

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Dana Flaisigová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**MÍRA VYUŽÍVÁNÍ TESTŮ A ŠKÁL
V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI NA INTERNÍM ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 28. 3. 2013

.....

Děkuji Mgr. et Bc. Simoně Kubešové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Flaisigová Dana

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Míra využívání testů a škál v ošetřovatelské praxi na interním oddělení

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

Počet stran: číslované 55, nečíslované 41

Počet příloh: 26

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: všeobecná sestra, škála, test, hodnotící techniky, měřící techniky, pacient.

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou měřících a hodnotících technik v ošetřovatelské péči. Cílem práce bylo zjistit, v jaké míře všeobecné sestry z interních oborů využívají ve své praxi měřící a hodnotící techniky, jaké oblasti jimi hodnotí a jaké škály a testy k tomu využívají. K dosažení těchto informací byl použit kvantitativní výzkum dotazníkem. Součástí šetření bylo odhalit případné překážky bránící sestrám v kvalitním hodnocení pacienta a zjistit možnosti sester ve výběru škály či testu.

ANNOTATION

Surname and name: Flaisigová Dana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The rate of use of tests and scales in nursing practice in internal medicine

Consultant: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

Number of pages: 55

Number of appendices: 26

Number of literature items used: 36

Key words: general nurse, scale, test, assessment techniques, measurement techniques, patient.

Summary:

This bachelor thesis deals with assessment and measurement techniques in the nursing care. It aims to discover to what extent general nurses working in internal medicine use assessment and measurement techniques in practice, what areas are measured using those techniques and what scales and tests are applied to that end. A questionnaire-based quantitative survey to obtain the information was used. The survey was intended to reveal any obstacles preventing nurses from performing high-quality patient assessments and identify scale and test selection options available to general nurses.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 NOVÉ METODY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	9
2 MĚŘICÍ A HODNOTÍCÍ TECHNIKY	11
2.1 Hodnocení bolesti.....	11
2.2 Hodnocení soběstačnosti.....	15
2.3 Hodnocení stavu vědomí	17
2.4 Hodnocení kognitivních funkcí.....	18
2.5 Hodnocení psychického stavu	20
2.6 Hodnocení nutričního stavu	21
2.7 Hodnocení rizika vzniku dekubitu	22
2.8 Hodnocení rizika pádu	25
2.9 Hodnocení dalších možných komplikací	26
3 VYUŽITÍ TESTŮ A ŠKÁL V INTERNÍCH OBORECH.....	28
3.1 Příklad využití hodnotících testů a škál u pacienta na interním oddělení	28
PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
4 FORMULACE PROBLÉMU	31
5 CÍLE PRÁCE.....	31
6 METODIKA	31
7 HYPOTÉZY.....	32
8 VZOREK RESPONDENTŮ	33
9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	34
10 DISKUZE	49
ZÁVĚR.....	54
LITERATURA A PRAMENY	56

SEZNAM ZKRATEK.....	59
SEZNAM GRAFŮ	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Ošetřovatelství je vědní obor, který se neustále rozvíjí. Stále hledá a přichází na nové metody, kterými bude pacientovi poskytnuta kvalitní a profesionální ošetřovatelská péče. Jedním z velkých přínosů jsou měřicí a hodnotící techniky. Velmi široké uplatnění těchto technik se nabízí v interních oborech, kde se setkáváme velkým množstvím různých onemocnění. Je zde velmi důležité zhodnotit pacienta v mnoha oblastech, odhalit ošetřovatelské problémy a potencionální rizika. Využití těchto metod poskytne všeobecné sestře objektivní pohled na pacientův zdravotní stav a pomůže tak uspokojit jeho potřeby.

Zařízení, ve kterém pracuji, se stalo před krátkou dobou pečovatelským domem. Převážnou část naší klientely tvoří starší lidé. Mnoho z nich má i nějaké postižení. S narůstajícím věkem se také objevují různá onemocnění, potíže a potřeby. Hlavním cílem našeho zařízení je poskytnout svým klientům co nejlepší a nejkvalitnější ošetřovatelskou péči.

V posledních letech vstoupily do popředí měřicí a hodnotící techniky. Mnoho zdravotních zařízení tyto metody již zařadilo do činností všeobecných sester při poskytování ošetřovatelské péče a hodnotící škály a testy se staly součástí ošetřovatelské dokumentace.

V našem zařízení se s touto metodou pracuje zatím krátce a hodnotící škály a testy se v praxi teprve rozvíjejí. Tato problematika se pro mnoho mých kolegů stala v poslední době častým námětem k diskuzím. Využívání hodnotících a měřících technik bychom v našem zařízení rádi rozšířili. To bylo také hlavním důvodem, proč jsem si zvolila toto téma pro svou bakalářskou práci. Průzkumným šetřením bych chtěla získat informace o možnostech hodnocení. Získat přehled o tom, co se v praxi na jiných pracovištích osvědčilo, jaké oblasti se hodnotí a jaké typy škál se k hodnocení nejčastěji využívají.

Tato práce je tedy zaměřena na problematiku týkající se hodnocení pacienta všeobecnou sestrou za pomoci hodnotících škál a testů. Je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a praktické. Teoretická část je věnována různým oblastem, ve kterých lze hodnotící a měřicí metody uplatnit. Ke každé z uvedených oblastí je uvedeno několik možných hodnotících škál a testů. Druhá část této práce se zabývá samotným průzkumem. Pro toto šetření byla vybrána zařízení, která se svojí klientelou podobají té naší. Proto jsme se zaměřili na interní obory. Průzkumu se zúčastnilo 102 respondentů z řad všeobecných sester pracujících na interních odděleních, léčebnách dlouhodobě nemocných nebo na gerontopsychiatrii. Všem byl rozdán dotazník. Výsledky jsou prezentovány ve formě grafů a blíže rozvedeny v diskuzi, která je součástí této části.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NOVÉ METODY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Během posledních let dochází k velkému rozvoji oboru ošetřovatelství a změnám v roli všeobecné sestry. Ta se dnes na ošetřovatelské péči podílí aktivně, má mnohem více kompetencí než dříve. Očekává se od ní vysoká profesionalita a kvalitní ošetřovatelská péče, která je přesně stanovena ve standardech daného pracoviště. Těmito standardy se všeobecná sestra musí řídit. Je důležité, aby měla dostatek vědomostních a praktických znalostí. Dalším důležitým bodem pro správnou ošetřovatelskou péči je individuální přístup k jednotlivým pacientům. (1)

V ošetřovatelství dnes všeobecná sestra pracuje metodou ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je složen z pěti na sebe navazujících kroků, které nazýváme posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. V první a poslední fázi tohoto procesu používá sestra mimo jiných metod i měřicí a hodnotící techniky. V první fázi ošetřovatelského procesu jich využívá ke sběru nebo doplnění potřebných dat o pacientovi. V konečné fázi ošetřovatelského procesu jich využívá ke zhodnocení výsledků, zda došlo u pacienta k odstranění nebo zmírnění předem stanoveného ošetřovatelského problému. (2, 3)

Měřicí a hodnotící techniky se v poslední době staly důležitou součástí sesterské dokumentace. Setkáme se s nimi v podobě různých škál, testů nebo dotazníků. Sestrám dávají objektivní náhled na zdravotní stav pacienta, na jehož základě pak lépe stanovují individuální plán ošetřovatelské péče. Tím se staly velkým přínosem pro obor ošetřovatelství. (4)

Z dob minulých se nám jistě vybaví barevná škála pro orientační vyšetření moči. Jde o chemické vyšetření moči pomocí barevných testovacích papírků. Je to velmi snadná a rychlá metoda. Papírek se barevným koncem ponoří do vzorku moče a ten se po chvíli různě zbarví a my pak podle návodu na obalu odečteme výsledek. Tato metoda umožňuje zjistit přítomnost látek, jako jsou: bílkovina, bilirubin, cukr, krev, hemoglobin, ketolátky a pH moči. (5)

V posledním desetiletí se však s těmito technikami pracuje mnohem častěji. Ve velké míře používáme techniky převzaté ze zahraničí nebo modifikované. U nás zatím nebyly ani hromadně publikovány. Shromáždit se je zatím snažila jen doc. PhDr. Marta Staňková,

CSc. ve své praktické příručce pro sestry nazvané *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Hned na začátku uvádí Staňková (6, s. 5 – 6), že sběr materiálů nebyl jednoduchý, materiály získávala u nás i ze zahraničí. U některých technik se ale nedal dohledat zdroj, u jiných není jasné, zda nejde o modifikaci (6).

2 MĚŘÍCÍ A HODNOTÍCÍ TECHNIKY

Hodnotící techniky můžeme rozdělit do několika skupin podle toho, jakou oblast chceme u nemocného sledovat a hodnotit. Často se s nimi setkáváme při hodnocení bolesti, nutričního stavu, míry soběstačnosti. Dále je využíváme k hodnocení kognitivních funkcí, stavu psychiky a vědomí. Také nám pomáhají odhalit různá rizika jako je například riziko vzniku dekubitu nebo riziko pádu (4, 6).

Tato práce bude zaměřena na měřicí a hodnotící techniky na interních odděleních, kde se převážně vyskytují dospělí pacienti, proto zde nebudou uváděny dětské škály.

2.1 Hodnocení bolesti

Bolest je vjem, se kterým se jistě setkal už každý z nás. Bolest člověka provází celý život. Vždy nějakým způsobem zasáhne do našeho života a ovlivní ho, často nás omezí v dosavadních každodenních činnostech. Dlouhotrvající bolest má za následek postupné vyčerpání organismu. Také silně ovlivňuje psychickou stránku pacienta. Při neřešení tohoto velmi obtěžujícího problému může dojít k poruše komunikace mezi pacientem a okolím a k postupné izolaci pacienta. To se pak negativně odráží v ošetrovatelské péči a léčbě. Je tedy velmi důležité, aby sestra měla v tomto směru dostatek znalostí a dokázala včas bolest u pacienta odhalit a snažila se ji řešit. (7, 8)

Bolest se dělí na akutní a chronickou. Akutní bolest signalizuje, že je něco v nepořádku, upozorňuje nemocného na možnou chorobu a nutí ho k návštěvě lékaře. Tato bolest zpravidla brzo odezní. Chronická bolest je dlouhodobá, trvající několik měsíců, opakující se. Pro pacienta představuje velkou zátěž a změnu dosavadního života. (9)

Při hodnocení bolesti se díváme na její kvalitativní i kvantitativní stránku. Kvalitou rozumíme místo, trvání a šíření bolesti. Kvantitativním měřením zjišťujeme míru bolesti (10).

Bolest je subjektivní prožitek nemocného. Její objektivní posouzení je velmi obtížné. Z toho důvodu bylo vytvořeno několik měřících a hodnotících škál, které tento úkol sestře značně ulehčují. (11)

Měřicí a hodnotící techniky bývají často využívány i k hodnocení léčby bolesti podáváním analgetik. Objektivně a přehledně ukazují průběh a efektivitu dané léčby.

Vizuální analogová škála bolesti (VAS) - je velmi často používanou škálou (Příloha 1) k měření intenzity bolesti. Jedná se o přímku, která je označena čísly 0 – 10, přičemž jednotlivá čísla znamenají určitou míru bolesti: 0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest. Po poučení sestrou pacient číslem označí, jak vnímá svou bolest. Tato škála má více podobných verzí. Téměř totožná s VAS je i škála v podobě teploměru. (9)

Verbální stupnice bolesti – využívá k popsání síly bolesti daná slova: bez bolesti, mírná, střední, silná, velmi silná a nejhorší bolest. Nemocný vybere z nabídky slov to, které nejlépe vystihuje míru prožívané bolesti.

Numerická stupnice bolesti (Příloha 1) – pacient slovně vyjádří intenzitu bolesti, kterou pociťuje. Použije k tomu čísla od 0 do 10; 0 v tomto případě znamená žádná bolest, 10 představuje nejhorší možnou bolest. (12)

Škála výrazů obličeje pro měření bolesti – je jedním z typů vizuální analogové škály. Nemocný vidí na obrázku šest vedle sebe nakreslených obličejů označených čísly 0 – 6 (Příloha 1). Obličej se od sebe liší mimikou, od úsměvu až po pláč. Mimika vyjadřuje určitou intenzitu bolesti. Nemocný označí obličej, který nejlépe vyjadřuje jeho bolest.

Záznam jednorázového hodnocení bolesti – v tomto záznamu (Příloha 2) sledujeme šest údajů o bolesti. Jsou jimi:

- Topologie – do dvou obrázků lidského těla (zepředu a zezadu) zakreslujeme místo a propagaci bolesti udané pacientem, zakreslit může i pacient sám
- intenzita bolesti – zaznamenáme pomocí číselné přímky, která je označena čísly 0 – 10, kdy 0 = žádná bolest a 10 = nejvyšší možná bolest
- kvalita – nemocný uvede, o jakou bolest se jedná, využije k tomu předepsané možnosti (tupá, pálivá a další) nebo udá svou vlastní
- čas – zde uvedeme, kdy se bolest objevuje, s čím bolest souvisí a jak dlouho trvá
- ovlivnitelnost – z uvedených možností vybereme, co bolest snižuje nebo naopak zvyšuje
- reakce nemocného na bolest – nejlépe vystihující reakci zaškrtneme v navržených možnostech nebo napíšeme

Po vyplnění celého dotazníku sestra dopíše datum a podepíše se. Záznam založí do ošetrovatelské dokumentace.

Záznam hodnocení bolesti – jde o obdobný záznam (Příloha 3) jako výše uvedený. Opět zaznamenáváme lokalizaci bolesti, intenzitu, kvalitu, čas, co bolest ovlivňuje a reakce na bolest. Jediným rozdílem je, že tento záznam vedeme delší dobu.(13)

Mapa bolesti (M. S. Margoles) – na obrázku jsou znázorněny lidské postavy ze čtyř základních pohledů – zepředu, zezadu, zleva, zprava (Příloha 4). Pacient přesně označí místa bolesti pomocí barev:

- Modrá = bolest obecně
- Červená = bolest pálivá
- Žlutá = bolest tupá
- Zelená = bolest svíravá

Body Parts Problem Assaessment (Kabat – Zinna, 1983) – dotazník, který pomáhá lokalizovat bolest. Pacient na daném nákresu lidského těla označí místo bolesti, pomocí pětistupňové škály vyjádří míru bolesti a uvede čas, kdy se bolest objevila.

Srovnávací turniketová metoda (tzv. ischemická metoda měření) – tato metoda se používá k odhalení prahu a tolerance bolesti. Metoda se podobá měření krevního tlaku. Nemocnému se nafukuje manžeta umístěná na paži, ten při tom střídavě zavírá a otevírá ruku v pěst. Tím narůstá ischemická bolest. Měření končí momentem, kdy se vyrovná bolest vytvořená bolesti pociťované. (14)

Krátký inventář bolesti (BPI – Brief Pain Investory) – stručný dotazník (Příloha 5) velmi často používaný u onkologických pacientů. Hodnotí bolest za uběhlých 24 hodin. Nejprve se hodnotí výskyt a intenzita bolesti. Poté se sleduje léčba a její efektivnost a v neposlední řadě, jak bolest působí na život pacienta. K lokalizaci bolesti se používá mapa bolesti.

Deníky bolesti – deník je vhodnou pomůckou u pacientů trpících chronickou bolestí. Pacient si vede záznam o své bolesti pomocí šesti kritérií, kterými jsou: příznaky a síla bolesti, čas výskytu bolesti, za jakých okolností se objevuje, k jakým úvahám pacienta vede, jaké intervence pacient podnikl a jak byly efektivní.

McGillský dotazník bolesti - také označován jako dotazník McGillovy university (MPQ). Tato metoda je využívána ke zjištění celkové chronické bolesti. Informuje o její kvalitě a míře. Součástí tohoto dotazníku jsou vizuální analogová škála, verbální škála pro zhodnocení intenzity akutní bolesti a mapa bolesti. Hodnocení probíhá ve dvou částech.

Vše se oboduje a sečte, součtem se zjistí celkový index bolesti. K tomu se zhodnotí všechny popsané bolesti (78 možných popisů bolesti v dotazníku).

Krátká verze McGillského dotazníku bolesti (SF - MPQ) – tento dotazník je zestručněnou verzí předchozího dotazníku. I tuto verzi doplňují techniky jako vizuální analogová škála, mapa bolesti a verbální škála pro zhodnocení intenzity akutní bolesti. Od původní verze se liší počtem popisů bolesti, zde je již jen 15 popsaných bolestí. Výsledkem je celkový index bolesti a součet bodů pro afektivní a senzorické popisy bolesti.

Pain Assaessment in Advanced Dementia (PAINAD) – tato škála je využívána u dementních pacientů v pokročilé fázi. Metoda umožňuje rozpoznat přítomnost bolesti a vyhodnotit ji. Bolest se sleduje pomocí neverbálních projevů. Sledujeme dýchání, výraz obličeje, řeč těla, bolestivou vokalizaci a tišení bolesti. Každá položka může být ohodnocena 0 až 2 body, maximálně můžeme tedy dosáhnout 10 bodů, minimální počet je 0 bodů. (15)

Grafický záznam hodnocení bolesti (podle Institutu Gustave Roussy) – záznam se používá u pacientů léčených analgetiky. Podává náhled na efektivitu léčby. Provádí se hodinový záznam na stupnici od 0 do 10 bodů. Záznam vytváří křivku. V dolní části se zapisují podané léky na bolest.

Management bolesti – je tiskopis pro všechny zdravotníky, kteří s pacientem pracují. Vpisují do něj aplikované léky a případné reakce na ně. Dále se zhodnotí objektivní stav sedace a napíší další metody, kterými lze zmírnit bolest (masáž a jiné).

Hodnocení bolesti (podle Hospital Broussais, Paříž, 1998) – je sada několika tabulek. Jedna z tabulek obsahuje číselnou škálu bolesti. Hodnoty se zaznamenávají třikrát denně spolu s hodnotami krevního tlaku a tepové frekvence. V ostatních tabulkách se popisuje léčba analgetiky a její vedlejší účinky. Také se zaznamenává výsledek pozorování sestrou, u pacientů s porušeným vědomím se sledují verbální a neverbální projevy na danou bolest (dýchání, mimika a jiné).

Mobid 1 a 2 – na desetistupňové škále se hodnotí reakce na běžné pohyby u nesoběstačného pacienta. Sledují se hlavně verbálně projevené reakce na bolest, výraz obličeje a motorické odpovědi. Mobid 2 (Příloha 6) je zaměřen na lokalizaci bolesti. Ta se zaznamenává do nákresu lidského těla. (16)

Denní záznam bolesti podle Melzacka – je záznam formou tabulky (Příloha 7). Ta je tvořena svislým sloupcem, kde jsou uvedeny dny v týdnu. V horním řádku jsou kolonky na

části dne, kolonka na léky a spánek. Intenzita bolesti se hodnotí podle pětistupňové škály, kdy 0 = žádná a 5 = nesnesitelná bolest. Do příčné kolonky v tabulce se pak zapíše číslo vypovídající o bolesti. Do kolonky spánek se uvede počet naspáných hodin a v kolonce léky počet tabletek podaného léku na tišení bolesti.(13)

2.2 Hodnocení soběstačnosti

Soběstačnost můžeme definovat jako schopnost být plně samostatný ve vykonávání běžných denních činností a nebýt na žádnou jinou osobu odkázaný. Hlavně staří a nemocní lidé si kladou otázku, zda se o sebe zvládnou postarat. Cílem kvalitní ošetrovatelské péče je identifikace možného rizika deficitu v sebepéči, snažit se o jeho odstranění, zlepšení nebo alespoň udržení stávající míry soběstačnosti. Pomůckou při hodnocení rizika jsou různé testy a škály.

Barthelův test všedních činností (ADL) – slouží ke zhodnocení míry závislosti nemocného při běžných denních činnostech a upozorňuje na možnou závislost na jiné osobě. Je vhodnou pomůckou při plánování individuální ošetrovatelské péče během hospitalizace a v podniknutí dalších intervencí při propouštění do domácího prostředí. Test (Příloha 8) ukáže, zda bude pacient vše zvládat sám nebo zda bude třeba pomoc druhé osoby. Oblasti, které se hodnotí, jsou najezení, napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moče a stolice, použití WC, přesuny, chůze po rovině a schodech. Z navržených možností se vybere ta nejlépe vystihující provedení daného úkonu a oboduje se. Hodnocení: 0 – 40 bodů = vysoce závislý, 45 – 60 bodů = závislost středního stupně, 65 – 95 = lehká závislost, 100 bodů = nezávislý. (17, 18)

Barthelův index (BI, Mahoney a Barthel, 1965) – autory této škály jsou lékařka a fyzioterapeutka. Použitím tohoto indexu se měří schopnost vykonat danou činnost pro určitou oblast, zda pacient vykonává úkony sám či s pomocí další osoby. Primárně byl tento test určen pro pacienty s neurosvalovým a myoskeletárním onemocněním. Dnes našel uplatnění hlavně u starých pacientů. Oblasti, které se sledují, jsou stravování, přemisťování se, osobní hygiena, použití WC, koupání, kontinence moči a stolice, oblékání a svlékání, chůze po rovině a schodech. U každé sledované činnosti se nabízí několik možností provedení. Hodnotí se vždy po pěti bodech (tedy 5, 10 nebo 15). Maximální počet získaných bodů je 100. (10)

Test instrumentálních všedních činností (IADL - Instrumental Activities of Daily Living) – se užívá k hodnocení lehčího deficitu soběstačnosti. Poprvé ho vyzkoušeli v roce 1969

Lawton a Brody, kteří zkoumali sebeobsluhu starších lidí. Testem (Příloha 9) se hodnotí činnosti, které člověk potřebuje k životu. Sleduje se samostatnost a nezávislost. Jde o činnosti, jako jsou například nakupování, vaření, hospodaření s penězi. Zodpovězená otázka se hodnotí body 0, 5, 10 podle zvolené odpovědi. Klasifikace testu je: 0 – 40 bodů znamená nesoběstačnost v denních činnostech, 45 – 75 bodů ukazuje na částečnou soběstačnost a 80 bodů na soběstačnost. (13, 18)

Katzův Index (1963) – sleduje samostatnost nebo naopak závislost při sebeobslužných činnostech. Je více využíván v zahraničních zdravotnických zařízeních. Touto metodou se sleduje, do jaké míry je pacient schopen vykonávat základní činnosti. Zkoumanými oblastmi jsou koupání, oblékání, vyprazdňování, přemísťování, kontinence, příjem potravy. (18)

Funkční míra nezávislosti (FIM - Functional Independent Measure) – tato škála vznikla v USA, v Evropě se používá od roku 1987 a je mezinárodně uznávanou hodnotící technikou. Patří k základnímu vyšetření nemocného na rehabilitačním pracovišti, ale můžeme ji také využít na interním oddělení. Touto metodou sbíráme potřebná data o denních pacientových činnostech bez ohledu na diagnosu. Tento test vychází z Barthelova testu. Je zaměřen na šest okruhů týkajících se oblasti sebepečení a to na kontrolu sfinkterů, mobilitu, lokomoci, komunikaci a sociální přizpůsobivost. Každá činnost se hodnotí body 1 – 7, od plné závislosti po plnou soběstačnost. Celkový počet se nachází v rozmezí od 18 do 126 bodů. V naší republice je tato metoda málo využívána. (17)

Test ošetřovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou) – tento test (Příloha 10) umožňuje zhodnotit míru pacientovy soběstačnosti a současně informuje ošetřovatelský personál o tom, v jakém rozsahu je potřeba poskytnout pacientovy ošetřovatelskou péči. V testu se hodnotí osm činností, kterými jsou schopnost pohybu, osobní hygiena, stravování, inkontinence moče a stolice, používání toalety, proleženiny a spolupráce s pacientem. Každá činnost má 2–3 možnosti provedení, ke kterým je přiřazen určitý počet bodů. 0 bodů znamená plnou soběstačnost, 38 bodů vypovídá o plné závislosti, představuje pro ošetřující personál vysokou míru zátěže.

Testování vývoje soběstačnosti (TVS, Geriatric Unit at Hospital, Bolzano) – sestra v pravidelných intervalech hodnotí a zaznamenává míru soběstačnosti pacienta. Jednotlivé oblasti ohodnotí body 0 – 5. Vše zanáší do stejného předtištěného formuláře, vždy k tomu

použije jinou pastelku (barvu). Spojnice dané barvy znázorňuje pacientův stávající stav a změny soběstačnosti v čase. (6)

Škála závislosti na péči (PAS, Nizozemí) – používá se na geriatrických odděleních, v domovech s pečovatelskou službou ale i v klinických oborech. Sestra nebo pečovatel hodnotí závislost klienta na péči jinou osobou. K hodnocení se použije 15 předepsaných základních potřeb (podle Virginie Henderson). Přidělují se body 1- 5, rozmezí dosažených bodů se pohybuje mezi 15 – 75 body. Vysoká závislost nastává, když je počet dosažených bodů 15 – 44, o střední závislosti vypovídá 45 – 59 bodů, mírná závislost na péči je při získání 60 – 75 bodů.

2.3 Hodnocení stavu vědomí

Vědomí umožňuje uvědomování si své osoby, vnímat a zpracovávat podněty z okolního světa a adekvátním způsobem na ně reagovat. Za jasné vědomí se považuje plná orientace v čase a prostoru. Indikací ke sledování stavu vědomí jsou onemocnění a poranění nervového systému, psychózy, požití některých léků, omamné a návykové látky, život ohrožující situace, pooperační stavy nebo anestezie. Lidé s narušeným vědomím nereagují adekvátním způsobem na dané situace, mohou dokonce ohrožovat sebe a své okolí. Poruchy vědomí rozdělujeme na kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní se podle míry poruchy dále rozdělují na somnolenci, sopor a koma. Koma je považováno za nejtěžší poruchu, pacient nereaguje na žádné podněty a je ve stavu bezvědomí. Kvalitativní poruchy můžeme pozorovat v těchto oblastech: pozornost, vnímání, myšlení, paměť. Na kvalitativní poruchy poukazuje i narušená emotivita, narušený rytmus spánku nebo neurologické příznaky, jako jsou například tremor, afázie, ataxie a další. (10)

Glasgow Coma Scale (GCS) – škála (Příloha 11) posuzuje autonomní nervový systém. Hodnotí, jak si pacient uvědomuje okolní prostředí a jaké jsou jeho kognitivní schopnosti při provádění zadaného úkolu. Účelem GCS je zhodnocení stavu vědomí, upozornit na poruchy vědomí a neurologické poruchy (např. CMP). Škála se využívá při monitoraci pacientů po úrazech hlavy, po intrakraniálních operačních výkonech. Hodnocení je zaměřeno na tři oblasti: reakce otevření očí, motorická reakce a verbální reakce. Při hodnocení reakce otevření očí sledujeme velikost zornic a reakci na světlo. Pokud pacient nereaguje spontánně, lze použít bolestivého podnětu. Součástí GCS je i sledování fyziologických funkcí: tělesné teploty, krevního tlaku, dechu a srdeční činnosti. Mohou být zdrojem poruchy vědomí. Zaznamenává se nejlepší výkon pacienta, který se oboduje.

Součtem bodů se zjistí neurologický stav pacienta. Hodnocení se pohybuje v rozmezí od 3 do 15 bodů, 15 bodů = plné vědomí, od 7 bodů = kritický stav mozku, od 3 bodů = mozková smrt. (10, 19)

2.4 Hodnocení kognitivních funkcí

Globální deteriorativní škála podle Reisberga (Reisbergova škála)

Deteriorace = zhoršení intelektových schopností, které se objevuje například při demenci, respektive u Alzheimerovy choroby. Tato sedmistupňová škála (Příloha 12) dává dobrý přehled o průběhu a stavu demence (7 fází Alzheimerovy choroby). Bodování každého stupně probíhá formou pozorování a rozhovorů. Stupně:

- Stupeň 1 = žádné kognitivní poškození – nic nenasvědčuje paměťovému deficitu
- Stupeň 2 = velmi nízké kognitivní poškození – pacient si stěžuje na mírné nedostatky, kterými jsou například zapomínání známých slov, zapomínání místa, kam odložil daný předmět
- Stupeň 3 = mírný pokles kognitivních funkcí – nedostatků si všimá i blízké okolí, objevují se potíže s pamětí a koncentrací, deficit se objeví ve více než jedné z uvedených oblastí
- Stupeň 4 = střední kognitivní poškození – poškození sledujeme v orientaci v neznámém prostředí, orientace v čase a orientace osob zůstává zachována, objevují se potíže s koncentrací, při manipulaci s penězi, špatně si vzpomínají na nedávné situace
- Stupeň 5 = středně těžké kognitivní poškození – objevují se velké mezery v paměti; vzniká potřeba cizí pomoci ke zvládnutí situace; těžko si vybavují uplynulý život; jména příbuzných, adresy a telefonní čísla si nevybaví; ukazuje se častá dezorientace v čase a prostoru; nastávají potíže s výběrem odpovídajícího oblečení
- Stupeň 6 = těžké kognitivní poškození – nevybaví si žádné znalosti a dovednosti z nedávného období, nezná jméno partnera, neuvědomuje si roční doby a čas, není schopen plynně počítat od 10 k 1, objevují se potíže s denními činnostmi, nastává porucha denního a nočního rytmu, dochází ke změně osobnosti, k poruše vnímání pocitů
- Stupeň 7 = velmi těžké kognitivní poškození neboli konečná fáze onemocnění – nastává plná ztráta psychomotorických schopností, mizí schopnost reagovat,

ukazují se časté slovní ztráty, při vykonávání denních činností je odkázán na druhé.
(20)

Rychlý screening demence – hodnotí potíže s pamětí. Tento dotazník (Příloha 13) vyplní rodina nemocného. Spočívá v zodpovězení 11 připravených dotazů. Možné odpovědi jsou *ne* za 2 body, *někdy* za 1 bod, *ano* nebo *často* za 0 bodů. Maximální počet bodů je 22, což znamená normální stav. Čím méně bodů pacient získá, tím horší a větší obtíže to znamená (13).

Hodinový test – používá se u pacientů s demencí, která se v počátku projevuje poruchou prostorového citění. Často je využíván u Alzheimerovy choroby. Jedná se o kognitivní screeningovou metodu. Nemocný je požádán, aby nakreslil hodiny s ciferníkem. Poté je vyzván, aby zaznamenal čas 11 hodin 10 minut. Přesné hodnocení tohoto testu není, nelze ani přesně lokalizovat poškození. Za normu se považuje správný ciferník a správně zakreslený čas. Test se provádí v průběhu času několikrát a sleduje se jeho vývoj. Tento test je i součástí jiného testu, který se nazývá MMSE. (20, 21)

Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein) – je v současné době nejznámější test kognitivních funkcí u starších pacientů (Příloha 14). Jedná se o dotazy týkající se orientace, vztahující se k paměti, dále se jedná o hledání slov, čtení, psaní a pozornost. Na otázky se odpovídá *ano* – *ne*, objevují se i otevřené otázky. Test obsahuje celkem 30 otázek v pěti částech:

- Část A – orientace v čase
- Část B – paměť (pacient si zapamatuje a zopakuje tři předměty)
- Část C – počítání (od čísla 100 se pětkrát odečte hodnota 7)
- Část D – paměť (předměty z části B opět zopakovat)
- Část E – správné pojmenování předložených předmětů, nákres požadovaného obrazce

Hodnocení testu (Ivemeier, Zerfass, 2002): 27 až 23 bodů znamená lehké kognitivní poškození, 23 až 19 bodů představuje lehkou demenci, 18 až 11 bodů je středně těžká demence, 10 až 0 bodů je těžká demence. (20)

Bristolská škála aktivit denního života (BADLS – CZ) – používá se u nemocných trpících demencí. Dotazník (Příloha 15) vyplňuje sestra nebo blízká osoba. Hodnotí se 20 běžných činností pomocí čtyř daných tvrzení. Zaškrťává se vždy jen jedno. Bodování je od 0 do 60,

kdy 0 = plně soběstačný a 60 = plně závislý. Česká verze této škály je doplněna o přepočítávání bodů na procenta. (22)

Montrealský kognitivní test (MoCA - Montreal Cognitive Assessment) – používá se v případě, kdy pacient udává potíže s pamětí a MMSE test zatím žádnou poruchu nesignalizuje. Tento test byl vytvořen profesorem Z. S. Nasreddinem z Kanady k diagnostice predemencí.

Klasifikace testu:

1. Zručnost – spojování písmen a číslic
2. Prostorová orientace – obkreslení obrazce
3. Zraková konstrukční zručnost – nákresem hodin a vyznačení času 11 hodin 10 minut
4. Pojmenování tří zvířat z obrázku
5. Paměť – zopakování pěti přečtených slov
6. Pozornost - zopakování pěti řečených čísel, poté tří čísel, která řekne pozpátku
7. Opakování písmen – sestra čte předem připravený seznam písmena nemocný vždy, když zachytí písmeno A, ťukne do stolu
8. Odečítání – od čísla 100 se odečítá číslo 7
9. Opakování vět – zkoušející přečte větu a pacient ji přesně zopakuje
10. Vybavování slov – vyjmenovat velké množství slov začínajících daným písmenem
11. Představivost – vysvětlit spojitost mezi dvěma slovy
12. Pozdější vybavení slov – zopakování slov vyslovených sestrou
13. Orientace – uvedení přesného data, místa

Zpracování všech těchto oblastí se oboduje. Pacientům se vzděláním pod 12 let se přičte 1 bod. Maximální možný počet bodů je 30, přičemž 26 a více bodů znamená normální stav. (23)

2.5 Hodnocení psychického stavu

Geriatrická škála deprese (zpracováno podle Yesavage) – v této škále (Příloha 16) nemocný odpovídá na 15 předem připravených otázek slovy ano – ne. Za každou odpověď obdrží žádný nebo jeden bod. Normě odpovídá 0 – 7 bodů, 8 – 12 bodů znamená mírnou depresi, 13 – 15 bodů pak těžkou depresi.

Odhad zmatenosti – vytvořil Dr. R. Gaird – Guy's Hospital, 1981. Sestra položí nemocnému 10 otázek (Příloha 17). Za každou správně zodpovězenou otázku získá pacient jeden bod. Celkem může dosáhnout deseti bodů. U sedmi a méně bodů hovoříme o zmatenosti. (13)

Škála NEECHAM – neobtěžuje nemocného náročnými otázkami. Slouží k posouzení psychického stavu pacienta a doporučuje se ke sledování kognitivity u pacientů s diagnosou akutní zmatenost. Je složena ze tří subškál. První škála se považuje za nejdůležitější, hodnotí se zde tři aspekty kognitivity body od 0 do 14. Druhá subškála sleduje slovní a motorické chování spojené s nervosvalovými projevy toxického a metabolického poškození. Bodové hodnocení je 0 – 10. Třetí subškála pomáhá rozpoznat normální symptomy zmatenosti a patofyziologii následující zmatenosti. (24)

2.6 Hodnocení nutričního stavu

Sledování nutričního stavu a jeho podpora vede ke zkvalitnění léčby. Nutriční stav se hodnotí většinou hned po příjmu. Při hodnocení se můžeme setkat s obezitou nebo malnutricí. Ty negativně ovlivňují další průběh léčby a jsou spojeny s různými možnými komplikacemi, jako je například špatné hojení ran. Poskytování nutriční péče je hlavně v kompetenci nutričních terapeutů, kteří pacienta na oddělení navštěvují. Sestra se také spolupodílí na hodnocení stavu výživy a podniká kroky k udržení nebo obnovení dobrého nutričního stavu u pacienta. K hodnocení využívá různých škál a testů. (25)

Primární nutriční screening – provádí se u všech hospitalizovaných pacientů do 24hodin od příjmu. U rizikových pacientů se pak dále provádí v pravidelném 7denním intervalu. Účelem screeningu je odhalit pacienty s malnutricí a určit míru její závažnosti. Provádíme ho pomocí dotazníku. Hodnotí se BMI, příjem a chuť k jídlu, úbytek váhy a rizikové faktory, jako jsou například užívané léky nebo onemocnění. Získané hodnoty pak sestra zaznamená do elektronické dokumentace, příslušný program zadaná data vyhodnotí a stanoví nutriční skóre. Výsledky hodnocení jsou součástí ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení: 0 – 1 = nízké riziko vzniku malnutrice

2 – 4 = střední riziko vzniku malnutrice

5 a více = vysoké riziko vzniku malnutrice

Definitivní nutriční rizikový screening (NRS) – použije se vyhodnocení z primárního screeningu, přičte nutriční stav a působení základního onemocnění a jeho léčba. Na

odděleních intenzivní péče toto hodnocení provádí sestra, na ostatních odděleních je to zpravidla v kompetenci nutričního terapeuta. Hodnocení je v rozmezí 0 – 6. Na běžných odděleních je u hodnot 3 a více přizván k řešení problému nutriční terapeut, který vypracuje plán stravy. Na specializovaných pracovištích nutriční plán sestavuje lékař. Odborník je přizván od výsledné hodnoty 4 a výše. (26)

Mini Nutritional Assessment (MNA, 1994) – v českém znění je to škála pro hodnocení stavu výživy. V roce 1995 byla přeložena Neuwirthem a Topinkovou. Hlavním úkolem je označit pacienty s vysokým rizikem vzniku nebo přítomností podvýživy. Škála obsahuje čtyři oblasti pro měření a dotazy. Ty jsou rozloženy celkem do 18 položek. Hlavními oblastmi jsou antropometrické měření, celkové hodnocení stavu, stravování a stravovací návyky, subjektivní hodnocení zdraví a výživy. Celková klasifikace je 0 – 29 bodů, nad 24 bodů jde o normální hodnoty, 23,5 – 17 bodů znamená riziko vzniku poruchy výživy, u hodnoty 17 a méně bodů hovoříme o malnutrici.

Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA – SF) – zkrácená verze škály hodnotící stav výživy. Využívá se hlavně u geriatrických pacientů. Obsahuje šest složek z původního MNA. (27)

Body mass index (BMI) – je index k měření tělesné hmotnosti. Také bývá nazývaný Queteletův index. Vypočítává se tak, že hmotnost v kilogramech vydělíme výškou na druhou v metrech čtverečních.

Vzorec pro výpočet BMI:

$$BMI = \frac{\text{hmotnost [kg]}}{\text{výška [m]}^2}$$

Hodnocení: pod 18,5 = kachexie, 20 – 25 = normální hodnota, nad 30 = nadváha, nad 40 = morbidní obezita. (25)

2.7 Hodnocení rizika vzniku dekubitu

Dekubitus vzniká při špatné cirkulaci krve ve tkáni. Tím dochází k ischemii a k lokálnímu odumření tkáně. Dekubitus se objevuje v tzv. predilekčních místech. Na vzniku se podílí faktory, které rozdělujeme na celkové a lokální. Lokálními faktory jsou: přetrvávající tlak, vlhkost, střížná síla, tření. Mezi celkové faktory můžeme zařadit dané onemocnění, nutriční stav, imobilitu, psychický stav pacienta. K posouzení rizika vzniku dekubitu má sestra k dispozici různé hodnotící a měřicí techniky. (28)

Rozšířená škála podle Nortonové – je modifikací škály podle Nortonové (Příloha 18). Původní verze obsahovala pět položek hodnocení a pro přesnější hodnocení byla doplněna o další čtyři položky. Je nejpoužívanější škálou ke zjišťování rizika vzniku dekubitu. Pacient je hodnocen v devíti oblastech. Jsou jimi schopnost spolupráce, věk, chůze, přidružená onemocnění, tělesný stav, duševní stav, aktivita, mobilita a inkontinence. Jedná se o bodové hodnocení. Přidělují se 1 až 4 body u každé položky. Čím je celkové hodnocení nižší, tím je riziko vzniku dekubitu vyšší. Riziko vzniku dekubitu vzniká při počtu 25 bodů, 24 – 19 bodů znamená střední riziko, 18 – 14 bodů vysoké riziko, 13 a méně bodů představuje velmi vysoké riziko vzniku dekubitu. (29)

Knollova stupnice – používá se k hodnocení rizika vzniku dekubitu. Stupnice (Příloha 19) je ve tvaru tabulky. Hodnotíme osm oblastí, kterými jsou všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy a tekutin ústy a náchylnost k nemocem (např. DM). Jednotlivé položky se hodnotí body 0 – 3. U některých možností se objevuje značka, která znamená, že se hodnota dvojnásobí. Když je výsledek vyšší než 12 bodů, znamená to ohrožení vznikem dekubitu.

Waterlowova škála – hodnotí riziko vzniku dekubitu (Příloha 20). Posuzujeme 10 položek. Jsou to výška a váha, kůže, pohlaví a věk, kontinence, pohyblivost, výživa, zvláštní rizika (např. kouření), léky, operační zákroky a neurologické onemocnění (např. paraplegie). Bodové ohodnocení je 0 – 8. Čím je hodnocení vyšší, tím se stává riziko vzniku dekubitu vyšší. (13)

Hodnotící škála podle Bradenové – posuzuje šest oblastí, kterými jsou vnímání tlaku, vlhkost pokožky, aktivita, pohyblivost, strava, potíže související s mobilitou (Příloha 19). Vysoké riziko vzniká při 12 a méně bodech, 13 – 14 bodů = střední riziko, 15 – 16 bodů znamená nízké riziko a 17 a více bodů nepředstavuje žádné riziko. (30)

Hodnocení vývoje dekubitu – v případě, že se vzniku dekubitu nepodařilo zabránit, je důležité sledovat a hodnotit, jak se dekubit vyvíjí. K tomu slouží různé druhy klasifikací dekubitu. Obzvláště důležité je, aby na oddělení všechny sestry používaly pro hodnocení jednotnou klasifikaci. Některé příklady klasifikací:

Danielova klasifikace dekubitů – obsahuje celkem pět stupňů podle vzniklých změn na kůži označených římskými číslicemi:

- I. Stupeň – zarudnutí
- II. Stupeň – povrchové kožní vředy

- III. Stupeň – nekróza tuku v podkoží
- IV. Stupeň – postižení všech hlubších tkání mimo kostí
- V. Stupeň – rozsáhlé nekrózy doprovázené osteomyelitidou, destrukcí kloubů a sekvestrací kostí

Stupnice dekubitů podle Torrance – je složena z pěti stupňů, přičemž se první stupeň dělí na dva:

- Stupeň 1a – stádium tzv. blednoucí hyperémie. Tlak v místě erytému zanechává blednoucí místo na kůži, pokožka je intaktní.
- Stupeň 1b – stádium tzv. neblednoucí hyperémie. Po tlaku prstem erytém setrvává, což značí poruchu mikrocirkulace. Může být poškození kůže s epidermální ulcerací.
- Stupeň 2 – poškození postupuje do podkožních tkání a objevuje se vředový defekt na kůži.
- Stupeň 3 – vřed se šíří, spodní fascie není postižena. Vřed prostupuje do podkožní tukové vrstvy.
- Stupeň 4 – tkáň se rozpadá a rozšiřuje se do šířky a hloubky. Ve spodní fascii se objevuje infekční nekróza

Seilerovo posuzování vzhledu proleženin – obsahuje tři stupně hodnocení:

- A - čistá rána s granulací
- B – rána povleklá, objevují se zbytky nekrózy, bez infekce v okolí
- C – rána vypadá jako ve fázi B, ale již s infiltrací okolní rány a/nebo s projevy celkové infekce

Vývoj dekubitů podle Válka – je hodnocen pomocí čtyř stupňů:

- I. Stupeň – erytém – tlakové léze bez poškození. Změny jsou reverzibilní, objevuje se mírný otok, zarudnutí a zduření zasažené oblasti.
- II. Stupeň – puchýř – tlaková léze s částečným poškozením. Změny jsou již ireverzibilní, objevuje se nekróza podkoží a tukové tkáně. Dekubit je v této fázi ještě povrchový.
- III. Stupeň – nekróza kůže s demarkačním zánětlivým lemem. Objevuje se nekróza tkáně a chybí kožní kryt. Povrch dekubitu tvoří černá nekróza nebo rozbředlá nekrotická tkáň.
- IV. Stupeň – hluboké, rozsáhlé a infikované dekubity. Vzniká rozsáhlé poškození tkáně, zasaženy jsou svaly, kosti, šlachy a kloubní pouzdra. (31)

2.8 Hodnocení rizika pádu

Pád můžeme definovat jako poruchu rovnováhy během nějaké aktivity (nejčastěji při chůzi), která končí sesunutím se k zemi. Pády patří k jednomu z nejčastějších nežádoucích událostí, ke kterým dochází ve zdravotnických zařízeních. Setkáváme se s nimi hlavně u seniorů. Následkem pádu dochází k různě vážným komplikacím základního onemocnění a prodloužení hospitalizace. Riziko vzniku pádu zjišťujeme u pacienta při přijetí na oddělení nebo při změně jeho zdravotního stavu. I zde sestra využívá k objektivnímu zhodnocení rizika testy a škály. I přes to, že se sestra snaží odhalit možná rizika pádu a pádu předcházet, ne vždy mu lze zabránit. (32)

Stupnice pádů podle Morse – sestra zhodnotí pády uvedené v anamnéze, všechny diagnózy, kompenzační pomůcky související s chůzí, kvalitu chůze a její zhoršení, žilní vstupy a duševní stav nemocného. K hodnocení se používá bodový systém. Do 24 bodů je pacient bez rizika, 25 – 50 bodů signalizuje nízké riziko, 51 a více bodů znamená vysoké riziko pádu. (33)

GET UP AND GO TEST – „vstaňte, jděte, otočte se“. Test (Příloha 21) informuje o hybnosti a stabilitě nemocného. Nemocný je usazen do židle, chodidla má na podložce, kolena ohnutá do pravého úhlu. Pacienta vyzveme, aby vstal, ušel pět metrů, otočil se a šel si sednout zpět na židli. Poté hodnotíme všechny úkony, které provedl. V tabulce se k tomu vybere vhodná odpověď a oboduje se. Maximální získaný počet je 12 bodů, což znamená žádné riziko.

Gaitiv funkční test (určení rovnováhy/prevence pádu) – možné riziko pádu hodnotíme pomocí čtyř činností, ke kterým je pacient vyzván. Test (Příloha 21) má obdobný charakter jako předchozí test „vstaňte, jděte, otočte se“. Sledujeme obraz chůze a případné potíže s rovnováhou. Všimáme si potácení, opírání se, špatné rovnováhy a případného pádu. Pokud se objeví jeden z příznaků, je to signál k zahájení prevence.

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu – hodnotíme pacienta v oblastech pohybu, vyprazdňování, medikace, smyslových poruch, duševního stavu a věku (Příloha 22). Z každé této oblasti se vybere jedna z navržených odpovědí a vše se oboduje. Výsledek více než 3 body představuje riziko a v tomto případě se řídíme příloženým protokolem, který se týká intervencí vedoucích ke snížení rizika. (13)

Rozpoznání rizika pádu podle Tinettiho (balanční test a zkouška chůze) – pomáhá odhalit poruchy mobility, rovnováhy a chůze. Pacient se hodnotí v různých pozicích: sed, vstávání

ze židle, vstávání z lehu, jistota stoje, stoj se zavřenýma očima, otáčení o 360°, rovnováha po lehkém nárazu do prsou 3x za sebou. Dále se hodnotí obraz chůze. Tím je myšlena její plynulost, výška kroku nebo udržení správného směru. V testu můžeme získat nejvíce 28 bodů. Každý úkon je hodnocen 0 – 2 body. Čím nižšího počtu dosáhneme, tím se riziko pádu zvyšuje.

Hodnotící škála rizika pádu (Abinton Memorial Hospital Department of Nursing, Pennsylvania, USA, 1998) – používá se u ambulantních i hospitalizovaných pacientů k ověření rizika pádu. Škála je zaměřena na věk, vyprazdňování, momentální stav, aktivitu, chůzi s rovnováhou, léky a alkohol. Každé oblasti se přidělí 1 – 4 body, maximální počet je 24 bodů. Do 4 bodů vzniká nepatrné riziko, od 4 bodů je potřeba zahájit opatření předcházející pádu. Body 5 – 10 znamenají vysoké riziko a 11 – 24 bodů varuje před velmi vysokým rizikem možného pádu. (10)

Screeningový test mobility (Topinková E., Neuwirth J., 1993) – test pomáhá označit rizikové faktory a úkony, které by mohly vést k pádu. Zaměřuje se na oblasti: posazování, vstávání, stoj, rovnováha, záklon, předklon, otáčení a chůze. Tento test je návodem k určení klinické diagnózy a k určení patřičných kroků v prevenci pádů. (34)

Důležitou součástí pacientovy dokumentace je *protokol o pádu*. Vypisuje se, pokud již k pádu došlo. Všeobecná sestra vyplní do patřičného formuláře skutečnosti, které k pádu vedly, zaznamená, proč k němu došlo, kde se stal, zda byl přítomen svědek. Popíše, jak pacient reaguje, zda nedošlo k poruše vědomí, jak se pacient cítí, co ho bolí, zda došlo ke zranění, zda bylo zapotřebí pomoci další osoby. V protokolu se také zapíše stav nemocného před pádem, jeho mobilita, zda používal kompenzační pomůcky, bral léky, které mohly pád ovlivnit, do jaké míry byl pacient soběstačný. Protokol se vypracuje v papírové a elektronické podobě. O pádu je informována staniční nebo vrchní sestra, která předá kopii protokolu k dalšímu prošetření osobě pověřené zpracováváním nežádoucích událostí v daném zdravotnickém zařízení. (32)

2.9 Hodnocení dalších možných komplikací

Biensteinova škála – používá se k hodnocení možného rizika v oblasti dýchání (Příloha 23). Hodnotíme 15 oblastí, v každé oblasti volíme jednu odpověď. K odpovědi je přiřazen určitý počet bodů v rozmezí 0 – 3. Součtem všech bodů pak stanovíme výši rizika: 0 – 6 bodů = bez ohrožení, 7 – 15 bodů = ohrožen rizikem, 16 – 45 bodů = vysoké ohrožení, možné poruchy dýchání. (13)

Hodnocení ran – je důležité při sledování hojení rány, jejího vývoje a při volbě léčby. Hodnocení se zapisuje do patřičného formuláře. Ránu hodnotíme co nejdříve od příjmu pacienta, dále v průběhu léčby a při důležitých změnách zdravotního stavu pacienta. Do hodnotícího formuláře zaznamenáme: lokalizaci rány v nákresu lidského těla, velikost rány (délka, šířka, hloubka) a popíšeme stav rány (Příloha 24). (28)

Dále hodnotíme případné riziko při zavedeném permanentním žilním katétru. Můžeme k tomu využít Škálu k hodnocení rizika vzniku žilní trombózy (Příloha 25) nebo Klasifikaci tíže tromboflebitid dle Maddona – TTM. (13)

3 VYUŽITÍ TESTŮ A ŠKÁL V INTERNÍCH OBORECH

Obory interního lékařství patří mezi základní obory ve zdravotnictví. V nemocničních zařízeních je interní oddělení jedním z nejčastějších. Interní oddělení se zabývají onemocněními vnitřních orgánů a snaží se převážně o konzervativní léčbu. Setkáme se zde s pacienty trpícími chorobami dýchacího ústrojí, trávicího ústrojí, s chorobami oběhového systému. Často jsou zde hospitalizováni pacienti s chorobami ledvin a močových cest, s poruchami krve, pohybového aparátu. Léčí se zde i poruchy metabolismu a vnitřního prostředí, choroby žláz s vnitřní sekrecí a nádorová onemocnění.

Protože je vnitřní lékařství rozsáhlý obor, došlo postupně k jeho rozdělení na podobory. Každý podobor se specializuje na určitou oblast. Do těchto podoborů patří kardiologie, pneumologie, hematologie, gastroenterologie, endokrinologie, diabetologie, neurologie, hematologie a revmatologie. Častými pacienty interních oddělení bývají hlavně starší a staří lidé, proto sem řadíme i obor gerontologie.

V interních oborech se tedy setkáme s celou řadou různých onemocnění. Každé onemocnění s sebou přináší i určité problémy, které by měla sestra u nemocného odhalit a řešit. Dnešní sestra pracuje formou ošetrovatelského procesu. Ke zjišťování ošetrovatelských problémů nebo li ošetrovatelských diagnóz využívá mimo jiných metod také měřicí a hodnoticí techniky. Mezi nejčastější oblasti, kde vzniká vlivem nějakého onemocnění deficit, patří soběstačnost, mobilita, psychický stav nemocného, výživa. Dále sestra sleduje a hodnotí bolest, která onemocnění často provází, stav vědomí, dýchání, spánek, stav kůže nemocného. Také hodnotí vznik různých rizik, nejčastěji například vznik dekubitu, riziko pádu nebo riziko vzniku komplikací při zavedeném permanentním žilním katétru. (35)

3.1 Příklad využití hodnotících testů a škál u pacienta na interním oddělení

Využití testů a škál lze demonstrovat na příkladu pacienta, který byl hospitalizován na interním oddělení pro kolapsový stav, točení hlavy a nevolnost. Lékařem byla stanovena diagnosa vertigo, způsobená vysokými hodnotami krevního tlaku. Z lékařské dokumentace byly zjištěny i přidružené diagnosy, kterými jsou obezita, stařecká diabetes mellitus a hypertenze léčená 10 let. Pacient je ve věku 75 let, z kompenzačních pomůcek používá francouzskou hůl při chůzi a nosí brýle.

Při příjmu změní sestra u pacienta fyziologické funkce, splní ordinace dané lékařem. Poté začne se sběrem anamnestických dat, vypracuje ošetřovatelskou anamnézu a stanoví ošetřovatelské diagnózy. K odhalení případných deficitů v různých oblastech a ke zjištění možných rizik využije hodnotící škály nebo testy. Oblasti hodnocení jsou vybrány v souvislosti se zdravotním stavem pacienta a jeho lékařskou diagnosou.

Pacienta hodnotíme při příjmu, během hospitalizace, při změnách zdravotního stavu a při propuštění.

Hodnocení při příjmu

- Nutriční stav - nutriční screening a BMI
- Soběstačnost – Barthelův test, test ošetřovatelské zátěže
- Kognitivní funkce – MMSE
- Psychický stav – geriatrická škála deprese a test „odhad zmatenosti“
- Riziko pádu – screeningový test mobility
- Riziko dekubitu – škála podle Nortonové
- Riziko při zavedeném PŽK – škála dle Maddona

Hodnocení v průběhu hospitalizace

- Nutriční stav – přehodnotit nejpozději po 7 dnech, jinak vždy při zhoršení zdravotního stavu, při zaznamenání úbytku na váze, zvracení, snížení chuti k jídlu.
- Soběstačnost – u tohoto pacienta lze předpokládat změny v soběstačnosti, proto je vhodné aktualizovat hodnocení každý 3. den a vždy při změně zdravotního stavu pacienta.
- Kognitivní funkce – vzhledem k předpokladu, že pacient nebude hospitalizován delší dobu, nebude pravděpodobně potřeba tuto oblast přehodnocovat.
- Psychický stav – přehodnocení se bude odvíjet podle psychického stavu pacienta, nutné je vždy při prvních příznacích deprese, sklíčenosti, plačtivosti.
- Riziko pádu – vzhledem k věku pacienta a jeho zdravotnímu stavu riziko vzniklé již při příjmu bude přetrvávat i v průběhu hospitalizace. Přehodnocení rizika pádu je vhodné v případě další změny zdravotního stavu pacienta, například dojde-li ke změnám v oblasti mobility nebo kontinence.
- Riziko dekubitu – přehodnocení při zhoršení zdravotního stavu pacienta, například dojde-li ke změnám v oblasti mobility nebo kontinence.

- Riziko při zavedeném PŽK – po dobu jeho zavedení každý den.

Hodnocení před propuštěním

- Pokud je pacient přeložen na jiné oddělení, zhodnotí se všechny oblasti jako při příjmu a výsledky jsou součástí, popřípadě přílohou ošetrovatelské překládové zprávy.
- Pokud pacient odchází do domácího prostředí, postačí hodnocení soběstačnosti pomocí IADL.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Jedním z důležitých úkolů všeobecné sestry je hodnocení stavu pacienta, odhalování deficitů v různých oblastech a odhalování možných rizik. Za účelem zjednodušit sestře tento nelehký úkol, byly v ošetrovatelství vytvořeny hodnotící a měřicí techniky ve formě nejrůznějších škál a testů. V moderním ošetrovatelství jsou tyto metody důležitou součástí ošetrovatelské péče a sesterské dokumentace. V jaké míře je všeobecné sestry využívají v praxi? Mají o měřících a hodnotících technikách dostatek informací a znalostí, aby jejich využívání bylo efektivní a přínosné pro zkvalitnění péče o pacienta?

5 CÍLE PRÁCE

Cílem práce je zjistit, do jaké míry jsou všeobecnými sestrami z interních oborů využívány měřicí a hodnotící techniky.

Dílčí cíle

1. Zjistit, zda všeobecné sestry používají v průběhu ošetrovatelského procesu hodnotící škály a testy.
2. Zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatečné znalosti o možnostech využití hodnotících škál a testů, které oblasti hodnotí a které ne.
3. Zjistit, zda si všeobecné sestry mohou sami zvolit typ hodnotící škály či testu, nebo zda jsou nuceny používat jen ty zavedené.
4. Zjistit, jaké jsou z pohledu všeobecných sester případné překážky v dostatečném a kvalitním hodnocení pacienta.

6 METODIKA

Sběr dat byl proveden metodou kvantitativního výzkumu za pomoci dotazníku (Příloha 26). Nejprve byla provedena pilotní studie. 10 dotazníků bylo v elektronické podobě rozesláno kolegyním a kolegům ze školního ročníku, kde právě studují. Všechny se vrátily zcela vyplněné a bez připomínek. Nebylo tedy nutné dotazník upravovat a mohla začít vlastní distribuce dotazníků. Celkem bylo rozdáno 140 (100%) dotazníků. Dotazníky

byly osobně odneseny na jednotlivá pracoviště a předány staničním nebo vrchním sestram, které dotazníky rozdaly všem svým všeobecným sestram k vyplnění. Se staničními a vrchními sestrami byl zároveň dojednáán termín vyzvednutí. V dohodnutém termínu byly dotazníky osobně u vrchních a staničních sester vyzvednuty. Dotazník byl anonymní, což bylo zajištěno přiloženou obálkou, do které měli respondenti možnost vyplněný dotazník vložit. Vrátilo se 110 (79%) dotazníků. Jednotlivé dotazníky byly zkontrolovány, zda jsou zcela vyplněny a mohou být použity pro průzkumné šetření. Pro neúplnost bylo vyřazeno 8 dotazníků. K analýze údajů bylo použito 102 dotazníků. Dotazníkové šetření probíhalo v období od února do března 2013.

Dotazník obsahoval celkem 23 otázek. 5 otázek bylo uzavřených dichotomických, kdy respondenti volili odpověď ano – ne. Ostatní otázky byly polouzavřené. Respondenti vybírali z několika nabízených možností a současně jim byl dán prostor pro doplnění dalších informací. První tři otázky v dotazníku měly identifikační charakter. Zajímalo nás nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, typ pracoviště, na kterém pracují a délka praxe v oboru. Ostatní otázky byly zaměřeny na zjišťování informovanosti všeobecných sester, míry využití těchto metod a na to, jaké škály či testy jsou pro dané hodnotící oblasti v praxi využívány. U některých otázek měli respondenti možnost označit současně více odpovědí. Všichni respondenti, kteří na otázku č. 5 zvolili odpověď ne, nebo nevím, pokračovali vyplňováním otazníku až do otázky č. 20.

Získané údaje byly zpracovány metodou popisné statistiky a k presentaci vyhodnocených výsledků bylo použito grafů.

7 HYPOTÉZY

1. Hodnotící škály a testy používá v ošetrovatelské péči více než polovina všeobecných sester.
2. Všeobecné sestry mají dostatek informací pro správnou volbu a použití hodnotících škál a testů.
3. Většina všeobecných sester nemůže používat hodnotící škály a testy dle vlastního výběru.
4. Sestry považují za hlavní překážku v kvalitním hodnocení pacienta nedostatek času.

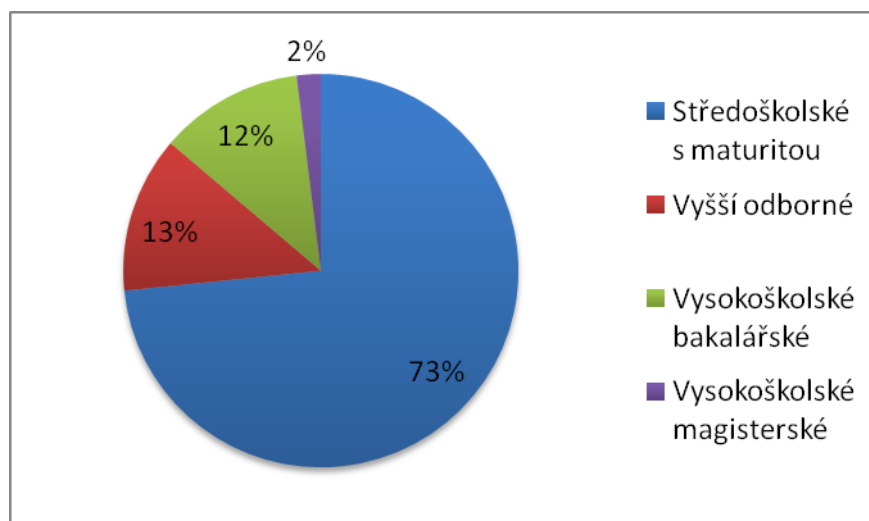
8 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro průzkumné šetření byly vybrány záměrným výběrem všeobecné sestry, sestry s vyšším odborným vzděláním, sestry s bakalářským a magisterským vzděláním. Podmínkou bylo, aby všichni respondenti pracovali v interních oborech. Podle toho byla také vybrána zdravotnická zařízení a typy pracovišť, kde byly následně dotazníky rozdány. K průzkumnému šetření byla zvolena tato zdravotnická zařízení: Nemocnici Stod, Psychiatrická léčebna v Dobřanech, Mulačova nemocnice a plzeňská nemocnice Privamed. V těchto zařízeních bylo rozdáno dotazníků zaměřeno na oddělení LDN, interní oddělení a oddělení gerontopsychiatrie.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

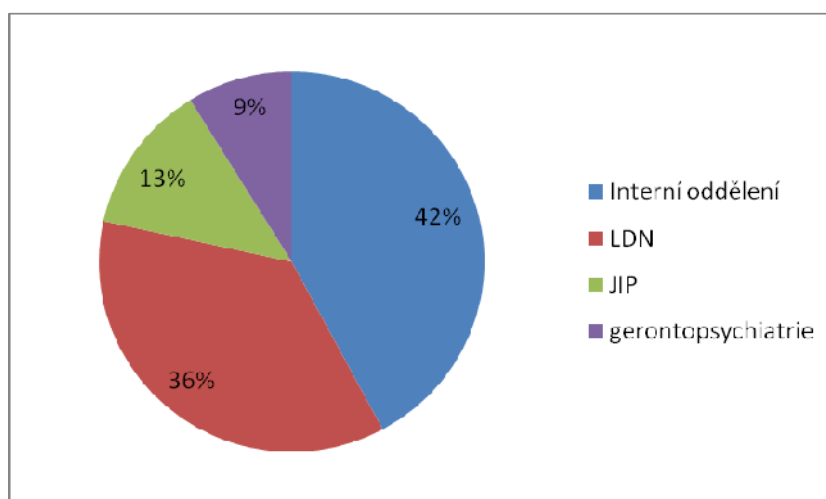
Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Z celkového počtu 102 (100%) respondentů mělo 75 (73%) středoškolské vzdělání s maturitou, 13 (13%) vyšší odborné vzdělání, 12 (12%) vysokoškolské bakalářské a 2 (2%) vysokoškolské magisterské vzdělání.

Otázka č. 2: Uveďte typ pracoviště, na kterém pracujete.

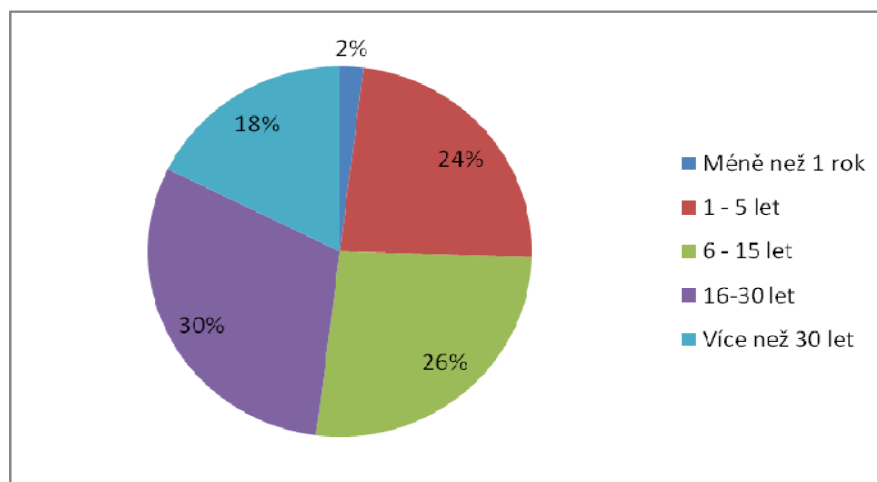
Graf 2 Typ pracoviště



Z celkového počtu 102 (100%) respondentů tvořili největší skupinu respondenti z interního oddělení v počtu 43 (42%), následovali respondenti z oddělení LDN v počtu 37 (36%), dále respondenti z JIP v počtu 13 (13%) a nakonec respondenti z oddělení gerontopsychiatrie v počtu 9 (9%).

Otázka č. 3: Kolik let pracujete v oboru?

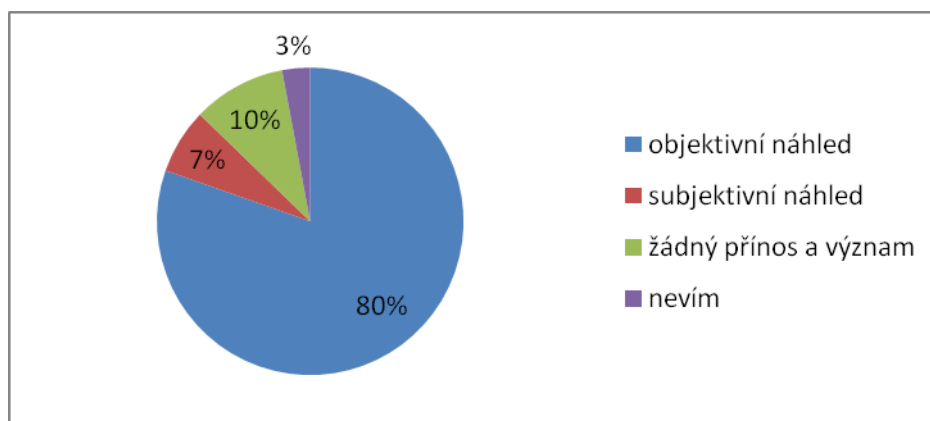
Graf 3 Délka praxe v oboru



Z celkového počtu 102 (100%) respondentů tvořili největší skupinu respondent s odbornou praxí 16 – 30 let v počtu 31 (30%). Následovali respondenti s praxí 6 – 15 let v počtu 27 (26%), dále respondenti s praxí 1 – 5 let v počtu 24 (24%) a respondenti s praxí více než 30 let v počtu 18 (18%). Nejmenší skupinu tvořili respondenti s odbornou praxí méně než 1 rok v počtu 2 (2%).

Otázka č. 4: K jakému účelu se používají hodnotící a měřící techniky?

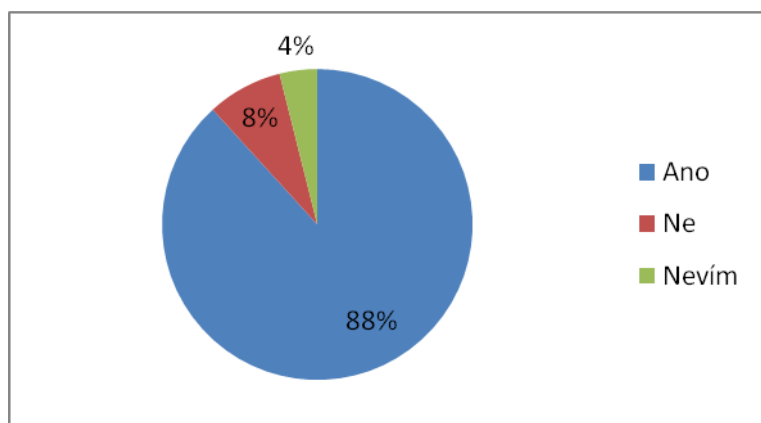
Graf 4 Účel použití hodnotících a měřících technik



Z celkového počtu 102 (100%) respondentů uvedlo 82 (80%), že měřící a hodnotící techniky podávají objektivní náhled na pacientův stav. 7 (7%) respondentů se domnívá, že podávají subjektivní náhled. 10 (10%) respondentů si myslí, že nemají žádný přínos a význam a 3 (3%) respondenti neví, k jakému účelu se používají.

Otázka č. 5: Používáte na Vašem pracovišti hodnotící škály a testy?

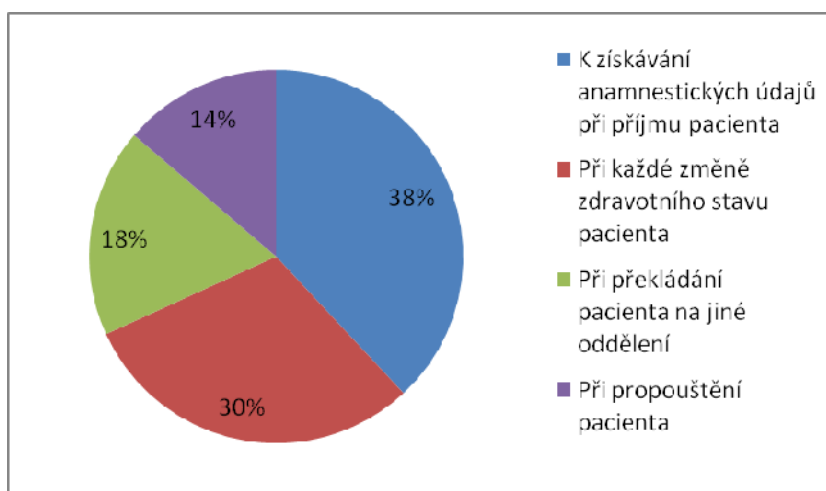
Graf 5 Používání hodnotících škál a testů na pracovišti



Převážná většina respondentů, tj. 90 (88%) odpověděla, že na svém pracovišti používá hodnotící škály a testy. 8 (8%) respondentů škály na oddělení nepoužívá a 4 (4%) respondenti neví, zda se hodnotící škály na jejich pracovišti používají. Celkové množství tvořilo 102 (100%) respondentů.

Otázka č. 6: Kdy používáte na Vašem oddělení hodnotící škály a testy?

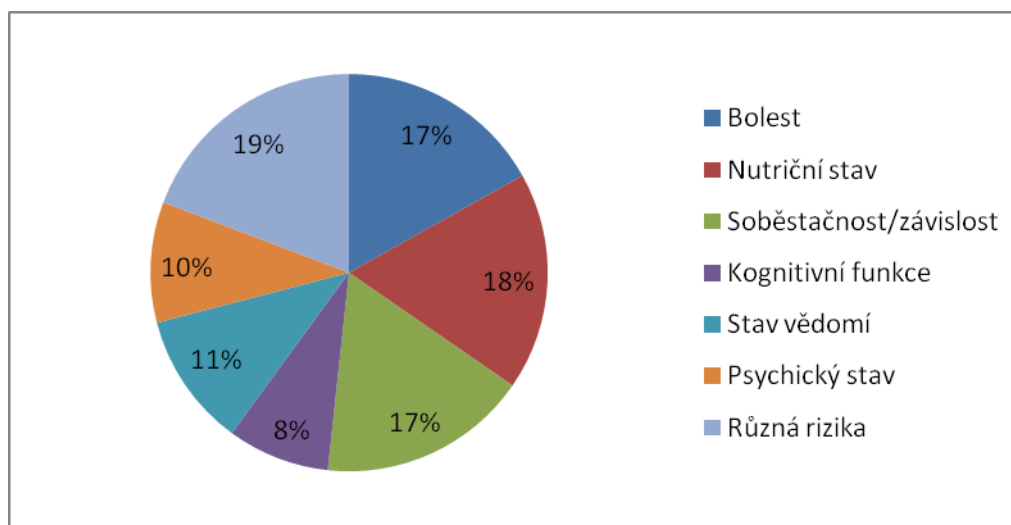
Graf 6 Možnosti použití hodnotících škál a testů



Z celkového počtu 227 (100%) odpovědí bylo respondenty nejčastěji uváděno, že hodnotící škály a testy využívají nejvíce k získávání anamnestických údajů při příjmu pacienta a to v počtu 86 (38%) odpovědí. Možnost využít hodnotící škálu nebo test při každé změně zdravotního stavu pacienta byla označena v 68 (30%) případech odpovědí. 42 (18%) odpovědí bylo uvedeno při překládání pacienta na jiné oddělení a 31 (14%) odpovědí připadlo na použití škál a testů při propouštění pacienta.

Otázka č. 7: Jaké oblasti hodnotíte pomocí škál a testů?

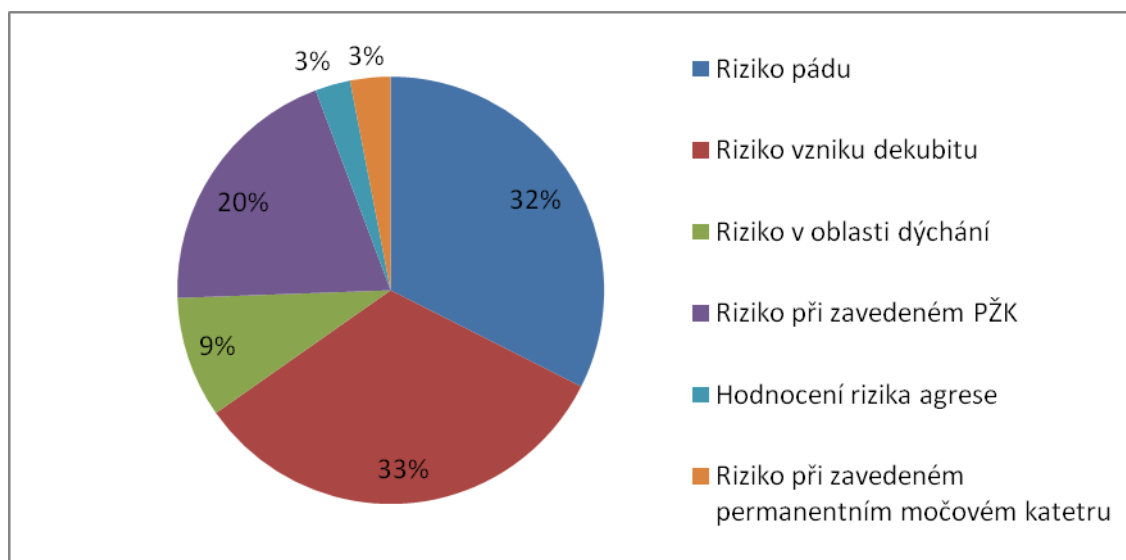
Graf 7 Oblasti hodnocení



Na otázku, jaké oblasti se pomocí testů a škál hodnotí, byla z celkového počtu 468 (100%) odpovědí uvedena bolest v 79 (17%) případech odpovědí, nutriční stav v 83 (18%) případech a soběstačnost v 80 (17%) případech odpovědí. Hodnocení kognitivních funkcí bylo označeno v 39 (8%) případech odpovědí, hodnocení stavu vědomí v 51 (11%) případech odpovědí. Hodnocení psychického stavu se objevilo v 46 (10%) případech a hodnocení různých rizik v 90 (19%) případech odpovědí.

Otázka č. 8: Jaká rizika hodnotíte?

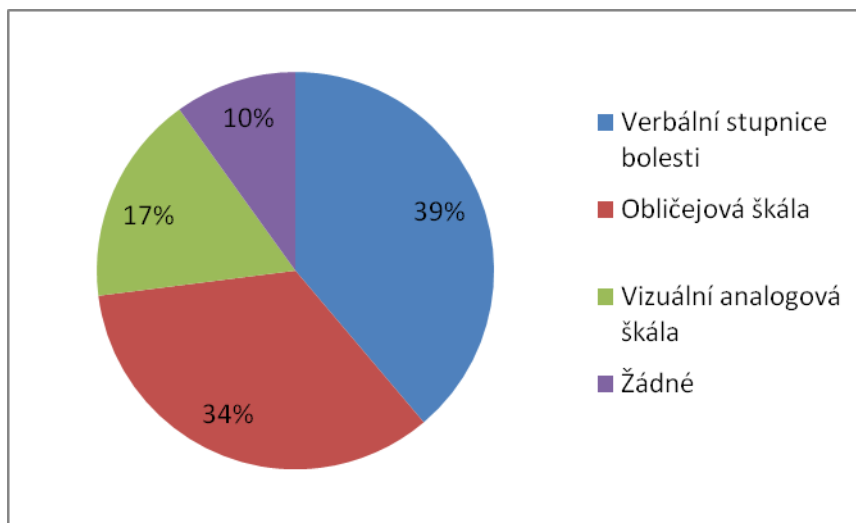
Graf 8 Hodnocená rizika



U hodnocení různých rizik bylo z celkového počtu 262 (100%) odpovědí respondenty nejčastěji uvedeno riziko pádu v 85 (32%) případech odpovědí a riziko vzniku dekubitu v 86 (33%) případech odpovědí. Riziko v oblasti dýchání se objevilo v 24 (9%) případech odpovědí. Dalšími uvedenými riziky bylo riziko při zavedeném PŽK s 52 (20%) odpověďmi, hodnocení rizika agrese v 7 (3%) případech a hodnocení rizika při zavedeném PMK v 8 (3%) případech odpovědí.

Otázka č. 9: Jaké používáte škály a testy k hodnocení intenzity bolesti?

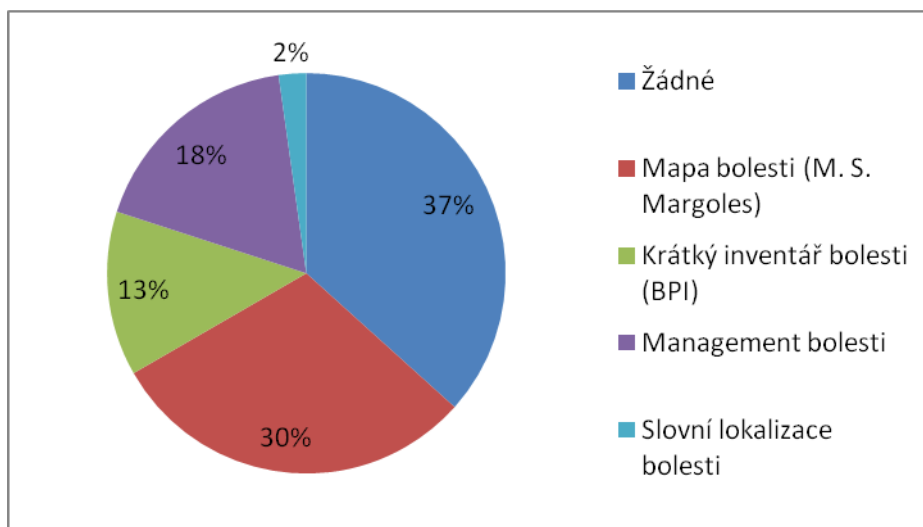
Graf 9 Používané škály a testy k hodnocení intenzity bolesti



U hodnocení intenzity bolesti byla z celkového počtu 128 (100%) odpovědí uvedena nejčastěji verbální stupnice bolesti v počtu 50 (39%) odpovědí, následovala obličejová škála v počtu 44 (34%) odpovědí a vizuální analogová škála v počtu 22 (17%) odpovědí. Odpověď žádná hodnotící škála byla uvedena ve 12 (10%) případech.

Otázka č. 10: Jaké hodnotící techniky používáte pro hodnocení celkové bolesti (lokalizace, kvalita, míra bolesti)?

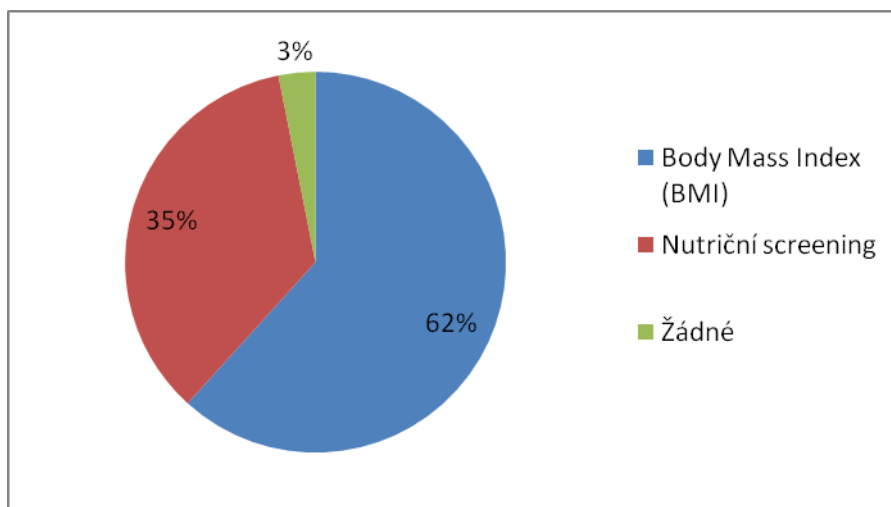
Graf 10 Používané hodnotící techniky ke zjištění celkové bolesti



Na dotaz, jaké hodnotící techniky respondenti využívají ke zjištění celkové bolesti, bylo z celkového počtu 90 (100%) odpovědí uvedeno ve 33 (37%) případech jako odpověď žádné techniky, ve 27 (30%) případech byla uvedena Mapa bolesti (M. S. Margoles), následoval Management bolesti v počtu 16 (18%) odpovědí, dále Krátký inventář bolesti s počtem 12 (13%) odpovědí a nakonec byla uvedena v počtu 2 (2%) odpovědí Slovní lokalizace bolesti.

Otázka č. 11: Kterými testy a škálami hodnotíte na Vašem pracovišti nutriční stav pacienta?

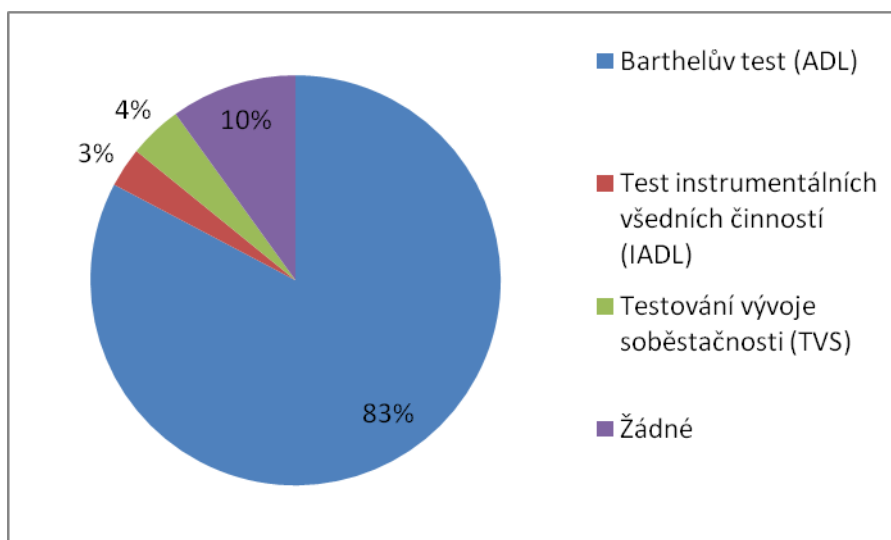
Graf 11 Používané testy a škály hodnotící nutriční stav pacienta



Pro hodnocení nutričního stavu pacienta byl z celkového počtu 128 (100%) odpovědí uveden BMI a to v počtu 79 (62%) odpovědí. Dále následoval nutriční screening s počtem 45 (35%) odpovědí. Ve 4 (3%) případech nejsou k hodnocení nutričního stavu pacienta použity žádné škály/testy.

Otázka č. 12: Které testy a škály využíváte k hodnocení soběstačnosti/závislosti pacienta?

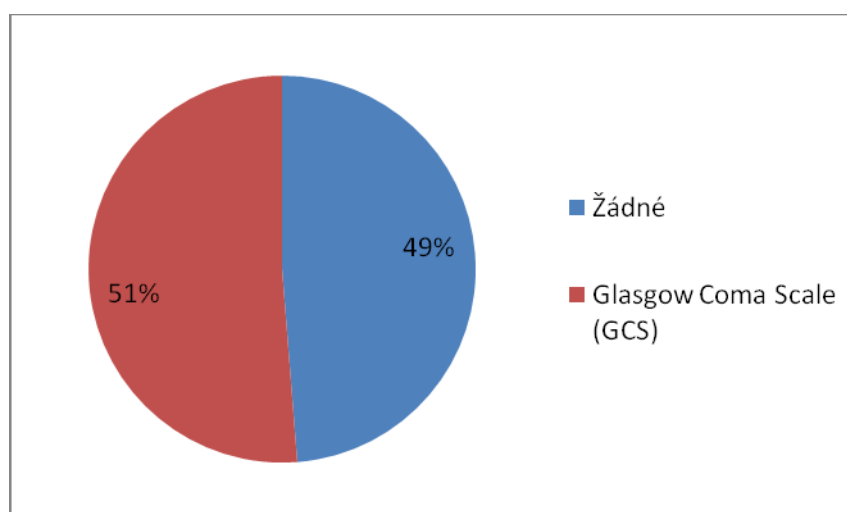
Graf 12 Testy a škály využívané k hodnocení soběstačnosti/závislosti pacienta



Z celkového počtu 95 (100%) odpovědí byl k hodnocení soběstačnosti/závislosti uveden na prvním místě Barthelův test s počtem 79 (83%) odpovědí, jako druhé v pořadí bylo Testování vývoje soběstačnosti s počtem 4 (4%) odpovědí a jako třetí Test instrumentálních všedních činností s počtem 3 (3%) odpovědí. V 9 (10%) případech nejsou používány žádné testy nebo škály.

Otázka č. 13: Jaké škály a testy využíváte k hodnocení stavu vědomí?

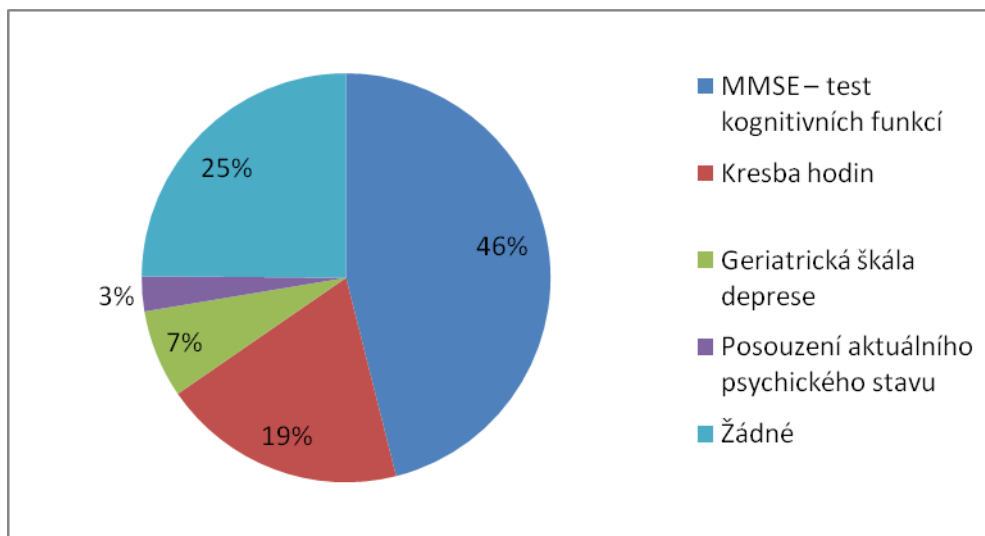
Graf 13 Škály a testy využívané k hodnocení stavu vědomí



Z celkového počtu 80 (100%) odpovědí se v 39 (49%) případech nepoužívají žádné škály či testy k hodnocení stavu vědomí, v ostatních 41 (51%) případech byla uvedena k hodnocení stavu vědomí Glasgow Coma Scale.

Otázka č. 14: Jaké škály a testy využíváte k hodnocení psychického stavu pacienty?

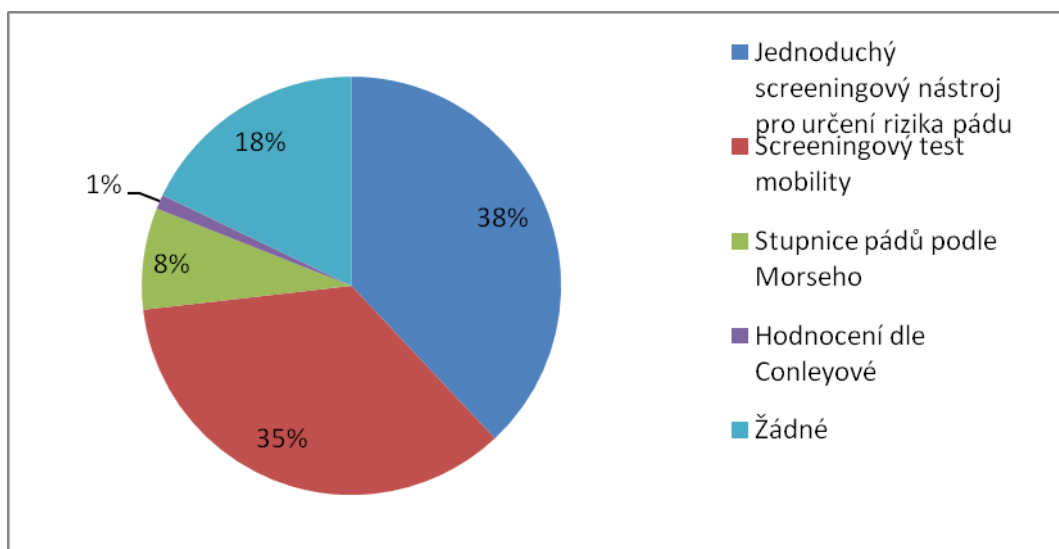
Graf 14 Škály a testy využívané k hodnocení psychického stavu pacienta



K hodnocení psychického stavu pacienta se z celkového počtu 108 (100%) odpovědí nejčastěji využívá MMSE s počtem 50 (46%) odpovědí, dále Kresba hodin s počtem 21 (19%) odpovědí, Geriatrická škála deprese s počtem 7 (7%) odpovědí a nakonec v počtu 3 (3%) odpovědí Posouzení aktuálního psychického stavu. Ve 27 (25%) případech se nepoužívá žádná škála či test k hodnocení psychického stavu pacienta.

Otázka č. 15: Jaké testy/škály používáte k hodnocení rizika pádu?

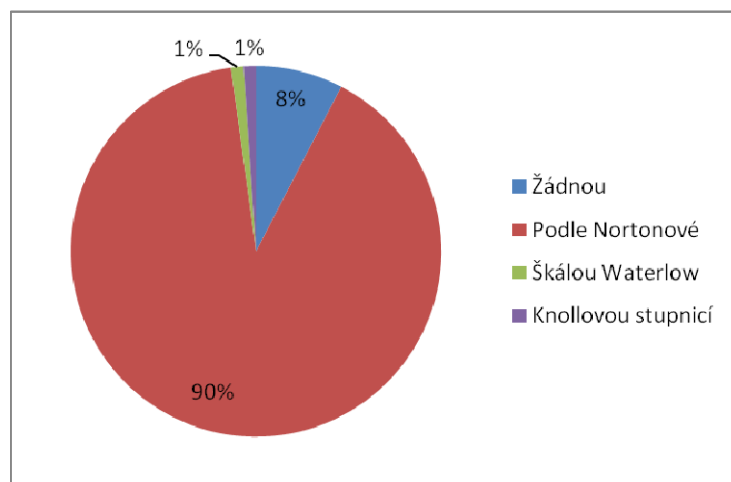
Graf 15 Testy/škály používané k hodnocení rizika pádu



Z celkového počtu 90 (100%) odpovědí se k hodnocení rizika pádu nejvíce využívá Jednoduchý screeningový nástroj pro určení rizika pádu s počtem 34 (38%) odpovědí, následuje Screeningový test mobility s počtem 32 (35%) odpovědí a dále Stupnice pádů podle Morseho s počtem 7 (8%) odpovědí. Respondenti zde mohli volit i jinou než v nabídce uvedenou škálu. 1 krát byla uvedena škála dle Conleyové. V počtu 16 (18%) odpovědí bylo respondenty označeno, že k hodnocení rizika pádu nepoužívají žádné hodnotící testy nebo škály.

Otázka č. 16: Jakou škálou či testem hodnotíte riziko vzniku dekubitu?

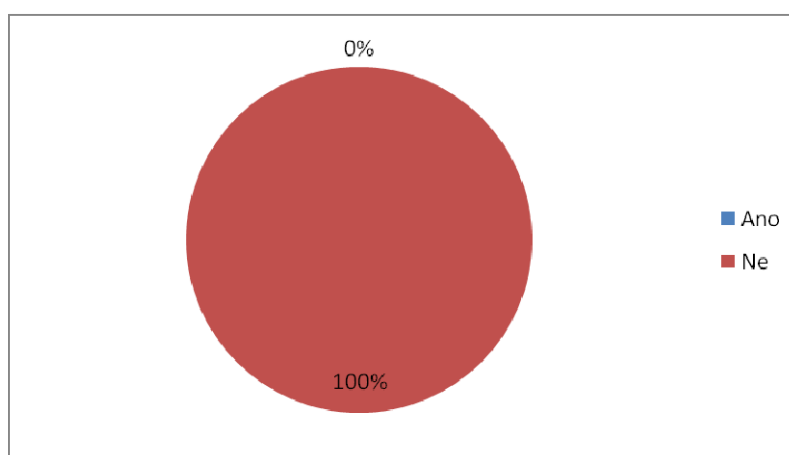
Graf 16 Používané škály/testy hodnotící riziko vzniku dekubitu



Jako nejvíce využívaná škála k hodnocení rizika vzniku dekubitu byla z celkového počtu 92 (100%) odpovědí uvedena škála podle Nortonové s počtem 83 (90%) odpovědí. 1 krát (1%) byla uvedena Knollova stupnice a stejně tak i škála Waterlow. V 7 (8%) případech respondenti odpověděly, že pro hodnocení této oblasti žádné hodnotící škály či testy nepoužívají.

Otázka č. 17: Chybí Vám osobně pro hodnocení stavu pacienta nějaká konkrétní škála či test?

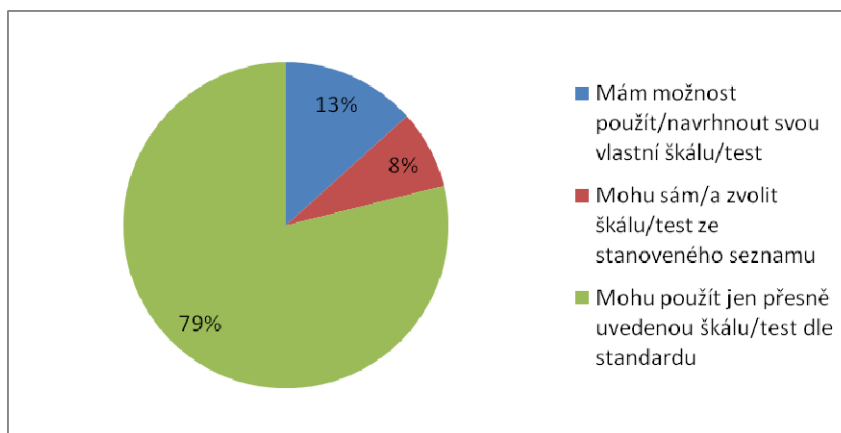
Graf 17 Chybějící škála či test



Z tohoto grafu vyplývá, že plných 100% (90) respondentů si nemyslí, že by jim v hodnocení stavu pacienta chyběla nějaká škála nebo test a označili v dotazníku odpověď ne.

Otázka č. 18: Jaké máte možnosti ve výběru hodnotících a měřících technik na Vašem pracovišti?

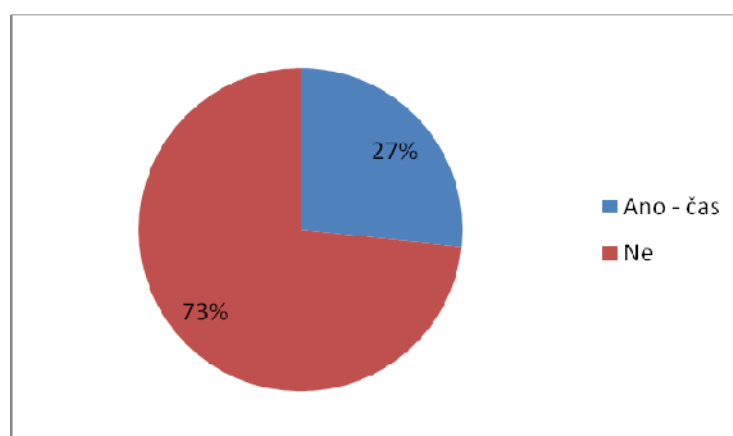
Graf 18 Možnosti ve výběru hodnotících a měřících technik



Na dotaz, jaké mají respondenti možnosti ve výběru hodnotících a měřících technik, odpovědělo z celkového počtu 90 (100%) respondentů 71 (79%) respondentů, že mohou použít jen přesně uvedenou škálu či test dle standardu. Možnost použít a/nebo navrhnou svou vlastní škálu či test může 12 (13%) respondentů a 7 (8%) respondentů může samo zvolit škálu/test z definovaného seznamu.

Otázka č. 19: Existují překážky, které Vám brání v dostatečném a kvalitním hodnocení stavu pacienta?

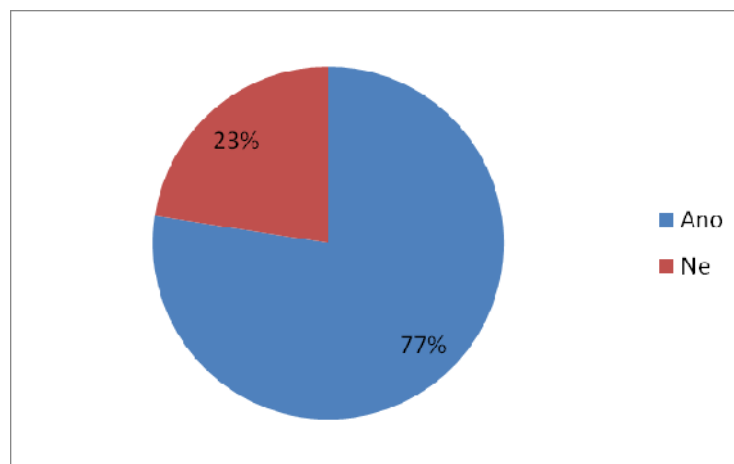
Graf 19 Překážky při hodnocení stavu pacienta



Z dotazovaných 90 (100%) respondentů uvedla většina, tj. 66 (73%), že z jejich pohledu neexistují žádné překážky, které by bránily dostatečnému a kvalitnímu hodnocení stavu pacienta. Jen 24 (27%) respondentů uvádí, že při hodnocení překážky shledává a uvádí jako překážku časovou náročnost.

Otázka č. 20: Myslíte si, že jste v oblasti využití hodnotících a měřících technik dostatečně informován/a?

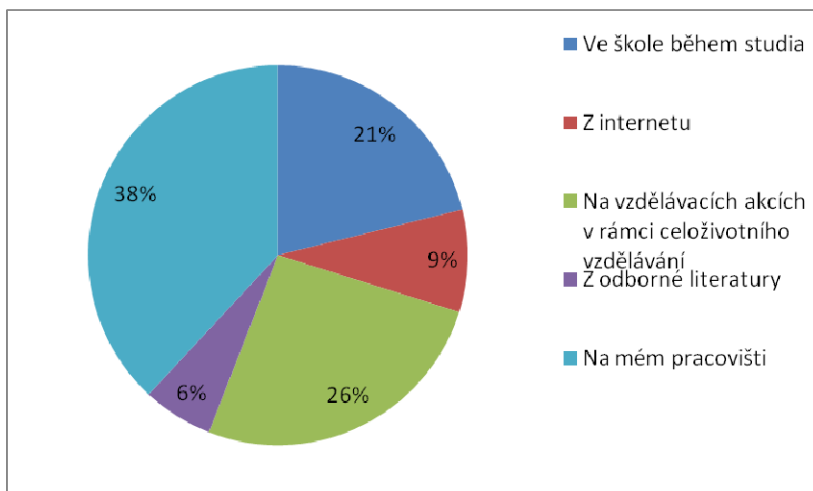
Graf 20 Informovanost sester v oblasti hodnotících a měřících technik



Z celkového počtu 102 (100%) respondentů si 79 (77%) respondentů myslí, že je v oblasti využití hodnotících a měřících technik dostatečně informováno. Ostatních 23 (23%) respondentů uvedlo, že v této oblasti nejsou dostatečně informováni.

Otázka č. 21: Kde jste načerpal/a informace o využívání hodnotících a měřících technik?

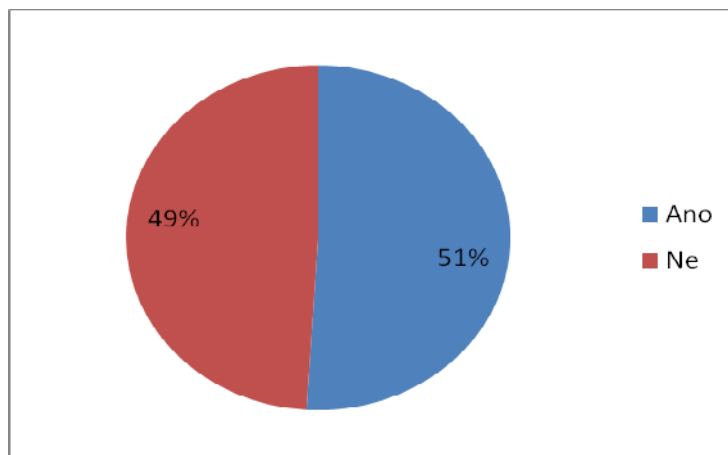
Graf 21 Zdroj načerpaných informací o využívání hodnotících a měřících technik



Jako nejčastější zdroj informací bylo respondenty uvedeno vlastní pracoviště a to 70 krát (38%) z celkového množství 185 (100%) odpovědí. Další časté odpovědi byly vzdělávací akce v rámci celoživotního vzdělávání s počtem 48 (26%) odpovědí a studium ve škole v počtu 40 (21%) odpovědí. V menší míře byl uveden internet s počtem 16 (9%) odpovědí a nakonec v 11 (6%) odpovědích odborná literatura.

Otázka č. 22: Uvítal/a byste další informace v oblasti hodnotících a měřících technik?

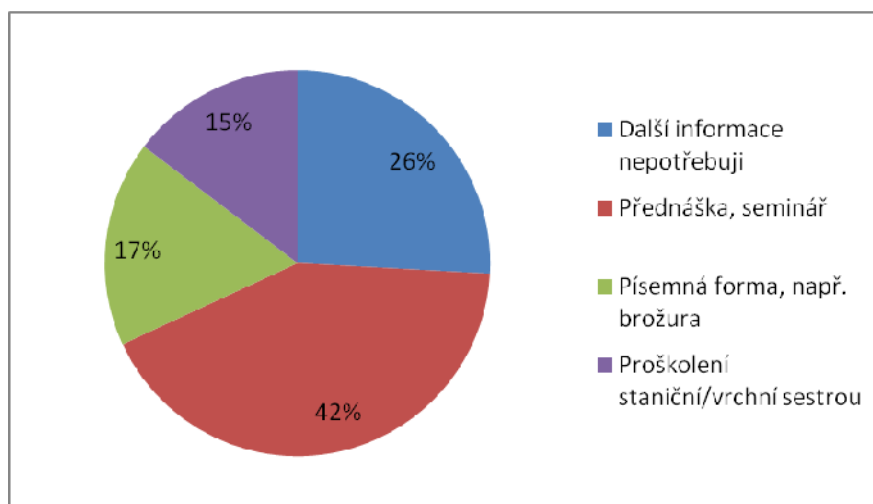
Graf 22 Zájem o další informace v oblasti hodnotících a měřících technik



Z celkového počtu 102 (100%) respondentů by další informace v oblasti hodnotících a měřících technik uvítalo 52 (51%) respondentů. 50 (49%) respondentů uvedlo, že žádné další informace v této oblasti nepotřebuje.

Otázka č. 23: Jakou formu pro další vzdělávání v oblasti hodnotících a měřících technik byste uvítal/a?

Graf 23 Výběr formy dalšího vzdělávání



Na dotaz, jakou formu dalšího vzdělávání v oblasti hodnotících a měřících technik by respondenti uvítali, byla z celkového počtu 116 (100%) odpovědí nejčastěji uváděna přednáška/seminář v počtu 49 (42%) odpovědí. Dále byla uvedena písemná forma, např. brožura v počtu 20 (17%) odpovědí a proškolení staniční/vrchní sestrou v počtu 17 (15%) odpovědí. Ve 30 (26%) případech bylo respondenty uvedeno, že další informace nepotřebují.

10 DISKUZE

Hlavním cílem celého průzkumného šetření bylo zjistit, v jaké míře všeobecné sestry z interních oborů využívají měřicí a hodnotící škály.

Dotazníky byly rozdány na čtyřech různých typech oddělení. Nejvyšší zastoupení měli respondenti (42%) z interních oddělení. Pak následovali respondenti z oddělení LDN, z JIP a nakonec s nejmenším počtem (9%) respondenti z gerontopsychiatrie (Graf 2). Jak se dalo očekávat, největší skupinu tvořili respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (73%). Nejmenší skupinu (2%) tvořili respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním (Graf 1). Respondenti se také lišili v délce odborné praxe. 30% respondentů, což byla nejpočetnější skupina, uvedlo odbornou praxi v rozmezí 16 – 30 let. Nejmenší skupinu tvořili respondenti s délkou praxe do 1 roku (Graf 3). Z dotazníku bylo patrné, že tyto rozdíly měly vliv při odpovědích v dotazníku.

V bakalářské práci byly stanoveny celkem čtyři cíle. Nejprve jsme chtěli zjistit, zda všeobecné sestry z interních oborů používají během ošetrovatelského procesu hodnotící škály či testy. Hypotéza č. 1 předpokládala, že hodnotící a měřicí techniky používá v ošetrovatelské péči více než polovina všeobecných sester. K potvrzení této hypotézy bylo v dotazníkovém šetření použito dvou otázek (ot. č. 4, ot. č. 5). V první otázce jsme se ptali všech 102 (100%) respondentů na to, jestli na svém pracovišti používají hodnotící škály a testy. 90 (88%) respondentů odpovědělo kladně, že škály a testy na svém pracovišti používá. 8 (8%) respondentů uvedlo, že těchto metod na svém pracovišti nepoužívá. Trochu překvapující odpověď byla od 4 (4%) respondentů, kteří uvedli, že neví, zda se na jejich pracovišti hodnotící techniky využívají (Graf 5). Tito respondenti spadali do kategorie délky odporné praxe nad 30 let. U respondentů s takto dlouhou praxí bych očekávala větší přehled. Naopak tuto odpověď bych spíše očekávala u respondentů s odbornou praxí do 1 roku, kteří jsou na pracovišti krátkou dobu a ještě nejsou zcela seznámeni s interními předpisy a standardy daného oddělení.

Dále jsme se respondentů ptali, zda ví, za jakým účelem se hodnotící techniky využívají. 82 (80%) respondentů vědělo a také odpovědělo, že podávají sestře objektivní náhled na pacienta. 10 (10%) respondentů uvedlo, že tyto metody nejsou žádným přínosem a nemají žádný význam pro ošetrovatelství (Graf 4). Domníváme se, že to bude asi tím, že těchto 10 respondentů nemá o této problematice zatím mnoho informací nebo zkušeností

a nemělo zatím dostatek příležitostí přesvědčit se o jejich přínosu v ošetrovatelské péči. Většina těchto respondentů spadala do kategorie 1 – 5 let odborné praxe.

Protože převážná většina (88%) respondentů uvedla, že hodnotící a měřící techniky používá a také většina (80%) ví, za jakým účelem jich využívá, můžeme konstatovat, že hypotéza č. 1 se nám potvrdila.

V hypotéze č. 2 jsme chtěli ověřit, zda většina všeobecných sester ví o možnostech využití hodnotících škál a testů v různých oblastech hodnocení stavu pacienta. Stanovisko respondentů na otázku, zda jsou v oblasti hodnotících škál a testů dostatečně informováni, bylo převážně kladné. Velká většina (77%) respondentů si myslí, že je dostatečně informována. Zbýlých 23% respondentů si myslí opak (Graf 20). Můžeme tedy říci, že hypotéza se v tomto bodě potvrzuje.

Šetřením se ukázalo, že hodnotící škály a testy jsou všeobecnými sestrami využity během hospitalizace vícekrát. Nejčastěji je tomu při získávání anamnestických údajů při příjmu pacienta na oddělení a pak při každé změně zdravotního stavu pacienta. Méně používané jsou při překládání pacienta na jiné oddělení a při propouštění pacienta (Graf 6). Pravděpodobně je to dáno zvyklostmi oddělení a stanovenými standardy jednotlivých pracovišť.

Dále z našeho šetření vyplynulo, že nejčastěji hodnocené oblasti u pacienta jsou různá rizika, nutriční stav, soběstačnost a bolest. Pak následovaly oblasti jako: stav vědomí, psychický stav a kognitivní funkce (Graf 7). Kubátová (16, s. 89) a Handrejchová (33, s. 53) ve svých průzkumných šetřeních došly ke shodnému závěru, že hodnocení kognitivních funkcí a psychického stavu se využívá jen minimálně a hodnocení je zaměřeno převážně na fyzické potřeby. V mém šetření se ukázalo, že na tyto oblasti začíná být všeobecnými sestrami více myšleno a hodnotící techniky se pro hodnocení této oblasti využívají ve větší míře. Jako nejpoužívanější škály a testy byly nejvíce uvedeny MMSE (46%) a Kresba hodin (19%). (Graf 4)

Jak je z našeho průzkumu vidět a bylo již zmíněno, hodnocení rizik je v hodnocených oblastech na prvním místě. Velmi překvapivé bylo zjištění, že respondenti nehodnotí pouze riziko dekubitu a riziko pádu, ale zaměřují se také na jiné oblasti, které je nutné sledovat z důvodu možných rizik. Dotazník ukazuje, že na prvním místě zůstává hodnocení rizika vzniku dekubitu a hodnocení rizika pádu. Ke stejným závěrům došla i Handrejchová (33, s. 55) ve své práci. Velmi podobných výsledků dosáhla ve své práci také Kubátová

(16, s. 90). Domníváme se, že v popředí stojí tato dvě rizika proto, že jsou jedním z hlavních kritérií, kterými se hodnotí kvalita poskytované ošetrovatelské péče. Mezi často hodnocená rizika patří i hodnocení rizika při zavedeném PŽK. Toto riziko vyhodnocuje 20% dotázaných. Od respondentů, kteří pracují na oddělení gerontopsychiatrie, bylo uvedeno i hodnocení rizika agrese u pacienta (Graf 8). Již název pracoviště vypovídá o tom, že zde bude toto hodnocení důležité. Na ostatních pracovištích nebude pravděpodobně toto hodnocení zařazeno do rizikových oblastí, proto ho respondenti z jiných typů oddělení nevolili.

Při hodnocení rizika vzniku dekubitu byla respondenty jako nejvíce využívaná škála s počtem 83 (90%) odpovědí zvolena škála dle Nortonové (Graf 16), která dominuje i v práci Kubátové (16, s. 91).

U hodnocení rizika pádu se na rozdíl od výsledků Kubátové (16, s. 90) v našem šetření ukázalo, že respondenti využívají testy a škály, které jsou vytvořeny přímo pro hodnocení tohoto rizika. Kubátová (16, s. 90) uvádí, že respondenti využívají k zhodnocení údaje z ošetrovatelské anamnézy a dále hodnotí za pomoci Barthelova testu všedních činností. Respondenti v našem šetření jako nejvíce využívaný test/škálu uvádějí v počtu 34 (38%) odpovědí Jednoduchý screeningový nástroj pro určení rizika pádu a Screeningový test mobility s počtem 32 (35%) odpovědí (Graf 15).

Druhou nejčastěji hodnocenou oblastí je nutriční stav pacienta. Pro hodnocení této oblasti respondenti volili BMI a nutriční screening, přičemž mohl každý respondent volit současně obě škály (graf 11). Handrejchové (33, s. 54) ve své práci uvádí jako hodnotící škály v oblasti nutričního stavu také BMI a nutriční screening.

Nejčastěji používaným testem při hodnocení soběstačnosti je Barthelův test všedních činností, který byl uveden u 83 % odpovědí (Graf 12). I tento výsledek koresponduje s prací Handrejchové (33, s. 54). Ostatní škály či testy byly voleny v minimálním množství. U respondentů je pravděpodobně Barthelův test velmi oblíbený pro svoji snadnou použitelnost.

K hodnocení celkové bolesti je nejčastěji využívána Mapa bolesti (M. S. Margoles) s 30% odpovědí (Graf 10). Při hodnocení intenzity bolesti má vedoucí místo verbální stupnice bolesti s 39% odpovědí a následuje ji Obličejová škála s 34% odpovědí (Graf 9). Obě dvě tyto škály jsou snadno a rychle použitelné, proto jsou respondenty tak často využívány. Naopak Handrejchová (33, s. 55) ve své práci uvádí, že obličejová škála je

využívána nejméně. Z jejího šetření dále vyplynulo, že velmi oblíbená je u respondentů vizuální analogová škála v prvním zařízení a verbální škála ve druhém zařízení. Alespoň zde můžeme pozorovat částečnou shodu. Pravděpodobně je to dáno zvyklostmi daných oddělení.

Poslední oblastí, kterou respondenti udávali, je hodnocení stavu vědomí. Byla uvedena jen jedna velmi známá škála - Glasgow Coma Scale. Tato možnost byla označena ve 41 (51%) případech. V ostatních 39 (49%) případech bylo respondenty uvedeno, že tuto oblast škálami nebo testy nehodnotí. (Graf 13).

Podle celkových výsledků z dotazníkového šetření je patrné, že všeobecné sestry jsou informovány o tom, v jakých oblastech lze hodnotící škály a testy využít, pacienta v těchto oblastech hodnotí a také vědí, jaké testy či škály jsou pro danou hodnocenou oblast vhodné a těch využívají. Proto je možno říci, že i hypotéza č. 2 se nám potvrdila.

V hypotéze č. 3 jsme předpokládali, že více než polovina všeobecných sester nemůže používat hodnotící škály a testy dle vlastního výběru. Převážná většina, tj. 79% může použít jen přesně uvedenou škálu či test podle standardu. 12 (13%) respondentů uvedlo, že sami mohou zvolit škálu či test ze stanoveného seznamu a pouze 7 (8%) respondentů má možnost navrhnout a použít svou vlastní škálu či test. Podobných výsledků dosáhla ve svém šetření i Handrejchová (33, s. 56), která uvádí, že respondenti také nemohou používat své vlastní škály a testy, ale mohou se aktivně zapojit do výběru škál z předem určeného seznamu. Již při vyhodnocování dotazníku bylo patrné, že respondenti mohou používat jen přesně stanovenou škálu či test, protože převážná většina respondentů ze stejného typu pracoviště volila stejné typy škál. Myslíme si, že by všeobecným sestrami mělo být umožněno volit samostatně hodnotící škálu nebo test, protože ne vždy ta, která je na pracovišti pro danou oblast dovolena, je pro daného pacienta vhodná. Všeobecná sestra by si možná raději vybírala z více možností. V dotazníkovém šetření je uvedena velká škála různých hodnotících technik a zdálo by se, že si respondenti sami techniku volí, ale je to dáno různými pracovišti, kdy každé pracoviště používá jiné druhy škál a testů. I v tomto případě se hypotéza č. 3 potvrdila.

V hypotéze č. 4 jsme se domnívali, že většina všeobecných sester nemá k dostatečnému a kvalitnímu hodnocení pacienta dostatek času. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že naše domněnka nebyla správná. Vypovídají o tom výsledky z Grafu 19, kdy velká většina 73% respondentů uvedla, že neexistují překážky, které by bránily v kvalitním hodnocení pacienta. Překážky při hodnocení pacienta uvedlo jen 27% respondentů. Tato odpověď

byla respondenty dále rozvedena a jako překážka byl všemi 27% uveden nedostatek času. Z průzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry techniku hodnotících škál a testů dobře znají. Škály a testy se staly součástí každodenních činností v poskytování ošetrovatelské péče a všeobecným sestram nic nebrání při jejich používání. Hypotéza č. 4 se nepotvrdila.

V závěru dotazníku byli respondenti dotázáni, zda jim chybí nějaká konkrétní škála či test. K hodnocení stavu pacienta je považují za dostačující a nemají pocit, že by jim nějaká chyběla. Ukazuje to i Graf 7, kde plných 100% respondentů zvolilo zápornou odpověď, tedy, že jim žádná škála ani test nechybí. Ke stejnému závěru došla i Kubátová (16, s. 92) ve svém výzkumném šetření.

Dále jsme se v dotazníkovém šetření zajímali o to, kde všeobecné sestry získávaly informace o této problematice. Většina respondentů poznatky načerpala hlavně na svém pracovišti (Graf 21). Z toho vyplývá, že všeobecné sestry hodnotící techniky ve své praxi hodně využívají. Dalšími často uváděnými zdroji informací byly vzdělávací akce v rámci celoživotního vzdělávání a studium ve škole.

Při zjišťování zájmu o další informace týkající se škál a testů, byly kladné a záporné odpovědi téměř vyrovnány, 51% respondentů má zájem o další informace a 49% respondentů žádné další informace nepotřebuje (Graf 22). Mezi nejvíce žádané formy dalšího vzdělávání v této problematice patřily přednáška nebo seminář a písemná forma, např. brožura (Graf 23).

V závěru byly ještě porovnány jednotlivé typy pracovišť mezi sebou. V průběhu vyhodnocování dotazníků se ukázalo, že hodnotící techniky jsou v největší míře využívány na odděleních LDN.

ZÁVĚR

Tato práce byla věnována měřícím a hodnotícím technikám používaným v interních oborech. V teoretické části byly pro lepší seznámení s touto problematikou popsány některé oblasti, které lze těmito metodami hodnotit. Každá z těchto oblastí byla dále rozvedena a ke každé bylo uvedeno několik škál a testů, které mohou být všeobecnou sestrou využity k hodnocení stavu pacienta. Některé škály a testy byly pro ukázkou přiloženy do příloh.

Praktická část se věnovala samotnému výzkumu a vyhodnocení získaných výsledků. Byly stanoveny čtyři cíle, které byly také splněny. Prvním cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry používají v ošetrovatelské péči hodnotící škály a testy. Výsledky, kterých bylo dosaženo, vypovídají o tom, že tyto metody většina všeobecných sester v praxi používá. Tím byla také potvrzena hypotéza č. 1.

Druhým cílem bylo zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatečné znalosti o možnostech využití škál a testů při hodnocení pacienta. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že většina sester má přehled o tom, kdy v průběhu hospitalizace se tyto techniky používají. Zná oblasti, které lze u pacienta hodnotit a ví, jakou škálu nebo test k tomu může využít. Tímto výsledkem byla potvrzena druhá hypotéza. V průběhu šetření, kdy byly porovnávány naše výsledky s výsledky jiných prací, se ukázalo, že všeobecné sestry nehodnotí jen fyzickou stránku pacienta, ale do hodnocení pacienta zahrnují i hodnocení psychického stavu a kognitivních funkcí.

Třetím cílem bylo zjistit, jaké možnosti mají všeobecné sestry při volbě hodnotících škál a testů. V dotazníkovém šetření se ukázalo, že většina sester může použít jen přesně stanovenou škálu či test dle standardu. Tímto výsledkem byla potvrzena i třetí hypotéza. Možná by stálo za úvahu, zda nevytvořit všeobecným sestram seznam použitelných škál a testů a nechat na jejich uvážení, kterou techniku u hodnocení daného pacienta v dané oblasti využijí.

Posledním cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou z pohledu všeobecných sester případné překážky v dostatečném a kvalitním hodnocení stavu pacienta. Převážná většina uvedla, že v dostatečném a kvalitním hodnocení pacienta žádné překážky neshledává. Hypotéza předpokládala, že většina všeobecných sester uvede jako nejčastější překážku nedostatek času. Tato hypotéza se jako jediná nepotvrdila.

Celá tato práce je pěkným přehledem o používaných škálách a testech. Výsledky z této práce budou po předchozí dohodě předány manažerce pro ošetrovatelskou činnost na mém pracovišti. Společně budou vybrány ty škály a testy, které se v praxi na jiných odděleních osvědčily a jsou často využívány. Jistě budou přínosem pro zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče. Dále bude tato práce, hlavně její teoretická část, využita jako podklad k přednášce pro naše zaměstnance. Práce může být také použita jako materiál ke studijním účelům.

LITERATURA A PRAMENY

1. POKOJOVÁ, Radomíra. Využívají sestry hodnotící metody k objektivnímu zhodnocení stavu pacientů? *Ošetrovatelství*. 2003, roč. 5, č. 3 – 4, s. 100 – 102. ISSN 1212–723X.
2. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství: jak provádět ošetrovatelský proces: praktická příručka pro sestry*. Sv. 4. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 66 s. ISBN 80–7013–283–3.
3. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. v nakl. ISV. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80–85866–55–2.
4. KVASNICOVÁ, Zuzana a ŠUTAROVÁ, Eva. Využívají sestry hodnotice a meracie škály? *Sestra – slovenská verze*. 2005, roč. 4, č. 10, s. 14 – 15. ISSN 1335–9444.
5. TONDROVÁ, Irena. Investice do zdrojů vzdělávání. *Vyšetření moči 1*. [online] [cit. 2013-18-03]. Dostupné: www.szmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Vyšetření_moči_1.pdf
6. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství: hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi: praktická příručka pro sestry*. Sv. 6. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80–7013–323–6.
7. PRCHALOVÁ, Eva. Sledování a hodnocení bolesti na plicní klinice FN Hradec Králové. *Florence*. 2008, roč. 4, č. 3, s. 120 – 121. ISSN 1801 – 464X.
8. PRCHALOVÁ, Eva. Sledování a hodnocení bolesti na lůžkové a ambulantní části plicní kliniky. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, č. 6, s. 11 – 12. ISSN 1801–1349.
9. DOLEŽAL, Tomáš, HAKL, M. a kol. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. *Vnitřní lékařství*. 2007, roč. 53, č. 1, s. 79 - 92. ISSN 0042–773X.
10. KÖTHER, Ilke. *Thiemes Altenpflege – Zeitgemäss und Zukunftsweisend*. Vyd. 2. Stuttgart: Thieme, 2005, 890 s. ISBN 3–13–139131–6.
11. ŠRAJEROVÁ, Ladislava. Bolest – problém nejen pacientů. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 12, s. 32. ISSN 1210–0404.
12. TOPLANSKÁ, Zuzana a BÉREŠOVÁ, Mária. Spolupráca pacienta pri hodnotení chronickej bolesti. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 7 – 8, s. 22 – 23. ISSN 1801–464.
13. *Ošetrovatelství – výuka – hodnotící škály* [online]. Hradec Králové: VOS zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 2011 [cit. 2012-25-9]. Dostupné: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>.
14. NEUŽILOVÁ, Jana. *Připravenost sester pro hodnocení bolesti*. Brno: 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Dostupné: http://is.muni.cz/th/214731/lf_b/Bakalarska_prace_Pripravenost_sester_pro_hodnoceni_bolesti.

15. ĎURANOVÁ, Katarína. *Specifika hodnocení bolesti u seniorů*. Brno: 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Dostupné: http://is.muni.cz/th/214244/lf_m/diplomova_prace_Duranova.txt
16. KUBÁTOVÁ, Jitka. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi*. České Budějovice: 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné: http://theses.cz/id/p17ohc/Diplomv_prce_Kubtov.pdf
17. ZAHRADNICKÁ, Ilona. Hodnocení soběstačnosti. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 2, s. 15 – 17. ISSN 1210–0404.
18. HEŘMANOVÁ, Jana a ZVONÍČKOVÁ, Marie. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 8, s. 295 – 297. ISSN 1801–1349.
19. RICHARDS, Ann a EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80–247–0932–5.
20. PERRAR, Klaus Maria, SIRSCH, Erika a KUTSCHKE, Andreas. *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. 1. vyd. Stuttgart: Thieme, 2007, 361 s. ISBN 978–313–140721–4.
21. c
22. SCHWABOVÁ, Jaroslava a kol. Validita mezinárodní škály pro pacienty s ataxií. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2010, roč. 73, č. 6, s. 689 – 693. ISSN 1210-7859.
23. REBAN, Jan. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemencií. *Česká geriatrická revue*. 2006, roč. 4, č. 4, s. 224 – 229. ISSN 1214-0732.
24. VOEROESOVÁ, Gabriela. Výsledky overovania škály NEECHAM a postoje sestier k jej zavedeniu do praxe. *Ošetrovatelství*. 2006, roč. 8, č. 1-2, s. 42 – 44. ISSN 1212-723X.
25. KOHOUT, Pavel a kol. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. 1. vyd. v nakl. Forsapi. Praha: Forsapi, 2011, 57 s. ISBN 978-80-87250-12-9.
26. TOMÍŠKA, Miroslav a HRBKOVÁ, Danuše. Hodnocení podvýživy nemocného prováděné zdravotní sestrou. *Onkologická péče*. 2007, roč. 11, č. 3, s. 17 – 19. ISSN 1214-5602.
27. TOPINKOVÁ, Eva. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných* [online]. *Česká geriatrická revue*, 2003 [cit. 2012-26-11]. Dostupné: www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_03_01_01.pdf
28. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. 1. vyd. Veverská Bítýška: Hartmann - Rico a.s., 2003. 85 s. ISBN 80-238-9971-6.
29. MLÝNKOVÁ, Jana. Příčiny a vznik dekubitů. *Sociální péče*. 2010, č. 1, s. 14 – 16. ISSN 1213-2330.
30. BAJANOVÁ, Eva a KRAJČÍK, Štefan. Nové usmernenia v prevencii a ošetrovaní dekubitov. *Sestra – slovenská verze*. 2012, roč. 11, č. 1-2, s. 20 – 22. ISSN 1335-9444.

31. KEPRTOVÁ, Ivana. *Dekubitus – chyba v ošetřování?* Brno: 2006. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Dostupné: http://is.muni.cz/th/101025/lf-b/Dekubitus-chyba_v_osestrovani.doc
32. Standard SNL/DOS/SOP/004/02, Prevence pádu a zranění pacienta, Fakultní nemocnice. Plzeň, 2012.
33. HANDREJCHOVÁ, Ivana. *Hodnoticí škály jako součást ošetrovatelské dokumentace.* České Budějovice: 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné: http://theses.cz/id/j0kx00/Bakalsk_prce_Hodnotc_kly_jako_soust_osestrovatelsk_dokumenta.pdf
34. KLÁN, Jan a TOPINKOVÁ, Eva. *Pády a jejich rizikové faktory ve stáří* [online]. Česká geriatrická revue, 2003 [cit. 2012-25-11]. Dostupné: www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_03_02_08.pdf
35. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
36. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Výzkum v ošetrovatelství.* 1. české vyd. v nakl. Osveta, spol s. r. o. Martin, SR: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

SEZNAM ZKRATEK

s	strana
VAS	Vizuální analogová škála
Tzv	takzvaně
BPI	Brief Pain Investory
MPQ	McGillský dotazník bolesti
SF - MPQ	krátká verze McGillského dotazníku bolesti
PAINAD	Paint Assaessment in Advanced Dementia
ADL	Barthelův test všedních činností
BI	Barthelův index
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
FIM	Functional Independent Measure
USA	Spojené Státy Americké
TVS	Testování vývoje soběstačnosti
PAS	Škála závislosti na péči
GCS	Glasgow Coma Scale
např.	například
CMP	cévní mozková příhoda
MMSE	Mini Mental State Examination
BADLS	Bristolská škála aktivit denního života
CZ	Česká republika
MoCA	Montreal Cognitive Assaessment
BMI	Body Mass Index
NRS	nutriční rizikový screening
MNA	Mini Nutritional Assaessment
MNA – SF	Mini Nutritional Assaessment Shart Form

Kg	kilogram
m	metr
DM	Diabetes Mellitus
TTM	Klasifikace tíže tromboflebitid dle Maddona
PŽK	permanentní žilní katetr
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
PMK	permanentní močový katetr
JIP	jednotka intenzivní péče
č.	číslo

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	34
Graf 2 Typ pracoviště	34
Graf 3 Délka praxe v oboru	35
Graf 4 Účel použití hodnotících a měřících technik	35
Graf 5 Používání hodnotících škál a testů na pracovišti	36
Graf 6 Možnosti použití hodnotících škál a testů	36
Graf 7 Oblasti hodnocení	37
Graf 8 Hodnocená rizika	38
Graf 9 Používané škály a testy k hodnocení intenzity bolesti	39
Graf 10 Používané hodnotící techniky ke zjištění celkové bolesti	40
Graf 11 Používané testy a škály hodnotící nutriční stav pacienta	41
Graf 12 Testy a škály využívané k hodnocení soběstačnosti/závislosti pacienta	42
Graf 13 Škály a testy využívané k hodnocení stavu vědomí	42
Graf 14 Škály a testy využívané k hodnocení psychického stavu pacienta	43
Graf 15 Testy/škály používané k hodnocení rizika pádu	44
Graf 16 Používané škály/testy hodnotící riziko vzniku dekubitu	45
Graf 17 Chybějící škála či test	45
Graf 18 Možnosti ve výběru hodnotících a měřících technik	46
Graf 19 Překážky při hodnocení stavu pacienta	46
Graf 20 Informovanost sester v oblasti hodnotících a měřících technik	47
Graf 21 Zdroj načerpaných informací o využívání hodnotících a měřících technik	47
Graf 22 Zájem o další informace v oblasti hodnotících a měřících technik	48
Graf 23 Výběr formy dalšího vzdělávání	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Škály pro hodnocení bolesti

Příloha 2: Záznam jednorázového hodnocení bolesti

Příloha 3: Záznam hodnocení bolesti

Příloha 4: Mapa bolesti

Příloha 5: Krátký inventář bolesti (BPI – Brief Pain Inventory)

Příloha 6: Mobid 2

Příloha 7: Denní záznam bolesti podle Melzacka

Příloha 8: Barthelův test všedních činností (ADL)

Příloha 9: Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Příloha 10: Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

Příloha 11: Glasgow Coma Scale (GCS)

Příloha 12: Reisbergova škála

Příloha 13: Rychlý screening demence

Příloha 14: Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein)

Příloha 15: Bristolská škála aktivit denního života

Příloha 16: Geriatrická škála deprese

Příloha 17: Odhad zmatenosti

Příloha 18: Škály podle Nortonové

Příloha 19: Stupnice k hodnocení dekubitu

Příloha 20: Waterlowova škála

Příloha 21: Hodnocení rizika pádu

Příloha 22: Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Příloha 23: Biensteinova škála

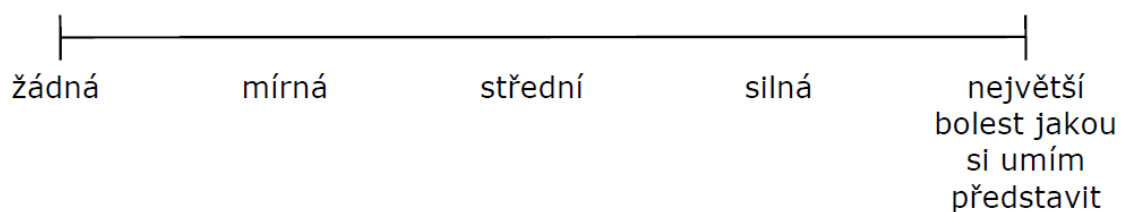
Příloha 24: Hodnocení ran

Příloha 25: Škála k hodnocení rizika vzniku žilní trombózy

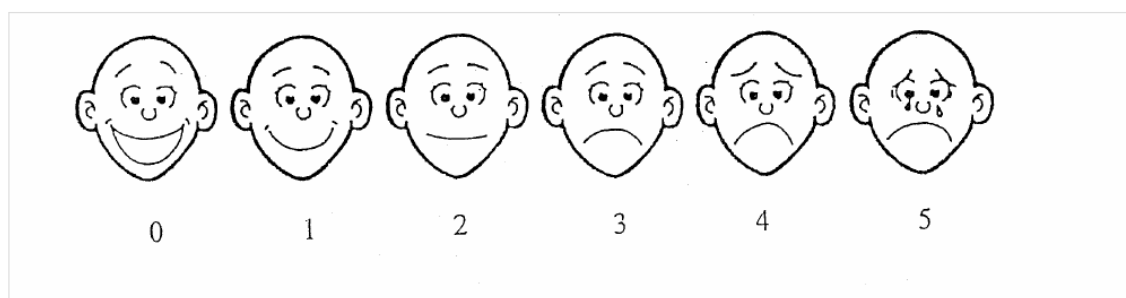
Příloha 26: Dotazník

Příloha 1: Škály pro hodnocení bolesti

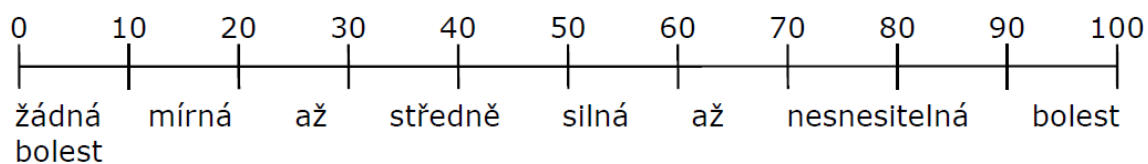
Vizuální analogová škála bolesti



Škála výrazů obličeje pro měření bolesti



Numerická škála bolesti



Zdroj: : <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 2: Záznam jednorázového hodnocení bolesti

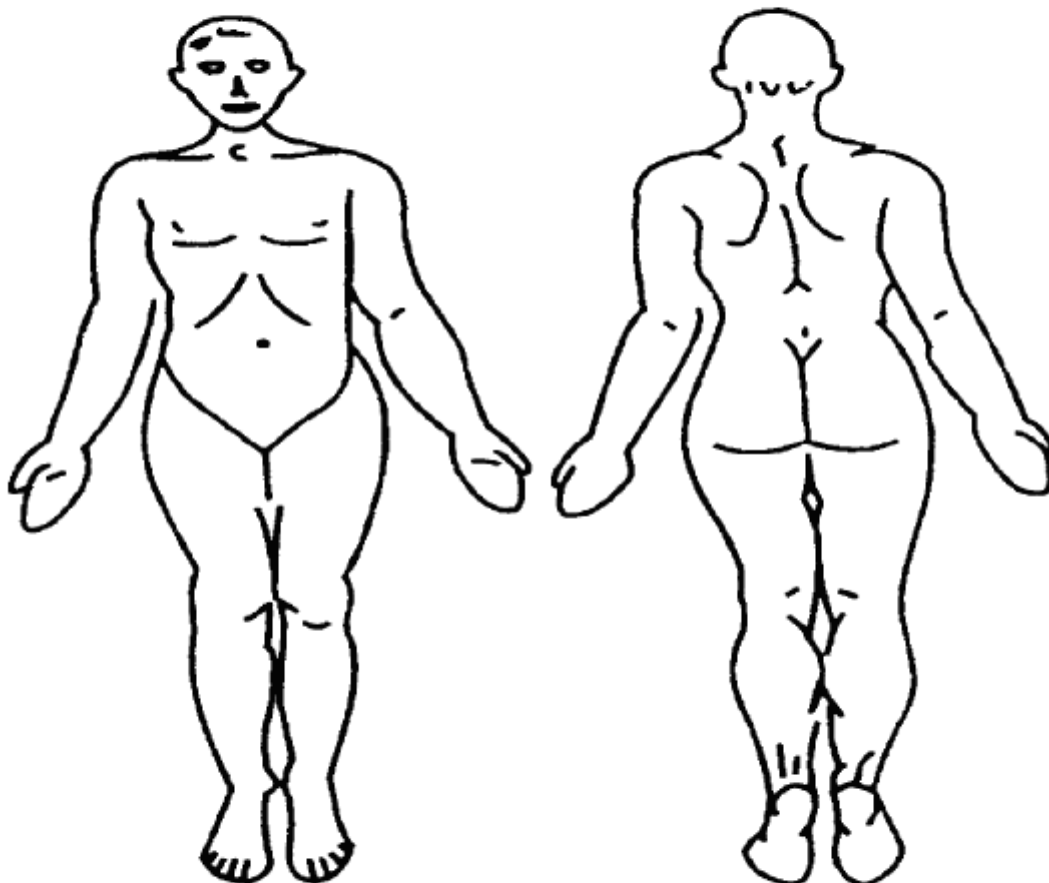
ZÁZNAM JEDNORÁZOVÉHO ZHODNOCENÍ BOLESTI

1. TOPOLOGIE

Kde to bolí

.....
.....

Zakreslete do lidské postavy, kde nemocný bolest udává, šipkami kam bolest vystřeluje. Eventuelně může provést zakreslení i nemocný sám.

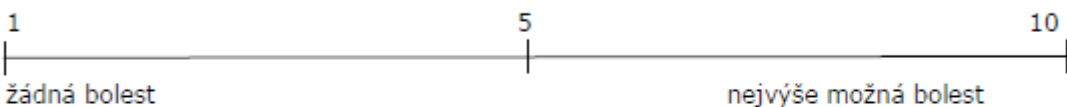


Propagace bolesti:

.....
.....

2. INTENZITA

Jak moc to bolí?

**3. KVALITA**

Jak to bolí?

- pulsující řezavá kolikovitá intenzivní dusivá tupá
 nesnesitelná pálivá krutá trýznivá

4. ČAS

Kdy to bolí?

Na čem je bolest závislá?

Jak dlouho trvá?

5. OVLIVNITELNOST

Co zmírňuje bolest?

 klid úlevová poloha komprese rukama zaměření pozornosti jiným směrem relaxace sugesce stimulace kůže: chladem teplem mastí

Léky (jaké, kolik, jak dlouho, jak často):

.....

Co zesiluje bolest?

.....

.....

6. REAKCE NEMOCNÉHO NA BOLEST pláč křik strach úzkost dobrá tolerance bolesti špatná spolupráce agresivita**DATUM:****PODPIS SESTRY:**Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 3: Záznam hodnocení bolesti

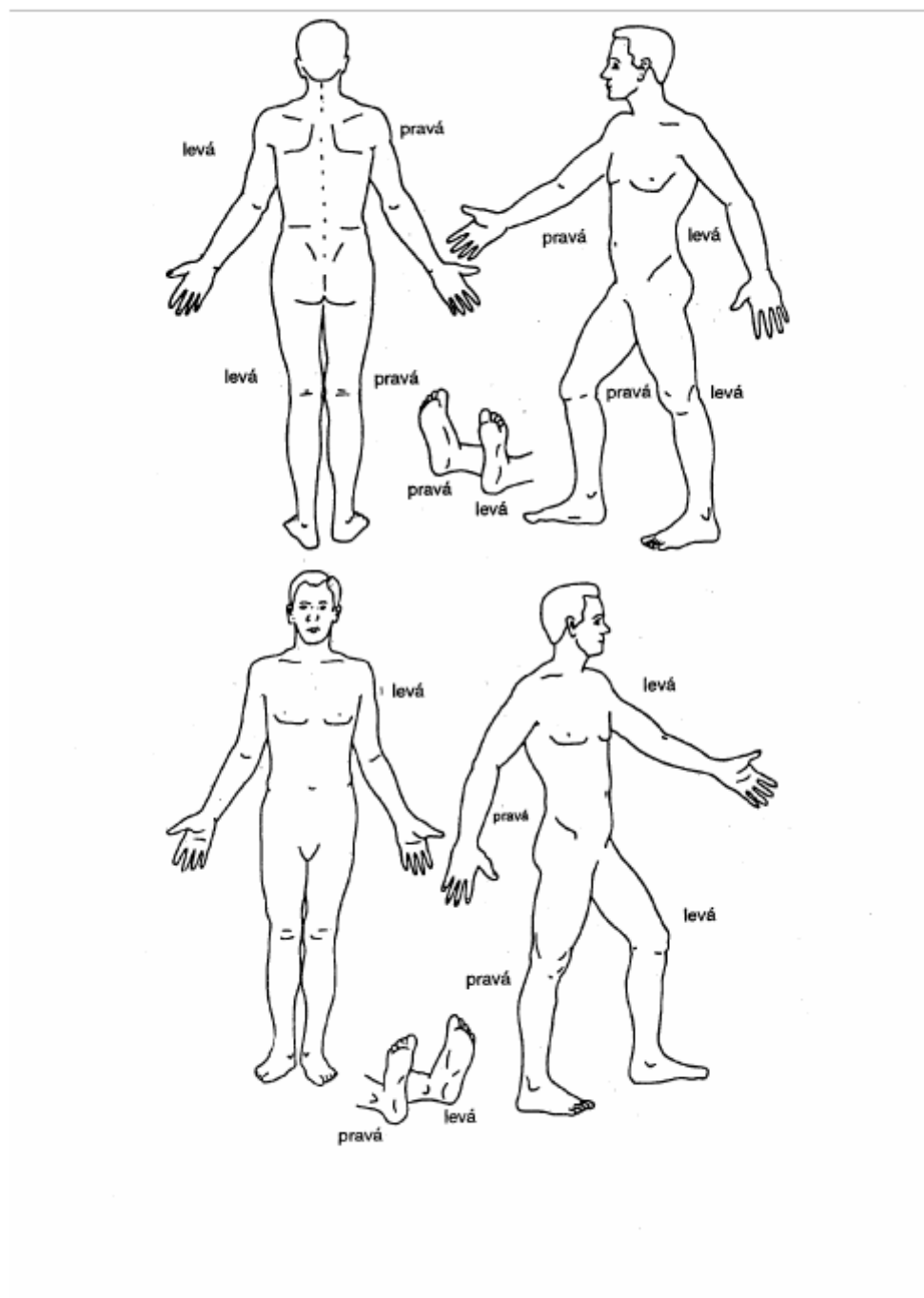
ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

DATUM					
ANALGETIKA					
TOPOLOGIE Kde to bolí? Propagace bolesti (zakresli šipkou)					
INTENZITA Jak moc to bolí? (označ číslicí na stupnici, např. 7)	nejvýše možná bolest ↑ 10 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest ↑ 10 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest ↑ 10 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest ↑ 10 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest ↑ 10 ↓ 1 žádná bolest
KVALITA Jak to bolí? (pulzující, řezavá, tupá, pálivá, apod.)					
ČAS Kdy to bolí?					
OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest? Co zesiluje bolest?					
REAKCE NEMOCÉHO NA BOLEST					
PODPIS SESTRY					

Zdroj: : <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 4: Mapa bolesti

Mapa bolesti (M. S. Margoles, 1983)

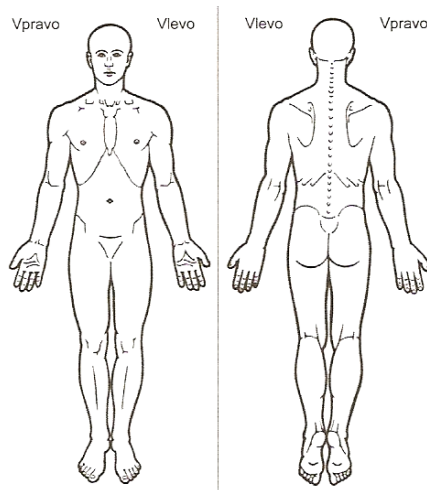


Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 5: Krátký inventář bolesti (BPI – Brief Pain Inventory)

1) Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, výron kotníku, zub). Cítil(a) jste dnes jinou než takovouto všední bolest? Ano (1) Ne (2)

2) Na obrázku vybarvěte místa, která Vás bolí. Nejbolestivější místo označte „X“.



3) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejhorší bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejmenší bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší průměrné bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které vypovídá, jakou bolest máte právě teď.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7) Jaké užíváte léky proti bolesti či jakou léčbu jste podstoupil(a)?

8) Jak velkou úlevu Vám přinesla léčba nebo léky proti bolesti v posledních 24 hodinách?

9) Označte, prosím, procento, které nejlépe vypovídá o tom, jak moc léky nebo léčba uleví.
0 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10) Označte číslo, které popisuje, jak během posledních 24 hodin bolest ovlivnila Vaši

a) celkovou aktivitu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b) náladu:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) schopnost chodit:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d) běžnou práci (doma i mimo domov):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e) vztahy s jinými lidmi:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f) spánek:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

g) radost ze života:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Zdroj: ĎURANOVÁ, Katarína. *Specifika hodnocení bolesti u seniorů*. Brno: 2012. Diplomová práce, s. 144. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Dostupné: http://is.muni.cz/th/214244/lf_m/diplomova_prace_Duranova.txt

Příloha 6: Mobid 2

MOBID 2

MOBID-2 – PRAKTICKÁ ŠKÁLA BOLESTI

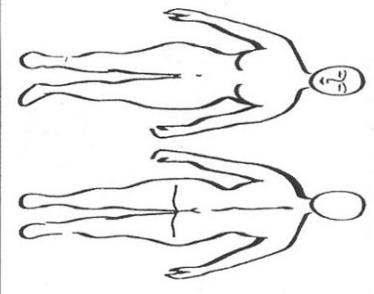
Pozorně sledujte pacienta a jeho chování v průběhu ranní ložely. Své sledování začněte předtím, než začnete s péčí a mobilizací. Klidně a srozumitelně pacientovi vysvětlíte, co budete dělat. Pečlivě a s citem provádějte jednotlivé níže uvedené aktivity. Pokud pacient dává najevo bolest, daný pohyb přerušte. Výsledky pozorování запиšte do následující tabulky (popis pohybu, pohyb vykonáván vždy postupně).

Zaznamenejte do jednotlivých políček projevy bolesti:

	sténání, křik	bolestivá grimasa	obranné gesto	Intenzita bolesti - odhadněte a zaznamenejte: 0 - žádná bolest, 10 - maximální možná bolest.										
1. postupně otevírání obou dlaní				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. horní končetiny předpažené a oběma dlaněmi postupně k čelu				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. flexe a extenze v kolenech a kyčlích				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. otočení v posteli na obě strany				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. posazení se na posteli				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pozorovali jste dnes nebo v posledních dnech (týdnu), že by měl pacient bolesti v některé části těla, která by mohla být způsobena nemocí či infekcí, poraněním nebo chronickou ranou? Zakrešlete místo bolesti do obrázku.

	Intenzita bolesti - odhadněte a zaznamenejte: 0 - žádná bolest, 10 - maximální možná bolest.										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. hlava, ústa, krk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. oblast hrudníku	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. břicho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. pánev, genitál	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. každé	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Celkem MOBID	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



- Zdroj: KUBÁTOVÁ, Jitka. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi*. České Budějovice: 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné: http://theses.cz/id/p17ohc/Diplomov_prce_Kubtov.pdf

Příloha 7: Denní záznam bolesti podle Melzacka

Denní záznam bolesti podle Melzacka

NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

- 0 - žádná
- 1 - mírná
- 2 - nepříjemná
- 3 - intenzivní
- 4 - krutá
- 5 - nesnesitelná

Uvedte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tišení bolesti.

	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

Zdroj: : <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 8: Barthelův test všedních činností (ADL)

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

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

HODNOCENÍ:

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

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 9: Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 10: Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

- slouží ke zhodnocení pacientovy soběstačnosti

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	SKÓRE
1. Pohybová schopnost	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý	5
3. Jídlo	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý (krmení, sonda)	4
4. Inkontinence moči	občas	3
	stále	5
	permanentní katétr	2
5. Inkontinence stolice	občas	3
	stále	5
6. Návštěva toalety	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	5
	pokojevý klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	malé	1
	velké	4
8. Spolupráce s nemocným	občas obtížná	2
	bezvědomí	3
	velmi obtížná	5

Hodnocení:

0 bodů - zcela soběstačný

38 bodů - zcela závislý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 11: Glasgow Coma Scale (GCS)

Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1

Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	Počet bodů
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1

Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	Počet bodů
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: 15 = normální stav
13 = vyžaduje hospitalizaci
8 = mez kritického stavu mozku
Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 12: Reisbergova škála

Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale)

Jméno pacienta.....Datum Test provedl

STUPEŇ 1 - bez kognitivního zhoršení

Pacient je bez subjektivních stížností na úbytek paměti. Žádný úbytek paměti není zřejmý ani při rozhovoru.

STUPEŇ 2 - velmi mírné kognitivní zhoršení

Pacient si stěžuje na úbytek paměti nejčastěji v těchto oblastech:

- zapomíná, kam dal předměty, které často užívá
- zapomíná jména, která v minulosti dobře znal

Při rozhovoru však není patrný žádný úbytek paměti. Pacientovi nečiní úbytek paměti problémy v zaměstnání či společenských situacích. Může mít však obavy, které jsou důsledkem subjektivně pocíťovaného úbytku paměti.

STUPEŇ 3 - mírné kognitivní zhoršení

Nejranější příznaky zřejmého úbytku, které se projevují ve více než jedné z následujících oblastí:

- pacient se při cestě na neznámé místo mohl ztratit
- spolupracovníci si všimli pacientova zhoršeného výkonu
- blízké osoby si všimly, že pacient zapomíná slova a jména
- pacient něco přečte a poměrně málo si z toho pamatuje
- pacient projevuje sníženou schopnost pamatovat si jména lidí, kterým byl nedávno představen
- pacient ztratil nebo někam založil cenný předmět
- úbytek soustředění je zřejmý také při vyšetření.

Objektivní důkaz úbytku paměti se získá jen po podrobném rozhovoru. Je přítomen snížený výkon v náročném zaměstnání a společenských situacích. U pacienta se projevuje popírání problému. Příznaky doprovází mírná až středně silná úzkost.

STUPEŇ 4 - Středně silné kognitivní zhoršení

Úbytek je zřejmý při pečlivém rozhovoru a projevuje se v těchto oblastech

- snížená znalost současných a nedávných událostí
- může se projevit určitý úbytek paměti i na události z vlastního života
- úbytek soustředění se projeví při postupném odčítání čísel
- snížená schopnost cestování, vedení financí apod.

Zpravidla se nevyskytují poruchy v následujících oblastech:

- orientace časem a osobou
- rozpoznávání známých osob a tvář
- schopnost cestovat na známá místa

V této fázi není již pacient zpravidla schopen provádět složité úkoly. Dochází k emočnímu oploštění, vyhýbání se řešení náročných situací. Pacient existenci problému s pamětí často popírá.

testovník

Zdroj: HOLMEROVÁ, Iva. Testovník – Soubor testů pro gerontologii. 2. doplněné vyd. Praha: ČALS, 2003. 24 s. ISBN 80-86541-11-8.

Příloha 13: Rychlý screening demence

Rychlý screening demence – dotazník určený pro rodinu a přátele

- slouží ke kvantifikaci obtíží s pamětí

Jak často nebo v jaké míře Váš blízký:

1. Opakuje se a ptá se znovu a znovu na to samé
2. Zapomíná více než dříve zejména věci, které se staly nedávno, před chvílí
3. Zapomíná brát léky, nakoupit najednou více věcí a podobně
4. Zapomene na schůzku, svátek, rodinnou oslavu
5. Je smutnější nebo bezradnější než dříve
6. Má problémy s počítáním, vedením účtu a podobně
7. Nemá již takový zájem o dřívější záliby a koníčky
8. Potřebuje pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně
9. Je vznětlivější, podezíravý, neklidný, mluví nesmyslně nebo vidí a slyší to, co ve skutečnosti neexistuje
10. Zhoršila se jeho schopnost řídit automobil
11. Hledá slova, mluví méně plynule, zapomíná jména

Hodnoťte následujícím způsobem

0 – ano, často

1 – někdy

2 – ne

Výsledek:.....

Maximum 22 bodů odpovídá normě

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Orientační test kognitivních funkcí

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Jméno pacienta.....Datum Test provedl

A. Orientace

(na každou odpověď čkejte cca 10 vteřin) (max. 10 bodů)

- Který je nyní rok?
- Které je nyní roční období?
- Můžete mi říci dnešní datum?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc (v prvním dnu měsíce hodnotte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce hodnotte jako správný i následující měsíc)
- Ve které jsme zemi?
- Ve kterém jsme okrese (kraj)?
- Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení) - název nemusí být přesný
- Ve kterém jsme poschodí

B. Zapamatování

"Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, protože se Vás na ně zeptám znovu za několik minut." *Vyslovujte pomalu s jednotlivou přestávkou mezi slovy:*

- lopata
- šátek
- váza

"Prosím, opakujte tato slova"

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte bod za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Tím končí hodnocení tohoto bodu.

(pozn. Pro hodnocení další je důležité, jestliže pacient nezopakuje všechny tři pojmy, abyste je opakovali, než se to nemocný naučí, nanejvýše pětkrát. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost").

C. Pozornost a počítání

"Začněte od 100 a odečítejte po 7, prosím". Skončete po 5 odečtech. Jestliže se nemocný zmýlí a výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu (pokud neudělá další).

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65

Jestliže nemocný nemůže nebo nechce počítat, požádejte, aby zpětně hláskoval slovo POKRM. Skóre představuje počet písmen ve správném pořadí.

D. Výbavnost

"Teď, prosím, řekněte ta tři slova, která jste si měli zapamatovat" (na odpověď cca 10 vteřin).

- lopata
- šátek
- váza

E. Pojmenování předmětu

- "Jak se to jmenuje?" (ukážte náramkové hodinky)
- "Co to je?" (ukážte tužku)

F. Opakování

"Opakujte to, co nyní řeknu"

- "Žádná kdyby nebo ale" (na odpověď dejte 10 vteřin, bod dejte jen za celou větu a jen na první pokus)

G. Třístupňový příkaz

Přečtěte vyšetřovanému následující příkaz a dejte mu do ruky kus (čtvrtku) prázdného papíru.

"Vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu". Cas na tento úkol: cca 30 vteřin. Hodnotíme bodem

- pravá ruka
- složení na polovinu
- položení na podlahu

H. Čtení a vykonání psaného příkazu.

Ukažte vyšetřovanému kartu s nápisem "Zavřete oči". "Přečtěte pokyn na papíru a udělejte, co žádá."

- přidejte bod, pokud pokyn vykoná po maximálně třech výzvách

I. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej: "Napište jakoukoli větu"

- Za třicet vteřin rozhodněte, zda má smysl, podmět i přísudek. Pravopisné chyby nevaří.

J. Obkreslování

Dejte vyšetřovanému papír a tužku. Požádejte jej, aby obkreslil obrazec. Ponechte několik pokusů během 1 minuty

- Hodnoťte jako správné, pokud se obrazce prolínají.

testovník

Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ)

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná činnosti posuzovaného v běžném životě. Je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s různými poruchami paměti a dalších intelektových funkcí. Pokud posuzovaný trpí závažnými smyslovými (např. zrakovými) a tělesnými (např. pohybovými poruchami, budou výsledky ovlivněny i těmito chorobami. Podobně se nezapočítává, pokud danou aktivitu nemá příležitost vykonávat v posledních 2 týdnech. V tom případě použijte odpověď X.

Dotazník se skládá z 20 kategorií. U každé z nich si nejvíce přičtete všechna prohlášení a označte pouze 1 tvrzení (zakroužkováním čísla vedle tvrzení).

Dotazník se týká PRŮMĚRNÉHO stavu posuzovaného ZA POSLEDNÍ 2 TÝDNY

Jméno a příjmení posuzovaného		Ročník	
Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému			
Datum vyplnění	MMSE	body /	%
		BADLS	

Hodnoťte zakroužkováním 0, 1, 2, 3 stav ZA POSLEDNÍ 2 TÝDNY.

<p>1. PŘÍPRAVA JÍDLA</p> <p>0 Zvolí a připraví si jídlo podle potřeby</p> <p>1 Umí připravit jídlo, pokud poskytneme potřebné potraviny</p> <p>2 Umí připravit jídlo, pokud dostává postupně rady, co má udělat</p> <p>3 Nepřipraví si jídlo, ani pokud je vyzván a ani pod dohledem</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <hr/> <p>2. JEDENÍ</p> <p>0 Jí přiměřeným způsobem a používá správné příbor</p> <p>1 Jí přiměřeným způsobem, pokud je jídlo upraveno ke konzumaci a/nebo používá lžiči</p> <p>2 Jí rukama</p> <p>3 Musí být krměn</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <hr/> <p>3. PŘÍPRAVA NÁPOJŮ</p> <p>0 Zvolí a připraví si nápoje podle potřeby</p> <p>1 Umí si připravit nápoje, pokud poskytneme složky k přípravě</p> <p>2 Umí si připravit nápoje, pokud dostává postupně rady, co má udělat</p> <p>3 Neumí si připravit nápoje, ani pokud je vyzván a ani pod dohledem</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <hr/> <p>4. PITÍ</p> <p>0 Pije přiměřeným způsobem</p> <p>1 Pije přiměřeným způsobem s pomůckami (brčko, hrnek se savičkou apod.)</p> <p>2 Nepije přiměřeným způsobem ani s pomůckami, ale snaží se o to</p> <p>3 Nápoje musí být podávány přímo do úst</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <hr/> <p>5. OBLÉKÁNÍ</p> <p>0 Vybere si vhodné oblečení a sám se oblékne</p> <p>1 Obléká se v nesprávném pořadí, naruby nebo si obléká špinavé oblečení</p> <p>2 Nedokáže se sám obléci, ale při oblékání pomáhá pohybem končetin</p> <p>3 Nespolutracuje a musí být oblečen jinou osobou</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p>	<p>6. HYGIENA</p> <p>0 Myje se pravidelně a samostatně</p> <p>1 Umí se sám umýt, pokud dostane mýdlo, žínku, ručník a podobně</p> <p>2 Umí se sám umýt, pokud je vyzván a je pod dohledem</p> <p>3 Neumí se sám umýt a potřebuje plnou pomoc</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <hr/> <p>7. PÉČE O ZUBY NEBO O PROTÉZU</p> <p>0 Pravidelně a samostatně si čistí zuby/protézu</p> <p>1 Čistí si zuby/protézu, pokud k tomu dostane potřebné pomůcky</p> <p>2 Do určité míry potřebuje pomoc – zubní pastu na kartáček, kartáček do úst apod.</p> <p>3 Potřebuje plnou asistenci</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <hr/> <p>8. KOUPÁNÍ, SPRCHOVÁNÍ</p> <p>0 Koupe se pravidelně a samostatně</p> <p>1 Potřebuje, aby někdo napustil vanu nebo pustil sprchu, ale myje se samostatně</p> <p>2 Potřebuje být vyzván k mytí a vyžaduje dohled</p> <p>3 Úplná závislost, potřebuje plnou asistenci</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <hr/> <p>9. TOALETA</p> <p>0 V případě potřeby používá správně toaletu</p> <p>1 Potřebuje doprovod na toaletu a pomoc</p> <p>2 Nedokáže udržet moč nebo stolici</p> <p>3 Nedokáže udržet moč ani stolici</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <hr/> <p>10. ZÁKLADNÍ POHYBLIVOST</p> <p>0 Dokáže si sednout i vstát ze židle bez pomoci</p> <p>1 Sedne si, ale potřebuje pomoc při vstávání ze židle</p> <p>2 Potřebuje pomoc při sedání i vstávání ze židle</p> <p>3 Je zcela závislý při sedání i vstávání ze židle</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p>
---	---

Pokračujte na další straně.

Mezisoučty z první strany: Body: _____ počet X: _____

Hodnotte zakroužkováním 0, 1, 2, 3 stav ZA POSLEDNÍ 2 TÝDNY.

<p>11. CHŮZE</p> <p>0 Chodí samostatně</p> <p>1 Chodí s oporou, musí se držet např. nábytku nebo ruky</p> <p>2 K chůzi používá pomůcky, např. chodítko nebo hole</p> <p>3 Nemůže chodit</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>12. ORIENTACE V ČASE</p> <p>0 Zcela se orientuje v čase, dnu, datu apod.</p> <p>1 Neorientuje se v čase nebo dnu apod., ale neznepokojuje se tím</p> <p>2 Opakovaně se ptá na čas, den či datum</p> <p>3 Plete si noc a den</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>13. ORIENTACE V PROSTORU</p> <p>0 Dobře se orientuje v prostředí</p> <p>1 Dobře se orientuje pouze ve známém prostředí</p> <p>2 Ztrácí se v domácím prostředí, je nutné připomínat, kde je koupelna apod.</p> <p>3 Nerozpoznává svůj vlastní domov a snaží se jej opustit</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>14. KOMUNIKACE</p> <p>0 Dokáže udržovat příměřený rozhovor</p> <p>1 Projevuje, že rozumí řeči a snaží se odpovídat slovy a gesty</p> <p>2 Umí se vyjádřit tak, že lze porozumět, ale má obtíže sám porozumět jiným</p> <p>3 Neodpovídá na pokusy o komunikaci nebo nekomunikuje s ostatními</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>15. POUŽÍVÁNÍ TELEFONU</p> <p>0 Správně používá telefon včetně vyhledání správných telefonních čísel</p> <p>1 Používá telefon, pokud telefonní číslo někdo řekne, ukáže nebo je v předvolbě telefonu</p> <p>2 Zvedne telefon a odpoví, ale samostatně nikomu netelefonuje</p> <p>3 Telefon vůbec nepoužívá, protože to nedokáže nebo nechce</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p>	<p>16. DOMÁCÍ PRÁCE, KUTILSTVÍ</p> <p>0 Dokáže vykonávat domácí práce nebo pracovat na zahrádce jako dříve</p> <p>1 Dokáže vykonávat domácí práce nebo pracovat na zahrádce, ale už ne tak jako dříve</p> <p>2 Účastní se málo, i když na něj někdo dohlíží</p> <p>3 Neúčastní se dřívějších činností, protože to nedokáže nebo nechce</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>17. NAKUPOVÁNÍ</p> <p>0 Nakupuje jako dříve</p> <p>1 Nakoupí pouze 1 nebo 2 věci bez nákupního seznamu nebo s ním</p> <p>2 Nenakupuje samostatně, ale účastní se nákupu, pokud má doprovod</p> <p>3 Nezávládně nakupování ani s doprovodem</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>18. FINANCE</p> <p>0 Stará se o své finance stejně jako dříve</p> <p>1 Neumí vyplnit složenku, ale umí se podepsat a rozezná hodnoty bankovek a mincí</p> <p>2 Umí se podepsat, ale nerozpoznává hodnoty bankovek a mincí</p> <p>3 Nedokáže se podepsat a nerozpoznává hodnoty peněz</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>19. KONÍČKY A HRY</p> <p>0 Účastní se aktivit stejně jako dříve</p> <p>1 Účastní se, ale potřebuje pokyny nebo dohled</p> <p>2 Chybí ochota se zúčastnit, je patrná zpomalenosť, je třeba přemlouvání</p> <p>3 Už nemůže nebo nechce se účastnit</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>20. DOPRAVA</p> <p>0 Řídí auto, jezdí na kole, nebo používá hromadnou dopravu samostatně</p> <p>1 Neřídí auto, ale používá hromadnou dopravu nebo kolo</p> <p>2 Není schopen samostatně jezdit hromadnou dopravou</p> <p>3 Neumí nebo nechce používat hromadnou dopravu ani s doprovodem</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p>
--	---

VÝSLEDKY – tato tabulka je určena pro potřeby hodnotitele

Celkem bodů _____ / 60 Odpovědí „Nelze určit“ _____ Přepočten na procentuální soběstačnost _____ %
 Body vyjadřují míru postižení Čím více, tím větší je zkršení výsledku $[(60 - \text{body})/60] \times 100$ nebo tabulka níže

Rychlý převod z bodů na procenta

Body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Procenta %	98%	97%	95%	93%	92%	90%	88%	87%	85%	83%	82%	80%	78%	77%	75%
Body	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Procenta %	73%	72%	70%	68%	67%	65%	63%	62%	60%	58%	57%	55%	53%	52%	50%
Body	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Procenta %	48%	47%	45%	43%	42%	40%	38%	37%	35%	33%	32%	30%	28%	27%	25%
Body	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Procenta %	23%	22%	20%	18%	17%	15%	13%	12%	10%	8%	7%	5%	3%	2%	0%



Překlad do češtiny a grafické zpracování: doc. MUDr. Aleš BARTOŠ, Ph.D., MUDr. Pavel MARTINEK
 zdroj české verze: Bartoš A, Martinek P, Ripová D. Dotazník Bristolská škála aktivit denního života BADLS-CZ pro hodnocení pacientů s demencí. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2010, 73(10): 672-677 nebo www.pcp.ji3.cuni.cz/accenrum (S licencí od Oxford University Press)
 Původní zdroj: Bucks RS, Ashworth DL, Wilcock GK, Siegfried K. Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. Age Ageing. 1996; 25(2): 113-120.

Zdroj: SCHWABOVÁ, Jaroslava a kol. Validita mezinárodní škály pro pacienty s ataxií. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2010, roč. 73, č. 6, s. 689 – 693. ISSN 1210-7859.

Příloha 16: Geriatrická škála deprese

Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?
ANO - 0 / NE - 1
2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy - stejné jako dříve nebo jste většiny z nich zanechal/a?
STEJNÉ - 0 / ZANECHAL/A - 1
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?
ANO - 1 / NE - 0
4. Často se nudíte?
ANO - 1 / NE - 0
5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná?
DOBRÁ - 0 / ŠPATNÁ - 1
6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?
ANO - 1 / NE - 0
7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á?
ŠTASTNÝ/Á - 0 / NEŠTASTNÝ/Á - 1
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?
ANO - 1 / NE - 0
9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?
DOMA - 1 / SPOLEČNOST - 0
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?
ANO - 1 / NE - 0
11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?
ANO - 0 / NE - 1
12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi?
ANO, mívám ten pocit - 1 / NE - 0
13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?
ANO - 0 / NE - 1
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?
ANO, myslím si to - 1 / NE - 0
15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?
ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

Hodnocení:

- 0-7 bodů odpovídá normě
8-12 bodů mírná deprese
13-15 bodů těžká deprese

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 17: Odhad zmatenosti

ODHAD ZMATENOSTI (vyvinuto Dr. R. Gaird – Guy's Hospital, 1981)

ZKRÁCENÝ MENTÁLNÍ BODOVACÍ TEST pro ošetřovatelské zhodnocení
(Jeden bod za každou správnou odpověď. Je-li počet nižší než 7 bodů, jedná se o zmatenost.)

Zeptejte se nemocného na:

1. Věk
2. Čas do nejbližší hodiny
3. Adresu (pro připomenutí: Na konci testu by měla být adresa pacientem zopakována, abychom se ujistili, že pacient dobře slyšel.)
4. Rok
5. Jméno nemocnice
6. Poznání alespoň dvou osob (např. sestra, lékař)
7. Datum narození
8. Rok první světové války
9. Jméno současného prezidenta
10. Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat zpětně měsíce v roce prosinec - leden

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 18: Škály podle Nortonové

Stupnice Nortonové

Všeobecná fyzická kondice		Duševní stav		Aktivita		Mobilita		Inkontinence	
dobrá	4	bdělost	4	chůze	4	plná	4	nepřítomná	4
uspokojivá	3	apatie	3	chůze s pomocí	3	mírně omezená	3	příležitostná	3
slabá	2	zmatenost	2	omezená na židli	2	velmi omezená	2	pouze moč	2
velmi špatná	1	sopor	1	postel	1	mobilita	1	moč i stolice	1

Přepřacovaná stupnice Nortonové										
Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	malá 3	<30 3	alergie 3	DM, zvýš. teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	částečně omezená 3	občas 3	
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi omezená 2	převážně moč 2	
	žádná 1	>60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč + stolice 1	
									Součet	
Nebezpečí dekubitu vzniká při 25 bodech a méně										

Zdroj: KUBÁTOVÁ, Jitka. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi*. České Budějovice: 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné: http://theses.cz/id/p17ohc/Diplomv_prce_Kubtov.pdf

Příloha 19: Stupnice k hodnocení dekubitu

Knollova stupnice

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Vysvětlivky: • - tyto stavy započítat dvojnásobně

Parametry	0	1	2	3
Všeobecný stav zdraví	dobrý	přiměřený	chatrný	skomírající
Mentální stav	bdělý	letargie	semikomatózní	komatózní
Aktivita	chodící	potřebuje pomoc	•trvale na vozíku	•trvale na lůžku
Pohyblivost	plná	omezená	•velmi omezená	•imobilita
Inkontinence	žádná	občasná	•obvykle močová	•úplná stolice i moči
Příjem výživy ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
Příjem tekutin ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
Náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anemie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

Skóre nad 12 bodů znamená, že pacient je ohrožen vznikem dekubitů.

Bradenové stupnice

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Citlivost / percepce	úplně limitovaný	1	hodně limitovaný	2	mírně limitovaný	3	žádné poškození	4
Vlhkost	velmi vlhká kůže	1	příležitostně mokrá	2	zřídka mokrá	3	nikdy mokrá	4
Aktivita	nemocný připoutaný na lůžko	1	připoutaný k židli	2	příležitostně chodí	3	chodí často	4
Pohyblivost	úplná nepohyblivost	1	velmi omezená	2	mírně omezená	3	bez omezení	4
Výživa	velmi špatná	1	neadekvátní	2	adekvátní	3	výborná	4
Tření	problém	1	možný problém	2	bez problému	3		

POČET BODŮ:

- 16** - minimální riziko vzniku dekubitů
- 13-15** - střední riziko vzniku dekubitů
- 12 a méně** - vysoké riziko vzniku dekubitů

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 20: Waterlowova škála

Waterlowova škála

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Poměr výška / váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání	8	úplná / katetrizován	0
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhávání	5	občasná inkontinence	1
obézní	2	suchá	1	14-49	1	periferní vaskulární porucha	5	katetrizován / inkontinence stolice	2
podprůměrný	3	edematózní	1	50-64	2	anemie	2	obojí inkontinence	3
		vlhká (↑teplota)	1	65-74	3	kouření	1		
		nepřiměřeně zbarvená	2	75-80	4				
		porušená	3	81 +	5				
Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace/trauma		Medikace	
úplná	0	průměrná	0	DM	4 - 6	ortopedická, pod úrovní pasu	5	cytostatika, steroidy, protizánětlivé léky	4
neklidný	1	chabá	1	RSM	4 - 6	páteř, na stole déle než 2 hod	5		
apatie	2	sonda	2	paraplegie	4 - 6				
omezená hybnost	3	nic per os	3						
nehybný	4								
v křesle	5								

Čím vyšší skóre bodů, tím větší riziko vzniku dekubitů

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 21: Hodnocení rizika pádu

GET UP AND GO TEST- Vstaňte, jděte, otočte se

- slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel cca 5 metrů k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s pomocí rukou	pouze s dopomocí	nesvede
Chůze	stabilní	s pomůckou nebo vrávorá	pouze s dopomocí, výr. nestabilita	nesvede
Otočení	jisté	nejisté, zavravorání	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede
Usednutí	bez pomoci	s pomocí rukou či opření	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede

CELKEM:(max. 12 bodů)

Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)

- slouží ke zhodnocení rizika pádu

1. Požádejte pacienta, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte pacienta, aby přešel napříč místností, a aby se otočil.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil ke své židli, a aby se na ni opět posadil.

Je-li pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by ztratil rovnováhu, potácel se, upadl nebo hledal předměty, o které by se mohl opřít, Gaitův test je negativní. Jestli pacient není schopen test dokončit nebo má výše uvedené problémy, je nutné, aby sestra iniciovala protokol pro prevenci pádu.

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 22: Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 23: Biensteinova škála

BEINSTEINOVA ŠKÁLA K HODNOCENÍ SITUACE A RIZIK V OBLASTI DÝCHÁNÍ

Ochota spolupracovat	0 ochoten kontinuálně spolupracovat 1 spolupracuje na požádání 2 občas spolupracuje 3 nechce nebo nemůže spolupracovat
Současné plicní onemocnění	0 nemá žádné 1 lehká infekce v oblasti nosu a úst 2 infekce v průduškách 3 plicní onemocnění
Prodělané plicní onemocnění	0 neprodělal žádné 1 v posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění 2 v posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžším průběhem 3 plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách
Porucha imunity	0 není 1 lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí 2 výraznější porucha imunity 3 úplné selhání imunity
Orotacheální manipulace	0 žádné výkony v dýchacích cestách 1 ošetrovatelské výkony v nose a ústech 2 oronazální odsávání 3 endotracheální odsávání
Kuřák/pasivní kuřák	0 nekouří a nebývá v zakouřené místnosti 1 kouří méně než 6 cigaret denně (bývá v zakouřené místnosti) 2 kouří denně 6-15 cigaret, v blízkém okolí jsou kuřáci 3 intenzivní kuřák
Bolest	0 nemá 1 lehká trvalá bolest 2 silnější bolest bez vlivu na dýchání 3 silná bolest ovlivňující dýchání
Porucha polykání	0 žádná 1 porucha polykání tekutin 2 porucha polykání tekuté i kašovitě stravy 3 porucha polykání veškeré stravy a slin
Omezení pohybu	0 žádné 1 porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla 2 pobyt na lůžku, pouze sezení v křesle 3 úplné omezení pohybu - pouze na lůžku
Ohrožující povolání	0 nevykonává takové povolání 1 pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrožujícím plíce 2 pracoval 2-10 let v zaměstnání ohrožujícím plíce 3 více než 10 let ve zvláště exponovaném prostředí
Intubační narkóza/respirátor	0 nebyla v posledních 3 týdnech 1 krátká intubační narkóza (do 2 hod.) 2 déletrvající narkóza (nad 2 hod.) 3 několik narkóz nebo napojení delší než 12 hod.
Stav vědomí	0 při vědomí 1 somnolence 2 sopor 3 kóma

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 24: Hodnocení ran

HODNOCENÍ RAN

HLAVNÍ PARAMETRY HODNOCENÍ RÁNY

- Lokalizace rány
 - Nákres těla z různých úhlů
 - Zezadu
 - Zepředu
 - Nohy - zezadu, zepředu, mediálně, laterálně
- Stav rány
 - Velikost rány
 - Charakter spodiny rány
 - Sekrece
 - Zápach
 - Bolest (místo, frekvence, intenzita)
 - Okraje rány
 - Zarudnutí okolní kůže
 - Infekce okolní kůže
- Velikost/zakreslení
 - Délka
 - Šířka
 - Hloubka
 - Sinusy
 - Zdravá granulující tkáň
 - Nekrotické oblasti
- Dokumentace
 - Všechny tyto parametry zahrnout při dokumentaci stavu rány a péče o ránu!

Zdroj: RICHARDS, Ann a EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 54. ISBN 80–247–0932–5.

Příloha 25: Škála k hodnocení rizika vzniku žilní trombózy

Škála k hodnocení vzniku žilní trombózy

OHROŽENÍ PŘI ZMĚNĚ RYCHLOSTI PROUDU KRVE	OHROŽENÍ PŘI ZMĚNĚ SLOŽENÍ KRVE	OHROŽENÍ PŘI PORUŠENÍ CÉVNÍ STĚNY
A - Imobilizace Např.: klid na lůžku, fraktury, ochnutí, sádrový obvaz - žádný klid na lůžku 0 - klid na lůžku déle než 12 hodin 2 - klid na lůžku déle než 72 hodin 4	A - Prodělané tromboembolické nemoci, rodinná zátěž 4	A - Věk - do 40 let 0 - 41-60 let 1 - 61-70 let 2 - nad 70 let 3
B - Aktivita Pouze při A 2 či 4 - provádí samostatné aktivní pohyby a změnu polohy 0 - cvičení a změnu polohy provádí pouze na vyzvání nebo instruktáž 2 - pacient je imobilní a inaktivní 4	B - Operace - chirurgické zákroky 4 - operace kostí, pooperační infekce rány 7 - operace kostí v blízkosti kyč. kloubu 8	B - Cévní mozková příhoda 5
C - Posttrombotický syndrom Varikóza 3	C - Metastazující nádory 2	C - Infarkt myokardu 5
D - Obezita 3	D - Círhóza jater, DM, nefrotický syndrom, poruchy výměny tuků 2	
E - Gravidita - šestinedělí 4	E - Dehydratace/Polyglobulie/Popálení - koncentrovaná moč 1 - suchý jazyk, rty a sliznice, dutina ústní 2 - zvýšený hematokrit 3	
F - Chronická srdeční insuficience, onemocnění plic 5	F - Léčebné přípravky - estrogeny, diuretika, kortikosteroidy, krevní transfuze 2	

Nebezpečí vzniku žilní trombózy **od 6 bodů**
 Velké nebezpečí vzniku žilní trombózy **od 10 bodů**

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Dana Flaisigová a studuji 3. rokem na ZČU v Plzni obor Ošetřovatelství. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který mi bude velkou pomocí při psaní mé bakalářské práce na téma „*Míra využívání testů a škál na interním oddělení*“. Dotazník je zcela anonymní. Při jeho vyplňování, pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď. Vyplněný dotazník vložte, prosím, do obálky a odevzdejte na určené místo.

Děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské s maturitou
 - b) Vyšší odborné
 - c) Vysokoškolské bakalářské
 - d) Vysokoškolské magisterské
 - e) Jiné (uved'te, jaké)
-

2. Uved'te typ pracoviště, na kterém pracujete.

- a) Interní oddělení
 - b) Geriatrické oddělení
 - c) LDN
 - d) JIP
 - e) Jiné (uved'te, jaké)
-

3. Kolik let pracujete v oboru?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 - 5 let
- c) 6-15 let
- d) 16-30 let
- e) Více než 30 let

4. K jakému účelu se používají hodnotící a měřící techniky?

- a) Podávají sestře objektivní náhled na pacientův zdravotní stav
- b) Podávají sestře subjektivní náhled na pacientův zdravotní stav
- c) Nemají žádný přínos a význam pro ošetrovatelskou péči
- d) Nevím

5. Používáte na Vašem pracovišti hodnotící škály a testy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud jste odpověděl/a NE nebo NEVÍM, pokračujte, prosím otázkou č. 20

6. Kdy používáte na Vašem oddělení hodnotící škály a testy? (možnost více odpovědí)

- a) Hodnotící testy a škály u nás nepoužíváme
- b) K získávání anamnestických údajů při příjmu pacienta
- c) Při každé změně zdravotního stavu pacienta
- d) Při překládání pacienta na jiné oddělení
- e) Při propouštění pacienta
- f) V jiných případech (uved'te, ve kterých)

.....

7. Jaké oblasti hodnotíte pomocí škál a testů? (možnost více odpovědí)

- a) Bolest
- b) Nutriční stav
- c) Soběstačnost/závislost
- d) Kognitivní funkce
- e) Stav vědomí
- f) Psychický stav
- g) Různá rizika
- h) Jiné (uved'te)

8. Jaká rizika hodnotíte? (možnost více odpovědí)

- a) Žádné
 - b) Riziko pádu
 - c) Riziko vzniku dekubitu
 - d) Riziko v oblasti dýchání
 - e) Riziko při zavedeném PŽK
 - f) Jiná (uved'te, jaká)
-

9. Jaké používáte škály a testy k hodnocení intenzity bolesti? (možnost více odpovědí)

- a) Žádné
 - b) Obličejová škála
 - c) Vizuální analogová škála
 - d) Verbální stupnice bolesti
 - e) Jiné (uved'te, které)
-

10. Jaké hodnotící techniky používáte pro hodnocení celkové bolesti – lokalizace, kvality, míry bolesti?(možnost více odpovědí)

- a) Žádné
 - b) Mapa bolesti (M. S. Margoles)
 - c) Krátký inventář bolesti (BPI)
 - d) Management bolesti
 - e) Jiné (uved'te, jaké)
-

11. Kterými testy a škálami hodnotíte na Vašem pracovišti nutriční stav pacienta? (možnost více odpovědí)

- a) Žádnými
- b) Body Mass Index (BMI)
- c) Nutriční screening

d) Jiné (uved'te, jaké)

.....

12. Které testy a škály využíváte k hodnocení soběstačnosti/závislosti pacienta?

(možnost více odpovědí)

- a) Žádné
- b) Barthelův test (ADL)
- c) Test instrumentálních všedních činností (IADL)
- d) Katz index
- e) Testování vývoje soběstačnosti (TVS)
- f) Jiné (uved'te, které)

.....

13. Jaké škály a testy využíváte k hodnocení stavu vědomí?

- a) Žádné
- b) Glasgow Coma Scale (GCS)
- c) Jiné (uved'te, jaké)

.....

14. Jaké škály a testy využíváte k hodnocení psychického stavu pacienta?

(možnost více odpovědí)

- a) Žádné
- b) MMSE – test kognitivních funkcí
- c) Montrealský kognitivní test
- d) Geriatrická škála deprese
- e) Kresba hodin
- f) Jiné (uved'te, jaké)

15. Jaké testy/škály používáte k hodnocení rizika pádu?

- a) Žádné
- b) Stupnice pádů podle Morseho
- c) Gaitův funkční test
- d) Screeningový test mobility

- e) Jednoduchý screeningový nástroj pro určení rizika pádu
- f) Jiné (uved'te, jaké)

.....

16. Jakou škálou či testem hodnotíte riziko vzniku dekubitu? (možnost více odpovědí)

- a) Žádnou
- b) Podle Nortonové
- c) Podle Bradenové
- d) Podle Shannon
- e) Škálou Waterlow
- f) Knollovou stupnicí
- g) Jiné (uved'te, jaké)

.....

17. Chybí Vám osobně pro hodnocení stavu pacienta nějaká konkrétní škála či test?

- a) Ano (uved'te, jaká nebo pro jakou oblast)

.....

- b) Ne

18. Jaké máte možnosti ve výběru hodnotících a měřících technik na Vašem pracovišti?

- a) Mám možnost použít/navrhnout svou vlastní škálu/test
- b) Mohu sám/a zvolit škálu/test ze stanoveného seznamu
- c) Mohu použít jen přesně uvedenou škálu/test dle standardu

19. Existují překážky, které Vám brání v dostatečném a kvalitním hodnocení stavu pacienta?

- a) Ano (uved'te, jaké)

.....

- b) Ne

20. Myslíte si, že jste v oblasti využití hodnotících a měřících technik dostatečně informován/a?

- a) Ano
- b) Ne

21. Kde jste načerpal/a informace o využívání hodnotících a měřících technik? (více možných odpovědí)

- a) Ve škole během studia
 - b) Z internetu
 - c) Na vzdělávacích akcích v rámci celoživotního vzdělávání
 - d) Z odborné literatury
 - e) Na mém pracovišti
 - f) Jiné možnosti (uveďte)
-

22. Uvítal/a byste další informace v oblasti hodnotící a měřící techniky?

- a) Ano
- b) Ne

23. Jakou formu pro další vzdělávání v oblasti hodnotících a měřících technik byste uvítal/a? (více možných odpovědí)

- a) Další informace nepotřebuji
 - b) Přednáška, seminář
 - c) Písemná forma, např. brožura
 - d) Proškolení staniční/vrchní sestrou
 - e) Jiná (uveďte, jaká)
-

Zdroj: vlastní