deficitní oblasti. Ještě důležitější ovšem je, že nás při správném užití dokážou obeznámit o deficitech konkrétních.

Hlavním problémem diplomové práce je problematika skutečného využívání hodnotících a měřících technik v praxi. Mohou být přínosným nástrojem pro pacienta, multidisciplinární tým nebo jeho okolí?

Dílčí problémy poté vycházejí z problému hlavního. Za jakého předpokladu tedy mohou být hodnotící a měřicí techniky efektivní? Jaký je skutečný přístup k tomuto nástroji, který je dnes již nenahraditelnou součástí ošetrovatelské péče?

## 7 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

### *Cíl práce*

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat postoj respondentů k hodnotícím a měřícím technikám. Výzkum se nezaměřoval na teoretické znalosti týkající se problematiky hodnocení nebo samotných škál. Hlavním záměrem bylo zjišťování konkrétního přístupu a zacházení s takto důležitým prostředkem v péči o pacienta.

### *Dílčí cíle*

Cíl 1: Zhodnotit postoj vybraného vzorku respondentů k problematice hodnotících a měřících technik (dále jen HMT) na sledovaných pracovištích.

Cíl 2: Zjistit, jak konkrétně využívají respondenti HMT na sledovaných pracovištích.

Úkolem výzkumného šetření bylo vhodně formulovat hypotézy zaměřené na zjišťování využívání hodnotících a měřících technik. Následným úkolem pak bylo získat relevantní data formou dotazníkového šetření, která budou statisticky zpracována, zhodnocena a porovnána s výsledky dalších autorů.

## 8 METODIKA

Sběr empirických dat probíhal formou anonymního dotazníkového šetření. Za velkou výhodou považujeme získání značného množství údajů v relativně krátkém časovém rozmezí.

Kvantitativní výzkum se zakládá na návrhu testu pro podporu nebo zamítnutí nějakého tvrzení nebo hypotézy. Úkolem takového výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Cílem kvantitativního výzkumu je tedy testování hypotéz a teorií. Pracuje se v něm většinou s velkým souborem dat a při jejich analýze převládají obvykle statistické postupy. V ošetrovatelství lze zkoumat například intenzitu výskytu ošetrovatelských jevů nebo jejich vývoj (Bártlová et al., 2008).

Pro účely šetření byl vytvořen dotazník (viz. příloha č. 1), který byl distribuován ve zdravotnických zařízeních v Jihočeském, Ústeckém a Západočeském kraji. V dotazníku byly použity uzavřené a polouzavřené položky, u kterých byla většinou možnost upřesňujícího doplnění. Poslední dotazníková položka byla zcela otevřená s možností vlastního vyjádření, čehož nevyužil ani jeden z respondentů. Dotazník sestával z devatenácti položek. Úvodní položky dotazníku byly zaměřeny na rozdělení respondentů do požadovaných kategorií. Položka č. 5 byla kritériální pro zaměření diplomové práce na pacienty vyššího věku. Položky č. 6,12,13,14,15 zjišťovaly subjektivní postoj k HMT. Položky č. 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18 pak objasňovaly samotnou práci a konkrétní využitelnost HMT.

### *Metodika statistického zpracování dat*

V první fázi byla data vložena do programu Microsoft Excel 2007, kde byly vytvořeny tabulky a následně grafy k jednotlivým položkám dotazníku. Statistická významnost byla zhodnocena, použitím testu o střední hodnotě, kde:

$$T = \left[ \frac{(X - \mu_0)}{\sigma} \right] * \sqrt{n}$$

- X      *relativní četnost testovaných dat v příslušné kategorii*
- $\mu_0$     *průměr z relativních četností všech testovaných kategorií*
- $\sigma$     *směrodatná odchylka relativních četností*
- n      *součet srovnávaných kategorií*

Pro statistické testování bylo použito testovací kritérium vycházející ze studentova rozdělení. Jelikož byl počet dat vždy  $n < 30$ , každé z kategorií byla určena kritická

hodnota z tabulky Studentova rozdělení pro  $\nu = n - 1$  stupňů volnosti. Z důvodu různého početního zastoupení u jednotlivých kategorií se vycházelo z výsledků relativních četností za účelem validity dat. Statické testování proběhlo na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Pro statistické testování a ověření hypotéz byly formulovány nulové hypotézy ( $H_0$ ) a s nimi související alternativní hypotézy ( $H_A$ ). Poté byla zvolena hladina významnosti  $\alpha$ , dále stupeň volnosti  $\nu$  a testové kritérium funkce hodnot náhodného výběru při platnosti hypotézy  $H_0$ . Na základě testového kritéria a hladiny významnosti byly vypočteny hodnoty testového kritéria. Nakonec byla zpracována data náhodného výběru a zvolen algoritmus výpočetních prostředků.

Pokud hodnota testované kategorie spadla do kritického oboru hodnot, byla přijata alternativní hypotéza. Naopak, pokud hodnota testované kategorie nepadla do kritického oboru hodnot, byla přijata hypotéza nulová (Reif, 2004).

## 9 HYPOTÉZY

**Cíl 1: Zhodnotit postoj vybraného vzorku respondentů k problematice HMT na sledovaných pracovištích.**

1H<sub>0</sub>: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi stanovenými determinantami (vzdělání, typ pracoviště, délka praxe) a přístupem k HMT.

1H<sub>A</sub>: Předpokládáme, že existuje statisticky významná závislost mezi stanovenými determinantami (věk, vzdělání, typ pracoviště, délka praxe) a přístupem k HMT.

**Cíl 2: Zjistit, jak konkrétně využívají respondenti HMT na sledovaných pracovištích.**

2H<sub>0</sub>: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovaným počtem HMT.

2H<sub>A</sub>: Předpokládáme, že existuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovaným počtem HMT.

3H<sub>0</sub>: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovanými oblastmi HMT.

3H<sub>A</sub>: Předpokládáme, že existuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovanými oblastmi HMT.

4H<sub>0</sub>: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovanými způsoby následného využití.

4H<sub>A</sub>: Předpokládáme, že existuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovanými způsoby následného využití.

## **10 VZOREK RESPONDENTŮ**

Bylo osloveno pět zdravotnických zařízení s ohledem na ověřený kontakt zdravotních sester se seniory. Jednalo se tedy o zcela záměrný výběr respondentů. Byla provedena konzultace s hlavními sestrami nemocnic nebo řediteli ošetrovatelské péče, kteří následně osobně distribuovali dotazníky zdravotním sestram na senzitivně zvolená oddělení, splňující námi určené požadavky.

Pro ověření akceptovatelné formy dotazníkových položek bylo uskutečněno pilotní šetření. Distribuováno bylo 16 dotazníků opět se záměrným výběrem požadovaných osob. Na základě pilotního šetření došlo k zestručnění dotazníku, k odpovídající časové dotaci 10-15 minut.



# 11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této kapitole budou uvedeny výsledky průzkumného šetření. Do průzkumu se zařadilo pět zdravotnických zařízení. Vybrána byla zdravotnická zařízení z více krajů České Republiky: Nemocnice Český Krumlov, a.s., Domovinka ADP s.r.o., Městská nemocnice Duchcov, Městská nemocnice Plzeň – Privamed, a.s., Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Teplice, o. z. Celkově bylo distribuováno 120 dotazníků. Z celkového počtu se navrátilo 101 dotazníků. Návratnost tedy byla 84,17%, 1 dotazník byl však vyřazen z důvodu vyplnění kriteriálně nevhodnou osobou

Distribuci předcházelo písemné oslovení managementu zdravotnických zařízení a potvrzení souhlasu se získáváním empirických dat. Samotné šetření probíhalo v měsíci lednu roku 2016.

## *Interpretace získaných údajů*

Na následujících stránkách budou specifikovány jednotlivé dotazníkové položky. Pro přehlednost jsme v úvodu uvedli data, která charakterizují samotné respondenty. Následují položky, které obsahují popis pacientů a jejich hodnocení. Získané údaje jsou uvedeny v absolutních a relativních četnostech. Každou tabulku doplňuje stručný komentář.

## Typ pracoviště

**Tabulka 1 Typ pracoviště**

Typ pracoviště	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
DP	13	13
INT	41	41
LDN	46	46
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabulka 1 udává typ pracoviště. Nejvíce, tedy 46 (46%) respondentů pracuje v LDN, dalších 41 (41%) pracuje na interním oddělení. Nejméně početnou skupinu tvořilo 13 (13%) respondentů, kteří se vyskytují ve sféře domácí péče. Dotazníky byly distribuovány cíleně na tyto typy oddělení a otázka tedy neobsahovala žádné jiné nabízené možnosti odpovědí.

## Délka odporné praxe respondentů

Tabulka 2 Délka odborné praxe respondentů

Délka odborné praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 5 let	23	23
6-10 let	16	16
11-20 let	33	33
Více	28	28
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabulka 2 demonstuje, jak dlouho respondenti vykonávají odbornou praxi ve zdravotnictví. Dozvídáme se, že 33 (33%) dotazovaných pracuje ve zdravotnictví 11-20 let, 28 (28%) uvedlo délku praxe více než 21 let. Další skupinu tvoří 23 (23%) respondentů, kteří nejsou ve zdravotnictví déle než 5 let a dalších 16 (16%) jich pracuje v rozmezí 6-10 let.

## Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotnický asistent	8	8
Všeobecná sestra (SŠ)	58	58
Dis.	14	14
Bc.	15	15
Mgr.	5	5
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Pro účely diplomové práce, bylo vzdělání rozděleno do 5 kategorií. Tabulka 3 demonstuje zastoupení respondentů v těchto kategoriích. V první kategorii odpovědělo 8 (8%) respondentů, kteří ukončili střední školu jako zdravotničtí asistenti. Nejvíce dotazovaných se vyskytlo ve druhé kategorii, tedy 58 (58%) všeobecných sester, které dosáhly středoškolského vzdělání. Celkem 14 (14%) respondentů zakončilo vzdělání na vyšší odborné škole titulem Dis. Podobně početnou skupinu, a to 15 (15%) dotazovaných, tvořily všeobecné sestry, které dosáhly bakalářského stupně vysokoškolského vzdělání. Poslední kategorii tvořilo 5 (5%) všeobecných sester, které dosáhly titulu Mgr.

## Nejčastější věková kategorie pacientů

**Tabulka 4** Věková kategorie pacientů

Věková kategorie pacientů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 let	0	0
51-60 let	1	1
61-70 let	38	38
71-89 let	61	61
Nad 90 let	0	0
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Položka, která sloužila k ověření nejčastější věkové kategorie pacientů, byla vzhledem k zaměření diplomové práce nezbytnou součástí dotazníku. Záměrně vybraná pracoviště potvrdila předpoklad pro využití dotazníků k účelům této práce. Žádný z respondentů nevedl, že by se na jejich pracovišti nejčastěji vyskytovali pacienti mladší 50 let. Pouze 1 (1%) považoval za nejčastěji hospitalizovanou věkovou kategorii pacienty od 51 do 60 let. Výskyt pacientů ve věku 61-70 let uvedlo 38 (38%) respondentů. Avšak nejvíce, a to 61 (61%) respondentů, považuje věk 71-89 let za jejich nejčastěji hospitalizovanou kategorii pacientů. Pacienty ve věku nad 90 let nevedl žádný z dotazovaných.

## Forma zdravotnické dokumentace

**Tabulka 5** Forma dokumentace na oddělení

Forma dokumentace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Tištěná	50	50
Elektronická	0	0
Kombinace obou	50	50
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

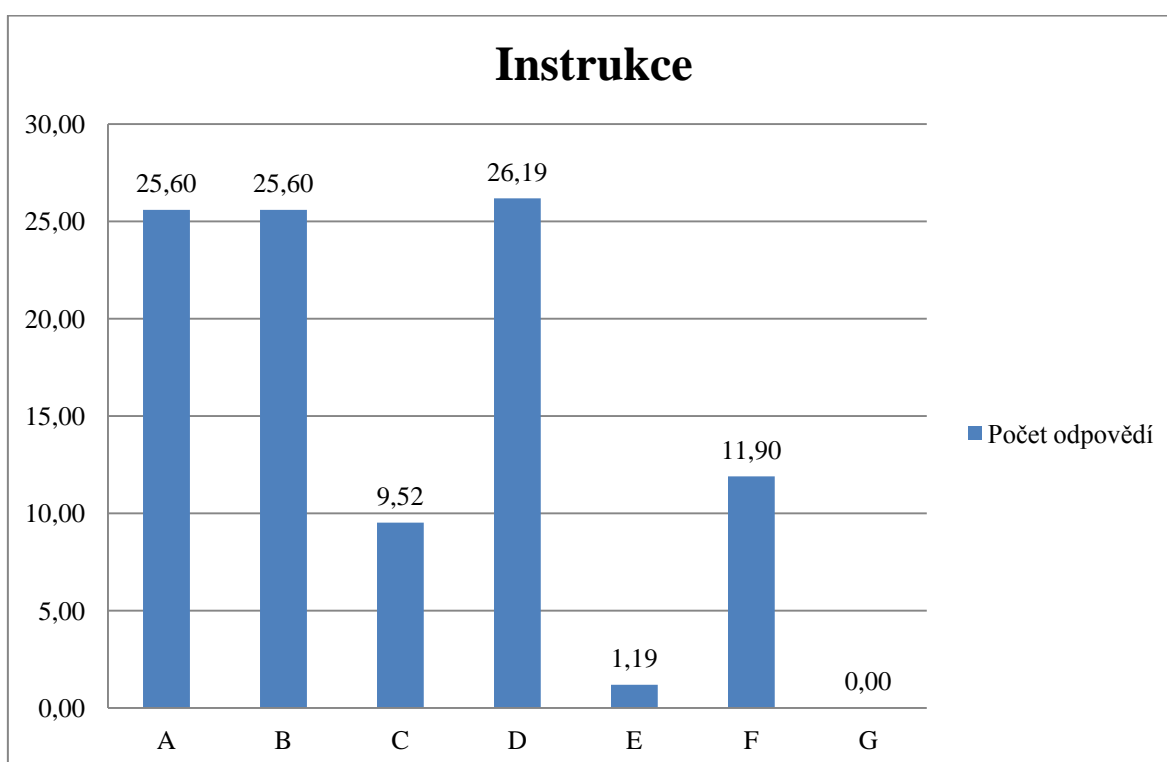
Tabulka 5 slouží k popisu formy zdravotnické dokumentace. Zcela shodný počet respondentů vyšlo u možnosti tištěné a kombinované formy dokumentace. Využívání tištěné formy uvedlo 50 (50%) respondentů a stejný počet jich tedy uvedlo kombinovanou formu dokumentace. Nikdo z respondentů nevedl, že by se na pracovišti využívala pouze elektronická forma dokumentace.

## Instrukce k HMT

Tabulka 6 Získávání instrukcí k práci s HMT

Instrukce k práci s HMT	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Od vrchní sestry	43	25,60
Od staniční sestry	43	25,60
Od kolegyní	16	9,52
Ze standardů daného odd.	44	26,19
Ze školy	2	1,19
Ze samotných instrukcí HMT	20	11,90
Jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>168</b>	<b>100,00</b>

Graf 1 Získávání instrukcí k práci s HMT



Tato položka nastiňuje zdroje, ze kterých respondenti čerpají informace a instrukce k práci s HMT. Byla zde možnost označit více z nabízených odpovědí. Získávání informací ze standardů oddělení označilo 44 (26,19%) respondentů. Informace od vrchní sestry získává 43 (25,60%) respondentů a 43 (25,60%) se jich informuje zároveň u sestry staniční. Dalších 16 (9,52%) respondentů čerpá informace od kolegyní. A pouze 2 (1,19%)

z dotazovaných obohacuje práci HMT díky informacím, které nabili v průběhu studia. Nikdo z respondentů nevyužil odpovědi a nedoplnil jiný zdroj získávání informací.

### ***Testování a ověřování hypotéz***

Tato podkapitola objasňuje vztahy mezi proměnnými, které jsme si stanovili v pracovních hypotézách, a na jejich základě budou stanovené hypotézy ověřovány.

Hypotéza č. 1 se vztahuje k prvnímu vytčenému cíli: *Zhodnotit postoj vybraného vzorku respondentů k problematice HMT na sledovaných pracovištích.* Hypotézy č. 2 až č. 4. mají přímý vztah k cíli druhému: *Zjistit, jak konkrétně využívají respondenti HMT na sledovaných pracovištích.* Každou hypotézu doplňují tabulky, grafy a slovní komentář.

## **11.1 Testování hypotézy č. 1**

Skrze první hypotézu jsme testovali vztah mezi stanovenými determinantami (vzdělání, typ pracoviště, délka praxe) a přístupem k HMT. K testování jsme využili otázku č. 14: *Považujete HMT za efektivní nástroj ošetrovatelské péče?* Pro účely statistického zpracování byly odpovědi kategorizovány do 2 skupin: ANO - NE. Do kategorie ANO byly zařazeny odpovědi: *ano, spíše ano.* Do kategorie NE byly zařazeny odpovědi *ne, spíše ne a odpověď nevím.* Odpověď *nevím* jsme zařadili do kategorie NE ze subjektivního dojmu, že názor na HMT by měl být jednoznačný a ustálený.

### ***Hypotéza č. 1***

$H_0$  Předpokládáme, že neexistuje staticky významná závislost mezi stanovenými determinantami (vzdělání, typ pracoviště, délka praxe) a přístupem k HMT.

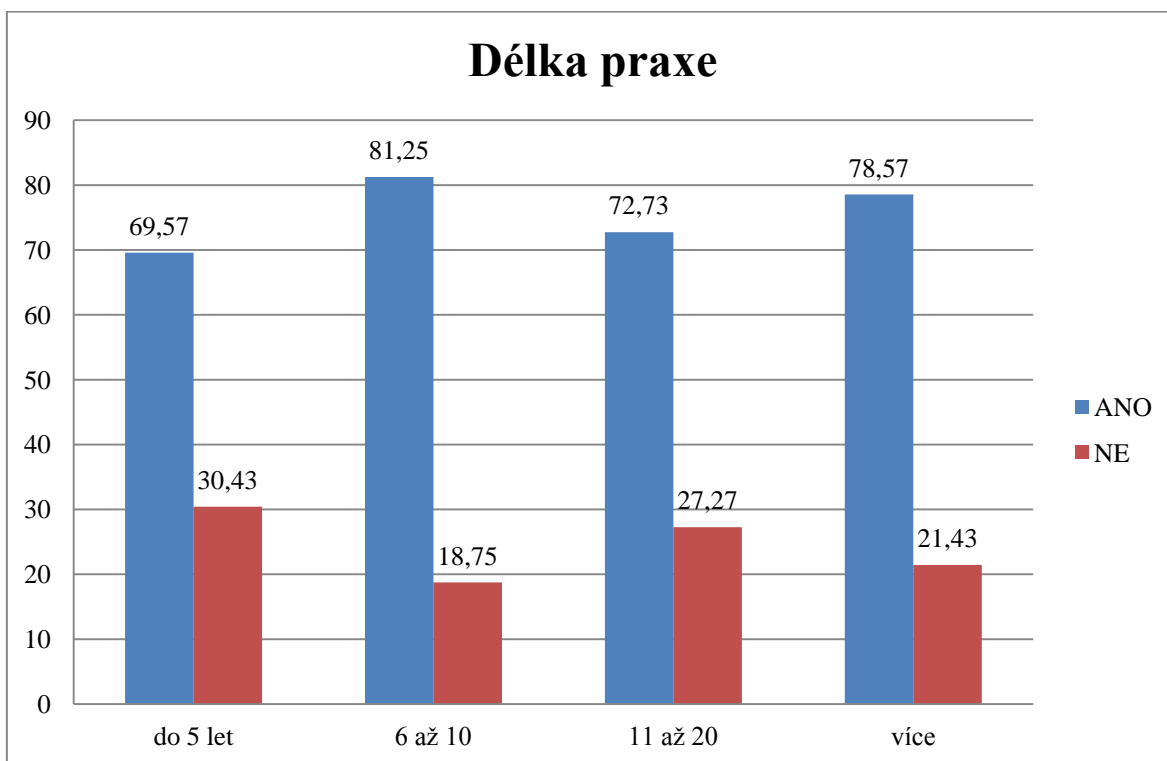
$H_A$  Předpokládáme, že existuje staticky významná závislost mezi stanovenými determinanty (věk, vzdělání, délka praxe) a přístupem k HMT.

Podmínky testování (stejně pro všechna data vztahující se k hypotéze č. 1):

- Hladina významnosti:  $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti:  $v = 3$
- Testovací kritérium: 3,18

a) Závislost přístupu sester k HMT na délce odborné praxe

**Graf 2 Přístup k HMT vs. délka odborné praxe**



Graf 2 odhaluje přístup sester k HMT v závislosti na délce praxe. Z grafu je zřejmé, že převažuje pozitivní postoj k HMT, který není nijak ovlivněn délkou praxe. Nejpozitivněji odpovídala kategorie, která pracuje v rozmezí od 6 do 10 let (81,25%). Nejvíce negativních odpovědí (30,43%) nacházíme u respondentů, kteří nejsou ve zdravotnictví déle než 5 let.

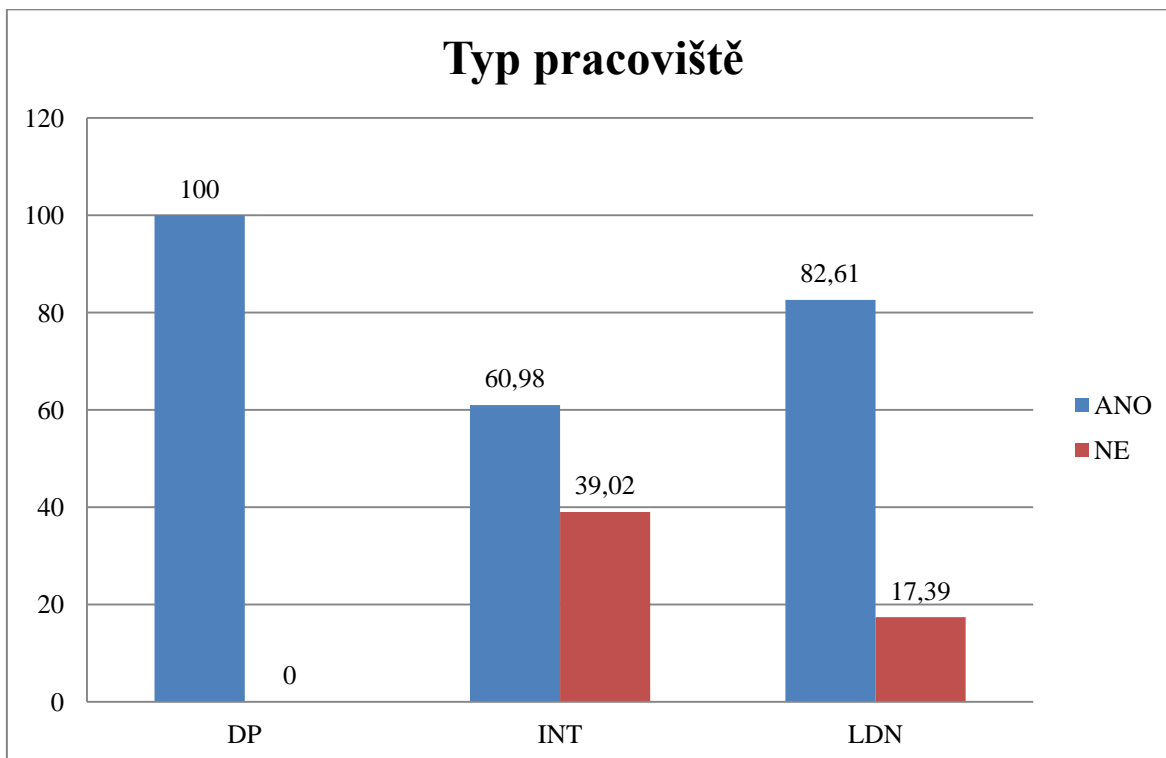
**Tabulka 7 Přístup k HMT vs. délka odborné praxe**

Délka praxe	ANO			NE			Celkem
	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	
Do 5 let	16	69,57	2,23	7	30,43	2,23	23
6 až 10 let	13	81,25	2,14	3	18,75	2,14	16
11 až 20 let	24	72,73	1,05	9	27,27	1,05	33
Více	22	78,57	1,14	6	21,43	1,14	28
Celkový součet	75	75		25	25		100
Průměr	18,75	75,53		6,25	24,47		25
Směrodatná odchylka	5,12	5,34		2,5	5,34		7,26
Počet dat	4	4		4	4		4

**Závěr:** Žádná kritická hodnota nepřesáhla hodnotu příslušného testovacího kritéria, tudíž nebyl postřehnut rozdíl, který by závisel na déle odborné praxe respondentů. Z toho důvodu pro determinantu délky odborné praxe přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.

b) Závislost přístupu sester k HMT na typu pracoviště

Graf 3 Přístup k HMT vs. typ pracoviště



Další graf znázorňuje přístup sester k HMT dle typu pracoviště. Jednoznačně pozitivní přístup k HMT (100%) projevili respondenti ze sféry domácí péče. Léčebna dlouhodobě nemocných označila pozitivitu v 82, 61%, avšak na interních odděleních považují HMT již za méně efektivní.



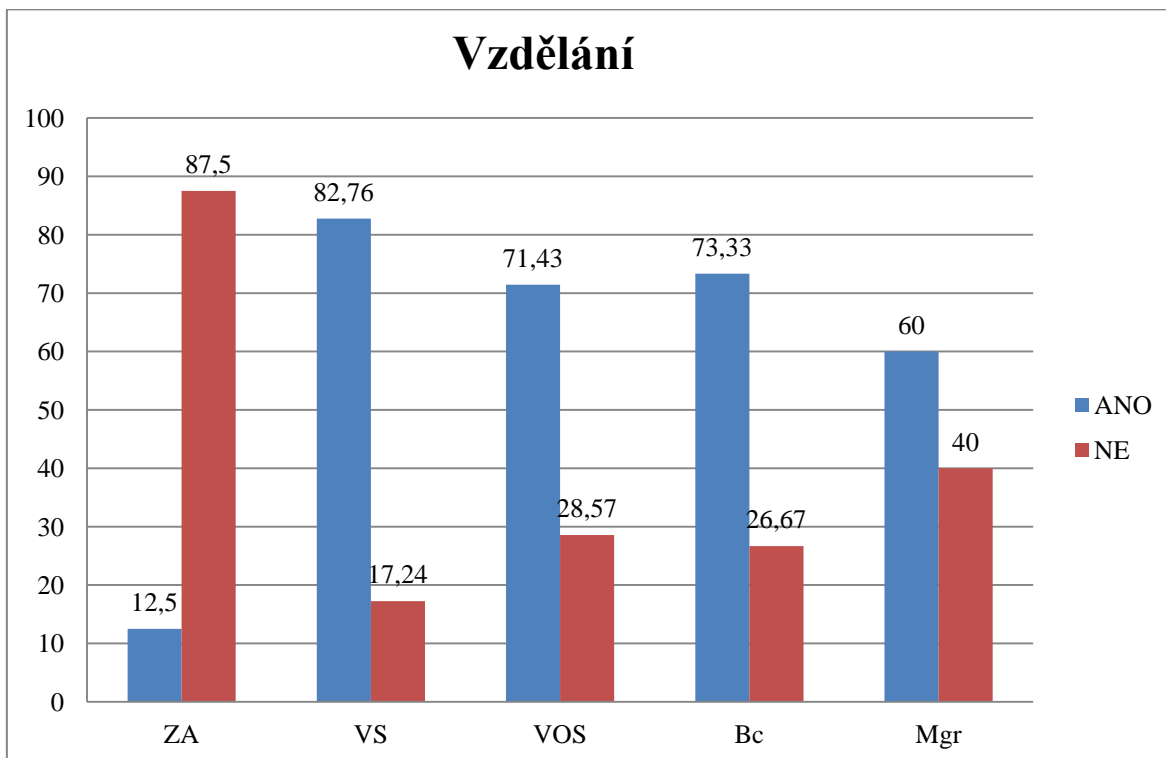
**Tabulka 8 Přístup k HMT vs. typ pracoviště**

Typ pracoviště	ANO			NE			Celkem
	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	
DP	13	100,00	2,41	0	0,00	2,41	13
INT	25	60,98	2,6	16	39,02	2,6	41
LDN	38	82,61	0,18	8	17,39	0,18	46
<b>Celkový součet</b>	76	76,00		24	24		100
<b>Průměr</b>	25,33	81,19		8	18,81		33,33
<b>Směrodatná odchylka</b>	12,50	13,48		8	13,48		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3	3		3

**Závěr:** Lze tvrdit, že determinanta typu pracoviště nemá ve zkoumaném vzorku statisticky významný vliv. Žádná kritická hodnota nepřesáhla hodnotu příslušného testovacího kritéria. Z toho důvodu pro determinantu typu pracoviště přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.

c) Závislost přístupu sester k HMT na stupni dosaženého vzdělání

Graf 4 Přístup k HMT vs. stupeň vzdělání



Graf 5 poukazuje na přístup sester k HMT v závislosti na stupni dosaženého vzdělání. Zjišťujeme, že negativní postoj k HMT projevují respondenti, kteří ukončili vzdělání jako zdravotničtí asistenti (87,5%). Nejpozitivněji hodnotí HMT všeobecné sestry (82,76%) s ukončenou střední školou. Na podobné úrovni pozitivity (kolem 70%) se pak vyskytují respondenti s titulem Dis. a Bc.

**Tabulka 9 Přístup k HMT vs. stupeň vzdělání**

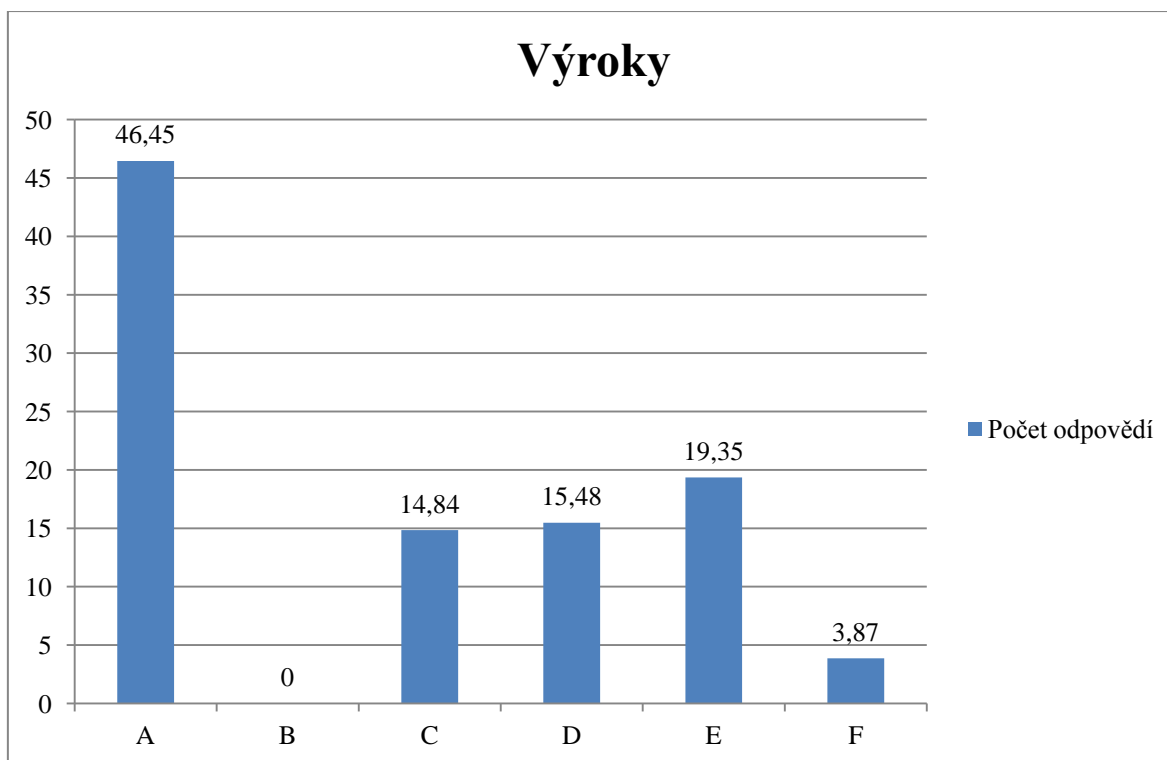
Vzdělání	ANO			NE			Celkem
	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	
Zdravotnický asistent	1	12,50	3,83	7	87,50	3,83	8
Všeobecná sestra (SŠ)	48	82,76	1,83	10	17,24	1,83	58
Dis.	10	71,43	0,92	4	28,57	0,92	14
Bc.	11	73,33	1,07	4	26,67	1,07	15
Mgr.	3	60,00	0	2	40,00	0	5
<b>Celkový součet</b>	<b>73</b>	<b>73</b>		<b>27</b>	<b>27</b>		<b>100</b>
<b>Průměr</b>	<b>14,6</b>	<b>60,00</b>		<b>5,4</b>	<b>40,00</b>		<b>20</b>
<b>Směrodatná odchylka</b>	<b>19,17</b>	<b>27,76</b>		<b>3,13</b>	<b>27,76</b>		<b>21,64</b>
<b>Počet dat</b>	<b>5</b>	<b>5</b>		<b>5</b>	<b>5</b>		<b>5</b>

**Závěr:** U stupně dosaženého vzdělání zjišťujeme, že má ve zkoumaném vzorku respondentů statisticky významný vliv. Jedna kritická hodnota přesáhla hodnotu příslušného testovacího kritéria. Zjistili jsme, že zdravotničtí asistenti projevili vysokou hodnotu negativních odpovědí. Z toho důvodu pro determinantu nejvyššího dosaženého vzdělání zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

## Doplňkové položky

Jako doplňkové položky k hypotéze č. 1 jsme zvolili otázku č. 6: *S Jakým výrokem se u HMT nejvíce ztotožňujete?* Respondenti zde mohli vybrat více možností. Další byla otázka č. 13: *V jaké oblasti shledáváte největší přínos HMT?* Zde byla k výběru pouze jedna možná odpověď. V úmyslu bylo zařadit i otázku č. 19: *Popište prosím stručně Váš osobní přístup k práci s HMT.* Vyplnění této otázky však nevyužil žádný z respondentů, tudíž nebyla zařazena.

**Graf 5 Ztotožnění se s výroky**

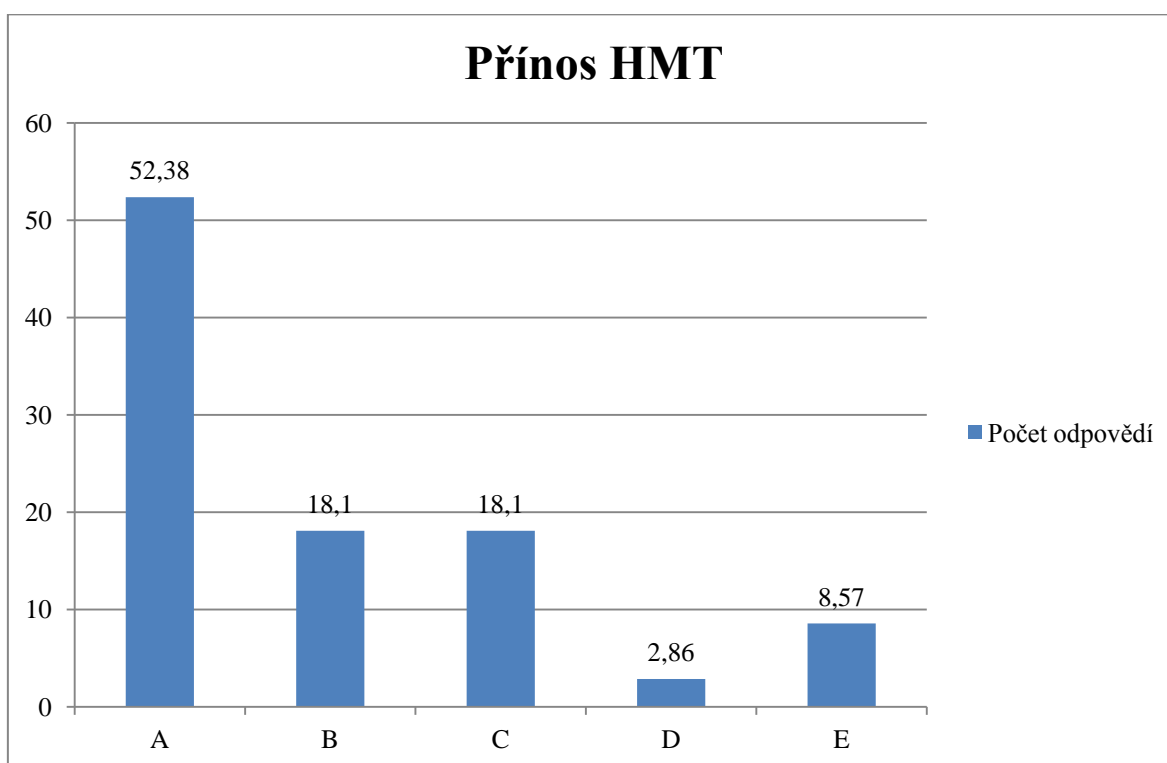


**Tabulka 10 Ztotožnění se s výroky**

<b>Ztotožnění s výrokem</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>HMT nás upozorňují na skutečné možnosti, schopnosti a ohrožení pacienta</b>	72	46,45
<b>HMT nás neupozorňují na skutečné možnosti, schopnosti a ohrožení pacienta</b>	0	0
<b>HMT zjednodušují práci zdravotnickým pracovníkům</b>	23	14,84
<b>HMT komplikují práci zdravotnickým pracovníkům</b>	24	15,48
<b>HMT jsou přínosem v komunikaci s ostatními členy týmu</b>	30	19,35
<b>HMT nejsou přínosem v komunikaci s ostatními členy týmu</b>	6	3,87
<b>Celkem</b>	155	100

Až ve 46,45% byla označena odpověď A, která potvrzovala, že HMT nás upozorňují na skutečné možnosti, schopnosti a ohrožení pacienta. S odpovědí, která neguje předchozí odpověď, se neztotožnil ani jeden z respondentů. Druhou nejznámější odpovědí (19,35%) byl názor, že HMT jsou přínosem v komunikaci s ostatními členy týmu. Avšak 15,48% respondentů uvedlo, že HMT komplikují práci zdravotnickým pracovníkům.

**Graf 6 Oblast největšího přínosu HMT**



**Tabulka 11 Oblast největšího přínosu HMT**

Oblast největšího přínosu HMT	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Samotná péče o pacienta	55	52,38
Kontrola kvality léčby	19	18,1
Hodnocení pacientova stavu v čase	19	18,1
Přenos informací v multidiscipinárním týmu	3	2,86
V žádné	9	8,57
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Nejvíce respondentů (52,38%) shledalo přínos HMT v samotné péči o pacienta. A pouze 8,57% dotazovaných nevidí přínos HMT v žádné z nabízených oblastí.

## 11.2 Testování hypotézy č. 2

V rámci druhé hypotézy testujeme deklarované počty HMT v závislosti na typu pracoviště. K testování byla využita otázka č. 10: *Kolik HMT celkově využíváte na Vašem pracovišti?* Respondenti zde mohli vybrat z 5 nabízených možností. Další položku představovala otázka č. 11: *Využíváte na jednu oblast více typů HMT?* Pokud respondenti zvolili odpověď ano, následovala doplňková otázka č. 12: *Na základě čeho volíte jiné, senzitivnější typy HMT?*

### **Hypotéza č. 2**

$2 H_0$  Předpokládáme, že neexistuje staticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovaným počtem HMT.

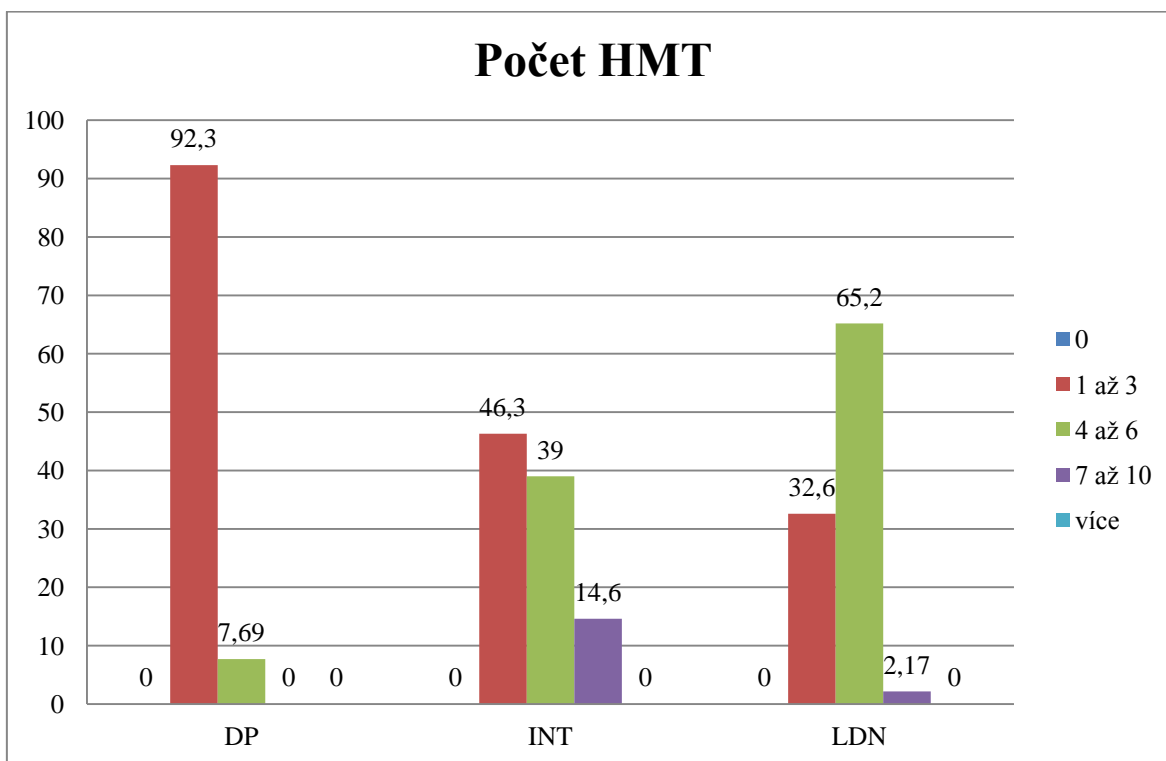
$2 H_A$  Předpokládáme, že existuje staticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovaným počtem HMT.

Podmínky testování (stejně pro všechna data vztahující se k hypotéze č 2):

- Hladina významnosti:  $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti:  $v = 2$
- Testovací kritérium: 4,3

## 1) Počet využívaných HMT dle typu pracoviště

**Graf 7 Počet využívaných HMT vs. typ pracoviště**



Z následujícího vyhodnocujeme, že na interních odděleních a ve sféře domácí péče využívají nejvíce 1-3 HMT. Respondenti z LDN nejvíce označili, že využívají 4-6 HMT (65,2%). Více než 10 HMT nevyužívají na žádném z dotazovaných zdravotnických pracovišť.



a) 1-3

**Tabulka 12a Počet 1-3 vs. typ pracoviště**

<b>1-3</b>				
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kritická hodnota</b>	<b>Celkem</b>
<b>DP</b>	12	92,31	1,95	13
<b>INT</b>	19	46,34	0,6	41
<b>LDN</b>	15	32,61	1,33	46
<b>Celkový součet</b>	46	46,00		100
<b>Průměr</b>	15,33	57,09		100
<b>Směrodatná odd.</b>	3,51	31,27		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3

b) 4-6

**Tabulka 12b Počet 4-6 vs. typ pracoviště**

<b>4-6</b>				
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kritická hodnota</b>	<b>Celkem</b>
<b>DP</b>	1	7,69	1,78	13
<b>INT</b>	16	39,02	0,1	41
<b>LDN</b>	30	65,22	1,67	46
<b>Celkový součet</b>	47	47,00		100
<b>Průměr</b>	15,67	37,31		100
<b>Směrodatná odd.</b>	14,50	28,80		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3

c) 7-10

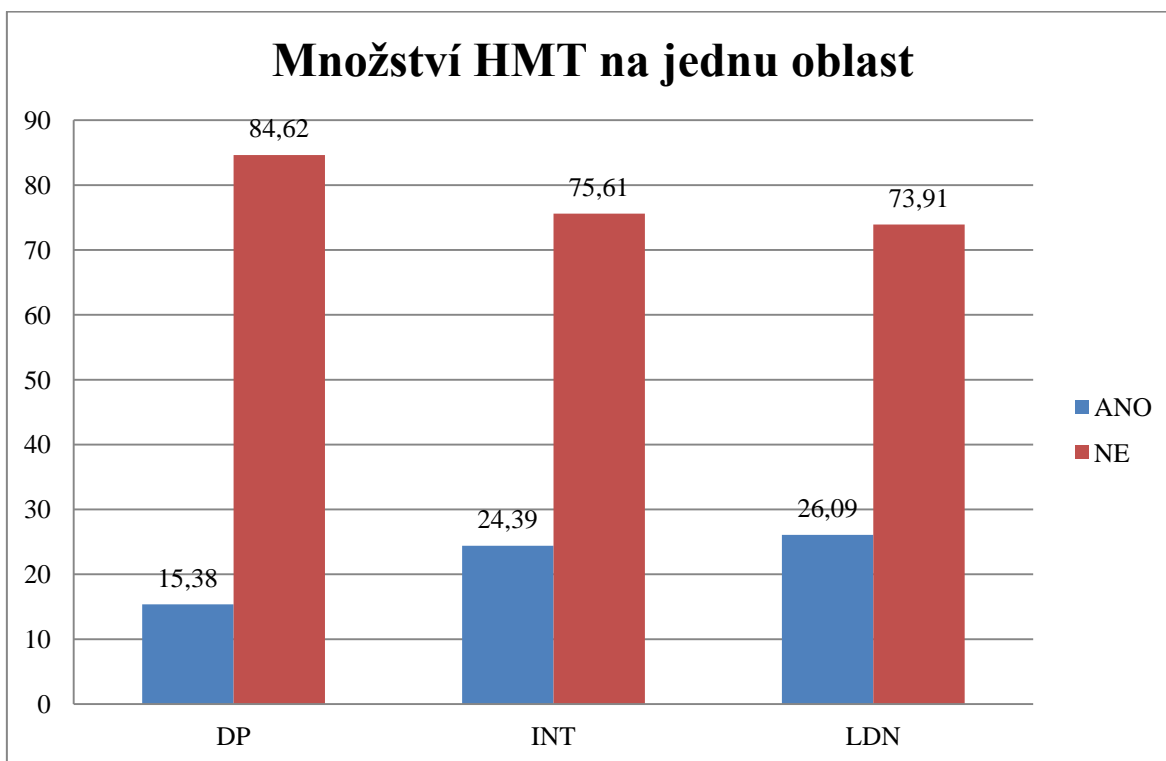
**Tabulka 12c Počet 7-10 vs. typ pracoviště**

<b>7-10</b>				
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Kritická hodnota	Celkem
<b>DP</b>	0	0,00	1,22	13
<b>INT</b>	6	14,63	1,97	41
<b>LDN</b>	1	2,17	0,75	46
<b>Celkový součet</b>	7	7,00		100
<b>Průměr</b>	2,33	5,60		100
<b>Směrodatná odd.</b>	3,21	7,90		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3

**Závěr:** Dle typu pracoviště nebyl zjištěn statisticky významný vliv v počtu využívaných HMT. Žádná kritická hodnota nepřesáhla hodnotu příslušného testovacího kritéria. Z toho důvodu přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní pro všechny počty využívaných škál.

2) Množství HMT na jednu oblast dle typu pracoviště

**Graf 8 Množství HMT na jednu oblast vs. typ pracoviště**



Z grafu 9 odvozujeme, že na všech 3 odděleních volí ve většině případů na jednu oblast hodnocení pouze jednu HMT.

**Tabulka 13 Množství HMT na jednu oblast vs. typ pracoviště**

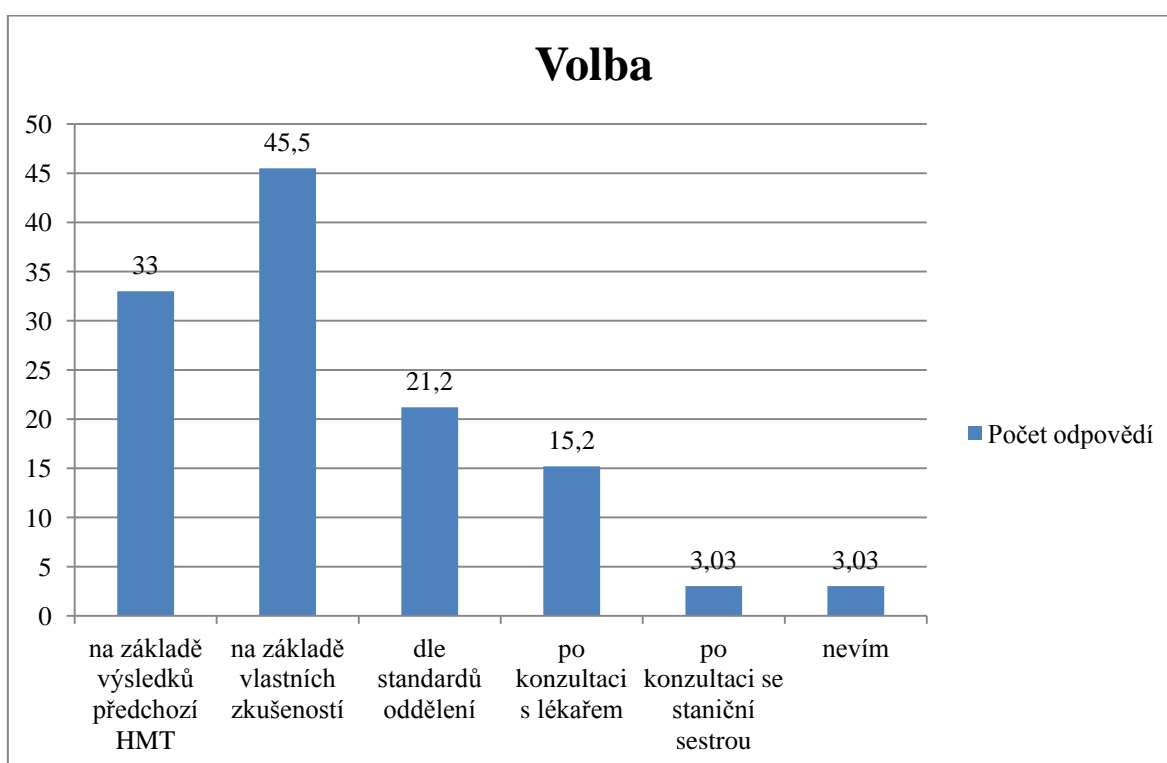
Typ pracoviště	ANO		NE		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	
DP	2	15,38	11	84,62	13
INT	10	24,39	31	75,61	41
LDN	12	26,09	34	73,91	46
<b>Celkový součet</b>	24	24	76	76	100
<b>Průměr</b>	8	21,95	25,33	78,05	33,34
<b>Směrodatná odchylka</b>	5,29	5,75	12,50	5,75	17,79
<b>Počet dat</b>	3	3	3	3	3

**Závěr:** Z dat vyplývá, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi typem pracoviště a množstvím HMT, které by byly využívány na jednu konkrétní oblast hodnocení. Žádná kritická hodnota nepřesáhla hodnotu příslušného testovacího kritéria. Z toho důvodu pro determinantu typu pracoviště přijímáme nulovou hypotézu.

### Doplňkové položky

Jako doplňková položka k hypotéze č. 2 byla zařazena otázka č. 12: *Na základě čeho volíte jiné, senzitivnější typy HMT?* Byla to otázka úzce navazující na otázku č. 11, zmíněnou výše. Respondenti zde volili pouze jednu odpověď.

**Graf 9 Volba senzitivnější HMT**



**Tabulka 14 Volba senzitivnější HMT**

Volba senzitivnější HMT	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Na základě výsledků předchozí HMT	15	33
Na základě vlastních zkušeností	4	45,5
Dle standardů oddělení	7	21,2
Po konzultaci s lékařem	5	15,2
Po konzultaci se staniční sestrou	1	3
Nevím	1	3
<b>Celkem</b>	<b>33</b>	<b>120,9</b>

Z výsledků dat můžeme odvodit, že nejvíce jsou senzitivnější HMT voleny na základě vlastních zkušeností. V těsném závěsu pak stojí volba dle výsledků předchozí HMT. Nejméně využívaná je konzultace se staniční sestrou.

### 11.3 Testování hypotézy č. 3

V rámci třetí hypotézy testujeme deklarované oblasti HMT v závislosti na typu pracoviště. Zvolenou položkou byla otázka č. 9: *Vyberte prosím oblasti, které u pacientů obvykle hodnotíte.* Zde se respondentům nabízelo označit více odpovědí.

#### *Hypotéza č. 3*

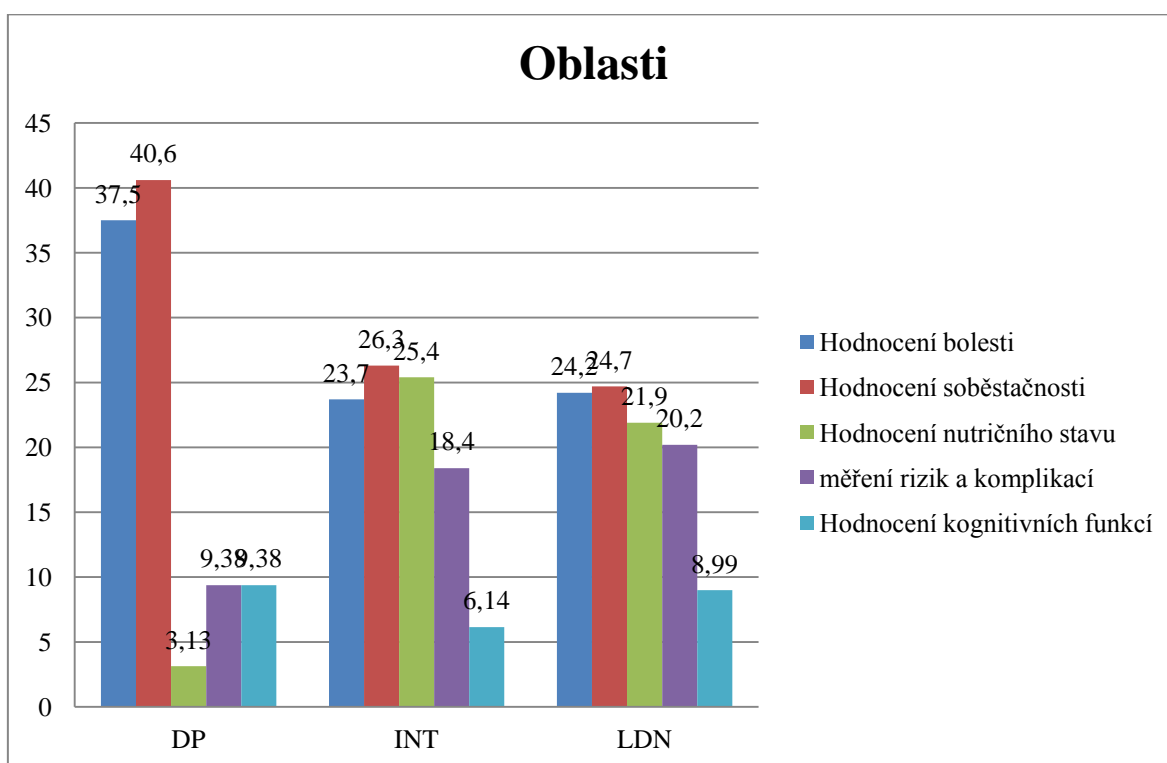
3 H<sub>0</sub> Předpokládáme, že neexistuje staticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovanými oblastmi HMT.

3 H<sub>A</sub> Předpokládáme, že existuje staticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovanými oblastmi HMT.

Podmínky testování (stejně pro všechna data vztahující se k hypotéze č. 3):

- Hladina významnosti:  $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti:  $v = 2$
- Testovací kritérium: 4,3

**Graf 10 Hodnocené oblasti vs. typ pracoviště**



Z grafu 9 je zřejmé, že sféra domácí péče se nejméně zaměřuje na hodnocení nutričního stavu, naopak nejvíce hodnocenou oblastí je zde soběstačnost. Na interních odděleních věnují přibližně stejnou pozornost hodnocení bolesti, soběstačnosti i nutričnímu stavu. Avšak kognitivní funkce jsou na interních odděleních hodnoceny nejméně ze všech typů pracovišť. Respondenti z LDN označili podobné odpovědi jako respondenti z INT. Na měření rizik a komplikací a kognitivní funkce se však zaměřují více.

a) hodnocení bolesti

**Tabulka 15a Hodnocení bolesti vs. typ pracoviště**

<b>Hodnocení bolesti</b>				
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kritická hodnota</b>	<b>Celkem</b>
<b>DP</b>	12	92,31	0,93	13
<b>INT</b>	27	65,85	1,99	41
<b>LDN</b>	43	93,48	1,06	46
<b>Celkový součet</b>	82	82,00		100
<b>Průměr</b>	27,33	83,88		100
<b>Směrodatná odchylka</b>	15,50	15,62		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3

b) hodnocení soběstačnosti

**Tabulka 15b Hodnocení soběstačnosti vs. typ pracoviště**

<b>Hodnocení soběstačnosti</b>				
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kritická hodnota</b>	<b>Celkem</b>
<b>DP</b>	13	100,00	1,24	13
<b>INT</b>	30	73,17	1,97	41
<b>LDN</b>	44	95,65	0,72	46
<b>Celkový součet</b>	87	87,00		100
<b>Průměr</b>	29,00	89,61		100
<b>Směrodatná odd.</b>	15,52	14,40		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3

c) hodnocení nutričního stavu

**Tabulka 15c Hodnocení nutričního stavu vs. typ pracoviště**

<b>Hodnocení nutričního stavu</b>				
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kritická hodnota</b>	<b>Celkem</b>
<b>DP</b>	1	7,69	1,97	13
<b>INT</b>	29	70,73	0,69	41
<b>LDN</b>	39	84,78	1,28	46
<b>Celkový součet</b>	69	69,00		100
<b>Průměr</b>	23,00	54,40		100
<b>Směrodatná odchylka</b>	19,70	41,06		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3

d) měření rizik a komplikací

**Tabulka 15d Měření rizik a komplikací vs. typ pracoviště**

<b>Měření rizik a komplikací</b>				
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kritická hodnota</b>	<b>Celkem</b>
<b>DP</b>	3	23,08	1,74	13
<b>INT</b>	21	51,22	0,02	41
<b>LDN</b>	36	78,26	1,72	46
<b>Celkový součet</b>	60	60,00		100
<b>Průměr</b>	20,00	50,85		100
<b>Směrodatná odchylka</b>	16,52	27,59		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3



e) hodnocení kognitivních funkcí

**Tabulka 15e** Hodnocení kognitivních funkcí vs. typ pracoviště

Hodnocení kognitivních funkcí				
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Kritická hodnota	Celkem
DP	3	23,08	0,37	13
INT	7	17,07	1,52	41
LDN	16	34,78	1,88	46
<b>Celkový součet</b>	<b>26</b>	<b>26,00</b>		<b>100</b>
<b>Průměr</b>	<b>8,67</b>	<b>24,98</b>		<b>100</b>
<b>Směrodatná odchylka</b>	<b>6,66</b>	<b>9,01</b>		<b>17,79</b>
<b>Počet dat</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>3</b>

**Závěr:** Z výsledků se dozvídáme, že oblasti hodnocení se dle typu pracoviště statisticky nijak významně neliší. Žádná kritická hodnota nepřesáhla hodnotu příslušného testovacího kritéria, tudíž nebyl postřehnout rozdíl, který by závisel na typu pracoviště. Z toho důvodu přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.

#### 11.4 Testování hypotézy č. 4

Čtvrtá hypotéza je zaměřena na způsoby následného využití HMT ve vztahu k typu pracoviště. K testování jsme využili otázku č. 15: *Věnujete pozornost HMT při směnovém předávání informací o pacientovi?* Odpovědi jsme opět zařadili do kategorie ANO – NE. Do kategorie ANO se zařadily odpovědi ano a spíše ano, do kategorie NE pak odpovědi ne a spíše ne. Další testovanou položkou byla otázka č. 16: *Pracují s výsledky HMT další členové týmu?* Na tuto otázku byly shodné odpovědi a kategorie, tedy ANO – NE. Pokud byla v této otázce zvolena odpověď ano, navazovaly další možnosti, které znázorňuje graf č. 14.

##### **Hypotéza č. 4**

$4H_0$  Předpokládáme, že neexistuje staticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovanými způsoby následného využití

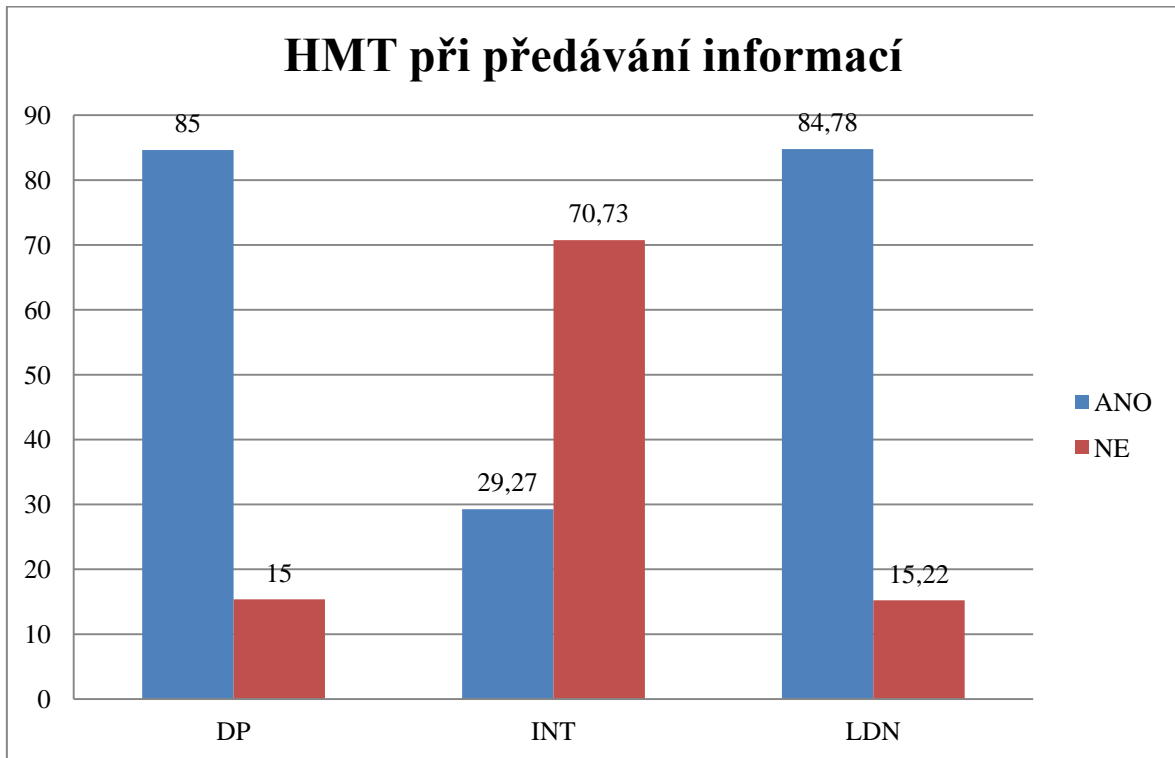
$4H_A$  Předpokládáme, že existuje staticky významná závislost mezi typem pracoviště a deklarovanými způsoby následného využití.

Podmínky testování (stejně pro všechna data vztahující se k hypotéze č.4) :

- Hladina významnosti:  $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti:  $v = 2$
- Testovací kritérium: 4,3

a) HMT v otázce směnového předávání informací ve vztahu k typu pracoviště

**Graf 11 HMT při směnovém předávání informací vs. typ pracoviště**



Z těchto dat můžeme odvodit, že sféra domácí péče a LDN mají shodný přístup a přibližně v 85% věnují pozornost HMT při předávání informací o pacientovi. Na interním oddělení označilo 70,73% respondentů negativní odpověď a pozornost HMT nevěnují.

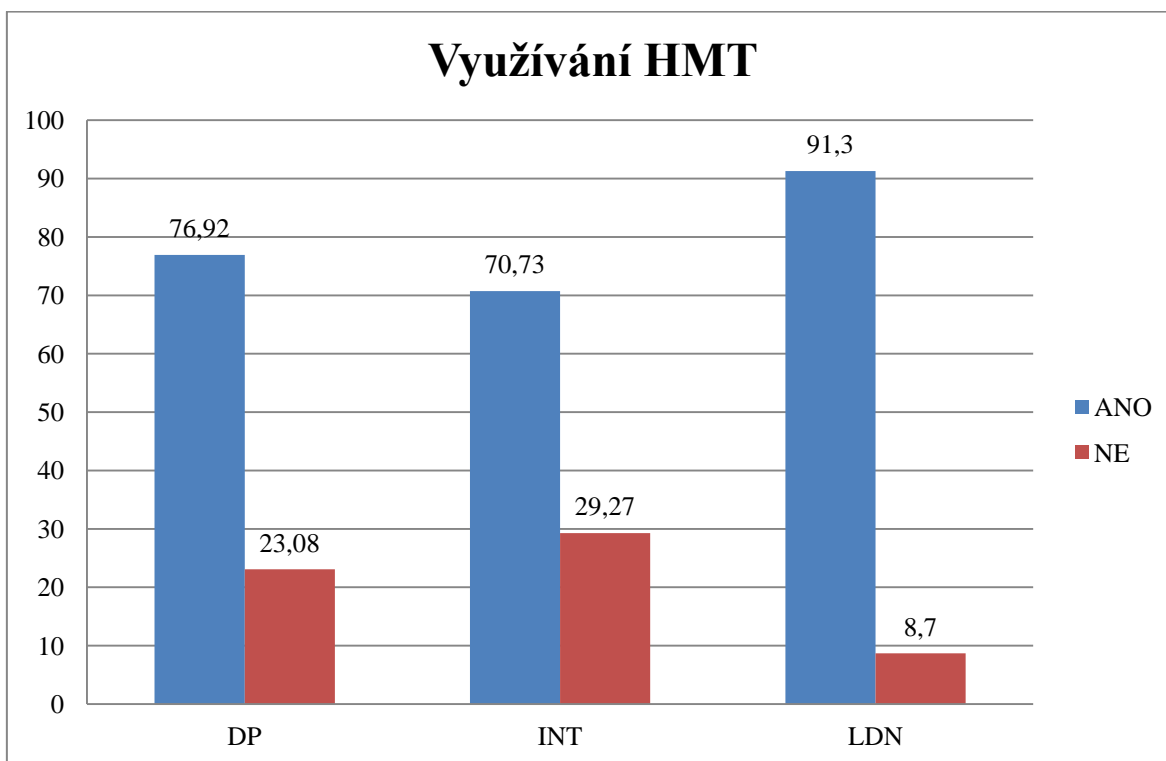
**Tabulka 16 HMT při směnovém předávání informací vs. typ pracoviště**

Typ pracoviště	ANO			NE			Celkem
	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	
DP	11	84,62	0,99	2	15,38	0,99	13
INT	12	29,27	1,99	29	70,73	1,99	41
LDN	39	84,78	1,01	7	15,22	1,01	46
Celkový součet	62	62		38	38		100
Průměr	23	66,22		10,33	33,78		33,33
Směrodatná odchylka	15,89	32,00		14,36	32,00		17,79
Počet dat	3	3		3	3		3

**Závěr:** U problematiky směnového předávání informací se zaměřením na HMT nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi typem pracoviště. Žádná kritická hodnota nepřesáhla hodnotu příslušného testovacího kritéria. Z toho důvodu přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní. Přestože kritická hodnota nebyla přesažena, můžeme si všimnout velmi výrazného rozdílu v přístupu k HMT při směnovém předávání informací na interních odděleních.

b) Využívání HMT dalšími členy týmu ve vztahu k typu pracoviště

**Graf 12 Využívání HMT dalšími členy týmu vs. typ pracoviště**



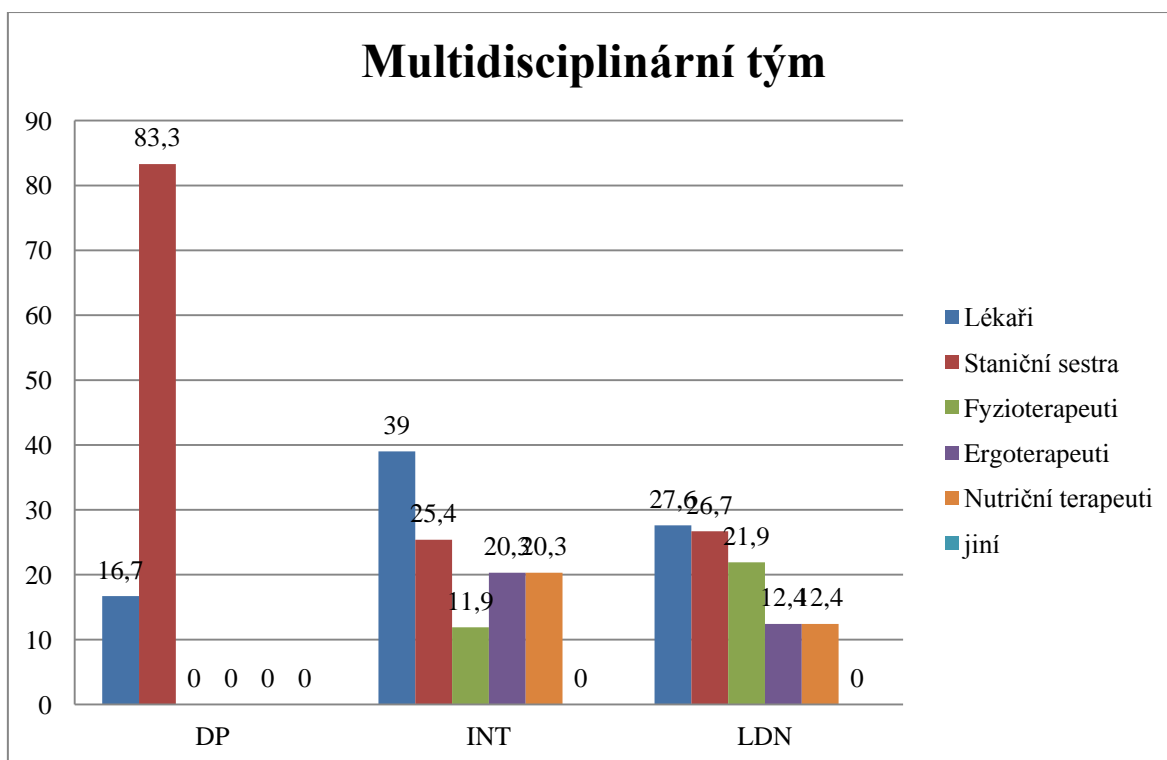
Zde se dozvídáme, že v LDN v 91,3% využívají HMT i další členové týmu. Ve sféře domácí péče věnují ostatní pozornost HMT v 76,92%. Nejvíce negativních odpovědí se objevilo na interních odděleních, kde respondenti uvedli, že v 29,27% se využití HMT netýká ostatních členů týmu.

**Tabulka 17 Využívání HMT dalšími členy týmu vs. typ pracoviště**

Typ pracoviště	ANO			NE			Celkem
	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	Absolutní četnost	Relativní č. (%)	Kritická hodnota	
DP	10	76,92	0,45	3	23,08	0,45	13
INT	29	70,73	1,46	12	29,27	1,46	41
LDN	42	91,30	1,91	4	8,70	1,91	46
<b>Celkový součet</b>	81	81		19	19		100
<b>Průměr</b>	27	79,65		6,33	20,35		33,33
<b>Směrodatná odchylka</b>	16,09	10,55		4,93	10,55		17,79
<b>Počet dat</b>	3	3		3	3		3

**Závěr:** Využívání HMT dalšími členy týmu není dle typu pracoviště statisticky významně rozdílné. Žádná kritická hodnota nepřesáhla hodnotu příslušného testovacího kritéria. Z toho důvodu přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní pro všechny počty využívaných škál.

**Graf 13 Využití HMT konkrétními členy týmu**



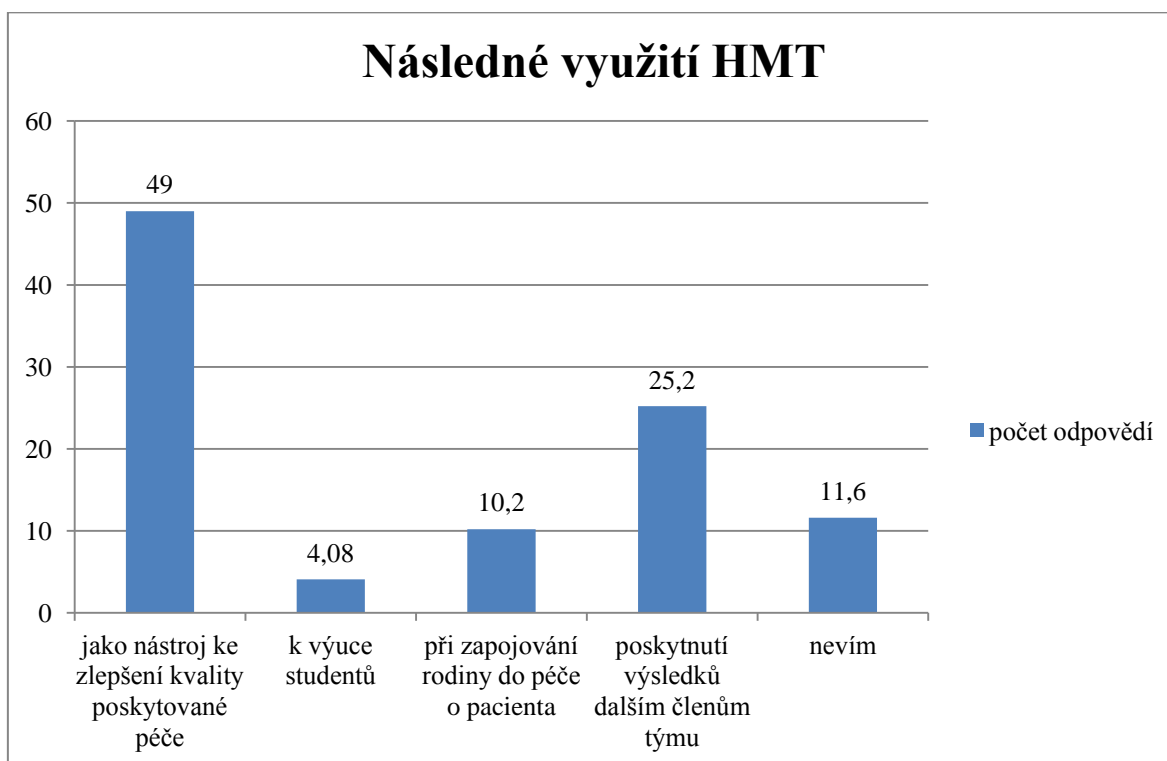
**Tabulka 18 Využití konkrétními členy týmu**

Členové týmu	Absolutní četnost (n)			Relativní četnost (%)		
	DP	INT	LDN	DP	INT	LDN
Lékaři	2	23	29	16,70	39,00	27,60
Staniční sestra	10	15	28	83,30	25,40	26,70
Fyzioterapeuti	0	7	23	0,00	11,90	21,90
Ergoterapeuti	0	2	12	0,00	3,39	11,40
Nutriční terapeuti	0	12	13	0,00	20,30	12,40
Jiní	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>12</b>	<b>59</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Po vyhodnocení těchto dat jsme zjistili, že zastoupení konkrétních členů týmu se na pracovištích výrazně liší. Ve sféře domácí péče převažuje následné využití HMT staniční sestrou (83,3%). Naopak fyzioterapeuti, ergoterapeuti nebo nutriční terapeuti zde nemají zastoupení žádné. Na interních odděleních a LDN shledáváme podobné zastoupení ostatních členů týmu, kteří s HMT následně pracují. Nejvýrazněji je zde zastoupena činnost lékařů.

### **Doplňkové položky**

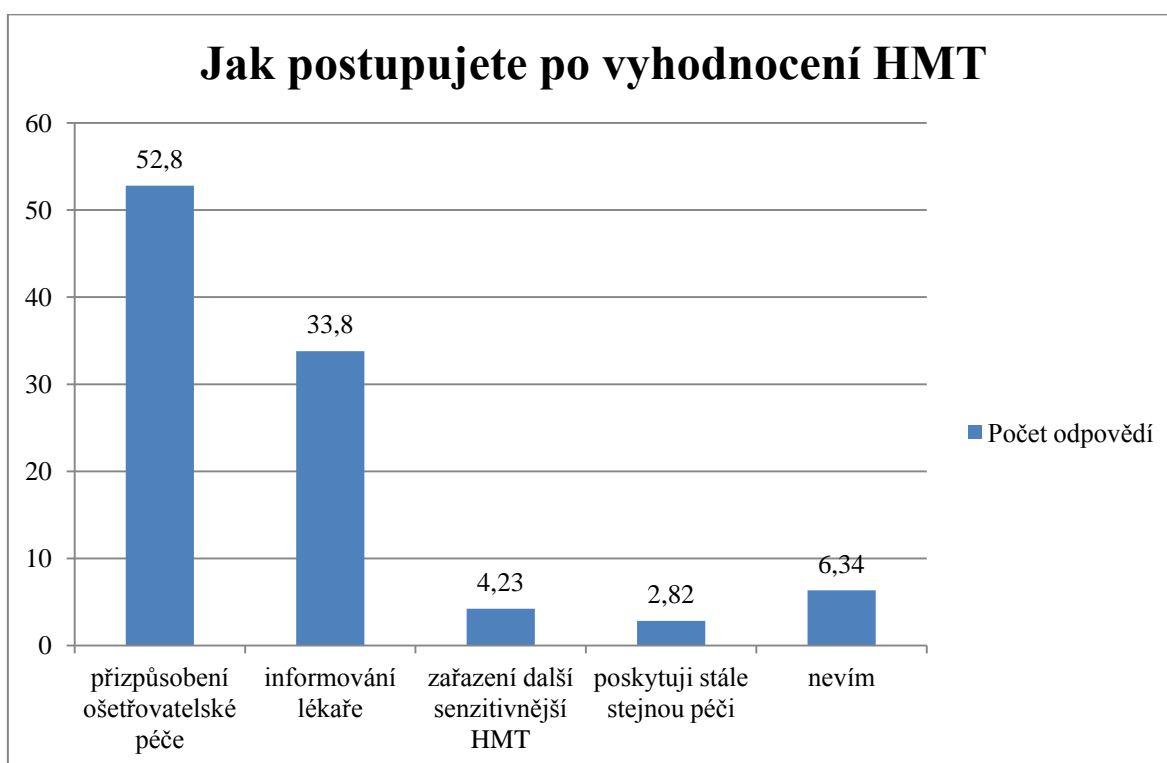
Jako doplňkovou položku k hypotéze č. 4 jsme vybrali otázku č. 17: *Jak následně využíváte HMT?* Dále jsme zařadili otázku č. 18: *Jak postupujete po vyhodnocení HMT?* U obou položek bylo možné zvolit více odpovědí.

**Graf 14 Následné využití HMT****Tabulka 19 Následné využití HMT**

Následné využití HMT	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Jako nástroj ke zlepšení kvality poskytované péče	72	49
K výuce studentů	6	4
Při zapojování rodiny do péče o pacienta	15	10,2
Poskytnutí výsledků dalším členům týmu	37	25,2
Nevím	17	11,6
<b>Celkem</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

Graf 14 nám přehledně poukazuje na fakt, že 49% respondentů využívá HMT ke zlepšení kvality poskytované péče. Poskytování výsledků dalším členům týmu je zde druhou nejznámější možností. Data však vypovídají o faktu, že HMT jsou využívány pouze z 4,08% k výuce studentů.

**Graf 15 Postup po vyhodnocení HMT**



**Tabulka 20 Postup po vyhodnocení HMT**

Postup po vyhodnocení HMT	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Přizpůsobení ošetrovatelské péče</b>	75	52,8
<b>Informování lékaře</b>	48	33,8
<b>Zařazení další senzitivnější HMT</b>	6	4,23
<b>Poskytuji stále stejnou péči</b>	4	2,82
<b>Nevím</b>	9	6,34
<b>Celkem</b>	142	100

Výsledkem této položky je, že 52,8% respondentů po vyhodnocení výsledků HMT uprůsobí ošetrovatelskou péči. Informování lékaře probíhá ve 33,8%. Zastoupení respondentů v 6,34% si s následným postupem neví rady.



## 12 DISKUSE

Před samotným psaním diplomové práce jsme si stanovili hlavní cíl, kterým bylo zmapovat postoj vybraného vzorku respondentů k hodnotícím a měřicím technikám. Výzkumné otázky však neměly ověřovat teoretické znalosti. Posloužily k odhalení postoje vyjádření k této problematice. Z hlavního cíle poté vycházely cíle dílčí. Jejich úkolem bylo zhodnotit přístup a konkrétní zacházení s hodnotícími technikami. Tyto cíle byly zjišťovány formou anonymních dotazníků distribuovaných do 5 zdravotnických zařízení. Díky tomu jsme stanovené cíle splnili. Ve shodě s cíli jsme si stanovili hypotézy, které se následně výzkumným šetřením potvrdily nebo zamítly.

Efekt stanovených hypotéz uvádíme v předchozí kapitole. V diskusi se budeme věnovat porovnávání nejdůležitějších výsledků našeho výzkumného šetření s výsledky ostatních autorů.

Dle našich dat shledává nejvíce respondentů přínos HMT v samotné péči o pacienta. Výzkum Kubátové (2010), který probíhal ve 22 nemocnicích České Republiky, potvrdil, že 91% jejich respondentů shledává používání HMT za přínosné pro pacienty. Z našeho výzkumu vyplývá, že pouze 8,57% respondentů neshledává výhodu HMT v žádné oblasti. K podobnému výzkumu došla i Kubátová, která u 9 respondentů z 354 potvrdila, že také nevidí přínos HMT v žádné oblasti péče o pacienta. I výzkum Hanákové (2012) potvrdil, že respondenti z 3 zdravotnických zařízení považují HMT za nástroj, který pomáhá odhalovat potřeby klienta a hodnotit jeho stav.

U hypotézy č. 1, která ověřovala, zda respondenti považují HMT za efektivní nástroj ošetrovatelské péče jsme potvrzovali nulovou hypotézu a neshledávali jsme významný rozdíl mezi typem pracoviště nebo délkou praxe respondentů. Avšak u stupně vzdělání byla potvrzena hypotéza alternativní, protože odpovědi zdravotnických asistentů přesáhly kritickou hodnotu příslušného testovacího kritéria. To znamená, že oni jediní, nepovažují HMT za efektivní.

V souvislosti s využíváním HMT jinými členy týmu jsme zjistili pozitivitu ve smyslu využívání HMT ostatními. Pro účely našeho výzkumného šetření jsme odpovědi rozdělily dle typu pracoviště. Potvrdilo se, že v LDN využívají HMT i další členové týmu v 91,9%. Ve sféře domácí péče věnují ostatní pozornost HMT v 76,92% a na interních odděleních v 70,73%. Výzkum Kubátové (2010) ukazuje, že 66,4% z celkového počtu respondentů potvrzuje využívání HMT ostatními členy týmu. Z tohoto počtu jich pak 192 uvedlo, že nejčastěji s výsledky HMT pracuje lékař. Ke stejnému zjištění ohledně nejdůležitější

činnosti s HMT ze strany lékaře jsme došli pouze na odděleních INT a LDN. Ve sféře domácí péče bylo totiž potvrzeno, že nejvýrazněji HMT následně využívá staniční sestra. Tento výsledek považujeme za logický, vzhledem k minimálnímu zastoupení lékařů na tomto pracovišti.

Negativní odpověď jsme získali při dotazování na zapojování rodiny do péče o pacienta na základě výsledků HMT. Pouze 10,2% z našich respondentů využívá HMT k zapojování rodiny do péče. U oblasti zahrnutí rodiny do péče o pacienta jsme předpokládali, že rodina bývá s výsledky HMT seznámena.

Zaměříme-li se na oblasti hodnocení, vyplývá z našeho výzkumu, že nejčastěji hodnocenou oblastí je soběstačnost. Na hodnocení soběstačnosti se ve svém výzkumu zaměřila Dvořáková (2012), která distribuovala dotazníky všeobecným sestram v jihomoravském kraji. Zjišťovala zastoupení škál pro hodnocení soběstačnosti. Nejčastěji uvedenou možností byla škála Activity of Daily Living (ADL) - Barthelové test - denních všedních činností (37,50 %). Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga byl uveden v 18,01 %, Instrumental Activity of Daily Living (IADL) test instrumentálních denních činností byl označen v 15,68 %. Další volenou technikou byla ve 14,62% zvolena Gordonové škála úrovně sebezpečí, dalších 12,71% respondentů uvedlo, že soběstačnost nehodnotí pomocí standardizované škály. Možnost jiná byla uvedena u 1,48% respondentů se shodným uvedením škály Nortonové. Vrátime-li se v naší práci k testování hypotézy č. 3, nalezneme zde posouzení hodnocení soběstačnosti dle typu pracoviště. Z výsledků se dozvídáme, že v oblasti domácí péče hodnotí soběstačnost 100% respondentů. V těsném závěsu stojí LDN, kde soběstačnost hodnotí 95,65% respondentů. Na interních odděleních je počet nejnižší, a to 73,17%.

Jak již bylo zmíněno, celkově nejčastěji hodnocenou oblastí bylo hodnocení soběstačnosti, následovalo hodnocení bolesti. O trochu menší procentuelní zastoupení neslo hodnocení nutričního stavu, za kterým se těsně řadilo měření rizik a komplikací. Nejméně hodnocenou oblastí jsou kognitivní funkce, o kterých bude následovat krátká zmínka.

Flaisigová (2013) ve své práci uvádí výsledky, ze kterých vyplývá, že nejčastěji hodnocenou oblastí je nutriční stav. Ve výsledcích se však shodujeme u nejméně hodnocené oblasti, kterou jsou kognitivní funkce. Téměř totožný výsledek nalézáme i autorky Handrejchové (2011). Ta ve své práci zveřejňuje výsledky respondentů z Nemocnice České Budějovice, a.s., kteří odpověď hodnocení kognitivních funkcí

neoznačili ani jednou. V Nemocnici Písek, a.s. hodnotí kognitivní funkce dle Handrejchové pouze 2% respondentů.

Avšak právě správné posouzení kognice je dle našeho názoru hlavním prvkem hodnocení pacientů vyššího věku. Změny kognitivních funkcí výrazně ovlivňují nejen život pacientů, ale i jejich okolí. Jelikož jsou tyto změny hlavním činitelem, který ovlivňuje ostatní oblasti života seniora, zařadili jsme zpětně tuto problematiku i do teoretické části práce. Popisujeme jednotlivé kognitivní funkce, nastiňujeme základní body kognitivního tréninku. Zmiňujeme se i o konceptu smyslové aktivizace, jehož výsledkem je komplexní aktivizace pacienta.

Zajímavým zjištěním se stal fakt, kdy respondenti ze všech zdravotnických zařízení uvedli, že na jednu oblast využívají pouze jedinou hodnotící škálu.

Dalším bodem, který jsme u problematiky HMT zjišťovali, bylo nabývání informací o HMT. Výzkum Flaisigové (2013) nám u 77% respondentů potvrzuje, že jsou o problematice HMT dostatečně informováni. Ostatních 23% pak přiznává, že mají v informacích mezery. Po podrobnějším dotazování Flaisigová zjistila, kde respondenti získávají informace o využívání HMT. Jako nejčastější zdroj uvedlo 28% respondentů vlastní pracoviště. Následovaly vzdělávací akce a studium ve škole. Nejmenší počet odpovědí (6%) se vyskytl u odborné literatury. Výsledky našeho výzkumu se relativně shodují. Můžeme totiž nabízené možnosti: od všeobecné sestry, od staniční sestry a ze standardů oddělení považovat za zdroj „vlastní pracoviště“. To tedy i v našem výzkumu označilo nejvíce respondentů. Jako zdroj informací, který by přispíval k orientaci v práci s HMT však nejméně respondentů (1,19%) uvedlo školu.

Odpověď, která nás donutila k zamyšlení, nalezneme u poslední otázky analýzy získaných údajů. Zabývala se zjišťováním postupu po vyhodnocení HMT. Konečná čísla nás informují o 52,8% respondentech, kteří následně přizpůsobí ošetrovatelskou péči. Dalších 32,8 % jich o výsledcích informuje lékaře. K poskytování stále stejné péče dochází u 2,82% dotazovaných. Poskytování stále stejné péče však nelze kategorizovat do nekvalitně poskytované péče. Chápeme ji pouze jako péči, která se nepřizpůsobuje výsledkům HMT. Zarážející pro nás ovšem zůstává odpověď 6,34% respondentů, kteří nemají názor na následný postup po vyhodnocení HMT. Nyní se konečně dostáváme k 4,23% respondentů, kteří po vyhodnocení HMT zařazují další, senzitivnější HMT. Z jedné odpovědi samozřejmě nelze usuzovat nezájem zdravotních sester o tuto problematiku. Naopak jejich náhled na přispění HMT k efektivnosti péče přímo

na pacienta hodnotíme pozitivně. Postrádáme však zainteresovanost respondentů v rozšiřování náhledů na využití HMT.

## ZÁVĚR

V každé civilizované společnosti se dnes dostává do popředí zaměření na sociální interakce, vztahy, vhodnou komunikaci a postoj k lidem. To však zahrnuje konkrétní náležitosti. V přístupu k lidem musíme zohledňovat mnoho složek a za jednu z nejdůležitějších, považujeme věk. Ten ovlivňuje naše chování, myšlení, fyzický stav i psychické rozpoložení.

Na zdravotnické pracovníky je kladen mnohem větší důraz v otázce přístupu k ostatním. Měli by být empatictí, ochotní a pozorní. Nic z toho by se však neobešlo bez bližšího poznání pacienta a porozumění jeho situaci. Ke zjišťování ošetrovatelských problémů nám pomáhají hodnotící a měřící techniky, které nám udávají konkrétní hmatatelná data.

Jsou-li tyto techniky přínosem v samotné péči o pacienta, to jsme si ověřovali v praktické části práce. Zmapovat postoj sester a splnit první cíl se nám povedlo díky hypotéze č. 1. Zde jsme hodnotili postoj respondentů k HMT v závislosti na zvolených determinantách, kterými bylo vzdělání, typ pracoviště a délka praxe. Druhý cíl si kladl za své zjistit, jak konkrétně jsou HMT využívány. Splnit se nám cíl podařilo díky hypotézám č. 2-4. V těchto hypotézách jsme si v závislosti na typu pracoviště ověřovali počet využívaných HMT. Dále jsme se zaměřili na hodnocené oblasti, které jsme konkrétněji přiblížili i v teoretické části této práce. V poslední hypotéze jsme ověřovali následné využívání HMT, ve smyslu zapojení ostatních členů ošetrovatelského procesu, vlastní iniciativy nebo názoru na HMT.

Problematicke seniorů a jejich vhodného hodnocení se věnuje mnoho odborných zdrojů. Nabízí se zde široké pole působnosti v oblasti vzdělávání a zdokonalování. Jistě je to otázka časových možností a dostatku vědomostí, ovšem samotný přístup a zainteresovanost do této problematiky není ovlivněna ničím jiným, než zájmem o zkvalitňování péče pacienta. Odpověď na hlavní cíl této práce nemůže být jednoznačná. Jelikož práce nesloužila k ověřování konkrétních znalostí, je závěrečné posouzení subjektivního postoje značně obtížné. Snahou práce bylo přiblížit rozdílnosti postojů a přístupu k těmto technikám, což se pomocí hypotéz povedlo. Jelikož se většina respondentů shodla na faktu, že HMT jsou přínosem v péči o pacienta, bylo by dobré vyloučit předsudky, které činnost doprovázejí. Vytvořením jednotného systému by šlo předejít předpojatosti k časové náročnosti.

Naší představou je vytvoření jednotného archu, který by doprovázel sestru po celou dobu péče o pacienta. Byl by nenápadným doplněním ostatní ošetrovatelské dokumentace a shrnoval by důležitá čísla a výsledky zjištěné pomocí HMT. Takovýto dokument by byl navržen samotnými členy ošetrovatelského týmu na konkrétním pracovišti a byl by přizpůsoben časovým možnostem daného pracoviště. Dochází-li na nějakém místě k větší interakci rodina-pacient, bylo by s výhodou začlenění rodinných členů do chápání tohoto dokumentu a přispívání informací. Nebyl by to další dokument k rychlému vyplnění a založení. Dovolujeme si totiž tvrdit, že navrhnou-li takovouto listinu samy sestry, pouze pro svůj vlastní účel a bez předepsaných instrukcí, může být nakonec nepostradatelnou složkou každodenní práce sestry. Vezme-li ho další den jiná sestra do ruky, měla by si pacienta na základě stručných poznámek a výsledků přesně představit. Navrhování a samotné realizování by také přispělo k pochopení role sestry manažerky a nositelky změn.

## SEZNAM ZDROJŮ

### Knihy

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
3. FREI, Jiří, LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita, 2013. ISBN 978-20-261-0167-3.
4. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
5. HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2014. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
6. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
7. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
8. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
9. KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 150 s. ISBN 978-80-247-2608-3.
10. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 109 s. ISBN 80-247-1491-4.
11. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
12. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
13. POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
14. POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2013. 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0.

15. REIF, Jiří. *Metody matematické statistiky*. Vyd. 2., upr. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta aplikovaných věd, 2004. 287 s. ISBN 80-704-3302-7.
16. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
17. VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010. 83 s. ISBN 978-80-7421-021-1.
18. DI CARA, Veronika (překlad) a kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 355 s. ISBN 80-247-1720-4.

### Časopisy

19. KABÁTOVÁ, Olga. Predsudky o starnutí a starobe. *Florence*. 2015, **11** (11), 17-18. ISSN 1801-464X.
20. STARÁ, Drahomíra. Nástrahy farmakoterapie seniorů. *Florence*. 2015, **11** (11), 24-25. ISSN 1801-464X.
21. TALIÁNOVÁ, Magda, Martina JEDLINSKÁ a Markéta MORAVCOVÁ. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo*. 2013, **3** (1), 25-30. ISSN 1338-6263.
22. VOJTOVÁ, Hana. Koncept Smyslové aktivizace. *Florence*. 2015, **11** (11), 15-16. ISSN 1801-464X.

### Internetové zdroje

23. ALZHEIMER NADAČNÍ FOND. *Současné možnosti diagnostiky a léčby* [online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/soucasne-nostiky-a-lecby/>.
24. ALZHEIMERS SOCIETY. Helping you to assess cognition [online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: [https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download\\_info.php?fileID=2532](https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=2532).
25. KABÁTOVÁ, Olga a Alena URÍČKOVÁ. Ageismus – věkově podmíněná diskriminace [online]. Publikováno 24. 4. 2013 [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ageismus-vekove-podminena-diskriminace-470127>.
26. KONRÁD, Jiří. *Standardizovaná škála MMSE – sMMSE – jak standardně používat MMSE* [online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupné z:



<[http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202012%20prezentace/sMMSE\\_pravidla\\_administrace\\_cz.pdf](http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202012%20prezentace/sMMSE_pravidla_administrace_cz.pdf)>.

27. MOCATEST, *About* [online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupné z:  
<<http://www.mocatest.org/about/>>.
28. REBAN, Jan. *Montrealský kognitivní test (MoCA): Přínos k diagnostice demence* [online]. Publikováno 13. 9. 2006 [cit. 2016-02-21]. Dostupné z:  
<[http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr\\_06\\_04\\_06.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_06_04_06.pdf)>.
29. VAŇKOVÁ, Václava. *Senioři v číslech* [online]. Publikováno 05/2013. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/seniori-v-cislech/>.
30. VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, Hradec Králové. *Soběstačnost* [online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupné z:  
<<http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=114>>.

### **Ostatní zdroje**

31. ČSN ISO 690. *Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2011.
32. DVOŘÁKOVÁ, Barbora. *Hodnocení soběstačnosti seniorů pomocí objektivizovatelných testů*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Andrea POKORNÁ.
33. FLAISIGOVÁ, Dana. *Míra využívání testů a škál v ošetrovatelské praxi na interním oddělení*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Simona KUBEŠOVÁ.
34. HANÁKOVÁ, Petra. *Hodnotící a měřící techniky zaměřené na posouzení soběstačnosti a zvládání denních aktivit v praxi*. Zlín, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Anna KRÁTKÁ.
35. HANDREJCHOVÁ, Ivana. *Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce František DOLÁK.
36. KUBÁTOVÁ, Jitka. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Marie SCHUSTEROVÁ.

37. NESPĚŠNÁ, Petra. *Dynamika změn kognitivního deficitu u pacientů s Alzheimerovou nemocí*. Olomouc, 2010. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra psychologie Filozofické fakulty. Vedoucí práce Radko OBEREIGNERŮ.

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Typ pracoviště

Tabulka 2 Délka odborné praxe respondentů

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 4 Věková kategorie pacientů

Tabulka 5 Forma dokumentace na oddělení

Tabulka 6 Získávání instrukcí k práci s HMT

Tabulka 7 Přístup k HMT vs. délka odborné praxe

Tabulka 8 Přístup k HMT vs. typ pracoviště

Tabulka 9 Přístup k HMT vs. stupeň vzdělání

Tabulka 10 Ztotožnění se s výroky

Tabulka 11 Oblast největšího přínosu HMT

Tabulka 12a Počet 1-3 vs. typ pracoviště

Tabulka 12b Počet 4-6 vs. typ pracoviště

Tabulka 12c Počet 7-10 vs. typ pracoviště

Tabulka 13 Množství HMT na jednu oblast vs. typ pracoviště

Tabulka 14 Volba senzitivnější HMT

Tabulka 15a Hodnocení bolesti vs. typ pracoviště

Tabulka 15b Hodnocení soběstačnosti vs. typ pracoviště

Tabulka 15c Hodnocení nutričního stavu vs. typ pracoviště

Tabulka 15d Měření rizik a komplikací vs. typ pracoviště

Tabulka 15e Hodnocení kognitivních funkcí vs. typ pracoviště

Tabulka 16 HMT při směnovém předávání informací vs. typ pracoviště

Tabulka 17 Využívání HMT dalšími členy týmu vs. typ pracoviště

Tabulka 18 Využití konkrétními členy týmu

Tabulka 19 Následné využití HMT

Tabulka 20 Postup po vyhodnocení HMT

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Získávání instrukcí k práci s HMT

Graf 2 Přístup k HMT vs. délka odborné praxe

Graf 3 Přístup k HMT vs. typ pracoviště

Graf 4 Přístup k HMT vs. stupeň vzdělání

Graf 5 Ztotožnění se s výroky

Graf 6 Oblast největšího přínosu HMT

Graf 7 Počet využívaných HMT vs. typ pracoviště

Graf 8 Množství HMT na jednu oblast vs. typ pracoviště

Graf 9 Volba senzitivnější HMT

Graf 10 Hodnocené oblasti vs. typ pracoviště

Graf 11 HMT při směnovém předávání informací vs. typ pracoviště

Graf 12 Využívání HMT dalšími členy týmu vs. typ pracoviště

Graf 13 Využití HMT konkrétními členy týmu

Graf 14 Následné využití HMT

Graf 15 Postup po vyhodnocení HMT

## SEZNAM ZKRATEK

AACD	Age Related Cognitive Decline
AD	Alzheimerova demence
ADL	Activity of Daily Living
ADP	agentura domácí péče
a.s.	akciová společnost
Bc.	bakalář
BMI	Body Mass Index
CNS	centrální nervová soustava
Dis.	diplomovaný specialista
DP	domácí péče
FMI	Functional Independent Measures
GS	Geriatrické syndromy
HMT	Hodnotící a měřící techniky
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr.	magistr
MoCA	Montreal - Cognitive Assessment
MMSE	Minimental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment – short form
MPQ	McGill Pain Questionary
NRS	Numeric Rating Scale
NRS	Nutritional Risk screening
MS	Microsoft
PADL	Personal Activities of Daily Living
s.r.o.	společnost s ručením omezeným
USA	United States of America
VAS	Visual Analogue Scale
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola
WHO	World Health Organization

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1, Dotazník

Příloha 2, Schválené žádosti o umožnění provedení výzkumu

## **Příloha 1, Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Klára Šikutová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Hodnotící a měřící techniky v péči o pacienty vyššího věku jako nástroj efektivní ošetrovatelské péče“.

Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Veškerá získaná data využiji pouze ke zpracování diplomové práce a případným návrhům ke zlepšení efektivity práce.

U otázek, když není napsáno jinak, vyberte jednu odpověď. Předem děkuji za ochotu a Váš cenný čas.

Bc. Klára Šikutová

1. Kde pracujete?

- a) chirurgické oddělení
- b) interní oddělení
- c) léčebna dlouhodobě nemocných
- d) domácí péče
- e) jiné:

2. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti ošetrovatelství? *(lze vybrat více možností)*

- a) SZŠ zdravotnický asistent
- b) SZŠ všeobecná sestra
- c) vyšší odborné Dis.
- d) vysokoškolské Bc.
- e) vysokoškolské Mgr.

4. Jaká je průměrná délka hospitalizace pacientů na Vašem oddělení?

- a) méně než týden
- b) týden
- c) méně než měsíc
- d) měsíc
- e) 3 měsíce
- f) 6 měsíců
- g) rok
- h) více než rok

5. S jakou věkovou kategorií se na oddělení nejčastěji setkáváte?

- a) do 50 let
- b) 51-60 let
- c) 61-70 let
- d) 71-89 let
- e) nad 90 let

6. S jakým výrokem se u “Hodnotících a měřících technik” (dále jen HMT) nejvíce ztotožňujete? *(lze vybrat více možností)*

- a) HMT nás upozorňují na skutečné možnosti, schopnosti a ohrožení pacienta
- b) HMT nás neupozorňují na skutečné možnosti, schopnosti a ohrožení pacienta
- c) HMT zjednodušují práci zdravotnickým pracovníkům.
- d) HMT komplikují práci zdravotnickým pracovníkům
- e) HMT jsou přínosem v komunikaci s ostatními členy týmu
- f) HMT nejsou přínosem v komunikaci s ostatními členy týmu

7. S jakou formou dokumentace pracujete?

- a) tištěná
- b) elektronická
- c) kombinace obou



8. Kde získáváte instrukce k práci s HMT? *(lze vybrat více možností)*
- a) od vrchní sestry
  - b) od staniční sestry
  - c) od kolegyní
  - d) ze standardů daného oddělení
  - e) ze školy
  - f) ze samotných instrukcí HMT
  - g) jiné- prosím konkretizujte:
9. Vyberte prosím oblasti, které u pacientů obvykle hodnotíte. *(lze vybrat více možností)*
- a) hodnocení bolesti
  - b) hodnocení soběstačnosti
  - c) hodnocení nutričního stavu
  - d) měření rizik a komplikací
  - e) hodnocení kognitivních funkcí
  - f) jiné- prosím konkretizujte:
10. Kolik HMT celkově využíváte na Vašem pracovišti?
- a) 0
  - b) 1-3
  - c) 4-6
  - d) 7-10
  - e) více
11. Využíváte na jednu oblast více typů HMT?
- a) ne – pokud ne, pokračujte prosím otázkou č. 13
  - b) ano
12. Na základě čeho volíte jiné, senzitivnější typy HMT?
- a) na základě výsledků předchozí HMT
  - b) na základě vlastních zkušeností
  - c) dle standardů oddělení
  - d) po konzultaci s lékařem
  - e) po konzultaci se staniční sestrou
  - f) nevím

13. V jaké oblasti shledáváte největší přínos HMT?
- samotná péče o pacienta
  - kontrola kvality léčby
  - hodnocení pacientova stavu v čase
  - přenos informací v multidisciplinárním týmu
  - v žádné
14. Považujete HMT za efektivní nástroj ošetrovatelské péče?
- ano
  - spíše ano
  - ne
  - spíše ne
  - nevím
15. Věnujete pozornost HMT při směnovém předávání informací o pacientovi?
- ano
  - spíše ano
  - ne
  - spíše ne
16. Pracují s výsledky HMT další členové týmu?
- ne
  - ano – pokud ano, kteří:
    - lékaři
    - staniční sestra
    - fyzioterapeuti
    - ergoterapeuti
    - nutriční terapeuti
    - jiní:
17. Jak následně využíváte HMT? *(lze vybrat více možností)*
- jako nástroj ke zlepšení kvality poskytované péče
  - k výuce studentů
  - při zapojování rodiny do péče o pacienta
  - poskytnutí výsledků dalším členům týmu
  - nevím
  - jiné:

18. Jak postupujete po vyhodnocení HMT? *(lze vybrat více možností)*

- a) přizpůsobení ošetrovatelské péče
- b) informování lékaře
- c) zařazení další senzitivnější HMT
- d) poskytují stále stejnou péči
- e) nevím

19. Popište prosím stručně Váš osobní přístup k práci s HMT

## Příloha 2, Schválené žádosti o umožnění provedení výzkumu

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Teplice, o.z.  
Hlavní sestra  
Mgr. Kateřina Vágnerová  
Duchcovská 53  
415 29 Teplice

**Věc:** Žádost o povolení provedení výzkumu

Jmenuji se Klára Šikutová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku ke zpracování mé diplomové práce na téma „Hodnotící a měřicí techniky v péči o pacienty vyššího věku jako nástroj efektivní ošetrovatelské péče“.

Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit pouze pro potřeby zpracování mé diplomové práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejněny.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem Bc. Klára Šikutová

V Plzni dne 5.1.2016

Bc. Klára Šikutová  
Krásné Údolí 217  
381 01, Český Krumlov  
Mobil:724960670  
e-mail:sikutova.klara@gmail.com

*Souhlas*

Z	Krajská zdravotní, a.s. Nemocnice Teplice, o.z.	1
950	hlavní sestra	<b>Mgr. Kateřina Vágnerová</b>
04	Duchcovská 53, 415 29 Teplice IČ: 25484677, tel: 417 519 111	1/2

Domovinka ADP s.r.o  
Ředitelka  
Mgr. Bohumila Hajšmanová  
Úslavská 2357/75  
326 00 Plzeň

**Věc:** Žádost o povolení provedení výzkumu

Jmenuji se Klára Šikutová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku ke zpracování mé diplomové práce na téma „Hodnotící a měřicí techniky v péči o pacienty vyššího věku jako nástroj efektivní ošetřovatelské péče“.

Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit pouze pro potřeby zpracování mé diplomové práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejněny.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem Bc. Klára Šikutová

V Plzni dne 5.1.2016

Bc. Klára Šikutová  
Krásné Údolí 217  
381 01, Český Krumlov  
Mobil: 724960670  
e-mail: sikutova.klara@gmail.com

*S vyjádřením souhlasu.  
Dne 5.1.2016*



Městská nemocnice Plzeň, Privamed a.s.  
Ředitelka ošetrovatelské péče  
Magdaléna Budková  
Kotíkovská 17  
323 00 Plzeň

**Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu**

Jmenuji se Klára Šikutová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku ke zpracování mé diplomové práce na téma „Hodnotící a měřicí techniky v péči o pacienty vyššího věku jako nástroj efektivní ošetrovatelské péče“.

Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit pouze pro potřeby zpracování mé diplomové práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejněny.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem Bc. Klára Šikutová

V Plzni dne 5.1.2016

*pln* *Magdaléna*  
*Magdaléna Budková*  
Ředitelka ošetrovatelské péče  
Městská nemocnice Plzeň  
PRIVAMED a.s.  
Kotíkovská 17, 323 00 Plzeň  
IČO: 48 68 52 51 ©

Bc. Klára Šikutová  
Krásné Údolí 217  
381 01, Český Krumlov  
Mobil: 724960670  
e-mail: [sikutova.klara@gmail.com](mailto:sikutova.klara@gmail.com)

Nemocnice Český Krumlov, a.s.  
Hlavní sestra  
Mgr. Dana Podholová  
Nemocniční 429  
381 27 Český Krumlov

**Věc:** Žádost o povolení provedení výzkumu

Jmenuji se Klára Šikutová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku ke zpracování mé diplomové práce na téma „Hodnotící a měřicí techniky v péči o pacienty vyššího věku jako nástroj efektivní ošetrovatelské péče“.

Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit pouze pro potřeby zpracování mé diplomové práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejněny.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem Bc. Klára Šikutová

V Plzni dne 5.1.2016

**NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s.**  
Horní Brána 429  
381 27 Český Krumlov  
Mgr. Dana Podholová  
hlavní sestra  
Tel. 380 761 301, mobil: 606 643 147



Bc. Klára Šikutová  
Krásné Údolí 217  
381 01, Český Krumlov  
Mobil: 724960670  
e-mail: sikutova.klara@gmail.com

Městská nemocnice Duchcov  
Vrchní sestra NOP  
Inka Semelková  
Nemocniční 264  
419 01 Duchcov

**Věc:** Žádost o povolení provedení výzkumu

Jmenuji se Klára Šikutová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí možnosti distribuce dotazníku ke zpracování mé diplomové práce na téma „Hodnotící a měřící techniky v péči o pacienty vyššího věku jako nástroj efektivní ošetrovatelské péče“.

Dotazníky jsou zcela anonymní a budou sloužit pouze pro potřeby zpracování mé diplomové práce. Po jejich analýze nebudou výsledky šetření nikde jinde zveřejněny.

Za kladné vyřízení žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem Bc. Klára Šikutová

V Plzni dne 5.1.2016

Bc. Klára Šikutová  
Krásné Údolí 217  
381 01, Český Krumlov  
Mobil: 724960670  
e-mail: sikutova.klara@gmail.com

*"S výkladem souhlasím"*  
*datum: 11.1.2016*  
*podpis*  
*Kačírka*

58	Následná ošetrovatelská péče
535	VITA, s.r.o., Nemocniční 264
991	419 01 Duchcov
	IČ: 61537713
	Tel.: 417 514 211, 775...

*Semelková Lindiška*

Mudr. Abdul Khalouf