

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. František Dolák

Autor:
Ivana Handrejchová

2011

Abstract

The bachelor's thesis deals „Evaluation Scales as a Part of Nursing Documentation”. The bachelor's thesis consists of two parts. The theory part dealt with nursery documentation and evaluation scales. The objective of the thesis was to present portions of nursery documentation that are based on legislation and the use of nursing documentation in the course of the nursing process. It described the areas of assessment of patient's medical condition by a nurse allowing the use of more evaluating scales.

In the practical part of the thesis three objectives were set. The first objective was to map out evaluation scales used by nurses in selected health care facilities. The second objective involved mapping out understanding of nurses of and in using evaluation scales. The third objective was to establish whether nurses can actively participate in selecting of evaluation scales in their wards. Three assumptions were then set up. The first assumption was as follows: „The use of evaluation scales varies according to the type of the health care facility“. The second assumption read: „Nurses are informed on the possibilities of using evaluation scales“. The third assumption read: „Nurses can participate in active selection of evaluation scales“.

A quantitative method of anonymous questionnaire was employed to establish the factual state. A single questionnaire type was used for all nurses. The questionnaire involved 33 questions and 12 subquestions that were closed and semi-closed for addition of a short answer. Opening questions of the questionnaire were of identification nature. Subsequent questions dealt with different evaluation areas, the use of evaluation scales and perception of evaluation scales by nurses.

The file of questioned persons consisted of nurses serving in the České Budějovice a.s. and the Nemocnice Písek a.s. hospitals. In total 168 questionnaires were distributed. 84 of them to nurses of the České Budějovice a.s. hospital and 84 questionnaires to nurses of the Nemocnice Písek a.s. hospital.

Clearly set diagrams were processed based on nurses' answers. Discussion results were compared with specialized literature.

The final part of the thesis contains summary results and assumptions of the thesis author are confirmed or rebutted herein. The first assumption: „The use of evaluation scales varies according to the type of the health care facility“ has been confirmed. The second assumption: „Nurses are informed on the possibilities of using evaluation scales“ has been confirmed. The third assumption: „Nurses can participate in active selection of evaluation scales“ has been confirmed.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci: „Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

.....

podpis studenta

Poděkování

Poděkování patří vedoucímu práce Mgr. Františkovi Dolákovi za ochotu, cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	3
<i>1. Současný stav</i>	<i>4</i>
<i>1.1. Charakteristika zdravotnické dokumentace.....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.1 Náležitosti ošetrovatelské dokumentace</i>	<i>5</i>
<i>1.2 Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace.....</i>	<i>7</i>
<i>1.3 Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi</i>	<i>9</i>
<i>1.3.1 Hodnocení soběstačnosti a běžné denní aktivity.....</i>	<i>10</i>
<i>1.3.1.1 Škály hodnotící soběstačnost a denní aktivity.....</i>	<i>11</i>
<i>1.3.2 Hodnocení kognitivních funkcí a demence</i>	<i>13</i>
<i>1.3.2.1 Testy hodnotící kognitivní funkce a demenci</i>	<i>14</i>
<i>1.3.3 Hodnocení nutričního stavu pacienta.....</i>	<i>15</i>
<i>1.3.3.1 Škály hodnotící nutriční stav.....</i>	<i>16</i>
<i>1.3.4 Ošetrovatelská problematika dekubitů.....</i>	<i>17</i>
<i>1.3.4.1 Škály hodnotící riziko vzniku dekubitů</i>	<i>18</i>
<i>1.3.5 Hodnocení bolesti.....</i>	<i>19</i>
<i>1.3.5.1 Škály hodnotící bolest</i>	<i>20</i>
<i>1.3.6 Další možnosti využití hodnotících škál k posouzení pacienta.....</i>	<i>21</i>
<i>2.1 Cíl práce</i>	<i>24</i>
<i>2.2 Hypotézy</i>	<i>24</i>

3. Metodika	25
3.1 Použité metody	25
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	25
4. Výsledky.....	26
5. Diskuse	52
6. Závěr	59
7. Seznam použité literatury	60
8. Klíčová slova.....	65
9. Seznam příloh.....	66

Úvod

Tématem této práce jsou hodnotící škály jako součást ošetřovatelské dokumentace. Téma jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o možnosti využívání různých hodnotících metod k posouzení stavu pacienta. Vzhledem k tomu, že se tato problematika stále vyvíjí, přibývá škál k posuzování stavu pacienta a hodnotící škály se stávají součástí ošetřovatelské dokumentace, je téma hodnotící škály velice aktuální.

Legislativa ukládá zdravotnickému zařízení vést zdravotnickou dokumentaci. Součástí zdravotnické dokumentace je dokumentace vedená lékaři a ošetřovatelská dokumentace. Základní údaje, které jsou zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace, jsou standardizovány v konkrétní zdravotnické instituci. Tvorbu ošetřovatelské dokumentace ovlivňují problémy a nároky dané instituce, ošetřovatelská teorie a stanovené standardy. Při příjmu pacienta na oddělení sestra získává a hodnotí vstupní informace o pacientovi. Na základě těchto informací stanovuje ošetřovatelské diagnózy a specifickou péči o daného pacienta a vše zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Součástí ošetřovatelské dokumentace jsou ve většině zdravotnických zařízení hodnotící škály. Hodnotící škály začaly ve světě vznikat v padesátých letech minulého století a v českém ošetřovatelství se začaly rozšiřovat až s příchodem nových ošetřovatelských metod v osmdesátých letech minulého století. Již vytvořené škály jsou často modifikovány a přizpůsobeny tak, aby vyhovovaly danému zdravotnickému zařízení nebo typu oddělení. Škály sestra používá k objektivnímu posuzování pacienta a napomáhají jí naplánovat kvalitní individualizovanou péči. Hodnotící škály lze využít v různých oblastech objektivního posuzování. Lze hodnotit fyzické, psychické i sociální potřeby pacienta. U každé oblasti, kterou lze hodnotit, je většinou na výběr z více možností hodnotících škál. Záleží na daném zdravotnickém zařízení, typu oddělení a zkušenostech personálu, kterou hodnotící škálu v dané oblasti budou využívat nebo zda si vytvoří škálu vlastní. Správné hodnocení a používání hodnotících škál vyžaduje od sester teoretické znalosti, komunikační dovednosti a pozorovací talent.

1. Současný stav

1.1. Charakteristika zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace je systematicky vedený soubor informací a obrazových materiálů, které se vztahují k danému pacientovi, jeho zdravotnímu stavu a postupu zdravotnického zařízení při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče. Každá zdravotnická dokumentace má jednoznačný vztah k danému pacientovi a je souborem informací, na které se vztahuje zákon na ochranu dat. Pokud jsou zaznamenány nebo použity osobní údaje a data pacienta ve zdravotnickém zařízení, jsou tato data považována za zdravotnickou dokumentaci (48).

Náležitosti, obsah a formu zdravotnické dokumentace a s ní související práva a povinnosti upravují kromě etického kodexu ČLK právní předpisy. Základním právním předpisem je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění a vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci v platném znění. Tato vyhláška byla, ještě než vstoupila v platnost, dne 26. března 2007 novelizována vyhláškou č. 64/2007 Sb., o zdravotnické dokumentaci a vstoupila v platnost 1. dubna 2007. Vedení zdravotnické dokumentace úzce souvisí s ochranou osobních dat pacientů. Práva a povinnosti při jejich zpracování upravuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (16,38).

Legislativa ukládá zdravotnickému zařízení, povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Tato povinnost je uložena jak lékařům, tak sestřám. Zdravotnické zařízení může zdravotnickou dokumentaci upravovat a konkretizovat na základě specifik konkrétní činnosti a konkrétního oddělení (50).

Zdravotnická dokumentace podle vyhlášky č. 385/2006 Sb. obsahuje vždy identifikační znaky zdravotnického zařízení, pacienta, zdravotnického zaměstnance, který provádí zápisy do dokumentace a anamnestické údaje. Jestliže je poskytována ústavní péče, pak ještě datum a hodinu přijetí pacienta, ukončení ústavní péče, přeložení pacienta do ambulantní péče, popřípadě úmrtí pacienta. Při odmítnutí zdravotní péče pacientem nebo zdravotnickým zařízením je nutné uvést datum a časový údaj odmítnutí (38,50).

Při poskytování zdravotní péče je vedena dokumentace lékaři, která zachycuje a uchovává rozhodné skutečnosti, které se vztahují k poskytování zdravotní péče. Dále pak dokumentace ošetrovatelská, ta zachycuje a uchovává konkrétní skutečnosti, které se týkají poskytování ošetrovatelské péče konkrétním pacientům. Dále provozní dokumentace, která zachycuje a uchovává důležité skutečnosti, které dokládají fungování provozu, ve kterém je péče poskytována (51).

Zdravotnická dokumentace slouží jako pracovní pomůcka ošetřujícího lékaře a sestry, kterým umožňuje zvolit správnou diagnostickou a léčebnou terapii a předejít nebo zmírnit vyskytující se zdravotní obtíže. Tato dokumentace je materiál, poskytující důležité informace, potřebné v rámci návaznosti zdravotní péče pro jiné zdravotnické pracovníky a zdravotnická zařízení, včetně posudkové a forenzní činnosti. Jedná se o objektivní materiál, umožňující v případech stanovených zákonem informovat oprávněné subjekty o zdravotním stavu pacienta a o průběhu vyšetření nebo ošetření. Zároveň může sloužit jako důkazní prostředek pro soudního znalce, zda byla řádně poskytnuta zdravotní péče. Pro samotného pacienta jde o zdroj informací, poskytujících přehled zdravotních výkonů, které mu byly provedeny. Je to podklad pro provádění auditů kvality poskytované zdravotní péče a důkaz o poskytnuté zdravotní péči, za kterou zdravotnické zařízení požaduje úhradu od zdravotní pojišťovny a je také pomůckou při výuce studentů ve zdravotnictví (31,48).

Zdravotnická dokumentace může být vedena formou textovou, grafickou nebo audiovizuální. Údaje, obsažené ve zdravotnické dokumentaci, musí být vedeny v listinné nebo elektronické podobě. Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden pravdivě, čitelně, srozumitelně, označen datem a časem, musí být pravidelně doplňován a každý záznam musí být vždy označen podpisem a jmenovkou osoby, která jej provedla (16,50).

1.1.1 Náležitosti ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace o pacientovi a veškeré právní předpisy, které se týkají zdravotnické dokumentace, jsou platné i pro ošetrovatelskou dokumentaci. Ošetrovatelská dokumentace je systematické

zaznamenávání plánované péče poskytované pacientovi kvalifikovanou sestrou a ostatními členy ošetrovatelského týmu. Dokumentuje poskytovanou ošetrovatelskou péči a poskytuje řadu významných informací, které si sestry mezi sebou potřebují předat (31,35,48).

Základní údaje, které jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace, jsou standardizovány v konkrétní zdravotnické instituci. Tvorbu ošetrovatelské dokumentace ovlivňují problémy a nároky dané instituce, ošetrovatelská teorie nebo ošetrovatelský model, který je využíván v rámci instituce, akreditační požadavky, profesní standardy a požadavky zdravotních pojišťoven (41).

Obsah základní ošetrovatelské dokumentace je specifikován v příloze č. 1 k vyhlášce č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. Pod bodem 11 je zde uvedeno, že: „Záznam o ošetrovatelské péči obsahuje: a) ošetrovatelskou anamnézu pacienta, a zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu, b) ošetrovatelský plán, v němž se zejména uvedou 1. popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy pacienta, 2. postupy poskytování ošetrovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetrovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetrovatelské péče, 3. hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče, 4. změny v ošetrovatelském plánu, c) ošetrovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče (3, str. 5291)“.

V propouštěcí ošetrovatelské zprávě sestra shrne ošetrovatelskou anamnézu, aktuální údaje o poskytované ošetrovatelské péči, aktuální zdravotní stav pacienta a zaznamená edukaci pacienta při propuštění z ústavní péče (3).

Další součástí ošetrovatelské dokumentace jsou záznamy a pacientem podepsané formuláře v souvislosti s jeho přijetím a seznámením s potřebnými informacemi. Edukační záznamy vypovídají o konkrétní edukaci pacienta, použitých metodách a reakci pacienta na edukaci. Dále záznamy, které sledují objektivní hodnocení sestrou pomocí hodnotících a měřících technik, kde hodnotící škály vyplňuje sestra při přijetí pacienta a v průběhu hospitalizace a mohou být i součástí propouštěcí ošetrovatelské

zprávy. Samostatnou součástí dokumentace může být i záznam o ošetřování ran a ordinační karta, kam sestry zaznamenávají výšku, váhu, tělesnou teplotu pacienta, údaje o odchodu stolice, sledování bolesti, podání léčivých přípravků a aplikaci infuzí (31,35).

1.2 Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace

Ošetrovatelský proces je racionální metodou poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Znázorňuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které se v profesionálním ošetrovatelství používají ke zhodnocení individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování ošetrovatelské péče, provedení ošetrovatelské péče a hodnocení efektu péče. Tyto činnosti umožňují, aby se sestra rozhodla pro nejvhodnější způsob péče, dosáhla stanovených cílů a vyhodnotila pokrok, kterého pacient dosáhl. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, zmírnění problémů nebo jejich úplné odstranění v oblasti individuálních potřeb (2,35).

Realizace ošetrovatelského procesu umožní, aby sestra reagovala na aktuální i potencionální problémy jednotlivce a aby se vše odrazilo v individualizovaném plánu ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces klade důraz i na požadavky přesné dokumentace, které jsou žádoucí pro zlepšení komunikace, ke snížení počtu chyb i omylů a jejich zbytečnému opakování (41).

Sestra v první fázi ošetrovatelského procesu hodnotí zdravotní stav pacienta. Hodnocení pacienta sestrou probíhá co nejdříve po přijetí pacienta na oddělení. Tato fáze má dvě části, sestra získává ošetrovatelskou anamnézu a hodnotí současný stav pacienta. Cílem první fáze je založení databáze a odhalení ošetrovatelských potřeb pacienta. Nejprve sestra sbírá data o pacientovi, kde využívá metody rozhovoru, pozorování a screeningového vyšetření sestrou. Získává ošetrovatelskou anamnézu z primárních a sekundárních zdrojů a využívá objektivních hodnotících a měřících technik. Po sběru dat sestra kontroluje úplnost získaných údajů, uspořádává získané údaje, kontroluje správnost prvního dojmu a provede zaznamenání všech údajů do dokumentace. Sběr údajů a jejich dokumentace tvoří základ ošetrovatelské péče.

Dokumentace, s kterou sestra pracuje, ovlivní její práci během sběru dat a zda sestra získá všechny potřebné základní informace související se zdravotním stavem pacienta. Sběr nejdůležitějších údajů ovlivňuje i fakt, zda dokumentace respektuje prvky holistického ošetřovatelství a je zaměřena na všechny oblasti jedince podle Eberstova květu zdraví (23,41).

Ve druhé fázi ošetřovatelského procesu sestra stanovuje ošetřovatelské diagnózy u konkrétního pacienta. Ošetřovatelská diagnóza představuje klinický úsudek o odpovědi jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální problémy. Ke stanovení ošetřovatelské diagnózy vede série kroků, ve kterých sestra sesbírané údaje potvrzuje, uspořádává, analyzuje a určuje potřeby pacienta. Sestra vypracuje dvousložkovou nebo tříložkovou diagnózu, kde první složku tvoří problém, druhou složku vyvolávající nebo související faktory a třetí složku diagnózy tvoří znaky a příznaky. Ke správnému zformulování diagnózy musí mít sestra určité vědomosti, dovednosti a zkušenosti. Správně stanovená diagnóza efektivně ovlivňuje uspokojení potřeb pacienta a soustřeďuje pozornost na péči a problém pacienta. Používání dokumentace ošetřovatelských diagnóz usnadňuje komunikaci v ošetřovatelském týmu (4,41).

Třetí fází ošetřovatelského procesu je plánování. Během této fáze sestra určuje priority řešení problémů, stanovuje cíle ošetřovatelské péče, určuje, jakým způsobem cílů dosáhne a vše zaznamenává do ošetřovatelského plánu. Tuto fázi lze rozdělit do dvou oblastí, nejprve sestra stanoví cíle a očekávané výsledky a potom navrhne sesterské intervence, které slouží k dosažení stanovených cílů. Plán ošetřovatelské péče stanovuje priority jednotlivých sesterských intervencí a určuje, v jakém pořadí bude řešit individuální problémy pacienta (35).

Během čtvrté fáze ošetřovatelského procesu sestra provádí realizaci ošetřovatelských strategií, které byly zaznamenány do ošetřovatelské péče. Je-li to možné, sestra zapojuje aktivně pacienta do realizace ošetřovatelského plánu. Při procesu realizace sestra opětovně posuzuje pacienta, validizuje plán ošetřovatelské péče, organizuje realizaci plánu, provádí přípravu prostředí a pacienta a předvídá komplikace. K realizaci ošetřovatelských činností sestra potřebuje odpovídající kognitivní,

interpersonální a technické zručnosti. Jakmile sestra vykoná ošetrovatelskou činnost a zhodnotí reakci pacienta, výsledky opětovného posouzení, provedení zásahů a reakce pacienta okamžitě zaznamená do ošetrovatelské dokumentace. Chrání tak pacienta před dvojnásobným provedením určitého výkonu. Výkony sestra nesmí nikdy zaznamenávat ani předem, jelikož se může stát, že výkon z různých důvodů nemůže být proveden. Z přesně vedené dokumentace lze vždy zjistit aktuální stav pacienta a změny, které byly provedeny (41).

Pátou fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Zde sestra hodnotí účinnost péče, která byla poskytnuta podle individuálního plánu pacienta. Sestra získává údaje vzhledem k vymezeným kritériím, porovná sesbírané údaje se stanovenými kritérii a posoudí, zda dosáhla stanovených cílů. Toto hodnocení by měla provádět sestra, která plán sestavovala. V její nepřítomnosti je určena staniční sestrou jiná kompetentní sestra. Hodnocení sestra provádí na základě metody pozorování, rozhovoru s pacientem a konzultací s ostatními členy týmu. Do dokumentace zaznamenává, zda jsou cíle splněny, splněny částečně nebo zda cíle splněny nejsou. Jestliže pacient nedosáhl vytyčených cílů, je třeba provést revizi celého plánu a přehodnotit stanovené ošetrovatelské diagnózy, očekávané výsledky a efektivitu intervencí. Zápis hodnocení do dokumentace musí být jasný, stručný a bez subjektivních komentářů (41,48).

1.3 Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi

V českém ošetrovatelství se díky vývoji ošetrovatelského procesu začínají stále častěji používat hodnotící a měřicí škály, které se stávají standardní součástí ošetrovatelské dokumentace. Tyto hodnotící škály byly většinou vypracovány a standardizovány v zahraničí. U nás se zpravidla setkáváme s převzatými nebo různě modifikovanými metodikami (34,45).

Sestra získává a hodnotí vstupní informace z ošetrovatelské anamnézy a hodnotí pacienta z hlediska současného stavu. Hodnotící a měřicí techniky sestře slouží k objektivnímu posouzení pacienta a naplánování kvalitní individualizované péče. Tyto údaje také dokumentují úroveň poskytované ošetrovatelské péče o daného pacienta v daném čase (36).

Hodnotící škály lze rozdělit do více oblastí podle jejich využití. Díky vytvořeným škálám lze hodnotit psychickou oblast, kognitivní funkce, demenci, soběstačnost, vědomí a orientaci pacienta, dále nutriční stav, odchylky či míru patologie v souvislosti se somatickým stavem pacienta, hodnotit a měřit bolest a v neposlední řadě hodnotit i různá rizika, jako je riziko vzniku dekubitů a riziko pádů (45).

U každé oblasti, kterou lze hodnotit, je většinou na výběr z více možností hodnotících škál. Záleží na dané zdravotnické instituci, charakteru oddělení a zkušenostech personálu, kterou hodnotící škálu v dané oblasti budou využívat (12,13).

Většinu z hodnotících a měřících škál vyhodnocuje sestra, ale některé hodnotící a měřící techniky jsou specifické a patří do rukou klinických psychologů a lékařů. Přesto je zapotřebí, aby se sestra i v těchto škálách orientovala. Jedná se například o Apgar score, které hodnotí lékař, ale sestře napomáhá ke stanovení správné ošetrovatelské péče o novorozence (45).

1.3.1 Hodnocení soběstačnosti a běžné denní aktivity

Soběstačnost je pro každého jedince velmi důležitou hodnotou, která umožňuje řídit si svůj život podle vlastních představ. Ztráta nebo omezení soběstačnosti vede k narušení sebedůvěry, vzniku závislosti a zhoršení psychického stavu, což má vliv na pokles kvality života. Ovlivňuje osobu samotnou a může působit i na fungování celé rodiny. Za soběstačného považujeme jedince, který je schopen zvládat všechny všední denní činnosti bez dohledu nebo pomoci druhé osoby a zastane potřebné či očekávané sociální role v prostředí, v němž žije (8).

Současné ošetrovatelství má jako jeden z hlavních cílů pomoci nemocnému zůstat soběstačný a nezávislý na pomoci jiných osob. V průběhu ošetrovatelského procesu sestra vypracuje plán ošetrovatelské péče, kde hodnotí soběstačnost nemocného na základě pozorování, rozhovoru s nemocným, rodinnými příslušníky nebo z dřívější dokumentace. Sestra vždy hodnotí funkční úroveň soběstačnosti tak, aby pacient byl schopen žít nezávisle ve svém navyklém prostředí a využívá lidský potenciál k podpoře a rozvoji soběstačnosti. U pacientů, kteří nejsou schopni si zajistit činnosti běžného

denního života bez pomoci druhých, sestra zahrne do svého individualizovaného ošetrovatelského plánu i prevenci vzniku imobilizačního syndromu (34,42,45).

K přesnějšimu kvantitativnímu vyjádření funkčního potenciálu sestra používá různé hodnotící škály, které se týkají základních a instrumentálních aktivit denního života. Základní aktivity denního života jsou orientovány na základní sebeobslužné aktivity a jejich porucha vypovídá o potřebě ošetřování. Instrumentální aktivity denního života hodnotí schopnost pacienta žít zcela samostatně, bez pomoci a vyrovnat se s nástrahami každodenního života (6,34).

Soběstačnost pacienta úzce souvisí se schopností sebezpěče. Dorothea Elisabeth Oremová vypracovala ošetrovatelský model deficitu sebezpěče. V tomto modelu popisuje tři možnosti ošetrovatelského systému, který sestře pomáhá při výběru činností ošetrovatelské péče. První ošetrovatelský systém je podpůrně-výchovný, druhý částečně-kompenzační a třetí plně kompenzační. Jestliže sestra určí v akutní fázi ošetrovatelské intervence, které plně kompenzují aktivity pacienta, Oremová doporučuje postupně je nahrazovat pomocnými, stimulačními a edukačními činnostmi, které jsou závislé na stavu pacienta (1,7).

1.3.1.1 Škály hodnotící soběstačnost a denní aktivity

Test vývoje soběstačnosti (TSV) zobrazuje nejen současný stav pacienta, ale i vývoj soběstačnosti v daném čase. Sestra v pravidelných intervalech hodnotí soběstačnost nemocného počtem 0 – 5 bodů v jednotlivých kritériích, které se týkají osobní hygieny, pohyblivosti, spánku a odpočinku, výživy, orientace, komunikace, oblékání a vyprazdňování. Označí je na stejném tiskopise odlišnou barvou (12,45).

Test základních všedních činností ADL dle Barthel je jednoduchý index osobní nezávislosti, který se používá ke stanovení rozsahu pomoci, kterou pacient potřebuje. Autorem je Dorothea W. Barthel a Florence I. Mahoney. Test sestra vypracuje vždy na základě objektivních šetření. Údaje poskytnuté pacientem, který je postižen demencí, mohou být nespolehlivé a zavádějící. Sestra hodnotí 10 položek, které jsou ohodnoceny 10 body při samostatném provedení, 5 body s pomocí a 0 body, jestliže pacient úkon neprovede. Hodnocení 100 bodů znamená nezávislost, 95 – 60 bodů lehkou závislost,

60 – 40 bodů střední stupeň závislosti a 40 – 0 bodů vysoký stupeň závislosti (34,40,45).

Test Instrumentálních denních činností (IADL) sestavili Filenbaum, Lawton a Brody v roce 1985. Test umožňuje posoudit, nakolik pacient zvládá složitější činnosti všedního dne, nutné pro úplnou soběstačnost. IADL stupnice koreluje s kognitivními schopnostmi a depresí. Hodnotí se jízda dopravním prostředkem, nákup potravin, vaření, domácí práce, práce kolem domu, telefonování, užívání léků a finance. Za každou položku je testovanému přidělen určitý počet bodů. Maximální výše bodů je 10 (zcela samostatný) a minimální výše bodů je 0 (neschopen). Hodnocení 0 – 40 bodů znamená závislost, 100 bodů nezávislost (12,17,45).

Funkční míra nezávislosti (FIM) byla vytvořena American Academy of Physical Medicine a American Congress of Rehabilitation Medicine a poté modifikována Granger a kol. v roce 1986. Vychází ze základního hodnocení indexu Barthelové, navíc obsahuje sledování kognitivních funkcí, zohledňuje komunikaci s prostředím a sociální vztahy pacienta. FIM test je mezinárodně uznávaný v zemích Evropské unie a je většinou součástí propouštěcí zprávy z nemocnice. Je zaměřen na šest okruhů v sebezpečí – osobní péče, kontrola svěračů, mobilita, lokomoce, komunikace a sociální adaptabilita. Každou z funkcí hodnotíme 7 stupňovou bodovou škálou (1 = plná pomoc, 7 = plná soběstačnost), celkem lze dosáhnout 18 až maximálně 126 bodů, čím více bodů, tím menší závislost. FIM test je možno vyplňovat i v grafické podobě (12,17,32,45).

Katzův index ADL slouží k určování stupně závislosti, je sestaven ze sedmi základních úkonů – nakupování, úklid, cestování, vaření, mytí, oblékání a toaleta. U každého zvlášť je pak hodnocena míra soběstačnosti (soběstačný, částečně soběstačný, nesoběstačný). Celková míra závislosti na pomoci okolí je znázorněna pomocí devítibodové stupnice od plné nezávislosti až po celodenní závislost (45).

Rankinovo skóre (Modifid Rankin Scale, MRS) sestavil v roce 1957 Rankin, následně ji modifikovali Bonita a Beaglehole v roce 1988 a Lindley v roce 1994. Modifikovaná škála, která má 6 úrovní, se používá k měření míry postižení a závislosti v rámci denních aktivit u pacientů po CMP (13,45).

1.3.2 Hodnocení kognitivních funkcí a demence

Vladimír Pidrman popisuje demenci jako syndrom: „který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního citění nebo motivace (30, str. 9)“.

Demence je organické mozkové onemocnění, které poškozuje mozkovou tkáň různým způsobem. Doprovází ji kognitivní a další poruchy, které způsobují významné problémy ve společenském i pracovním životě postiženého člověka a postupně progredují. V počátku onemocnění je pacient téměř vždy depresivní (6,32).

Hodnotící škály a testové metody napomáhají k objektivnímu posouzení kognitivních funkcí a odhalování časných příznaků demence. Stejně významná jako časné zachycení organických poruch typu demencí je detekce depresí, které často demenci napodobují. Vlastní vyšetření je zapotřebí doplnit standardním somatickým vyšetřením včetně zhodnocení neurologického a eventuálně i doplnění o další laboratorní, zobrazovací a elektrofyziologické metody (13,17).

Pro sestru je důležité znát faktory, které signalizují počínající poruchy kognitivních funkcí. Při pozorování a rozhovoru s pacientem si sestra všímá především změn ve smyslu poruchy paměti, myšlení, řečových funkcí, orientace, výkonnostních funkcí a změn nálad i chování. Ošetřování demenčních pacientů je velmi náročné a vyžaduje specifický přístup, vždy je zapotřebí zachovávat úctu a důstojnost (13,23,45).

Ošetrovatelské intervence sestry zaměřuje především na pomoc pacientovi při udržení optimální úrovně poznávacích schopností, zabránění úrazům, zmírnění úzkosti a nervozity, zlepšení komunikačních dovedností a podpoření schopnosti pacienta vykonávat ADL (18).

1.3.2.1 Testy hodnotící kognitivní funkce a demenci

Rozšířený index dle Barthel se používá pro hodnocení potřeby pomoci při zvládnání komplexních požadavků všedního dne, které předpokládají kognitivní schopnosti. Obsahuje 6 položek o 3 až 4 stupních. Položky jsou ohodnoceny v pětibodových odstupech od 0 do 15 bodů. Index vyplňuje sestra, která pacienta ošetřuje a zaznamenává, co pacient viditelně zvládá, nikoli to, co by teoreticky zvládnout mohl. Hodnotí chápání, komunikaci, sociální interakce, řešení každodenních problémů, paměť, zrak a neglect syndrom (32).

Zkrácený Mentální bodovací test podle Gajda slouží k ošetrovatelskému zhodnocení psychického zdraví. Test obsahuje 9 snadných otázek, na které pacient odpovídá. Každou správnou odpověď sestra ohodnotí 1 bodem. Méně než 7 bodů znamená zmatenost pacienta (34).

DemTect (Dementia Detection) je test kognitivní, vhodný pro úvodní diagnostiku demence, využívá se k rozpoznání duševní nemoci a sledování průběhu duševního úpadku. Hodnocení provádí přiměřeně zaškolený personál. Test zahrnuje 5 částí - tři testy zapamatování si slov a čísel, jednu úlohu s přeměnou číslic na číslovky a jednu úlohu, testující verbální plynulost. Skóre méně než 8 bodů značí podezření na demenci a vyžaduje další diagnostická vyšetření a zahájení léčby (32).

Test kognitivních funkcí - Mini-mental state examination (MMSE), tzv. Folsteinův test je jedním z nejčastěji používaných testů k úvodnímu vyšetření kognitivních deficitů. Tento test vyhodnocuje sestra nebo lékař dle zvyklostí zdravotnického zařízení. Hodnotí se orientace, paměť, pozornost, pojmenování předmětů, čtení, psaní a vizuálně-konstruktivní schopnosti. Otázky jsou ohodnoceny 1 bodem, 24 - 30 bodů znamená normu, pod 10 bodů značí těžkou kognitivní poruchu. Tento test je možno použít i v modifikované podobě podle Topinkové a Melanové z roku 1993 (13,32,38,39,45).

Test kreslení hodin (Clock drawing test) je zaměřen na kognitivní funkce. Při nejednoznačném výsledku je indikováno psychologické vyšetření. Pacient kreslí hodinový ciferník s čísly a ručičkami a vyznačuje na něm určitý časový údaj. Předmětem hodnocení je celistvost nakresleného číselníku, správné nastavení ručiček na

požadovaný časový údaj, správné vyznačení čísel, jejich pořadí a umístění na ciferníku. 10 bodů je norma, 9 bodů a méně ukazuje na různé stupně postižení (39,45).

Clinical dementia rating (CDR) je strukturované vyšetření, které slouží ke zjištění přítomnosti jak demence, tak pouze mírné poruchy kognitivních funkcí. Při rozhovoru se hodnotí paměť, orientace, soudnost a řešení problémů, společenský život, práce doma a koníčky, osobní péče. 0 bodů je norma, 3 body znamenají těžkou poruchu funkce (13).

ADAS-cog (Alzheimers disease assessment scale-cognitive) je výkonnostní test, který se používá pro srovnání kognitivních změn u téhož pacienta před léčbou a v jejím průběhu. ADAS-cog obsahuje patnáct subtestů zaměřených na různé typy kognitivních funkcí, např. na vybavení slov, zpožděné vybavení slov, obkreslování figur, orientaci (13).

Reisbergova škála GDS (Global deterioration scale) hodnotí tíži demence včetně stavů, které jí předcházejí. Je využívána hlavně u pacientů s Alzheimerovou demencí. Zařazuje pacienty dle úrovně kognitivních funkcí do jednoho ze sedmi stádií. Stádium 1 - bez kognitivní poruchy, stádium 7 - demence v terminálním stádiu (13,40).

Hachinskiho ischemické skóre slouží jako orientační diagnostické rozlišení mezi primárně degenerativní demencí Alzheimerova typu a demencí vaskulárního typu formou dotazníku. Čím vyšší skóre, tím se pravděpodobněji jedná o vaskulární demenci a obráceně (13,40).

1.3.3 Hodnocení nutričního stavu pacienta

Výživu řadíme mezi základní potřeby člověka. Při příjmu pacienta sestra provádí tzv. nutriční screening. Výživa se hodnotí na základě sběru antropometrických parametrů, laboratorních vyšetření krve a moče, klinických příznaků a výživové anamnézy (15,42).

Objektivní nutriční screening by měl splňovat určitá kritéria - validitu, objektivitu, senzitivitu, specificitu, a pozitivní predikční hodnotu. Screeningová kritéria pro hodnocení nutričního stavu sestavují sestry s nutričními terapeutky a lékaři-nutricionisty (10,21).

Role sestry spočívá v detekci abnormalit výživy. Řadíme sem obezitu a malnutrici. Malnutrice je patologický stav, který je způsobený nedostatkem živin. Pro pokročilá stádia se používá termín kachexie, nejtěžší stupeň je marasmus (13,21).

Mezi nejčastější příčiny malnutrice patří nedostatečný příjem živin, poruchy digesce, poruchy resorpce, metabolické poruchy, zvýšená potřeba a zvýšené ztráty. Malnutrice ovlivňuje celkový stav pacienta primárně. Mezi primární hodnocení patří hypoproteinemie, anemie, ztráta svalové hmoty, snížení tělesné aktivity, oslabení imunity, zpomalení hojení ran, snížení motility střev, zhoršení mentálních funkcí. Dále ovlivňuje stav pacienta i sekundárně. Mezi tyto ukazatele patří zvýšená morbidita, prodloužená doba hospitalizace a rekonvalescence, vyšší náklady na zdravotní péči, zvýšená mortalita (17,52).

Zanedbání efektivní nutriční podpory u pacientů s prokazatelným laboratorním a klinickým nálezem malnutrice a katabolismu je neomluvitelným zanedbáním péče o nemocného. Platí to tím spíše, že malnutrici a katabolismus můžeme dnes dobře diagnostikovat a rozsah kvantifikovat (52).

1.3.3.1 Škály hodnotící nutriční stav

Mini Nutritional Assessment (MNA) se používá ke zjištění stavu nutrice a nutričního rizika především u starších osob. Soubor otázek, který je doplněn objektivními ukazateli, existuje v různých modifikovaných podobách. Test je zaměřen na antropometrická měření, hodnocení zdravotního stavu a stravovacích návyků (13,21).

Nottinghamský screeningový dotazník je orientovaný především na nemocniční prostředí. Zahrnuje hodnocení BMI, nechtěného úbytku hmotnosti v posledních 3 měsících, snížení příjmu potravy před hospitalizací a závažnost základního onemocnění (13).

Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) hodnotí stav výživy pacienta. Test byl přijat v roce 2003 na základě doporučení ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). Obsahuje dvě části – předběžný a podrobný screening nutričního rizika. Jakmile v předběžném screeningu vyjde minimálně jedna kladná odpověď,

provádí se podrobný screening. Při celkovém skóre méně než 3 body je indikováno sestavení nutričního plánu (15,21).

Hodnocení hmotnosti klienta pomocí vzorců a indexů používá sestra k hodnocení podváhy, normální váhy a obezity pacienta. Může použít Broccův vzorec, Broccův index, Bonhardtův vzorec nebo Body mass index (45).

1.3.4 Ošetrovatelská problematika dekubitů

V literatuře můžeme najít velké množství definic dekubitů. Z těchto definic vyplývá, že dekubitus je: „poškození tkání, které vzniká působením mnoha navzájem se prolínajících příčin a rizikových faktorů, projevující se nekrózou tkáně. Hlavní příčinou je tlak, který zapříčiní komprimaci a kompresi zásobních cév v určité tkáni. Jednotlivé buňky jsou pak nedostatečně zásobeny živinami a kyslíkem z arteriální krve. Následkem toho dochází k postupnému odumírání tkáňových i nervových buněk (47, str. 17-18)“.

V současném ošetrovatelství dobře známe příčiny vzniku dekubitů a známe i způsoby, jak jim předcházet. Nejdůležitější roli v prevenci vzniku dekubitů hraje sestra, která hodnotí pacienta v riziku vzniku dekubitů a sestavuje ošetrovatelský plán, který následně plní a hodnotí. Do plánu péče sestra zahrnuje včasné zajištění prevence, kam patří časná mobilizace, plán polohování pacienta, zabránění tření a napínání kůže, zmenšení tlaku v místě kožních prominencí, úzkostná péče o pokožku a péče o hydrataci a nutrici (13,26).

Vznik dekubitů znamená pro pacienta další bolest, strádání a komplikaci zdravotního stavu, která vede k prodloužení doby hospitalizace. Při profesionálně prováděné prevenci dekubitů dochází i k úsporám finančních nákladů. Výskyt dekubitů je považován za jeden z ukazatelů kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení (22).

Při vzniku dekubitu sestra zaznamenává postižené místo do dokumentace. Popisuje velikost, délku, šířku, hloubku, stupeň defektu a fázi hojení. Dále zaznamenává, na jaké přidružené nemoci či rizikové faktory pacient trpí. Důležitý je i záznam s popisem postupu péče o ránu. V praxi se také osvědčilo používání

fotodokumentace jako doklad o hojení dekubitů. Fotodokumentace se provádí při přijetí pacienta, při jeho překladech na jiné oddělení, při propuštění pacienta, ale i během hospitalizace (47,50).

1.3.4.1 Škály hodnotící riziko vzniku dekubitů

Škála dle Nortonové byla sestavena D. Nortonovou v roce 1962 pro pacienty v dlouhodobé péči. Hodnotí se celkové zdraví pacienta, duševní stav, aktivita, mobilita a inkontinence. Pacient je ohodnocen určitým počtem bodů, čím je nižší bodové ohodnocení, tím je riziko vzniku dekubitů u pacienta vyšší. Škálu modifikovala Christel Bienstein a rozšířila ji na skóre 25 bodů. Skóre 13 a méně znamená nejvyšší riziko vzniku dekubitů. Při změně některého z faktorů se provádí nové hodnocení (13,25,47).

Waterlowova škála vznikla v roce 1985 a podle výzkumných studií je přesnější než škála dle Nortonové. V této škále se hodnotí navíc pohlaví, věk, chuť k jídlu, medikace a operace. V tabulce sestava zakroužkuje skóre a sečte. Čím vyšší skóre vyjde, tím je vyšší riziko dekubitů (47).

Shannonova škála k hodnocení rizika vzniku dekubitů vytvořila v roce 1984 M. L. Shannon. Hodnotí se zde kontinence, mobilita, duševní stav, aktivita, výživa, cirkulace, tělesná teplota a medikace. Skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin (45,47).

Braden – Bergstom skóre je stupnice, která hodnotí citlivost, vlhkost, percepce, stupeň fyzické aktivity, pohyblivost, výživu a tření. Pokud vyjde součet 12 bodů a méně, hrozí vysoké riziko vzniku dekubitů (45,47).

Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám hodnotí celkem osm parametrů, které jsou ohodnoceny 0-3 body. Mezi tyto parametry patří všeobecný stav, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy a tekutin ústy a náchylnost k chorobám. Pacient se skóre nad 12 bodů je již ohrožen vznikem dekubitů. Ve stupnici jsou také stavy, které sestava může napočítat dvojnásobně, v tabulce jsou označeny hvězdičkou (42,47).

1.3.5 Hodnocení bolesti

Bolest je subjektivním prožitkem a pro kvalitní ošetrovatelskou péči je důležité, aby sestra měla na paměti, že bolest existuje vždy, kdykoliv pacient říká, že bolest má. Prožívání bolesti je velmi individuální záležitost. Bolest zahrnuje faktory tělesné, etnické, sociální a psychologické s významnou emocionální složkou. (5,14,44).

Současné poznatky o vzniku bolesti předpokládají vznik bolesti přímým působením bolestivé stimulace na nocisenzory nebo jako následek zánětlivého procesu, který uvolňuje látky rovněž dráždicí nocisenzory. Nocisenzory se nacházejí v periférii, na kůži a ve sliznicích vnitřních orgánů, v míše, prodloužené míše, v talamu, v hypotalamu a v mozkové kůře. Receptory podle reakce na bolestivé podněty a způsobu vedení lze rozdělit na mechanoreceptory a polymodální nociceptory (44).

Sestra při svém hodnocení rozeznává bolest akutní, chronickou a zvláštní druhy bolesti, mezi které patří fantomové bolesti, myofasciální bolesti, analgie, neuropatické, průlomové a nádorové bolesti. Kromě bolestí fyzických jsou důležité také bolesti psychického charakteru, mezi něž patří těžké deprese, úzkosti a paranoidní stavy. Často bývá psychická bolest spojena s fyzickou, potom se jedná o bolest psychosomatickou (9,44).

V anamnestické fázi sestra zjišťuje a zaznamenává do dokumentace lokalizaci bolesti, intenzitu bolesti, kvalitu a typ bolesti, časový průběh a zjišťuje ovlivnitelnost bolesti. Bolest hodnotí vždy s pacientem, nikoli na pacientovi, protože základem léčby a vypracování ošetrovatelské diagnózy musí být pacientovo posouzení bolesti (5,14,28,29).

Vzhledem k individuálnímu vnímání a prožívání bolesti byly vytvořeny škály k měření intenzity bolesti, které napomáhají subjektivní prožitek kvantifikovat. U déle trvající bolesti a zejména u nádorové bolesti je vhodné průběžně zaznamenávat hodnocení bolesti a monitorovat účinnost analgetik (19,24,33).

1.3.5.1 Škály hodnotící bolest

Verbální škála bolesti předpokládá, že pacient porozumí jednotlivým kategoriím hodnocení jako zdravotník. Pacient hodnotí intenzitu bolesti jako 1-žádnou, 2-mírnou, 3-středně silnou, 4-silnou a 5-nesnesitelnou (5,33,44).

Vizuální analogová škála (VAS) znázorňuje kontinuum intenzity bolesti na úsečce, která může být horizontální nebo vertikální. Znázornění může být i ve formě trojúhelníku. Pacient vyznačí intenzitu bolesti od žádné po nesnesitelnou (5,33,44).

Obličejová škála je vhodná u pacientů se zhoršenou schopností komunikace a u dětí. Pacient po edukaci sestrou vybere jeden ze série šesti obličejů, které znázorňují změny mimiky podle intenzity bolesti, od stavu pohody až po nesnesitelnou bolest (5,33,44,46).

Číselná hodnotící škála (NRS) znázorňuje řadu čísel od 0-žádná bolest po 10-nesnesitelná bolest. Pacient vyznačí na úsečce číslo, které vystihuje jeho intenzitu bolesti (33,44,45).

Stupnice FLACC slouží k měření intenzity bolesti u dětí od 2 měsíců do 7 let. Hodnotí se výraz obličeje, činnost nohou, aktivita, pláč a utěšitelnost (44,45).

Průvodce k hodnocení bolesti (Pain assessment guide) pomáhá sestře k hodnocení bolesti při příjmu, především u pacientů s chronickou bolestí. Obsahuje anamnestické údaje, numerickou škálu intenzity bolesti, nákres postavy, kde pacient označí lokalizaci bolesti, popis kvality bolesti, ovlivnitelnost bolesti a numerické hodnocení nálady, spánku, aktivit, koncentrace, vztahů a práce ve vztahu k bolesti (19).

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory – BPI) se zaměřuje na pacientovu bolest během posledních 24 hodin, především u onkologické bolesti. Pacient hodnotí bolest v průběhu dne, jak ho tato bolest ovlivnila a jakou úlevu mu přinesly užívané léky (33).

Dotazník globální kvality bolesti (Mc Gill Pain Questionnaire – MPQ) je často používaný především v zahraničí, používá k hodnocení chronické nenádorové bolesti (33,45).

Škála bolesti podle Abbey se používá pro hodnocení bolesti u pacientů s demencí, kteří nejsou schopni komunikovat. Při pozorování pacienta sestra hodnotí vokalizaci,

výraz tváře, změnu v řeči těla, změnu chování, fyziologické změny a fyzické změny. Hodnocení 14 bodů a více znamená velmi silnou bolest (28).

Záznam sebemonitorace bolesti vyplňuje pacient s chronickou bolestí. Přesně do formuláře popisuje, kdy se bolest objevuje, jak je silná, jaký postup zvolil pro zvládnání bolesti a jaký byl výsledek (19).

Průběžný záznam managementu bolesti slouží k přehledné monitoraci podaných léků u pacientů s infuzemi analgetik. Hodnotí se zde i úroveň sedace, intenzita bolesti a použití jiných opatření, jako je masáž, teplo a relaxace (19).

Monitorování účinnosti analgetik vyplňuje pacient, který užívá perorální analgetika. Zaznamenává intenzitu bolesti před tím, než si vezme lék a jednu až dvě hodiny poté (19).

1.3.6 Další možnosti využití hodnotících škál k posouzení pacienta

Hodnocení rizika pádů slouží ke snižování četnosti pádů ve zdravotnictví a vyžaduje komplexní přístup. Důsledky pádů mohou být závažné, hrozí především poranění pacienta, prodloužení doby hospitalizace a z toho vyplývající strach, úzkost a deprese. Hodnocení rizika pádů sestra provádí při přijetí i v průběhu hospitalizace, pacient je obodován a začleněn do kategorie s vysokým nebo nízkým rizikem. K hodnocení rizika pádů slouží *Stupnice pádů Morse*, kde sestra hodnotí pády v anamnéze, vedlejší diagnózu, pomůcky k chůzi, i.v. vstup, zhoršení chůze a duševní stav. Hodnocení 0-24 bodů znamená bez rizika pádu, 25-50 nízké riziko pádu, nad 51 vysoké riziko pádu. Dále je možno využívat *Jednoduchý screeningový nástroj pro určení rizika pádů*, *Zhodnocení rizika pádů dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 a Gaindův funkční test*. V rehabilitačním ošetřovatelství je často používané *Hodnocení rizika pádů u rehabilitujících pacientů po CMP* (11,13,49).

Hodnocení deprese provádí především lékař a klinický psycholog. Tyto škály slouží k diagnostice krátkodobých afektů, patických nálad a odlišení deprese od demence. Široce užívaná je *Škála geriatrické deprese dle Yassavage*. Obsahuje 15 otázek, odpověď má váhu 0, nebo 1 bod. Skóre 11-15 bodů již indikuje klinicky

relevantní depresi. K aktuálnímu posouzení stupně deprese se dále používá *Montgomeryho-Asbergova škála deprese (MADRS)*, *Hamiltonova škála deprese (HAM-D)*, či samohodnoticí *Beckova škála deprese (13,45)*.

Hodnocení vědomí určuje odchylky od stavu vnímání a plného uvědomování si sebe sama i svého okolí. K hodnocení slouží jednoduché i složitější postupy. K rychlému posouzení hloubky vědomí slouží *Glasgow Coma Scale (GSC)*, kde se hodnotí úroveň vigility, vědomí a reakcí. K podrobnějšímu hodnocení slouží *Revised Trauma Score (RTS)*, která zahrnuje posouzení GSC, frekvenci dechu, dechové úsilí, systolický TK a kapilární návrat. Dále se využívá *Drábkova škála*, *Mainz Emergency Evaluation Score (MEES)*, *Glasgow Outcome Scale (GOS)* a *Ramsey Sedation Scale (RSS)*, která určuje hloubku sedace (27,46).

Hodnocení novorozence provádí lékař. Virginia Apgar zavedla systém skórování novorozence po porodu. *Apgar score* určuje 5 kritérií – dech, pulz, svalový tonus, barva kůže a reflexy, které se hodnotí po 1, 5 a 10 min. Dále lze hodnotit projevy selhávání jednotlivých systémů dle *Gorisova schématu*, *Profilu bolesti nedonošeného novorozence (PIPP)*, *Kódovacího systému novorozenecké mimiky (NFCS)* a *Stupnice distresu pro ventilované novorozence (DSVNI)* (34,45).

Hodnocení dechové nedostatečnosti pomocí *Downes Score* slouží k hodnocení dechové nedostatečnosti při obstrukci horních cest dýchacích a dolních cest dýchacích. Zohledňují se zde faktory dýchacích šelestů, stridoru, kašle, zatahování mezižebří a cyanózy. Hodnocení 4-7 bodů znamená sníženou průchodnost horních cest dýchacích, 7 a více bodů projevy akutní dechové nedostatečnosti, které jsou indikací k endotracheální intubaci. U imobilních a rizikových pacientů může sestra použít škálu *Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách*, kde hodnotí fyziologické funkce, bolest, léky tlumící dýchání, spolupráci a vědomí. Při skóre vyšším než 15 bodů je pacient vysoce ohrožen (6,45).

Hodnocení stresové inkontinence napomáhá k posouzení stupně a intenzity. Tato forma inkontinence postihuje jak mladší ženy, tak i ženy po přechodu a ve stáří. Na rozvoji se podílí celá řada rizikových faktorů. K posouzení se používá *Hodnocení*

intenzity stresové inkontinence podle Inglemanna-Sundberga, kde je možno zaznamenat I., II., a III. stupeň inkontinence (25,45).

Hodnocení rizika vzniku diabetes mellitus. K posouzení se používá *Skóre rizika DM II.typu*, zde se boduje věk, BMI, obvod pasu, užívání léků na hypertenzi, hladina glykemie, fyzická aktivita a příjem ovoce a zeleniny. Lze použít i *Sebeposuzovací test – Rizika vzniku diabetes mellitus*, který pacient vyplňuje sám (45).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1 Zmapovat, jaké hodnotící škály používají sestry ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Cíl 2 Zmapovat orientovanost sester v používání hodnotících škál.

Cíl 3 Zjistit, zda se sestry mohou aktivně zapojit do výběru hodnotících škál na jejich oddělení.

2.2 Hypotézy

H 1: Používání hodnotících škál se liší dle zdravotnického zařízení.

H 2: Sestry mají přehled o možnostech využívání hodnotících škál.

H 3: Sestry mají možnost aktivního výběru hodnotících škál.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke sběru dat byla použita kvantitativní forma výzkumu technikou dotazníku. Byl použit dotazník (Příloha 1), určený pro sestry pracující na vybraných standardních odděleních Nemocnice Písek a.s. a Nemocnice České Budějovice a.s. Pro dotazování byly použity otázky uzavřené, kde sestry mohly použít jednu z předem připravených odpovědí a polootevřené, které poskytovaly výběr z konkrétních odpovědí, ale současně poskytovaly prostor pro doplnění potřebných informací.

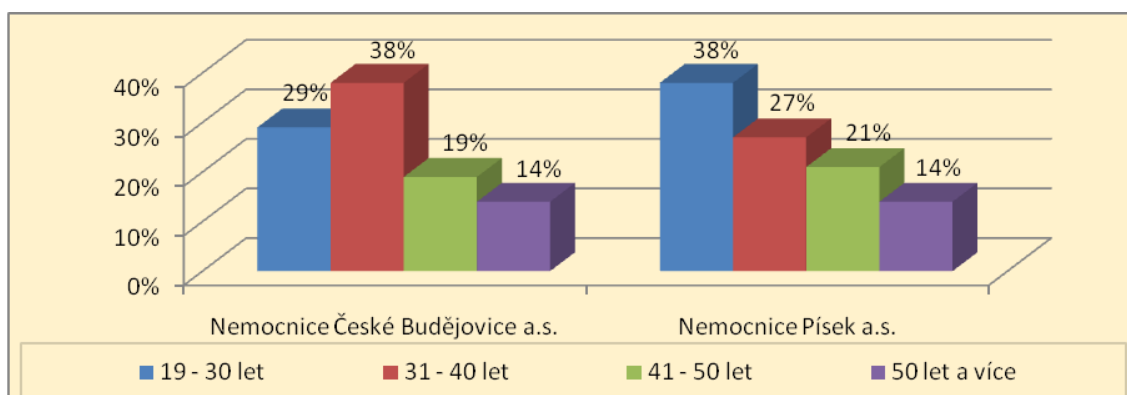
Dotazník pro sestry byl zcela anonymní a obsahoval 33 otázek a 12 podotázek. Úvodní otázky měly identifikační charakter. Následující otázky byly zaměřeny na různé oblasti hodnocení zdravotního stavu pacienta, používání hodnotících škál a přínos používání hodnotících škál pro sestry.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v Nemocnici České Budějovice a.s. a Nemocnici Písek a.s. Bylo rozdáno 168 dotazníků v období od února do března 2011. V každé uvedené nemocnici bylo osloveno 84 sester. Z celkového počtu 168 (100 %) rozdaných dotazníků se podařilo získat zpět 125 (74 %) vyplněných dotazníků, z nichž 4 dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost údajů. Ke zpracování údajů bylo zařazeno 121 (72 %) dotazníků.

4. Výsledky

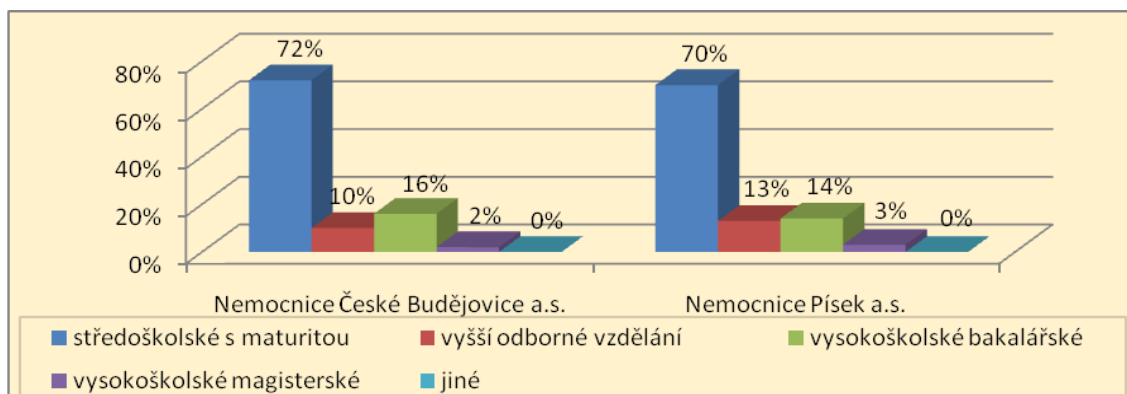
Graf 1 Věkové kategorie sester



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. náleželo do věkové kategorie 19-30 let 17 (29 %) respondentů, 22 (38 %) bylo ve věku 31-40 let, 11 (19 %) ve věku 41-50 let, 8 (14 %) ve věku 50 let a více.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. bylo ve věku 19-30 let 24 (38 %) respondentů, 17 (27 %) ve věku 31-40 let, 13 (21 %) ve věku 41-50 let, 9 (14 %) ve věku 50 let a více.

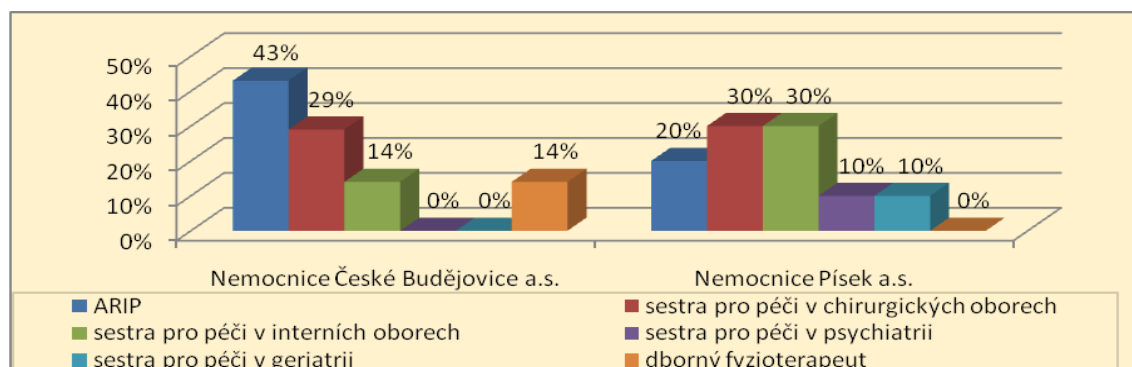
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. mělo 42 (72 %) vzdělání střeoškolské s maturitou, 6 (10 %) vyšší odborné vzdělání, 9 (16 %) vzdělání vysokoškolské bakalářské, 1 (2 %) vzdělání vysokoškolské magisterské.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. mělo vzdělání střeoškolské s maturitou 44 (70 %), vyšší odborné vzdělání 8 (13 %), vysokoškolské bakalářské 9 (14 %) a 2 (3 %) vysokoškolské magisterské vzdělání.

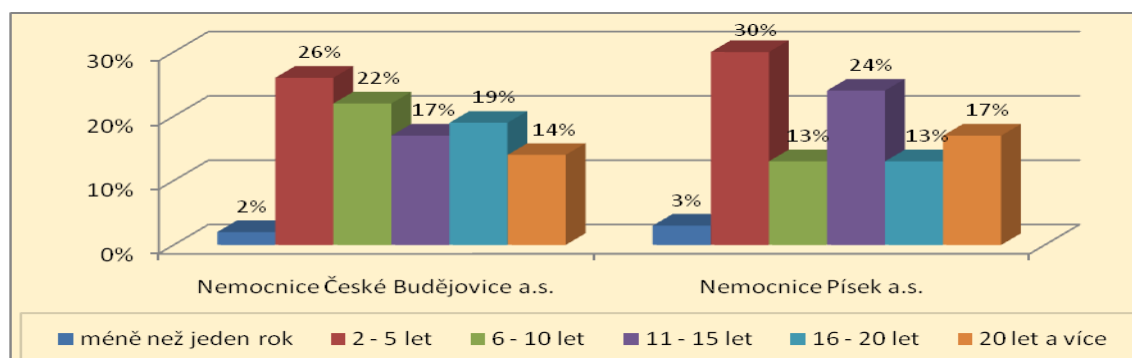
Graf 3 Specializace sester v oboru



Z celkového počtu 7 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s., kteří dosáhli specializačního vzdělání, měli ARIP 3 (43 %) respondenti, specializaci pro péči v chirurgických oborech 2 (29 %), 1 (14 %) specializaci pro péči v interních oborech a 1 (14 %) respondent dosáhl specializace odborný fyzioterapeut.

Z celkového počtu 10 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s., kteří dosáhli specializačního vzdělání, měli ARIP 2 (20 %), specializaci pro péči v chirurgických oborech 3 (30 %), specializaci pro péči v interních oborech 3 (30 %), 1 (10 %) respondent specializaci pro péči v psychiatrii a 1 (10 %) specializaci pro péči v geriatrii.

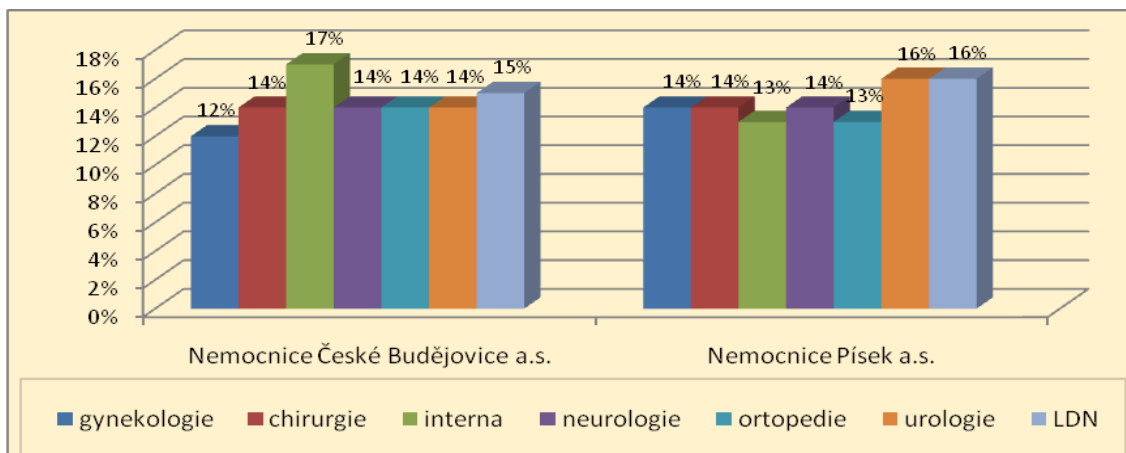
Graf 4 Délka odborné praxe sester



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. 1 (2 %) respondent měl délku odborné praxe méně než 1 rok, 15 (26 %) mělo praxi 2-5 let, 13 (22 %) pracovalo 6-10 let, 10 (17 %) mělo praxi 11-15 let, 11 (19 %) pracovalo 16-20 let a 8 (14 %) respondentů pracovalo více než 20 let.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. 2 (3 %) pracovali méně než 1 rok, 19 (30 %) pracovalo 2-5 let, 8 (13 %) pracovalo 6-10 let, 15 (24 %) pracovalo 11-15 let, 8 (13 %) pracovalo 16-20 let, 11 (17 %) pracovalo více než 20 let.

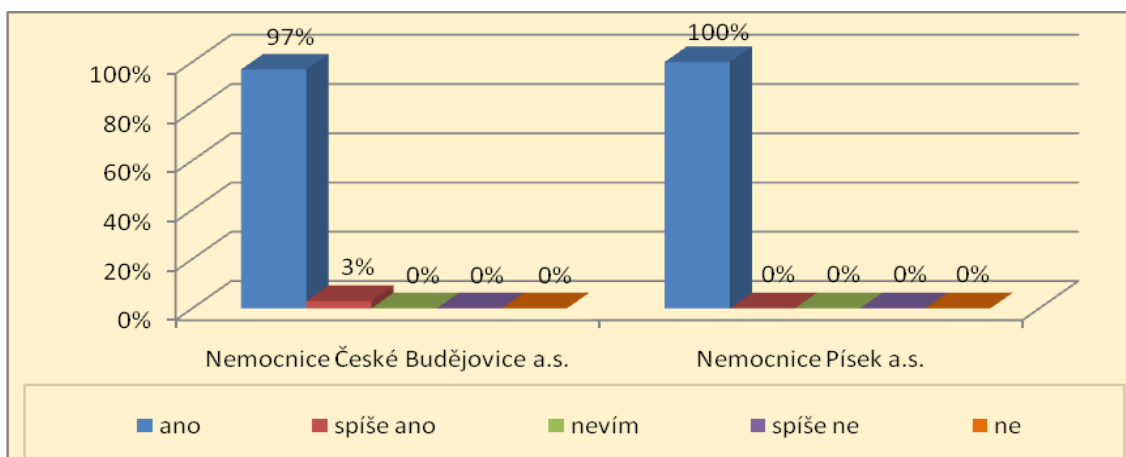
Graf 5 Typ pracoviště respondentů



Z celového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. pracovalo 7 (12 %) na gynekologii, 8 (14 %) na chirurgii, 10 (17 %) na interním oddělení, 8 (14 %) na neurologii, 8 (14 %) na ortopedii, 8 (14 %) na urologii a 9 (15 %) na LDN.

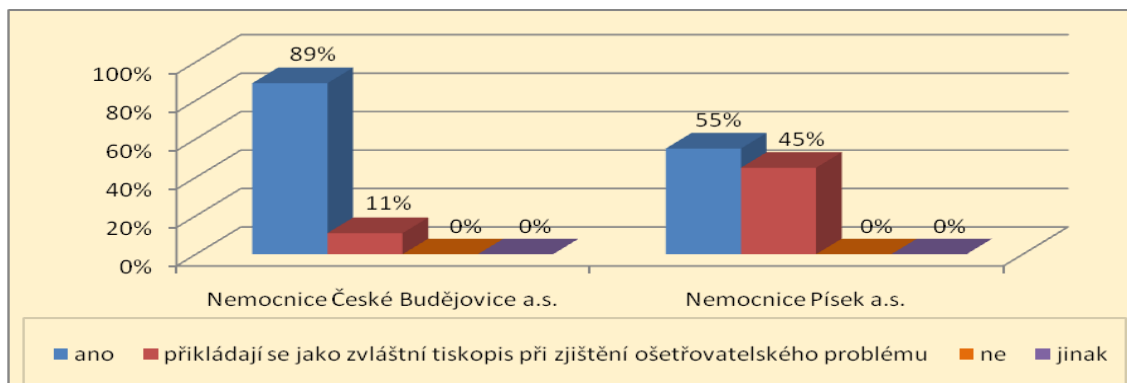
Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. pracovalo 9 (14 %) na gynekologii, 9 (14 %) na chirurgii, 8 (13 %) na interním oddělení, 9 (14 %) na neurologii, 8 (13 %) na ortopedii, 10 (16 %) na urologii a 10 (16 %) respondentů pracovalo na LDN.

Graf 6 Používání hodnotících škál



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. používá hodnotící škály 56 (97 %) respondentů a 2 (3 %) respondenti uvedli odpověď spíše ano. Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo, že používá hodnotící škály 63 (100 %) respondentů.

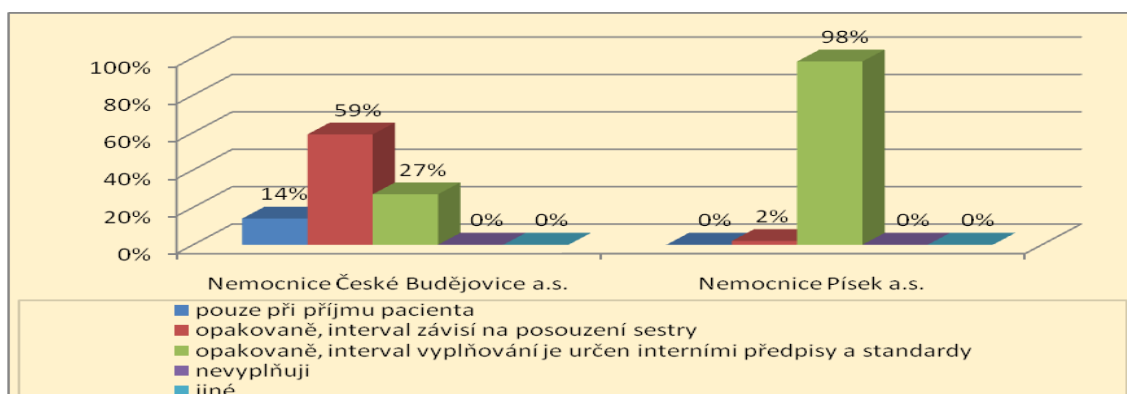
Graf 7 Hodnotící škály jako součást ošetřovatelské anamnézy při příjmu



Z celkového počtu 65 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo odpověď ano 58 (89 %) respondentů, 7 (11 %) uvedlo, že hodnotící škály přikládají jako zvláštní tiskopis při zjištění ošetřovatelského problému.

Z celkového počtu 115 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo odpověď ano 63 (55 %) respondentů, 52 (45 %) respondentů uvedlo odpověď, že hodnotící škály přikládají jako zvláštní tiskopis při zjištění ošetřovatelského problému.

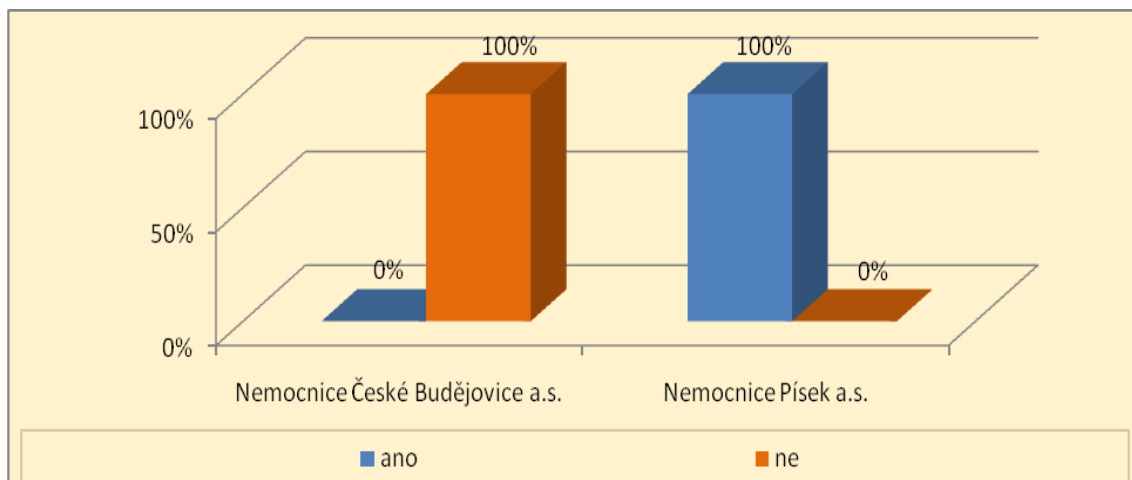
Graf 8 Četnost vyplňování hodnotících škál



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. vyplňuje hodnotící škály pouze při příjmu pacienta 8 (14 %) respondentů, 34 (59 %) opakovaně, kdy interval závisí na posouzení sestry a 16 (27 %) respondentů opakovaně, kdy interval vyplňování je dán interními předpisy a standardy.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedl vyplňování hodnotících škál opakovaně, kdy interval závisí na posouzení sestry 1 (2 %) respondent, 62 (98 %) uvedlo opakované vyplňování, kdy interval je dán interními předpisy a standardy.

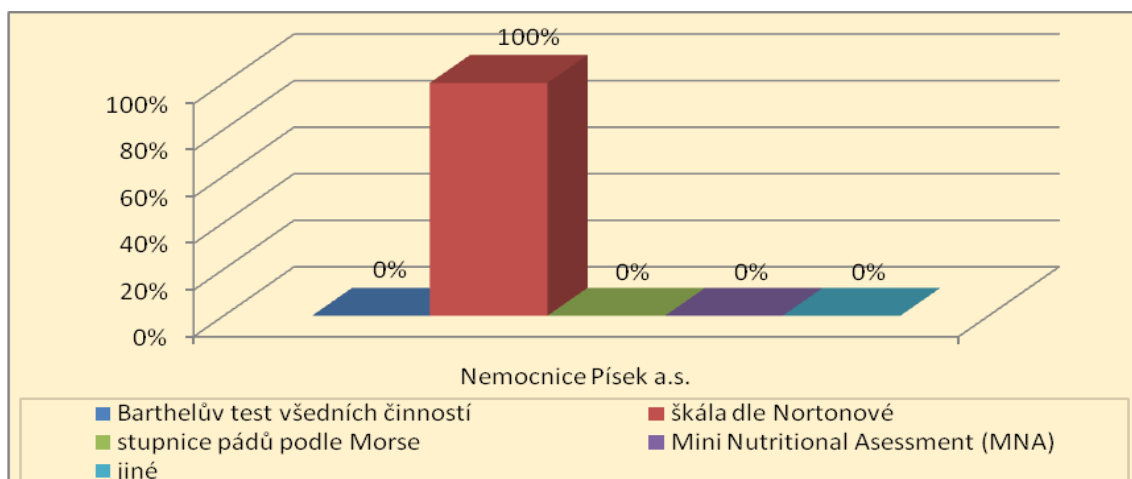
Graf 9 Hodnotící škály jako součást propouštěcí ošetřovatelské zprávy



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. odpovědělo 58 (100 %) respondentů, že hodnotící škály nejsou součástí jejich propouštěcí ošetřovatelské zprávy.

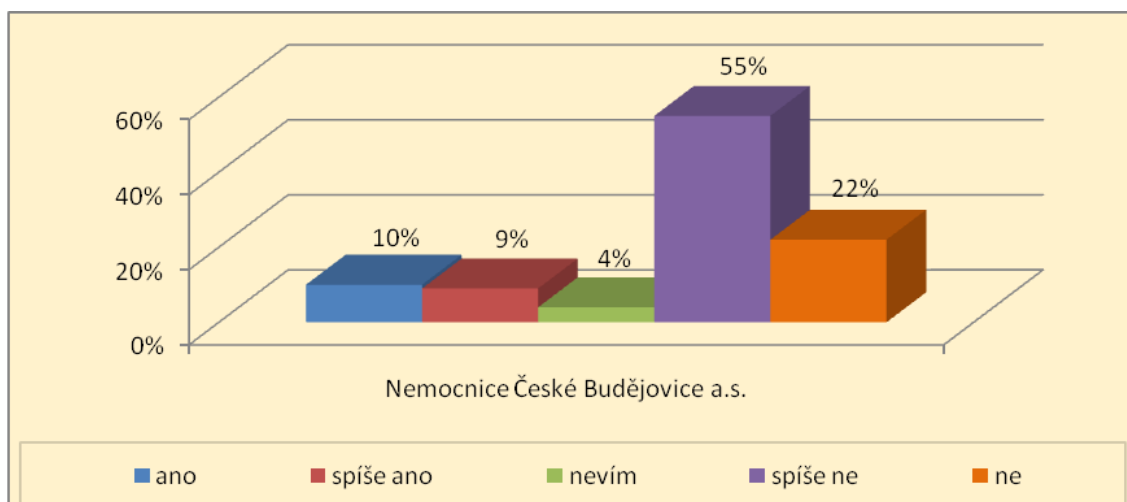
Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. odpovědělo 63 (100 %) respondentů, že hodnotící škály jsou součástí jejich ošetřovatelské propouštěcí zprávy.

Graf 10 Hodnotících škály v propouštěcí ošetřovatelské zprávě



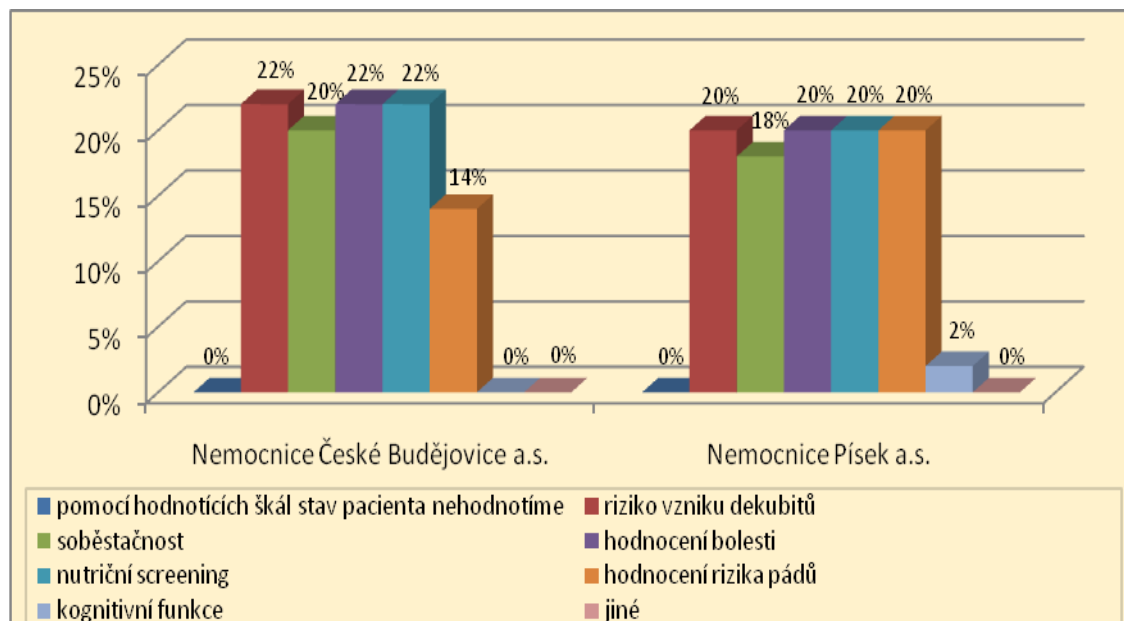
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 9. Z celkového počtu 63 (100 %) odpovědí, 63 (100 %) respondentů uvedlo, že součástí jejich propouštěcí ošetřovatelské zprávy je pouze škála dle Nortonové.

Graf 11 Názor sester, zda by měly být hodnotící škály součástí propouštěcí zprávy



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 9. Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s., kde hodnotící škály nejsou součástí propouštěcí ošetrovatelské zprávy, 6 (10 %) respondentů uvedlo, že by hodnotící škály měly být součástí propouštěcí zprávy, 5 (9 %) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 2 (4 %) respondenti uvedli odpověď nevím, 32 (55 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 13 (22 %) respondentů udalo odpověď ne.

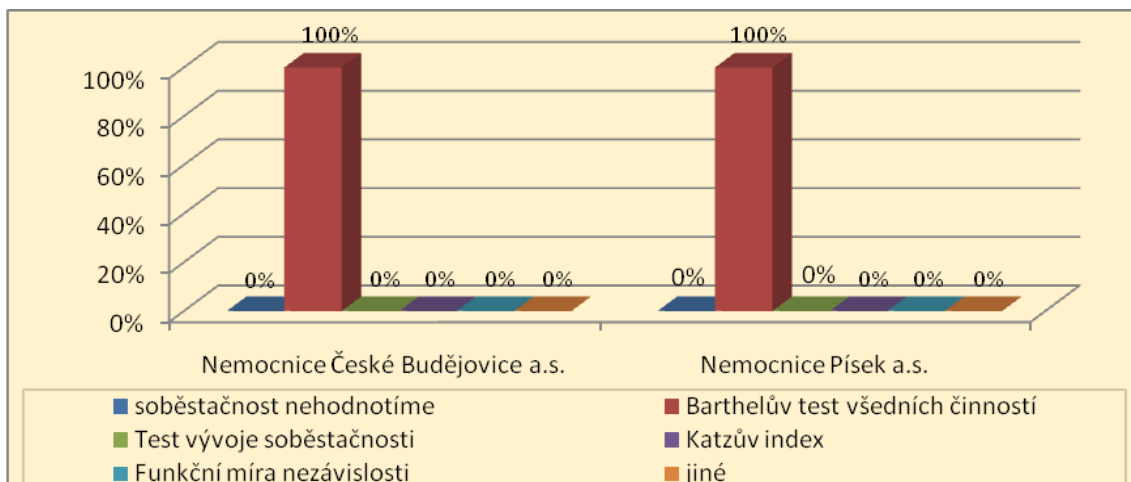
Graf 12 Používané oblasti hodnocení pomocí hodnotících škál na pracovišti



Z celkového počtu 269 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo odpověď, že na svém pracovišti využívá hodnotící škály, týkající se hodnocení rizika vzniku dekubitů 58 (22 %) respondentů, 53 (20 %) využívá hodnocení soběstačnosti, 58 (22 %) využívá hodnocení bolesti, 58 (22 %) využívá nutriční screening a 42 (14 %) uvedlo odpověď, že využívá hodnocení rizika pádů.

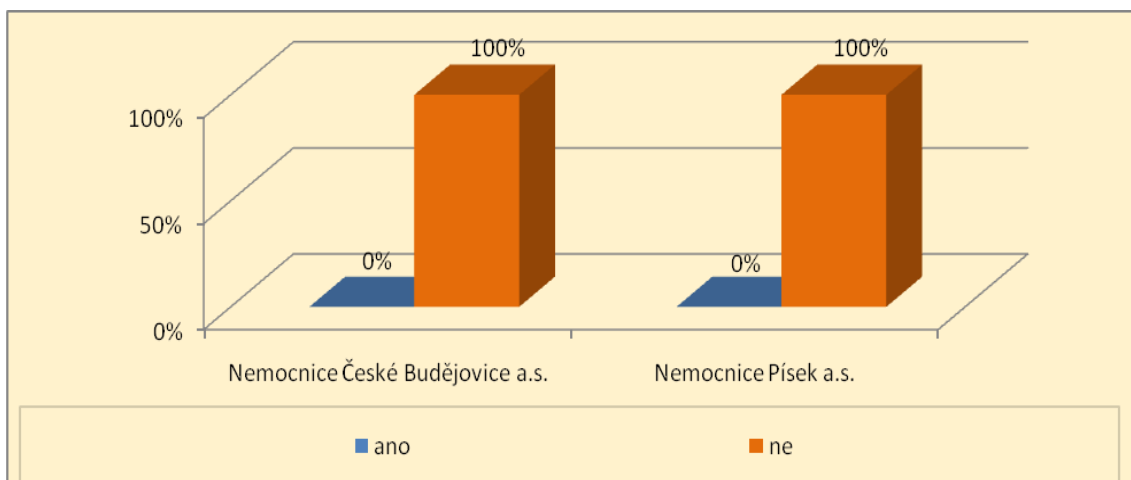
Z celkového počtu 322 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo odpověď, že na svém pracovišti používá hodnotící škály, týkající se hodnocení rizika vzniku dekubitů, 63 (20 %) respondentů, 60 (18 %) využívá hodnocení soběstačnosti, 63 (20 %) využívá hodnocení bolesti, 63 (20 %) využívá nutriční screening, 63 (20 %) využívá hodnocení rizika pádů a 10 (2 %) uvedlo odpověď, že využívá hodnocení kognitivních funkcí.

Graf 13 Hodnocení soběstačnosti



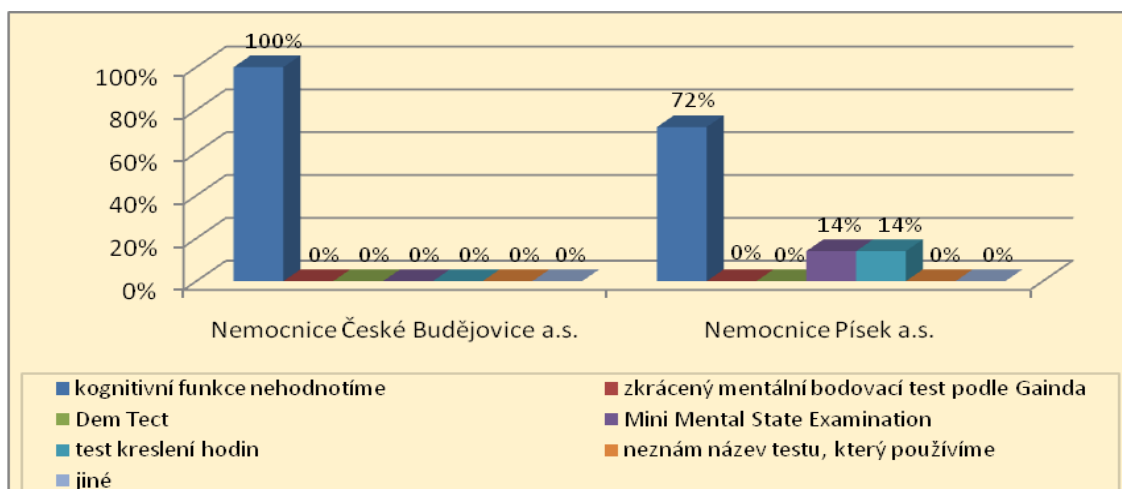
Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. posuzuje soběstačnost pomocí Barthelova testu všedních činností 58 (100 %) respondentů. Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. posuzuje 63 (100 %) respondentů soběstačnost pomocí Barthelova testu všedních činností.

Graf 14 Možnost výběru škál k hodnocení soběstačnosti



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. 58 (100 %) respondentů odpovědělo, že nemá možnost výběru škál k hodnocení soběstačnosti. Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. 63 (100 %) odpovědělo záporně.

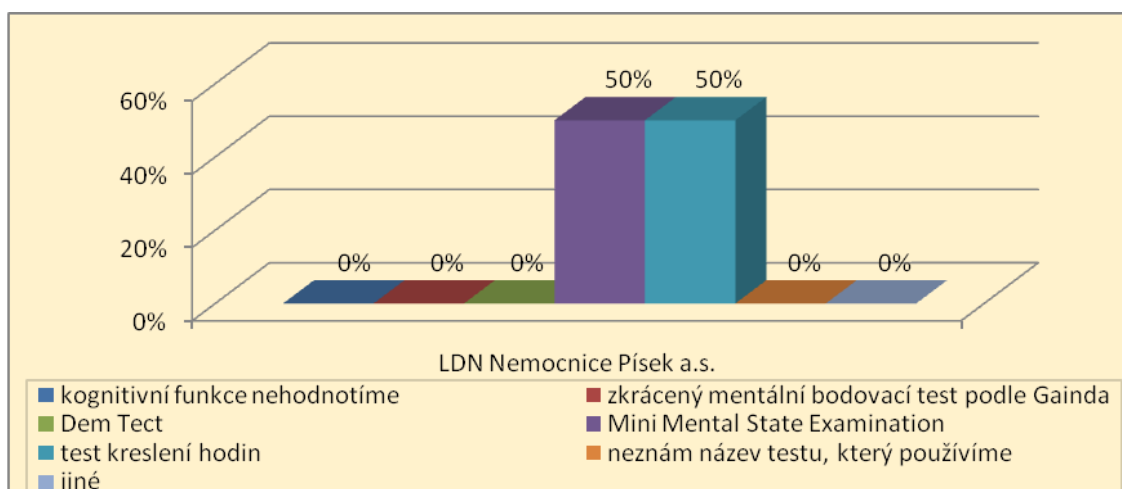
Graf 15 Hodnocení kognitivních funkcí



Z celkového počtu 58 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. odpovědělo 58 (100 %), že kognitivní funkce nehodnotí.

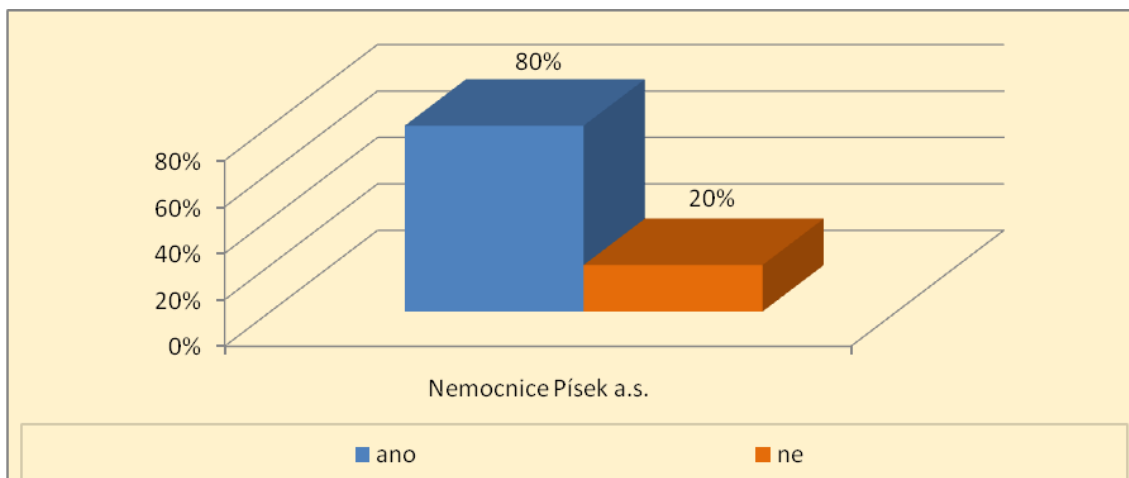
Z celkového počtu 73 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedo 53 (72 %), že kognitivní funkce nehodnotí, 10 (14 %) uvedlo hodnocení kognitivních funkcí pomocí testu Mini Mental State Examination a 10 (14 %) respondentů uvedlo test kreslení hodin.

Graf 16 Hodnocení kognitivních funkcí na LDN Nemocnice Písek a.s.



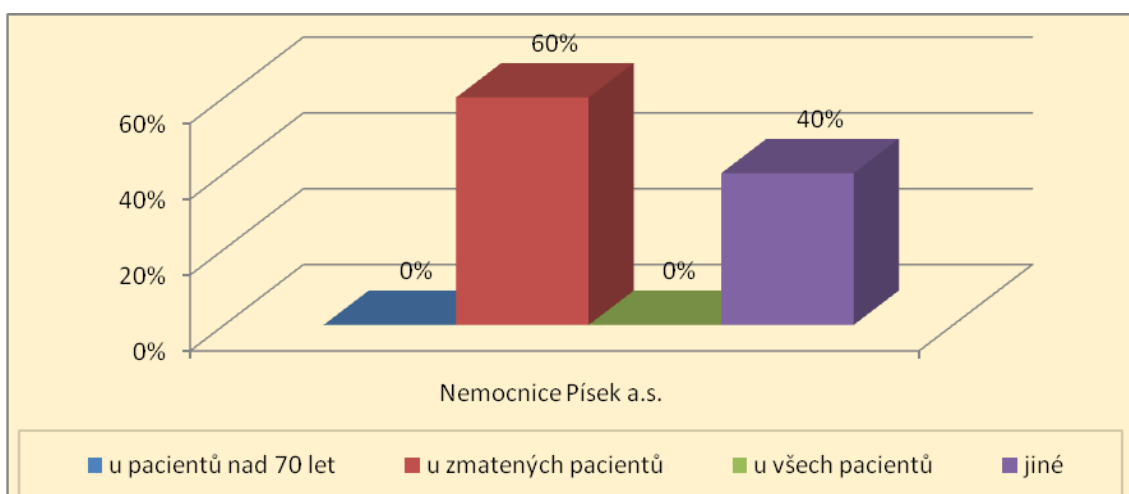
Z celkového počtu 20 (100 %) odpovědí respondentů z LDN Nemocnice Písek a.s. 10 (50 %) respondentů uvedlo, že hodnotí kognitivní funkce pomocí testu Mini Mental State Examination a 10 (50 %) využívá testu kreslení hodin.

Graf 17 Možnost výběru testů k hodnocení kognitivních funkcí



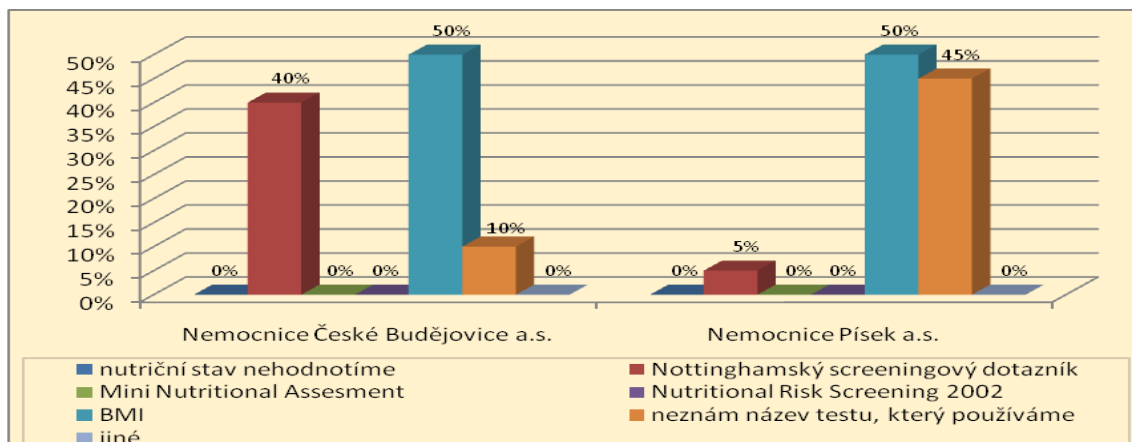
Graf rozvíjí možnost kladných odpovědí z grafu 15. Z celkového počtu 10 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s., kteří hodnotí kognitivní funkce, uvedlo 8 (80 %) možnost výběru testů, 2 (20 %) respondenti odpověděli záporně.

Graf 18 Četnost hodnocení kognitivních funkcí



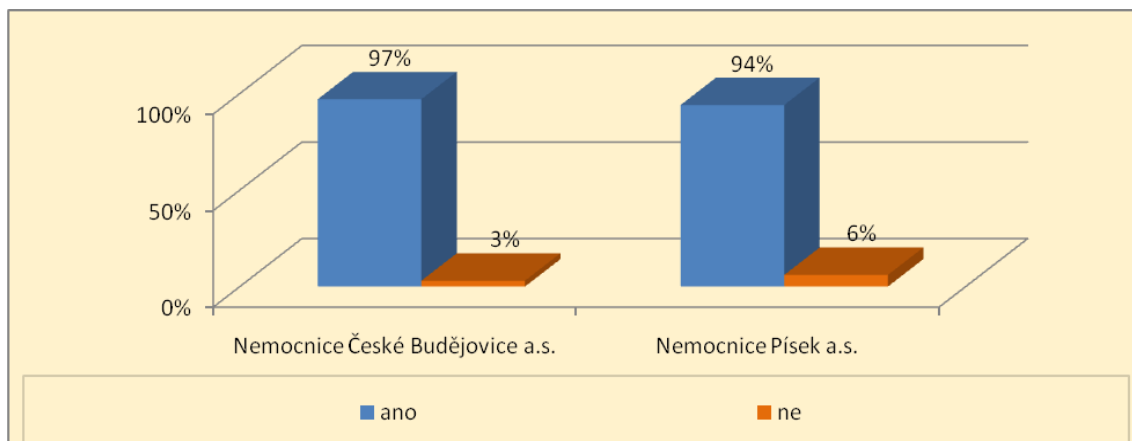
Graf rozvíjí možnost kladných odpovědí z grafu 15. Z celkového počtu 10 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s., kteří hodnotí kognitivní funkce, odpovědělo 6 (60 %) respondentů, že hodnotí kognitivní funkce u zmatených pacientů a 4 (40 %) uvedli odpověď v rámci možnosti jiné.

Graf 19 Hodnocení nutričního stavu



Z celkového počtu 116 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo používání Nottinghamského screeningového dotazníku 46 (40 %), BMI uvedlo 58 (50 %) respondentů, 12 (10 %) respondentů nezná název testu, který používá. Z celkového počtu 126 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s. udalo používání Nottinghamského screeningového dotazníku 6 (5 %) respondentů, BMI udalo 63 (50 %) respondentů, 57 (45 %) respondentů nezná název testu, který používá.

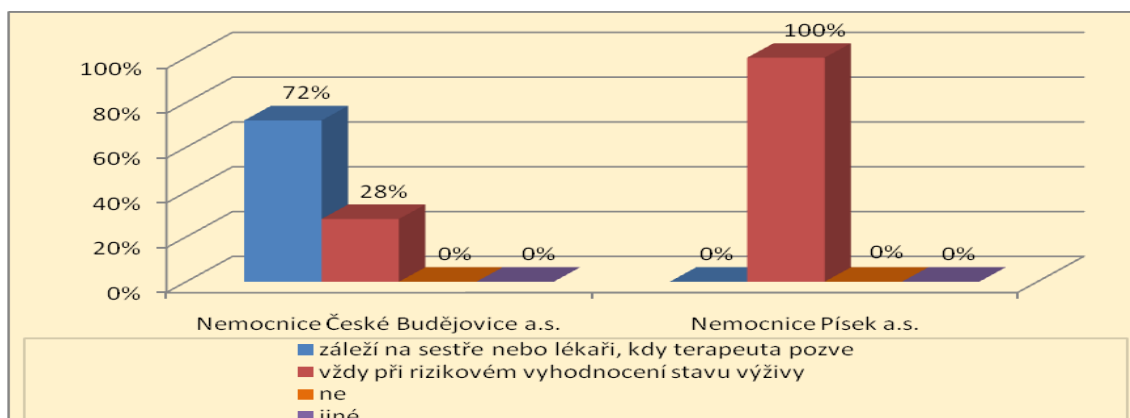
Graf 20 Možnost výběru testů k hodnocení nutričního stavu



Graf rozvíjí možnost kladných odpovědí z grafu 19. Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo 56 (97 %) respondentů, že má možnost výběru testů k hodnocení nutričního stavu, 2 (3 %) respondenti uvedli zápornou odpověď.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo 59 (94 %) možnost výběru testů, 4 (6 %) uvedli zápornou odpověď.

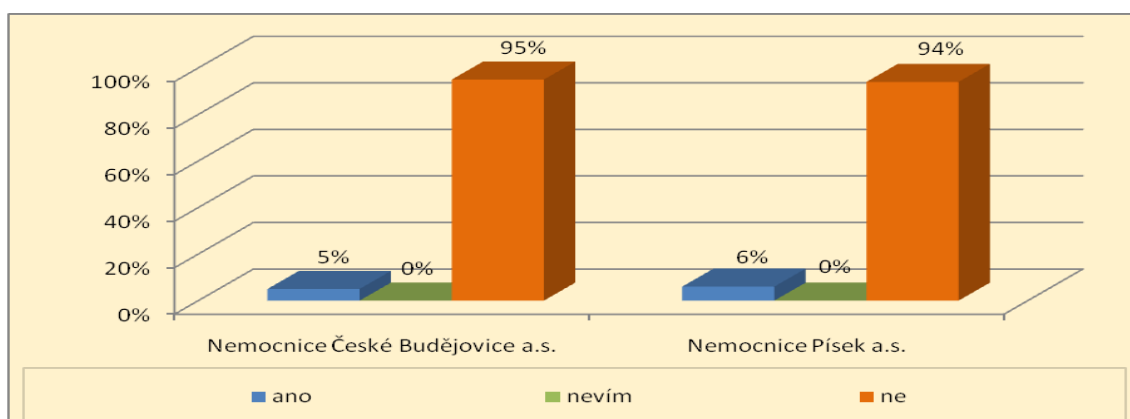
Graf 21 Spolupráce s nutričním terapeutem



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. odpovědělo 42 (72 %) respondentů, že záleží na sestře nebo lékaři, kdy terapeuta pozve a 16 (28 %) respondentů pozve nutričního terapeuta vždy při rizikovém vyhodnocení stavu výživy.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo 63 (100 %) dotazovaných, že návštěva nutričního terapeuta musí proběhnout vždy při rizikovém vyhodnocení stavu výživy.

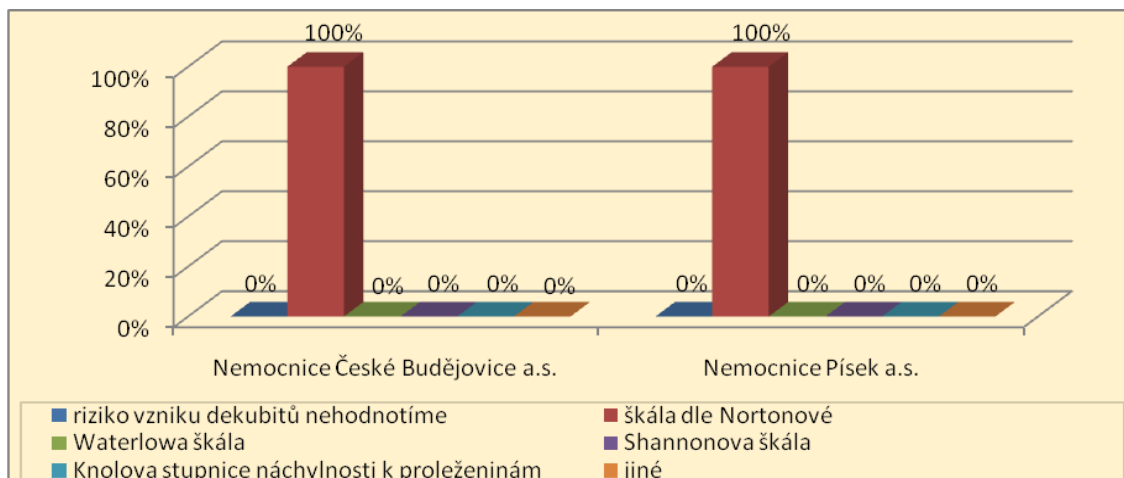
Graf 22 Jiné hodnocení rizika vzniku dekubitů během praxe než dle Nortonové



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. se setkali během své praxe s jiným hodnocením rizika vzniku dekubitů než dle Nortonové 3 (5 %) respondenti, 55 (95 %) odpovědělo záporně.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. se setkali během své praxe s jiným hodnocením rizika vzniku dekubitů než dle Nortonové 4 (6 %) respondenti, 59 (94 %) odpovědělo záporně.

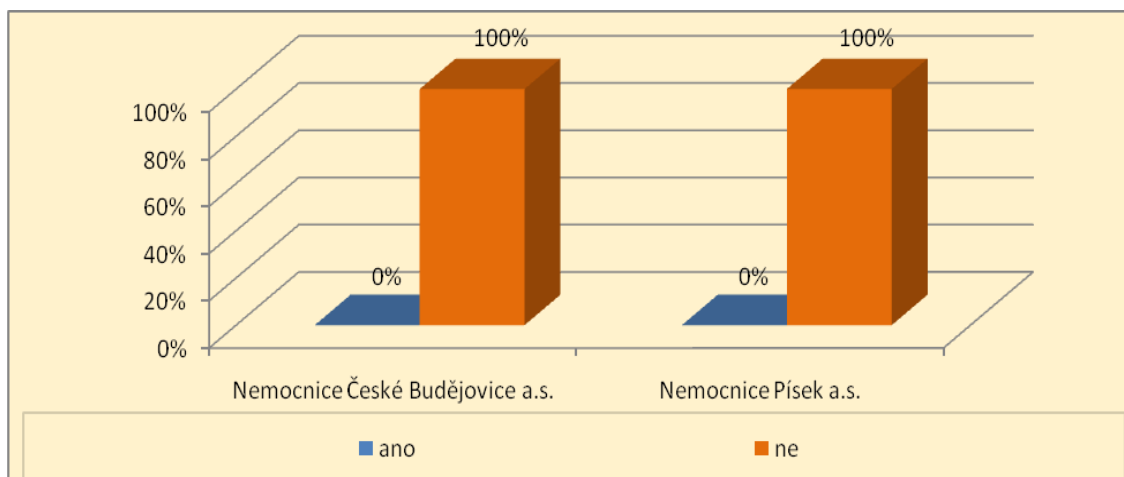
Graf 23 Hodnocení rizika vzniku dekubitů



Z celkového počtu 58 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. využívá 58 (100 %) respondentů k hodnocení rizika vzniku dekubitů škálu dle Nortonové.

Z celkového počtu 63 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s. používá k hodnocení rizika vzniku dekubitů škálu dle Nortonové 63 (100 %) respondentů.

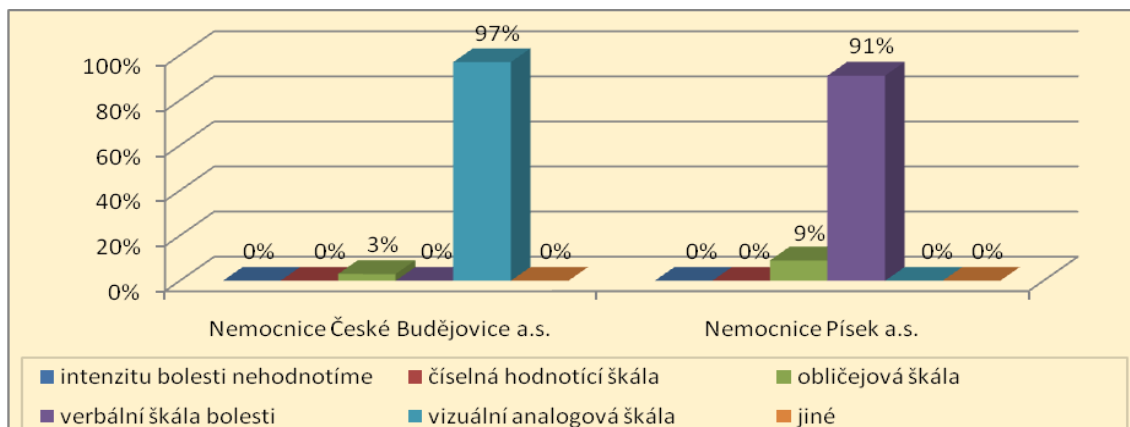
Graf 24 Možnost výběru škál k hodnocení rizika vzniku dekubitů



Graf rozvíjí možnost kladných odpovědí z grafu 22. Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. nemá možnost výběru testů k hodnocení rizika vzniku dekubitů 58 (100 %) respondentů.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. nemá možnost výběru testů k hodnocení rizika vzniku dekubitů 63 (100 %) respondentů.

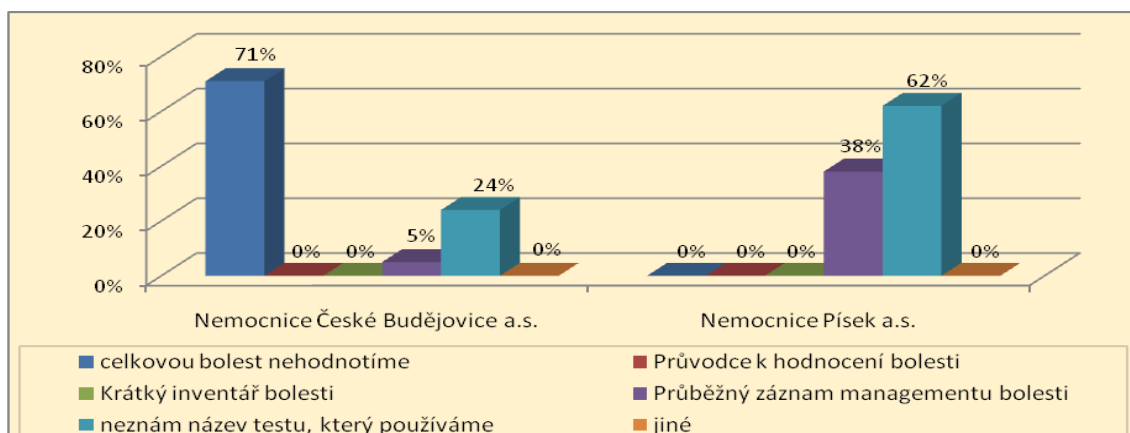
Graf 25 Hodnocení intenzity bolesti



Z celkového počtu 60 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedli používání obličejové škály bolesti 2 (3 %) respondenti a vizuální analogovou škálu uvedlo 58 (97 %).

Z celkového počtu 69 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo 6 (9 %) používání obličejové škály bolesti a 63 (91 %) respondentů uvedlo používání verbální škály bolesti.

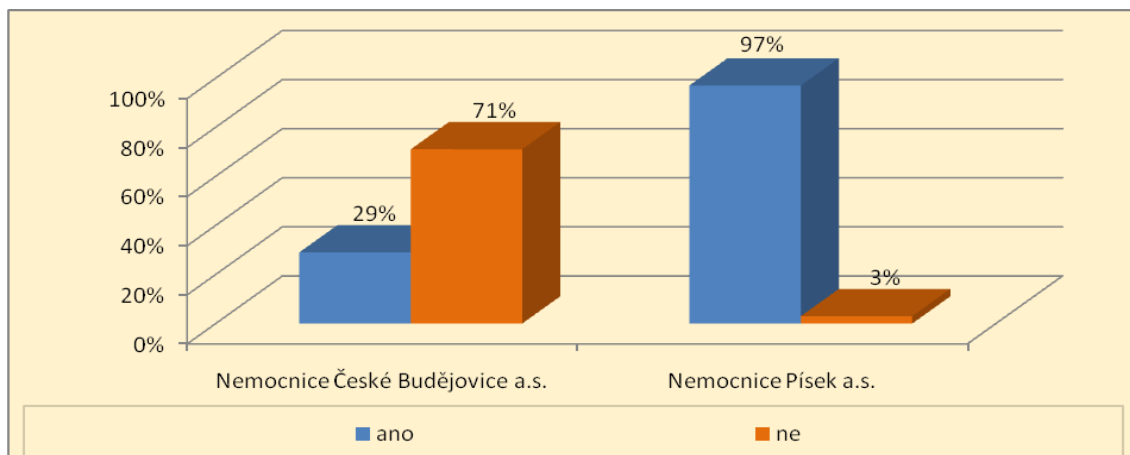
Graf 26 Hodnocení celkové bolesti



Z celkového počtu odpovědí 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo, že celkovou bolest nehodnotí 41 (71 %), používání Průběžného záznamu bolesti uvedli 3 (5 %) a 14 (24 %) hodnotí celkovou bolest testem, u kterého neznají název.

Z celkového počtu odpovědí 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo, že k hodnocení celkové bolesti používá 24 (38 %) Průběžný záznam bolesti, 39 (62 %) používá test, u kterého neznají název.

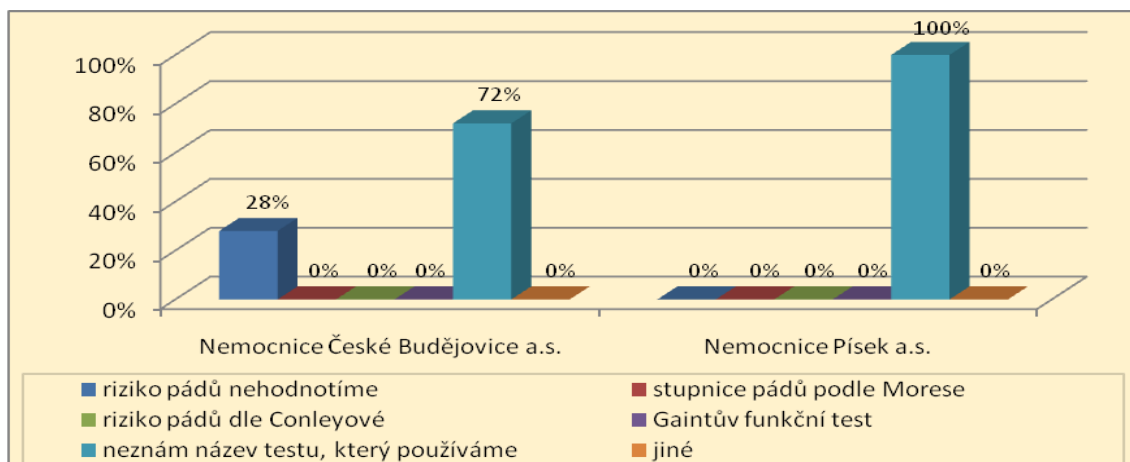
Graf 27 Možnost výběru škál k hodnocení bolesti



Graf rozvíjí možnost kladných odpovědí z grafů 25 a 26. Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo možnost výběru škál k hodnocení bolesti 17 (29 %) a 41 (71 %) uvedlo zápornou odpověď.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo možnost výběru škál k hodnocení bolesti 61 (97 %) respondentů, 2 (3 %) uvedli zápornou odpověď.

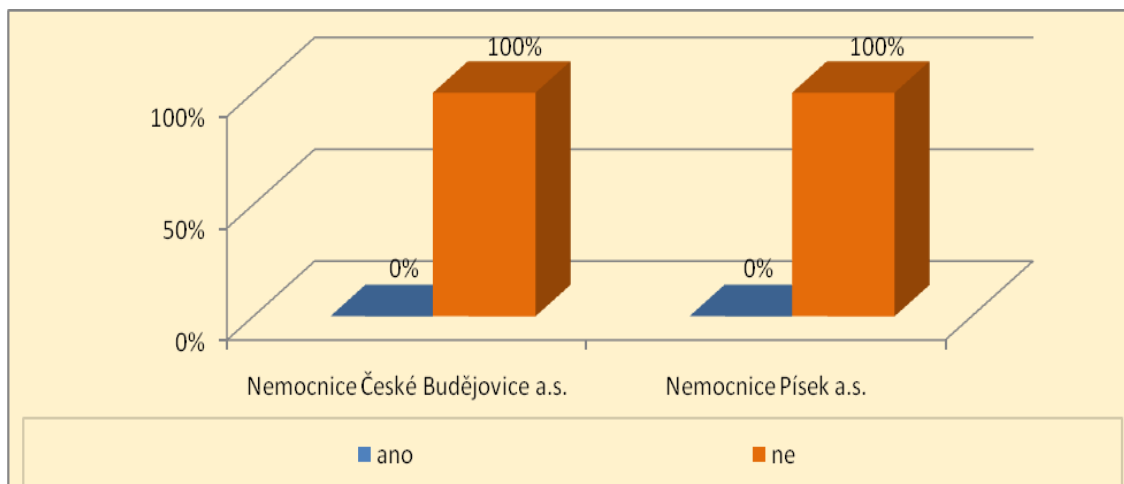
Graf 28 Hodnocení rizika pádů



Z celkového počtu 58 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. odpovědělo 16 (28 %), že riziko pádů nehodnotí, 42 (72 %) hodnotí riziko pádů testem, u kterého neznají název.

Z celkového počtu 63 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s. odpovědělo 63 (100 %), že hodnotí riziko pádů testem, u kterého neznají název.

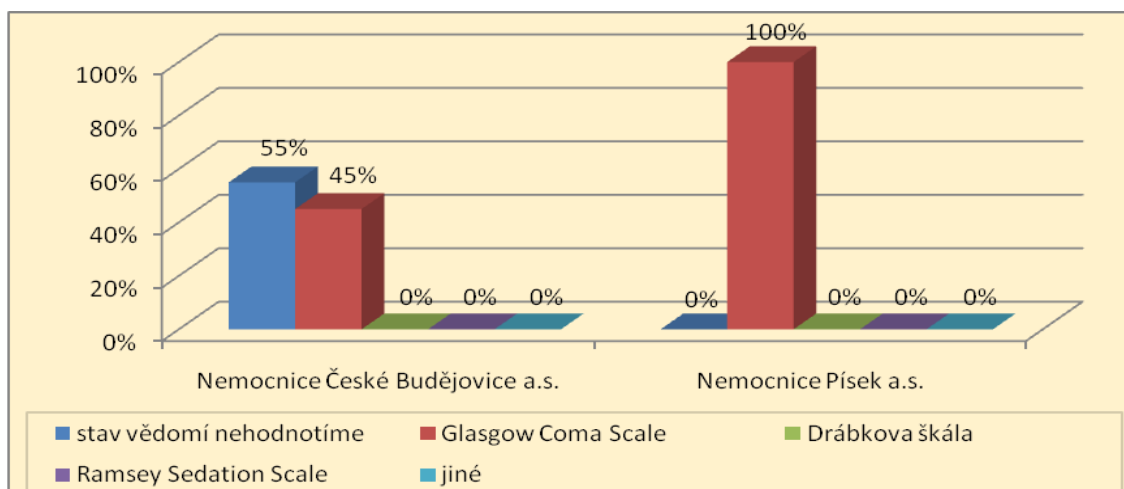
Graf 29 Možnost výběru testů k hodnocení rizika pádů



Graf rozvíjí možnost kladných odpovědí z grafu 28. Z celkového počtu 42 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo 42 (100 %), že nemají možnost výběru škál k hodnocení rizika pádů.

Z celkového počtu respondentů 63 (100 %) Nemocnice Písek a.s. nemá možnost výběru škál k hodnocení rizika pádů 63 (100 %) respondentů.

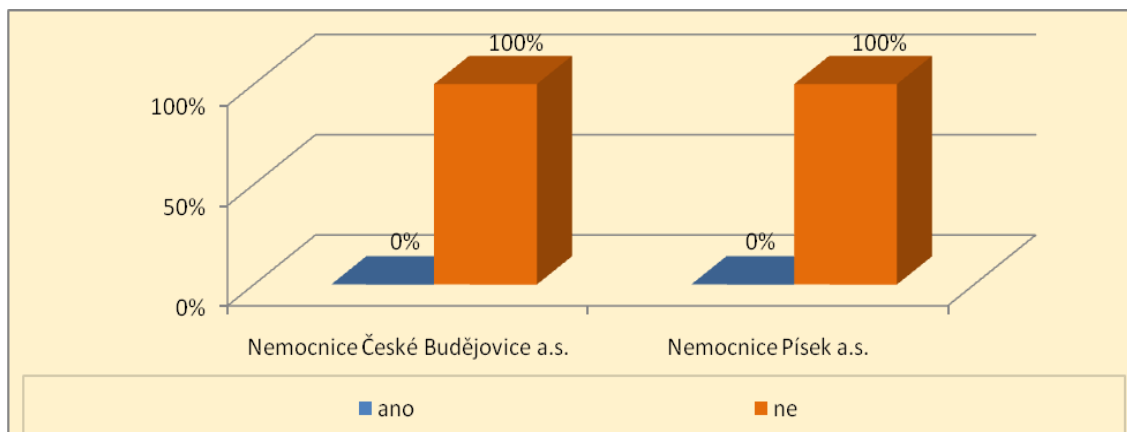
Graf 30 Hodnocení stavu vědomí



Z celkového počtu odpovědí 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. nehodnotí stav vědomí 32 (55 %), Glasgow Coma Scale používá 26 (45%).

Z celkového počtu odpovědí 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. používá k hodnocení stavu vědomí 63 (100 %) Glasgow Coma Scale

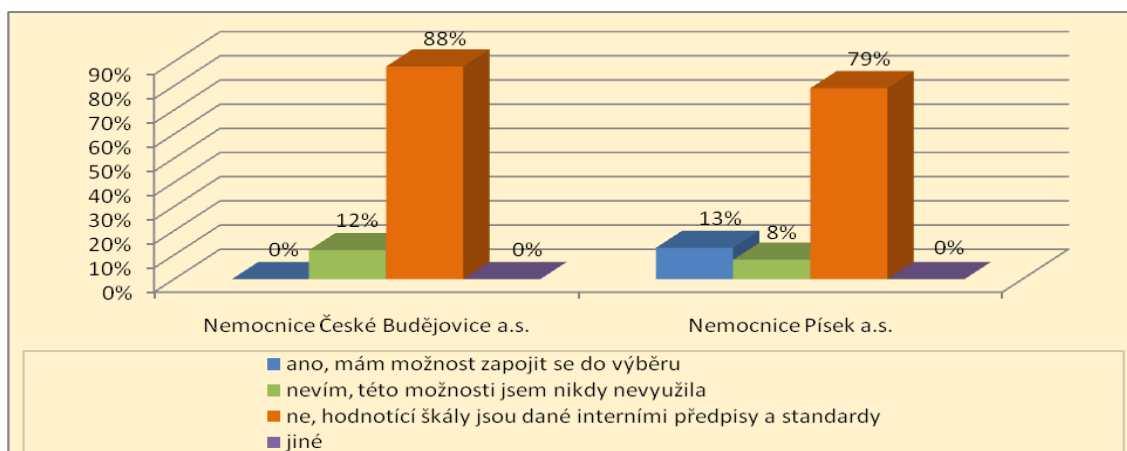
Graf 31 Možnost výběru testů k hodnocení stavu vědomí



Graf rozvíjí možnost kladných odpovědí z grafu 30. Z celkového počtu 23 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s., kteří hodnotí stav vědomí, nemá možnost výběru škál 23 (100 %) respondentů.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo 63 (100 %), že nemá možnost výběru škál k hodnocení stavu vědomí.

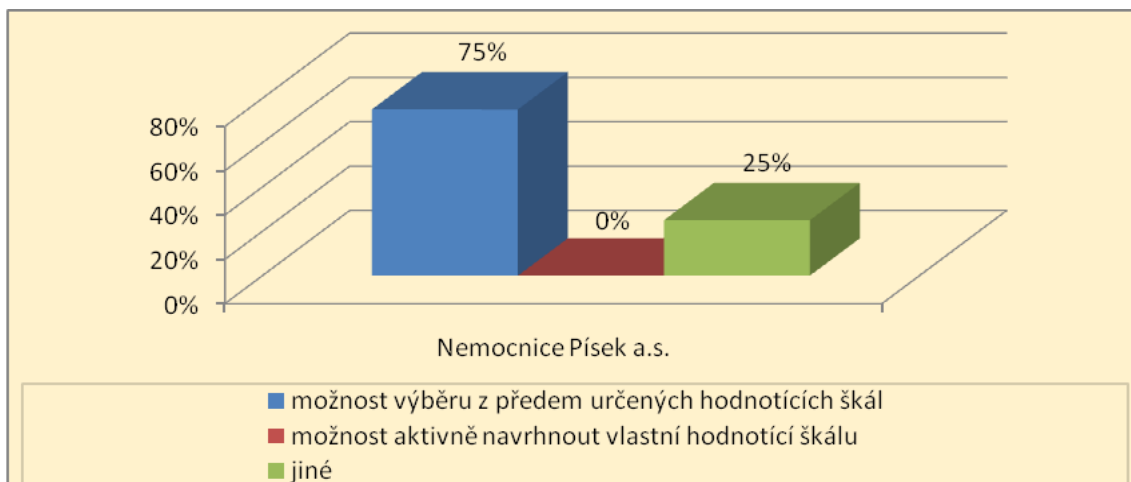
Graf 32 Možnost zapojit se do výběru hodnotících škál na oddělení



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo odpověď: nevím, této možnosti jsem nikdy nevyužila 7 (12 %), ne, hodnotící škály jsou dané interními předpisy a standardy, 51 (88 %) respondentů.

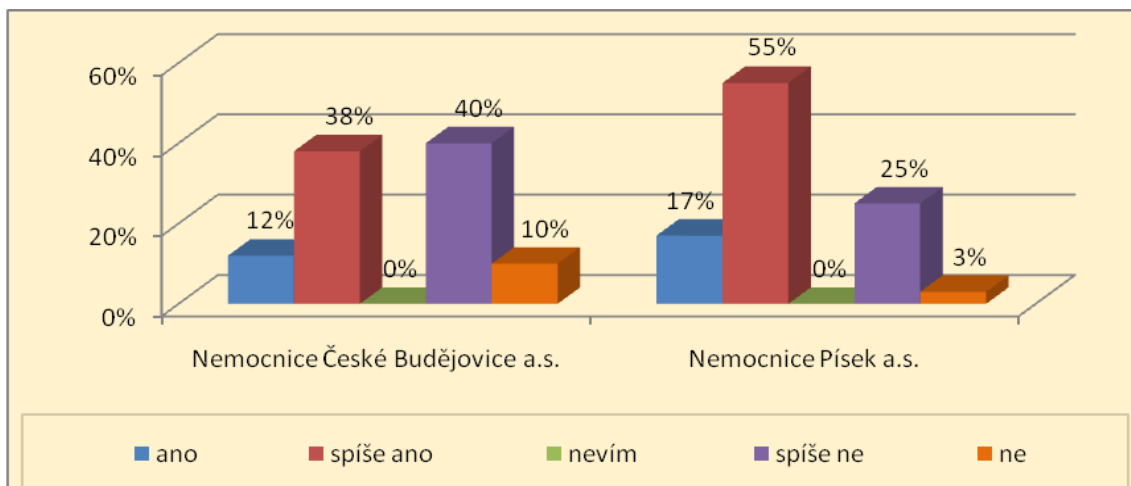
Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo odpověď: ano, mám možnost zapojit se do do výběru 8 (13 %), nevím, této možnosti jsem nikdy nevyužila 5 (8 %), ne, hodnotící škály jsou dané interními předpisy a standardy 50 (79 %).

Graf 33 Způsob výběru škál



Graf rozvíjí možnosti kladných odpovědí z grafu 32. Z celkového počtu 8 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s., kteří mají možnost zapojit se do výběru hodnotících škál na jejich oddělení, uvedlo 6 (75 %) možnost výběru z předem určených hodnotících škál a 2 (25 %) uvedli odpověď v rámci možnosti jiné.

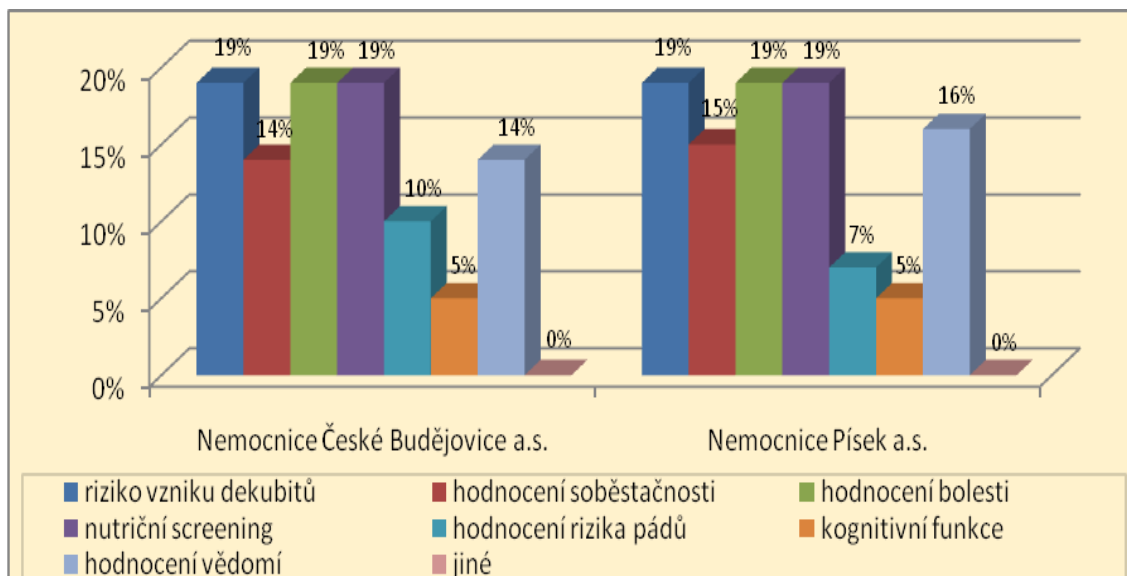
Graf 34 Přínos hodnotících škál pro sestru v péči o pacienta



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo 7 (12 %), že hodnotící škály vnímají jako přínos péče o pacienta, 22 (38 %) odpovědělo spíše ano, spíše ne 23 (40 %), ne 6 (10 %).

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo odpověď ano 11 (17 %) respondentů, 34 (55 %) odpovědělo spíše ano, spíše ne 16 (25 %), ne 2 (3 %)

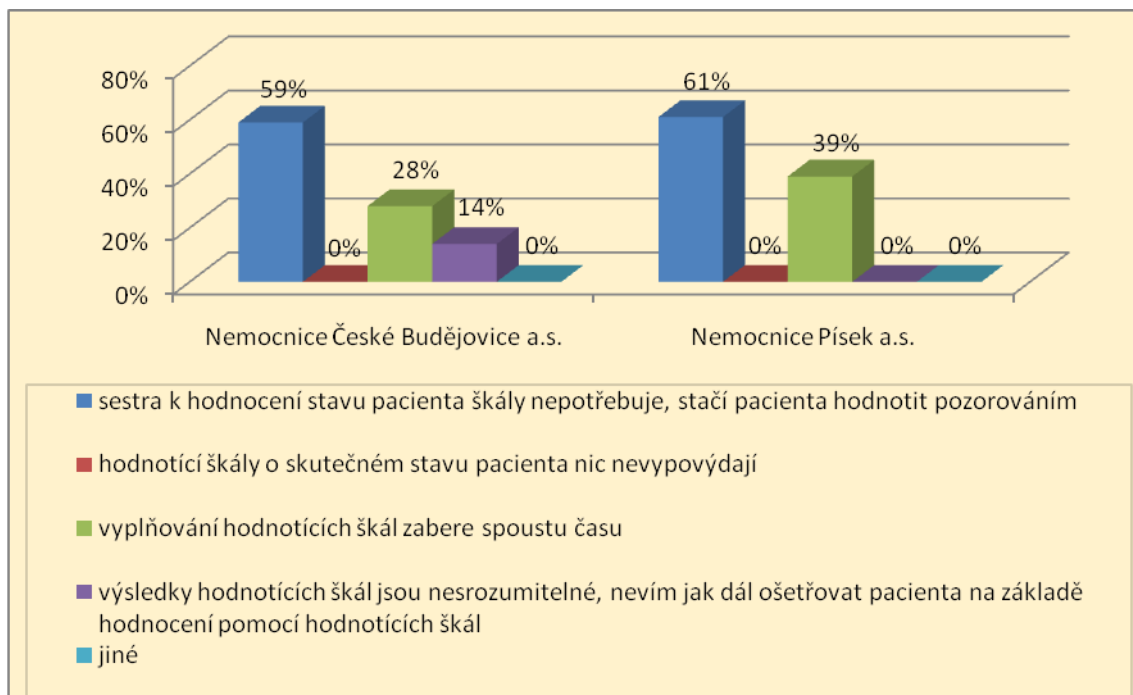
Graf 35 Jaké oblasti hodnocení vnímají sestry jako přínos



Graf rozvíjí možnosti kladných odpovědí z grafu 34. Z celkového počtu odpovědí 155 (100 %) uvedených respondenty Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo hodnocení rizika vzniku dekubitů 29 (19 %), hodnocení soběstačnosti 22 (14 %), hodnocení bolesti 29 (19 %), nutriční screening 29 (19 %), hodnocení rizika pádů 16 (10 %), hodnocení kognitivních funkcí 8 (5 %), hodnocení vědomí 22 (14 %).

Z celkového počtu odpovědí 240 (100 %) uvedených respondenty Nemocnice Písek a.s. uvedlo hodnocení rizika vzniku dekubitů 45 (19 %), hodnocení soběstačnosti 37 (15 %), hodnocení bolesti 45 (19 %), nutriční screening 45 (19 %), hodnocení rizika pádů 17 (7 %), hodnocení kognitivních funkcí 13 (5 %), hodnocení vědomí 38 (16 %).

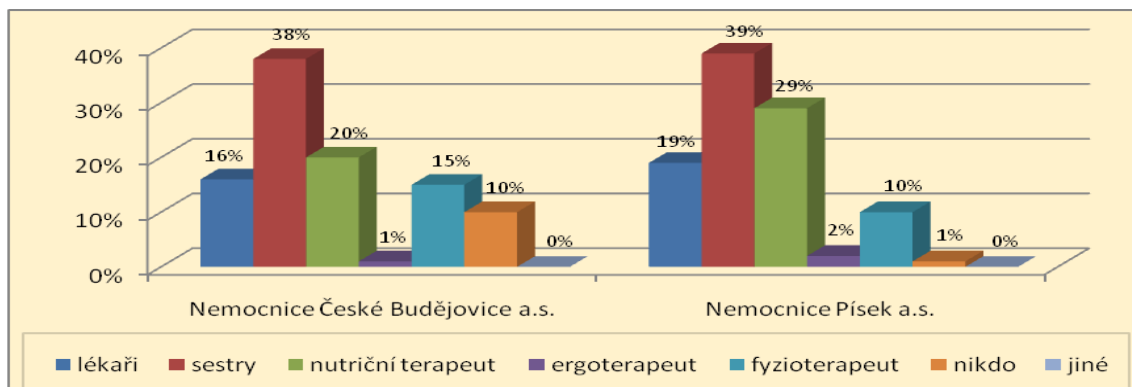
Graf 36 Proč sestry nevnímají hodnotící škály jako přínos



Graf rozvíjí možnosti záporných odpovědí z grafu 34. Z celkového počtu respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. 29 (100 %), kteří nevnímají hodnotící škály jako přínos péče o pacienta, uvedlo odpověď: sestra k hodnocení stavu pacienta škály nepotřebuje, stačí pacienta hodnotit pozorováním 17 (59 %), vyplňování hodnotících škál zabere spoustu času 8 (28 %), výsledky hodnotících škál jsou nesrozumitelné, nevím jak dál ošetřovat pacienta na základě hodnocení pomocí hodnotících škál 4 (14 %) respondentů.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s., kteří nevnímají hodnotící škály jako přínos péče o pacienta, uvedlo odpověď : sestra k hodnocení stavu pacienta škály nepotřebuje, stačí pacienta hodnotit pozorováním 11 (61 %), vyplňování hodnotících škál zabere spoustu času 7 (39 %).

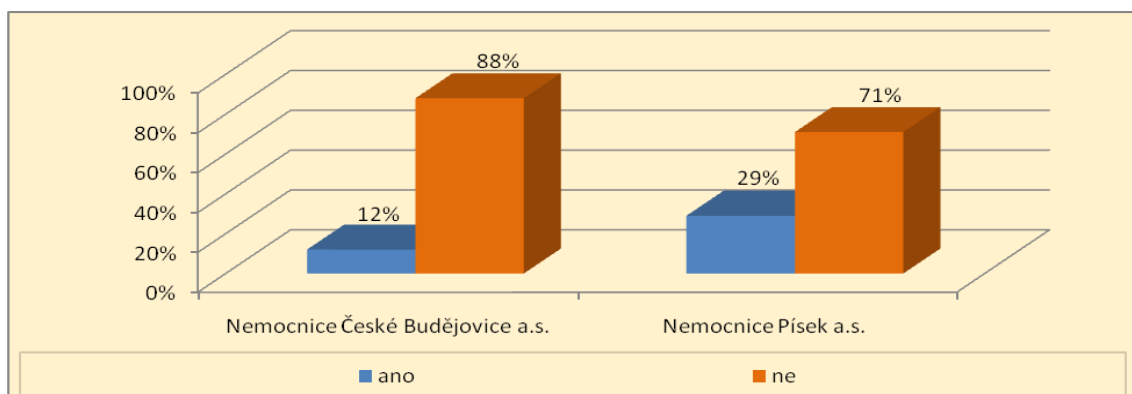
Graf 37 Využívání výsledků hodnotících škál na pracovišti



Z celkového počtu 115 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo, že výsledky hodnotících škál využívají lékaři 18 (16 %), sestry 44 (38 %), nutriční terapeut 23 (20 %), ergoterapeut 1 (1 %), fyzioterapeut 17 (15 %) a odpověď nikdo uvedlo 12 (10 %).

Z celkového počtu 161 (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo, že výsledky hodnotících škál využívají lékaři 31 (19 %), sestry 62 (39 %), nutriční terapeut 47 (29 %), ergoterapeut 4 (2 %), fyzioterapeut 16 (10 %) a odpověď nikdo uvedl 1 (1 %) respondent.

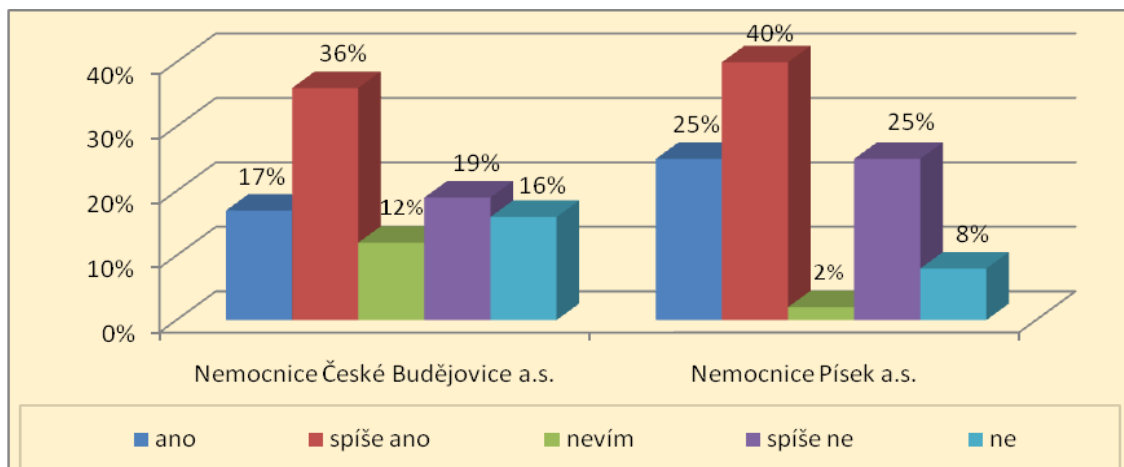
Graf 38 Účast na přednášce zabývající se hodnotícími škálami



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. se zúčastnilo 7 (12 %) respondentů přednášky, která se zabývala hodnotícími škálami, 51 (88 %) odpovědělo záporně.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. se zúčastnilo přednášky, která se zabývala hodnotícími škálami 18 (29 %), záporně odpovědělo 45 (71 %).

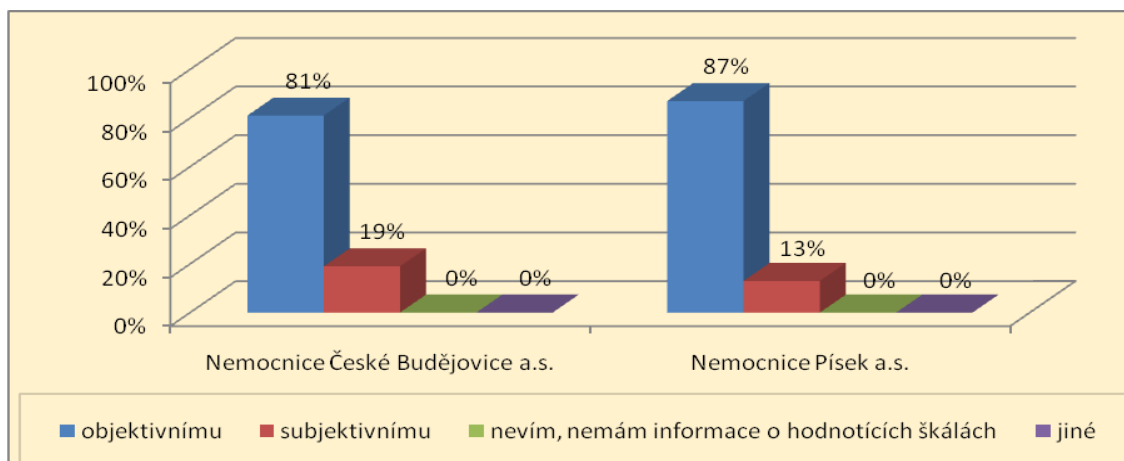
Graf 39 Zájem o přednášku na téma hodnotící škály



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. má zájem o přednášku 10 (17 %) respondentů, 21 (36 %) odpovědělo spíše ano, 7 (12 %) nevím, 11 (19 %) spíše ne, 9 (16 %) ne.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. má zájem o přednášku 16 (25 %) respondentů, 25 (40 %) odpovědělo spíše ano, 1 (2 %) nevím, 16 (25 %) spíše ne, 5 (8 %) ne.

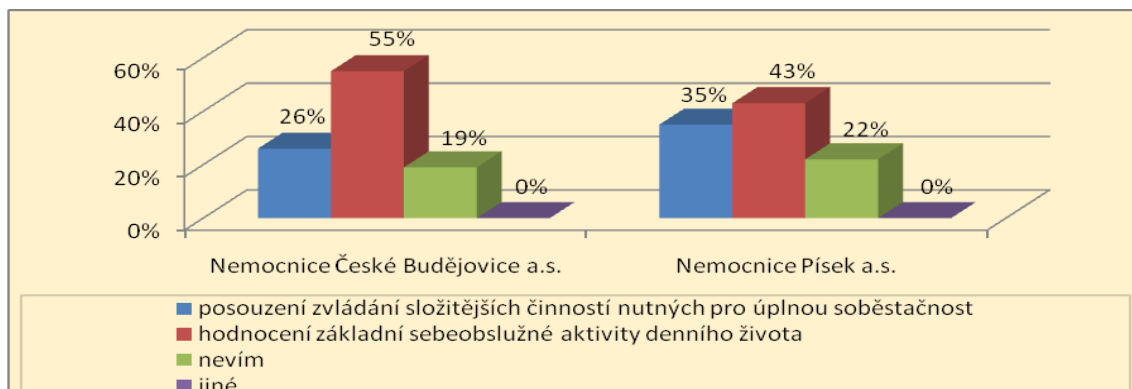
Graf 40 K jakému posuzování slouží hodnotící škály



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo 47 (81 %), že hodnotící škály slouží k objektivnímu posuzování, 11 (19 %) uvedlo subjektivní posuzování.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo objektivní posuzování 55 (87 %) respondentů a 8 (13 %) uvedlo subjektivní posuzování.

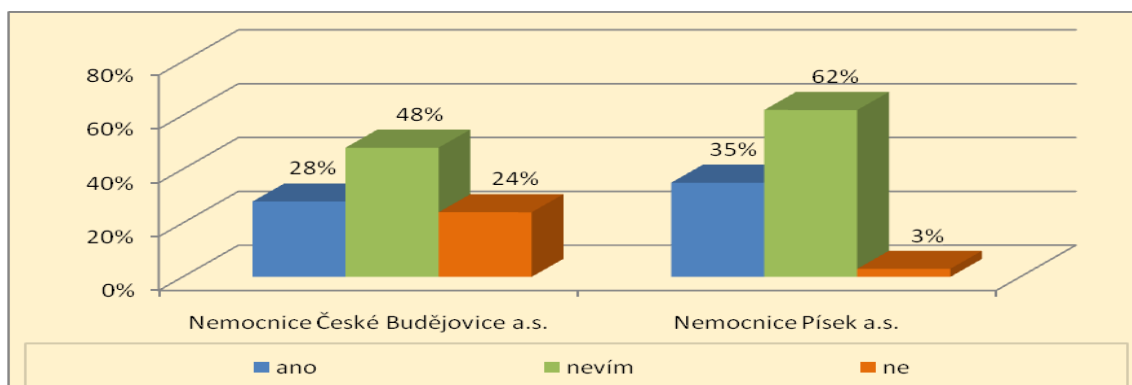
Graf 41 K čemu slouží test instrumentálních denních činností (IADL)



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo, že IADL slouží k posouzení zvládnání složitějších činností nutných pro úplnou soběstačnost 15 (26 %) respondentů, 32 (55 %) uvedlo hodnocení základní sebeobslužné aktivity denního života a 11 (19 %) nevím.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo, že IADL slouží k posouzení zvládnání složitějších činností nutných pro úplnou soběstačnost 22 (35 %) respondentů, 27 (43 %) uvedlo hodnocení základní sebeobslužné aktivity denního života a 14 (22 %) nevím.

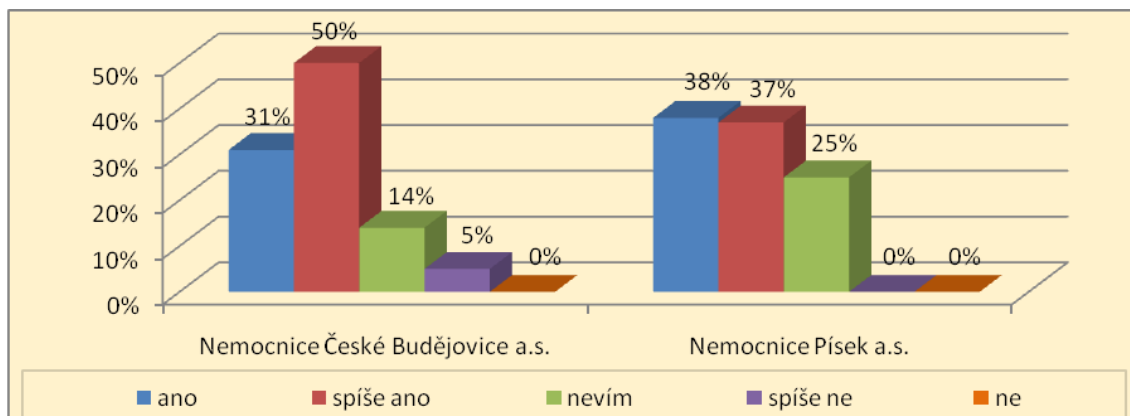
Graf 42 Možnost hodnocení testu Mini Mental State Examination (MMSE) sestrou



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice odpovědělo, že sestra může hodnotit kognitivní funkce pomocí testu MMSE 16 (28 %) respondentů, 28 (48 %) udalo odpověď nevím, 14 (24 %) ne.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo, že sestra může hodnotit kognitivní funkce pomocí testu MMSE 22 (35 %) respondentů, 39 (62 %) uvedlo odpověď nevím, 2 (3 %) ne.

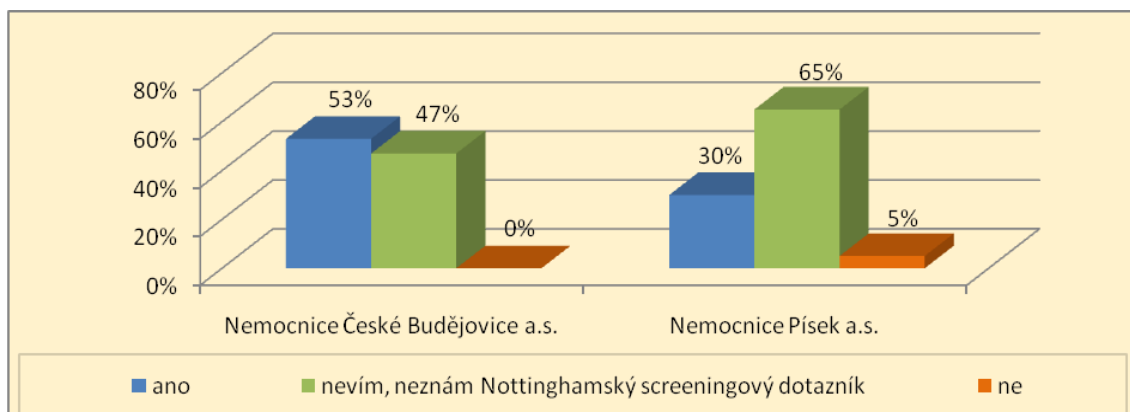
Graf 43 Odhalení demence pomocí testů hodnotících kognitivní funkce



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo možnost odhalení demence pomocí testů hodnotících kognitivní funkce 18 (31 %), spíše ano uvedlo 29 (50 %), nevím 8 (14 %), spíše ne 3 (5 %).

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo možnost odhalení demence pomocí testů hodnotících kognitivní funkce 24 (38 %), spíše ano uvedlo 23 (37 %), nevím 16 (25 %).

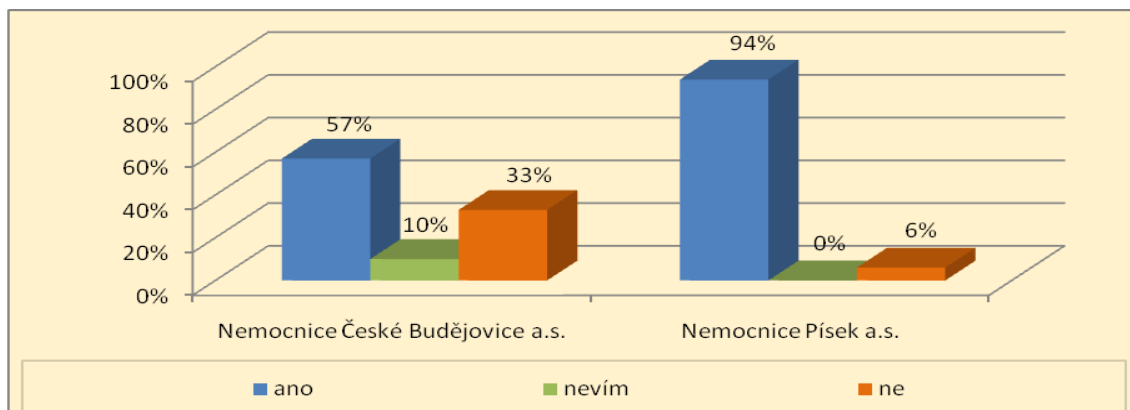
Graf 44 BMI jako součást Nottinghamského screeningového dotazníku



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. odpovědělo, že BMI je součástí Nottinghamského screeningového dotazníku 31 (53 %) a 27 (47 %) odpovědělo nevím, neznám Nottinghamský screeningový dotazník.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek a.s. odpovědělo, že BMI je součástí Nottinghamského screeningového dotazníku 19 (30 %), odpověď nevím, neznám Nottinghamský screeningový dotazník uvedlo 41 (65 %) a 3 (5 %) uvedli odpověď ne.

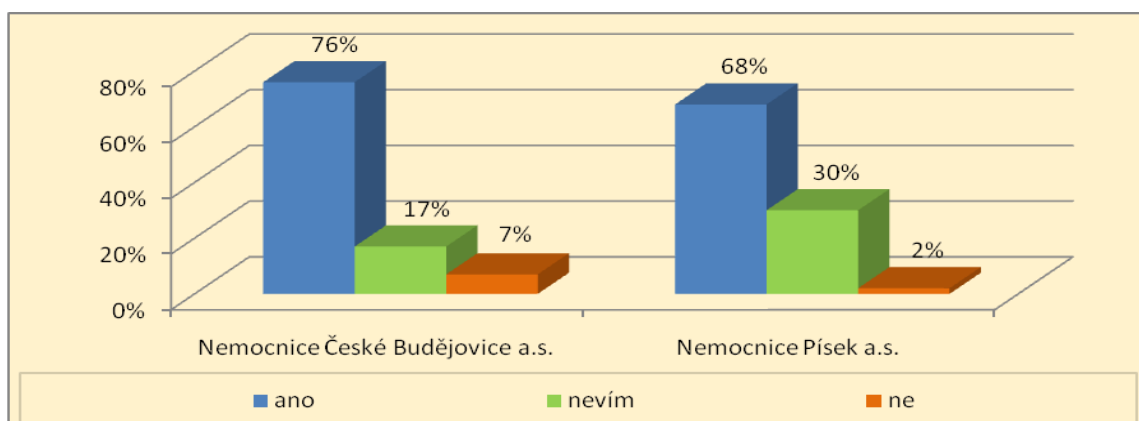
Graf 45 Plán péče o dekubity při hodnocení dle Nortonové 16 bodů a méně



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. by založilo plán péče o dekubity 33 (57 %) respondentů, 6 (10 %) neví, zda by založili plán péče o dekubity a 19 (33 %) respondentů odpovědělo ne.

Z celkového počtu respondentů Nemocnice Písek a.s. uvedlo, že by založilo plán péče o dekubity při hodnocení dle Nortonové 16 bodů a méně 59 (94 %) respondentů, 4 (6 %) uvedli odpověď ne.

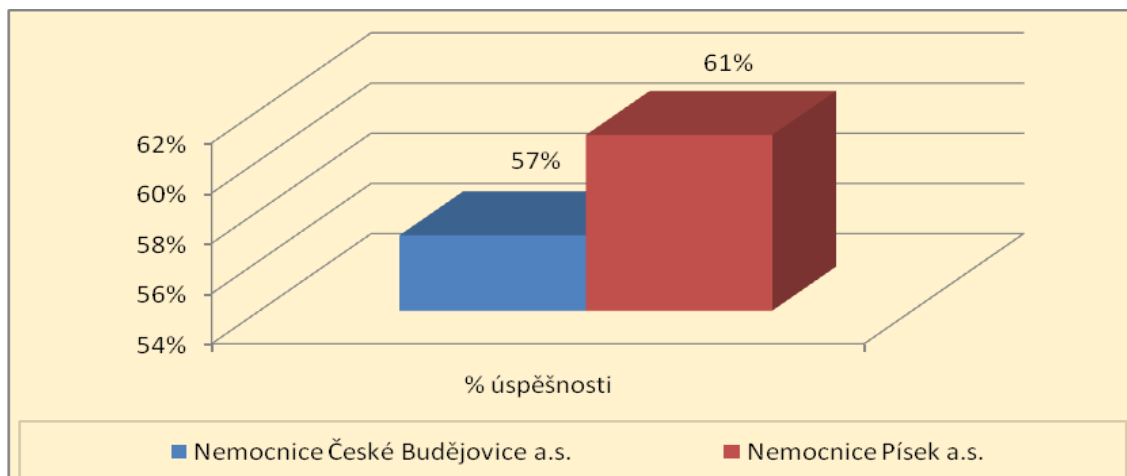
Graf 46 Formulář k monitorování účinnosti analgetik pro nemocné trpící chronickou bolestí



Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo, že existuje formulář k monitorování účinnosti analgetik pro nemocné trpící chronickou bolestí 44 (76 %) respondentů, 10 (17 %) uvedlo odpověď nevím, 4 (7 %) uvedli ne.

Z celkového počtu 63 (100 %) respondentů Nemocnice Písek odpovědělo, že existuje formulář k monitorování účinnosti analgetik pro nemocné trpící chronickou bolestí 43 (68 %) respondentů, 19 (30 %) odpovědělo nevím, 1 (2 %) odpověděl ne.

Graf 47 Průměrná úspěšnost ve znalostních otázkách



Graf znázorňuje procento průměrné úspěšnosti ve znalostních otázkách z grafů 40-46. Průměrná úspěšnost respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. je 57 % a průměrná úspěšnost respondentů Nemocnice Písek a.s. je 61 %.

5. Diskuse

V posledních letech dochází k rozvíjení možností využívání hodnotících škál v různých oblastech hodnocení zdravotního stavu pacienta. Hodnotící škály jsou v současnosti využívány ve většině zdravotnických zařízení a jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. V bakalářské práci na téma Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace byly stanoveny celkem tři cíle. Zjišťovali jsme, jaké hodnotící škály používají sestry ve vybraných zdravotnických zařízeních, zda se sestry mohou aktivně zapojit do výběru hodnotících škál na jejich oddělení a orientovanost sester v používání hodnotících škál.

K potvrzení či vyvrácení hypotéz jsme použili dotazník o 33 otázkách a 12 podotázkách. V dotazníku (příloha 1) měly první čtyři otázky a jedna podotázka identifikační charakter a zaměřovaly se na charakteristiku zkoumaného vzorku. Věkovou kategorii respondentů vyjadřuje graf 1. Nejpočetnější skupinu respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. tvořili respondenti ve věku 31-40 let, v Nemocnici Písek a.s. byla nejpočetnější skupina respondentů ve věku 19-30 let. Respondenti pracovali v obou nemocnicích na vybraných standardních odděleních interního charakteru, chirurgického charakteru a na LDN (viz graf 5).

Z výzkumného šetření nám vyplynulo, že respondenti používají hodnotící škály v obou nemocnicích (viz graf 6) a hodnotící škály jsou součástí jejich ošetrovatelské anamnézy při příjmu pacienta na oddělení (viz graf 7). Nemocnice se liší v četnosti používání hodnotících škál. Graf 8 informuje, že v Nemocnici České Budějovice a.s. používá většina respondentů hodnotících škály opakovaně, kdy interval závisí na posouzení sestry, dále opakovaně, kdy interval je dán interními předpisy a standardy a nejméně respondentů vyplňuje hodnotící škály pouze při příjmu pacienta. V Nemocnici Písek a.s. vyplňuje většina respondentů hodnotících škály opakovaně, kdy interval je dán interními předpisy a standardy a jeden respondent uvádí vyplňování hodnotících škál opakovaně, kdy interval závisí na posouzení sestry. U jedné odlišné odpovědi respondenta Nemocnice Písek a.s. se domníváme, že šlo o pravděpodobnou nepozornost při vyplňování dotazníku. Sjednocený postup při četnosti vyplňování hodnotících škál v Nemocnici Písek a.s. a rozdílnost odpovědí respondentů Nemocnice

České Budějovice a.s., může poukazovat na možnou souvislost s akreditací nemocnic, kdy v Nemocnici Písek a.s. proběhla v roce 2011 úspěšná reakreditace a Nemocnice České Budějovice a.s. akreditaci zatím nemá.

Vlasáková (48) uvádí možnost rozdílu v obsahu ošetřovatelské dokumentace, překladových zpráv a propouštěcích zpráv mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Potvrzuje to graf 9, z kterého vyplývá, že v Nemocnici České Budějovice a.s. nejsou hodnotící škály součástí ošetřovatelské propouštěcí zprávy a v Nemocnici Písek a.s. je součástí propouštěcí ošetřovatelské zprávy hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (viz graf 10). Kalvach (12) uvádí, že v zemích Evropské unie je většinou součástí ošetřovatelské propouštěcí zprávy test Funkční míry nezávislosti. Myslíme si, že tento test je vhodnou součástí propouštěcí ošetřovatelské zprávy, jelikož vypovídá nejen o soběstačnosti pacienta, ale hodnotí i kognitivní funkce, zohledňuje komunikaci s prostředím a sociální vztahy pacienta.

Zajímavý je názor respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. na otázku, zda by měly být hodnotící škály součástí ošetřovatelské dokumentace, 55 % respondentů uvedlo odpověď spíše ne a 22 % respondentů odpověď ne (viz graf 11). Domníváme se, že tento názor poukazuje na určitou neoblíbenost hodnotících škál u budějovických respondentů a podporují ho i výsledky, které budou uvedeny později.

Nejčastější oblasti hodnocení stavu pacienta pomocí hodnotících škál jsou v obou nemocnicích zaměřeny především na hodnocení fyzických potřeb pacienta (viz graf 12), hodnocení kognitivních funkcí využívá pouze minimum respondentů Nemocnice Písek a.s. Tento výsledek koresponduje s diplomovou prací Kubátové (20), která shodně uvádí používání hodnotících škál především se zaměřením na hodnocení fyzických potřeb a ustupování hodnocení psychiky a sociálních potřeb do pozadí.

Při vyhodnocování dotazníku nám vyplynulo, že hodnotící škály k hodnocení kognitivních funkcí používají pouze respondenti, kteří pracují na LDN v Nemocnici Písek a.s., kde využívají test Mini Mental State Examination a test kreslení hodin (viz graf 16). Kognitivní funkce hodnotí respondenti u zmatených pacientů a v rámci možnosti jiné doplnilo 40 % respondentů hodnocení při změně psychického stavu (viz graf 18). Možnost výběru testů k hodnocení kognitivních funkcí (viz graf 15)

vedla většina respondentů. Tento výsledek nám spolu s jinými výsledky potvrzuje hypotézu 3.

K hodnocení soběstačnosti používají respondenti Nemocnice České Budějovice a.s. i Nemocnice Písek a.s. Barthelův test všedních činností (viz graf 13). Na otázku, zda mají možnost výběru škál k hodnocení soběstačnosti, uvedli respondenti z obou nemocnic zápornou odpověď (viz graf 14). Vaňásková (43) uvádí, že test Barthelové je nejznámější test aktivit, užívaný ke stanovení funkční zdatnosti a míry soběstačnosti, je jednoduchý pro použití, ale nezaznamená nutně plnou soběstačnost a při činnostech není ve skórování citlivě odlišena potřeba minimální a maximální asistence. Upřednostňuje používání testu Funkční míry nezávislosti (FIM), kde údaje mají jasnou pevnou terminologii a jsou ucelenější a citlivější proti testu Barthelové. Navíc FIM test umožňuje grafické znázornění a pozorování vývoje soběstačnosti v čase. Je otázkou, proč FIM test, který citlivěji určuje míru nezávislosti pacienta, není používán ani v jedné z obou nemocnic. Myslíme si, že by přinesl ucelenější hodnocení pacienta a poukázal na větší rozdíly a potřeby při ošetrovatelské péči o pacienta.

Hodnocení nutričního stavu pacienta je důležitou součástí objektivního posuzování stavu pacienta. Z výsledků grafu 19 nám vyplývá, že BMI používají všichni respondenti z obou nemocnic, liší se údaje mezi používáním Nottighamského screeningového dotazníku, který používá většina respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. a nutričního testu, u kterého respondenti neznají název, který uvedla většina respondentů Nemocnice Písek a.s. Tento výsledek nám potvrzuje spolu s jinými výsledky hypotézu 1. Možnost výběru testů k hodnocení nutričního stavu má většina respondentů obou nemocnic (viz graf 20). Tento výsledek nám spolu s jinými výsledky potvrzuje hypotézu 3.

Zajímavý výsledek nám vyplynul u otázky spolupráce s nutričním terapeutem (viz graf 21). V Nemocnici České Budějovice a.s. uvedla většina respondentů, že záleží na sestře nebo lékaři, kdy nutričního terapeuta pozve a v Nemocnici Písek a.s. uvedli shodně všichni respondenti, že návštěva nutričního terapeuta musí proběhnout vždy při rizikovém vyhodnocení stavu výživy. Myslíme si, že nutriční stav pacienta je důležité vždy řešit při rizikovém vyhodnocení stavu výživy. Zadák (52) uvádí, že stav výživy

pacienta ovlivňuje celkový stav jak primárně, tak sekundárně a zanedbání efektivní nutriční podpory u pacientů s klinickým nálezem malnutrice je neomluvitelným zanedbáním péče o nemocného.

K hodnocení rizika vzniku dekubitů používají všichni respondenti Nemocnice České Budějovice a.s. i Nemocnice Písek a.s. škálu dle Nortonové (viz graf 23). Na otázku, zda mají možnost výběru škál k hodnocení soběstačnosti, uvedli respondenti z obou nemocnic zápornou odpověď (viz graf 24). Během své praxe se setkalo pouze 5 % respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. a 6 % respondentů Nemocnice Písek a.s. s jiným hodnocením rizika vzniku dekubitů než dle Nortonové (viz graf 22). Tento výsledek vypovídá o rozšířenosti a oblíbenosti škály dle Nortonové.

Při vyhodnocení dotazníku nám dále vyplynulo, že k hodnocení intenzity bolesti (viz graf 25) používají respondenti Nemocnice České Budějovice a.s. nejvíce vizuální analogovou škálu a minimálně obličejovou škálu. V Nemocnici Písek a.s. respondenti používají nejčastěji verbální škálu bolesti a nejméně obličejovou škálu. Tento výsledek nám spolu s jinými výsledky potvrzuje hypotézu 1. K hodnocení celkové bolesti (viz graf 26) používají respondenti Nemocnice České Budějovice a.s. nejvíce test hodnocení celkové bolesti, u kterého neznají název a Průběžný záznam managementu bolesti. Překvapivé je, že převážná většina respondentů celkovou bolest nehodnotí. Respondenti Nemocnice Písek a.s. používají nejčastěji test hodnocení celkové bolesti, u kterého neznají název a Průběžný záznam managementu bolesti. Tento výsledek nám potvrzuje spolu s jinými výsledky hypotézu 1. Možnost výběru škál k hodnocení bolesti uvedlo 29 % respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. a 97 % respondentů Nemocnice Písek a.s. Tento výsledek nám spolu s jinými výsledky potvrzuje hypotézu 3.

Hodnocení rizika pádu slouží ke snižování četnosti pádů ve zdravotnictví. V Nemocnici Písek a.s. odpověděli shodně všichni respondenti, že riziko pádu hodnotí dle testu, u kterého neznají název (viz graf 28). Respondenti Nemocnice České Budějovice a.s. hodnotí také riziko pádů podle testu, u kterého neznají název a třetina respondentů překvapivě odpověděla, že riziko pádů nehodnotí. Domníváme se, že by testy k hodnocení rizika pádů měly být standardně používány na všech odděleních. Vlasáková (49) uvádí, že pády ve zdravotnickém zařízení znamenají vždy komplikaci

v péči o pacienta a mnohdy i prodloužení doby hospitalizace, proto je potřeba těmto mimořádným událostem předcházet. Respondenti z obou nemocnic, kteří hodnotí riziko pádu, shodně uvedli, že nemají možnost výběru testů k hodnocení rizika pádu (viz graf 29).

Aktivně se zapojit do výběru hodnotících škál na oddělení má možnost 13 % respondentů Nemocnice Písek a.s. (viz graf 32). Tento výsledek potvrzuje spolu s jinými výsledky hypotézu 3. Následně většina respondentů, kteří mají možnost zapojit se do výběru škál uvedla, že mají možnost výběru z předem určených hodnotících škál (viz graf 33). Dále dva respondenti v rámci možnosti jiné shodně uvedli, že po konzultaci s vrchní sestrou došlo ke změně nevyhovující škály k hodnocení rizika pádu (příloha 2) za škálu, která jim více vyhovuje (příloha 3). Jako důvod požadavku změny respondenti uvedli, že u předchozí škály i u pacienta po amputaci dolní končetiny vycházelo, že pacient nemá riziko pádu. Tento výsledek je velice potěšující, jelikož ukazuje na možnost změn nevyhovujících hodnotících škál za škály, které citlivěji vypovídají o skutečném stavu a potřebách pacienta. Je otázka, zda si všechny sestry tuto možnost uvědomují nebo raději vyplňují hodnotící škály, o jejichž užitku nejsou přesvědčeny.

Na otázku, zda sestry vnímají používání hodnotících škál a měřících technik jako přínos péče o pacienta (viz graf 34) překvapivě jenom polovina respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedla kladnou odpověď. V Nemocnici Písek a.s. vnímají respondenti přínos hodnotících škál lépe, zde uvedlo kladnou odpověď 72 %. Respondenti, kteří uvedli kladnou odpověď, měli možnost vyjádřit svůj názor, jaké oblasti hodnocení vnímají jako přínos (viz graf 35). Respondenti z obou nemocnic vnímají shodně jako největší přínos hodnocení rizika vzniku dekubitů, hodnocení bolesti a hodnocení stavu výživy. Jako nejmenší přínos vnímají hodnocení kognitivních funkcí. Zde se potvrzuje názor Kubátové (20), že se sestry zaměřují především na hodnocení fyzických potřeb. Respondenti z obou nemocnic, kteří nevnímají hodnotící škály jako přínos péče o pacienta, uvádějí jako nejčastější důvod, že sestra k hodnocení stavu pacienta škály nepotřebuje, stačí pacienta pozorováním a dále pak, že vyplňování hodnotících škál zabere spoustu času. Pro čtyři respondenty

z Nemocnice České Budějovice a.s. jsou výsledky hodnotících škál nesrozumitelné a neví, jak dál ošetřovat pacienta na základě hodnocení pomocí škál (viz graf 36). Tyto názory respondentů poukazují na překvapivě velkou neoblíbenost hodnotících škál. Domníváme se, že důvodem může být používání škál, které respondentům nevyhovují a dále neinformovanost o možnostech používání hodnotících škál. Přednášky, která se zabývala hodnotícími škálami, se zúčastnilo pouze malé množství respondentů z Nemocnice České Budějovice a.s. i respondentů z Nemocnice Písek a.s. (viz graf 38). Zájem o přednášku na téma hodnotící škály má 53 % respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. a 65 % respondentů Nemocnice Písek a.s. Výsledky naznačují, že by bylo přínosné pořádat více seminářů na téma hodnotící škály, jelikož respondenti o tuto problematiku mají zájem.

Dále jsme zjišťovali orientovanost sester v používání hodnotících škál. K čemu slouží test instrumentálních denních činností (IADL) ví 26 % respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. a 35 % respondentů Nemocnice Písek a.s. Došlo zde patrně za záměnu s testem ADL, jelikož nejvíce respondentů z obou nemocnic nesprávně uvedlo, že test IADL slouží k hodnocení základní sebeobslužné aktivity. O možnosti hodnocení testu Mini Mental State Examination (MMSE) sestrou neví většina respondentů z obou nemocnic (viz graf 42), ale na otázku, zda lze odhalit demenci pomocí testů hodnotících kognitivní funkce, většina respondentů z obou nemocnic uvádí správnou, kladnou odpověď (viz graf 43). Na otázku, zda je BMI součástí Nottinghamského screeningového dotazníku, 53 % respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. uvedlo správně, že BMI je součástí Nottinghamského screeningového dotazníku a pouze 30 % respondentů Nemocnice Písek a.s. uvádí správnou kladnou odpověď. Plán péče o dekubity při hodnocení 16 bodů a méně by správně založila více jak polovina respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. Zde byli respondenti Nemocnice Písek a.s. úspěšnější a většina odpověděla správně. Na otázku, zda existuje formulář k monitorování účinnosti analgetik pro nemocné trpící chronickou bolestí, uvedla většina respondentů obou nemocnic správnou kladnou odpověď (viz graf 46). Průměrná úspěšnost ve znalostních otázkách je u respondentů Nemocnice České Budějovice a.s.

57 %, o něco lépe odpovídali respondenti Nemocnice Písek a.s., zde je průměrná úspěšnost 61 % (viz graf 47). Tento výsledek nám potvrzuje hypotézu 2.

Při vyhodnocování výše uvedených otázek, zaměřených na orientovanost sester v hodnotících škálách nás zaujalo, že respondenti nejsou informováni o možnosti hodnocení Mini Mental State Examination sestrou, což poukazuje na minimální používání škál k hodnocení kognitivních funkcí. Dále nás zaujala pouze 30 % úspěšnost píseckých respondentů na otázku, zda je BMI součástí Nottinghamského screeningového dotazníku. Zde může být důvodem minimální používání tohoto dotazníku respondenty Nemocnice Písek a.s. Rozdíl v úspěšnosti u založení plánu péče o dekubity může plynout z určených standardů daného zdravotnického zařízení. Očekávali jsme větší úspěšnost ve znalostních otázkách. Je patrné, že sestry se orientují především ve škálách, které standardně používají a o možnosti využívání jiných škál nemají větší přehled. Tento výsledek může mít spojitost i s určitou neoblíbeností hodnotících škál.

6. Závěr

Prvním cílem této práce bylo zmapovat, jaké hodnotící škály používají sestry ve vybraných zdravotnických zařízeních. Tento cíl byl splněn, používání hodnotících škál bylo prověřeno a vzájemně porovnáno mezi Nemocnicí České Budějovice a.s. a Nemocnicí Písek a.s. Splněním tohoto cíle jsme dosáhli výsledku, který potvrzuje stanovenou hypotézu. Ta předpokládala, že používání hodnotících škál se liší dle zdravotnického zařízení. Při porovnávání výsledků jsme zjistili rozdílnost používání škál k hodnocení kognitivních funkcí, hodnocení nutričního stavu a hodnocení bolesti. Dalším cílem bylo zmapovat orientovanost sester v používání hodnotících škál. Tento cíl byl také splněn, orientovanost sester byla prověřena sedmi otázkami z dotazníku. Výsledky nám potvrdily hypotézu, že sestry mají přehled o možnostech využívání hodnotících škál. V průměrné úspěšnosti ve znalostních otázkách dopadli respondenti uspokojivě, ale je zde možné pozorovat určité rezervy ve znalostech. Třetím cílem práce bylo zjistit, zda se sestry mohou aktivně zapojit do výběru hodnotících škál na jejich oddělení. Tento cíl byl také splněn, možnost výběru byla prověřena a potvrdila nám stanovenou hypotézu, že sestry mají možnost aktivního výběru hodnotících škál. Z výsledků jsme zjistili možnost aktivně se zapojit do výběru hodnotících škál na oddělení a následně i možnost výběru hodnotících škál k hodnocení kognitivních funkcí, hodnocení nutričního stavu a hodnocení bolesti.

Z výzkumné části této práce vyplývá určitá neoblíbenost používání hodnotících škál respondenty. Doporučení pro praxi je větší spolupráce vedení zdravotnických zařízení při výběru hodnotících škál se sestrami, které hodnotící škály vyplňují a následně je používají ke stanovení ošetrovatelské péče. Možnost většího výběru škál, které sestram budou vyhovovat a budou o nich přesvědčeny, že jim pomohou při péči o pacienta. Dále uspořádání seminářů, které se zabývají hodnotícími škálami a možnostmi využití těchto škál v praxi. Součástí této práce je příručka hodnotících škál a měřících technik, která bude poskytnuta vedením obou nemocnic a mohla by napomoci k větší orientovanosti sester v oblasti objektivního hodnocení.

7. Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové : Nucleus HK, 2003. 99 s. ISBN 80-862-253-3X.
2. Česká republika. Koncepce ošetrovatelství, metodická opatření. In *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004, 9, s. 2-8. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html>.
3. Česká republika. 385. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci. In *SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÁ REPUBLIKA*. 2006, 122, s. 5282-5304.
4. DOENGES, M, E; MOORHOUSE, M, F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry : Druhé přepracované a rozšířené vydání*. 2. české vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2001. 568 s. ISBN 978-80-247-0242-8.
5. DVOŘÁČKOVÁ, D. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra*. Praha : 2010, 20, 7-8, s. 54-57. ISSN 1210-0404.
6. HOLMEROVÁ, I; ROKOSOVÁ, M; VAŇKOVÁ, M. Pohled na pacienta vyššího věku. *Medicína pro praxi*. Praha: 2006, 3, 4, s. 180-183. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/magno/med/2006/mn4.php>>.
7. HRSTKOVÁ, P. Model Dorothy Elisabeth Oremové. *Sestra*. Praha : 2010, 20, 10, s. 46-47. ISSN 1210-0404.
8. CHLUMECKÁ, J. Hodnocení soběstačnosti v ergoterapii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Kutná Hora : 2005, 1, 3, s. 122-123. ISSN 1801-1349.
9. JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
10. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 288 s. ISBN 978-80-247-0629-6.
11. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
12. KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 978-80-247-0548-6.

13. KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatický pacient*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
14. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007, dotisk 2010. 352+16 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
15. KELNAROVÁ, J., et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník* . 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 240+4 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
16. KLÁNOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. Praha: 2009, 19, 6, s. 12-13. ISSN 1210-0404.
17. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
18. Kolektiv autorů. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.
19. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti, příručka pro sestry*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
20. KUBÁTOVÁ, J. *THESES.CZ*. [online]. 2010 [cit. 2011-04-17]. Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi. Dostupné z WWW: <<http://theses.cz/id/p17ohc/>>.
21. LUKÁŠ, K; ŽÁK, A. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
22. MAĐAR, R; PODSTATOVÁ, R; ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 178 s. ISBN 978-80-247-1673-2.
23. MARKOVÁ, E; VENGLÁŘOVÁ, M; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 978-80-247-1151-6.
24. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
25. MIKŠOVÁ, Z; FOŇKOVÁ, M; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Aktualizované a doplněné vydání*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 978-80-247-1442-6.

26. MIKULA, J; MULLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 96+8 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
27. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 248+16 s. ISBN 978-80-247-1150-8.
28. O'CONNOR, M; ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. české vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 978-80-247-1295-4.
29. OLIVÍKOVÁ, L. Léčba bolesti u hospicových pacientů. *Sestra*. Praha: 2010, 20, 7-8, s. 60-62. ISSN 1210-0404.
30. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
31. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
32. SCHULER, M; OSTER, P. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
33. SLÁMA, O., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
34. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vydání - dotisk. Brno : NCO NZO v Brně, 2006. 55 s. ISBN 978-80-7013-323-6.
35. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3. Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1. vydání. Brno : NCO NZO v Brně, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
36. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4. Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. vydání. Brno : NCO NZO v Brně, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
37. ŠVESTKOVÁ, O. Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka. [online]. 2008 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.edost.cz/rap/uploads/File/metodika%20hodnoceni%20funkcnich%20cinosti%20a%20pracovniho%20potencialu.pdf>>.
38. TOMEK, V. Ošetřovatelská dokumentace. *Florence*. Praha: 2007, 3, 5, s. 238-239 s. ISSN 1801-464x.

39. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha : Galén, 2005. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-6.
40. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*. Praha: UCB Pharma, s.r.o., 1999. 87 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
41. TÓTHOVÁ, V., et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vydání. Praha : Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
42. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Druhé nezměněné vydání - dotisk. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
43. VAŇÁSKOVÁ, E. Testování v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi*. [online]. 2005, 6, [cit. 2011-04-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200506-0006.php>>.
44. VLASÁKOVÁ, D. *E – Univerzita @ : Bolest z mnoha úhlů*. [online]. 2008 [cit. 2011-04-07]. Dostupné z WWW: <<http://kurzy.euniverzita.eu/course/view.php?id=11>>.
45. VLASÁKOVÁ, D. *E-Univerzita @ : Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. [online]. 2008 [cit. 2010-11-17]. Dostupné z WWW: <<http://kurzy.euniverzita.eu/>>.
46. VLASÁKOVÁ, D. *E-Univerzita @ : Hodnocení a saturace potřeb u pacientů s poruchou vědomí*. [online]. 2008 [cit. 2011-01-29]. Dostupné z WWW: <<http://kurzy.euniverzita.eu/course/view.php?id=111>>.
47. VLASÁKOVÁ, D. *E-Univerzita @ : Současná prevence a léčba dekubitů*. [online]. 2008 [cit. 2011-04-07]. Dostupné z WWW: <<http://kurzy.euniverzita.eu/course/view.php?id=117>>.
48. VLASÁKOVÁ, D. *E-Univerzita @ : Zdravotnická dokumentace – zásady a pravidla pro její správné vedení*. [online]. 2008 [cit. 2011-01-11]. Dostupné z WWW: <<http://kurzy.euniverzita.eu/course/view.php?id=8>>.
49. VLASÁKOVÁ, D. *E-Univerzita @ : Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. [online]. 2008 [cit. 2011-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://kurzy.euniverzita.eu/course/view.php?id=104>>.

50. VONDRÁČEK, L; WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry. Příručka pro praxi*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
51. VONDRÁČEK, L; WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
52. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči* 2. Praha : Grada Publishing, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

8. Klíčová slova

Hodnotící škály

Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelský proces

Sestra

Pacient

9. Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Dříve používaný test k hodnocení rizika pádů

Příloha 3 Modifikovaný test k hodnocení rizika pádů

Příloha 1 Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká problematiky hodnotících škál v současném zdravotnictví. Výsledky šetření použiji pro svou bakalářskou práci v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, obor Ošetřovatelství. Vyplněním celého dotazníku mi pomůžete dosáhnout stanovených cílů. Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity jen pro účely práce. Při vyplňování dotazníku postupujte podle daných pokynů a pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze *jednu* odpověď (v případě označení možnosti *jiné, jakou* doplňte vlastními slovy).

Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Ivana Handrejchová

1. Označte Vaši věkovou skupinu

- a) 19 - 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 let a více

2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání v oboru?

- a) středoškolské s maturitou
- b) vyšší odborné vzdělání
- c) vysokoškolské bakalářské
- d) vysokoškolské magisterské
- e) jiné.....
.....

Máte specializaci v oboru?

- a) ano (jakou).....
- b) ne

3. Kolik let pracujete v oboru?

- a) méně než 1 rok
- b) 2 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 – 20 let
- f) 20 let a více

4. Na jakém oddělení pracujete?

- a) Gynekologické oddělení
- b) Chirurgické oddělení
- c) Interní oddělení
- d) Neurologické oddělení
- e) Ortopedické oddělení
- f) Urologické oddělení
- g) LDN
- h) jiné.....
.....

5. Pracujete ve zdravotnickém zařízení, které je akreditované?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

6. Používáte k posouzení stavu pacienta/klienta hodnotící škály?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

7. K jakému posuzování si myslíte, že slouží hodnotící škály?

- a) objektivnímu
- b) subjektivnímu
- c) nevím, nemám informace o hodnotících škálách
- d) jiné.....
.....

8. Jsou hodnotící škály součástí Vaší ošetřovatelské anamnézy, kterou vyplňujete při příjmu pacienta/klienta? (možno označit více odpovědí)

- a) ano
- b) přikládají se jako zvláštní tiskopis při zjištění ošetřovatelského problému
- c) ne
- d) jinak.....
.....

9. Hodnotící škály vyplňujete:

- a) pouze při příjmu pacienta
- b) opakovaně, při zjištění problému v určité oblasti, interval závisí na posouzení sestry
- c) opakovaně, při zjištění problému v určité oblasti, interval vyplňování je určen interními předpisy a standardy.
- d) nevyplňuji
- e) jiné.....
.....

10. Jsou hodnotící škály součástí Vaší propouštěcí ošetřovatelské zprávy?

- a) ano
- b) ne

Jestliže NE, myslíte si, že by hodnotící škály měly být součástí propouštěcí ošetřovatelské zprávy?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Jestliže ANO, jaké hodnotící škály jsou součástí Vaší propouštěcí zprávy?

(možno označit více odpovědí)

- a) Barthelův test všedních činností
- b) Škála dle Nortonové
- c) Stupnici pádů podle Morse
- d) Mini Nutritional assessment(MNA)
- e) jiné.....
.....

11. Jaké oblasti hodnocení, pomocí hodnotících škál, využíváte na Vašem oddělení k posouzení stavu pacienta/klienta? (možno označit více odpovědí)

- a) pomocí hodnotících škál stav pacienta nehodnotíme
- b) riziko vzniku dekubitů
- c) soběstačnost
- d) hodnocení bolesti
- e) nutriční screening
- f) hodnocení rizika pádů
- g) kognitivní funkce
- h) jiné.....
.....

12. Používáte na Vašem oddělení hodnotící škály týkající se hodnocení soběstačnosti? (možno označit více odpovědí)

- a) soběstačnost nehodnotíme
- b) Barthelův test všedních činností
- c) Test vývoje soběstačnosti
- d) Katzův index
- e) Funkční míra nezávislosti
- f) jiné.....

Pokud soběstačnost hodnotíte, máte možnost výběru škál k hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta?

- a) ano (jaké).....
- b) ne

13. Test Instrumentálních denních činností (IADL) slouží k:

- a) posouzení zvládnutí složitějších činností nutných pro úplnou soběstačnost
- b) hodnotí základní sebeobslužné aktivity denního života
- c) nevím
- d) jiné.....

14. Jaké testy využíváte k hodnocení kognitivních funkcí?

(možno označit více odpovědí)

- a) kognitivní funkce nehodnotíme
- b) zkrácený Mentální bodovací test podle Gajda
- c) DemTect
- d) Mini Mental State Examination (MMSE)
- e) test kreslení hodin
- f) neznám název testu, který používáme
- g) jiné.....

Jestliže HODNOTÍTE kognitivní funkce, máte možnost výběru testů k hodnocení kognitivních funkcí?

- a) ano(jaké).....
.....
- b) ne

Pokud HODNOTÍTE kognitivní funkce u kterých pacientů/klientů?

(možno označit více odpovědí)

- a) u pacientů/klientů nad 70 let
- b) u zmatených pacientů/klientů
- c) u všech pacientů/klientů
- d) jiné.....
.....

15. Myslíte si, že sestra může hodnotit kognitivní funkce pomocí testu Mini Mental State Examination (MMSE)?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

16. Lze pomocí testů hodnotících kognitivní funkce odhalit demenci u pacienta/klienta?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

17. Jaké hodnotící škály využíváte k hodnocení stavu výživy pacienta/klienta?

(možno označit více odpovědí)

- a) nutriční stav nehodnotíme
- b) Nottinghamský screeningový dotazník
- c) Mini Nutritional Assessment (MNA)
- d) Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)
- e) BMI
- f) nezná název testu, který používáme
- g) jiné.....

Pokud VYUŽÍVÁTE hodnotící škály, máte možnost výběru testů k hodnocení stavu výživy?

- a) ano (jaké).....
- b) ne

18. Máte možnost na Vašem oddělení spolupracovat s nutričním terapeutem?

- a) ano, záleží na sestře nebo lékaři, kdy terapeuta pozve
- b) ano, návštěva nutričního terapeuta musí proběhnout vždy při rizikovém vyhodnocení stavu výživy pacienta/klienta
- c) nevím
- d) ne

19. Je součástí Nottinghamského screeningového dotazníku, který je orientovaný především na nemocniční prostředí i hodnocení BMI?

- a) ano
- b) nevím, neznám Nottinghamský screeningový dotazník
- c) ne

20. Jaké hodnotící škály používáte na Vašem oddělení k hodnocení rizika vzniku dekubitů? (možno označit více odpovědí)

- a) riziko vzniku dekubitů nehodnotíme
- b) škála dle Nortonové
- c) Waterlowa škála
- d) Shannonova škála
- e) Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám
- f) jiné.....
.....

Jestliže VYUŽÍVÁTE škály k hodnocení rizika vzniku dekubitů, máte možnost výběru škál?

- a) ano (jaké).....
.....
- b) ne

21. Setkal/a jste se během své praxe s jiným hodnocením rizika vzniku dekubitů než dle Nortonové?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

22. Myslíte si, že je zapotřebí u hodnocení dle Nortonové při hodnotě 16 bodů a méně založit plán péče o dekubity?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

23. Jaké hodnotící škály používáte na Vašem oddělení k hodnocení intenzity bolesti? *(možno označit více odpovědí)*

- a) intenzitu bolesti nehodnotíme
- b) Číselná hodnotící škála
- c) Obličejová škála
- d) Verbální škála bolesti (verbální hodnocení od 1 mírná do 5 nesnesitelná)
- e) Vizuální analogová škála
- f) jiné.....
.....

24. K celkovému hodnocení bolesti (lokalizace, intenzita, charakter) na Vašem oddělení používáte: *(možno označit více odpovědí)*

- a) celkovou bolest nehodnotíme
- b) Průvodce k hodnocení bolesti
- c) Krátký inventář bolesti
- d) Průběžný záznam managementu bolesti
- e) neznám název testu, který používáme
- f) jiné.....
.....

25. Myslíte si, že existuje formulář k monitorování účinnosti analgetik pro nemocné, trpící chronickou bolestí?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

26. Máte možnost na Vašem oddělení výběru škál pro hodnocení bolesti?

- a) ano (jaké).....
- b) ne

27. Jaké hodnotící škály používáte na Vašem oddělení k hodnocení rizika pádů?

(možno označit více odpovědí)

- a) riziko pádů nehodnotíme
- b) Stupnice pádů podle Morese
- c) Riziko pádů dle Conleyové
- d) Gaintův funkční test
- e) neznám název testu, který používáme
- f) jiné.....
.....

Pokud POUŽÍVÁTE na Vašem oddělení hodnocení rizika pádů, máte možnost výběru hodnotících škál?

- a) ano (jaké).....
- b) ne

28. K hodnocení stavu vědomí na Vašem oddělení používáte:

(možno označit více odpovědí)

- a) Stav vědomí nehodnotíme
- b) Glasgow Coma Scala (GSC)
- c) Drábkova škála
- d) Ramsey Sedation Scale (RSS)
- e) jiné.....
.....

Jestliže stav vědomí HODNOTÍTE, máte možnost výběru hodnotících škál z více možností?

- a) ano (jaké).....
- b) ne

29. Máte možnost zapojit se do výběru hodnotících škál, které používáte na Vašem oddělení?

- a) ano, mám možnost zapojit se do výběru hodnotících škál
- b) nevím, této možnosti jsem nikdy nevyužila
- c) ne, hodnotící škály jsou dané interními předpisy a standardy
- d) jiné.....

Pokud jste odpověděl/a KLADNĚ, jakým způsobem probíhá výběr hodnotících škál?

- a) mám možnost výběru z předem určených hodnotících škál
- b) mám možnost aktivně navrhnout vlastní hodnotící škálu
- c) jiné.....

30. Vnímáte používání hodnotících škál a měřících technik jako přínos péče o pacienta/klienta?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Pokud jste odpověděl/a KLADNĚ, jaké oblasti hodnocení vnímáte jako přínos? (možno označit více odpovědí)

- a) riziko vzniku dekubitů
- b) hodnocení soběstačnosti
- c) hodnocení bolesti
- d) nutriční screening
- e) hodnocení rizika pádů
- f) kognitivní funkce
- g) hodnocení vědomí
- h) jiné.....

Pokud jste odpověděl/a ZÁPORNĚ, proč hodnotící škály nevnímáte jako přínos?

- a) sestra k hodnocení stavu pacienta škály nepotřebuje, stačí pacienta hodnotit pozorováním
- b) hodnotící škály o skutečném stavu pacienta nic nevyovídají
- c) vyplňování hodnotících škál zabere spoustu času
- d) výsledky hodnotících škál jsou nesrozumitelné, nevím jak dál ošetřovat pacienta na základě hodnocení pomocí hodnotících škál
- e) jiné.....
.....
.....

31. Kdo využívá výsledky hodnotících škál na Vašem pracovišti?

(možno označit více odpovědí)

- a) lékaři
- b) sestry
- c) nutriční terapeut
- d) ergoterapeut
- e) fyzioterapeut
- f) nikdo
- g) jiné.....
.....
.....

32. Zúčastnil/a jste se někdy přednášky, která se zabývala hodnotícími škálami a možnostmi využití těchto škál v ošetrovatelské praxi?

- a) ano
- b) ne

33. Uvítal/a byste seminář, nebo přednášku zabývající se tímto tématem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Ještě jednou děkuji za Váš čas a spolupráci.

Ivana Handrejchová

Příloha 2 Dříve používaný test k hodnocení rizika pádů

		identifikační štítek									
		datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum
pohyb	neomezený	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	používá pomůcky (berle, protézy...)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
vyprazdňování	potřebuje pomoc při pohybu, přesunu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	nevžaduje pomoc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
medikace	inkontinence	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	vyžaduje pomoc	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
handikepy	neužívá rizikové léky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	užívá např. psychotropní léky, benzodiazepiny antiepileptika, antiparkinsonika, ...	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
mentální stav	žádné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	závažné vizuální, sluchové poruchy chybějící končetiny	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
věk	orientován	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	občas desorientace (noc) demence, desorientace	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
celkem - součet	do 75 let	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	nad 75 let	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
podpis sestry											

RIZIKO PÁDU

Hodnocení při příjmu a každý pátek.

Při skóre nad 4 body dát červený náramek.

NEMOCNICE
PISEK

Zdroj: Oddělení LDN Nemocnice Písek a.s. (Použito se svolením hlavní sestry Bc. Jany Somrové)

Příloha 3 Modifikovaný test k hodnocení rizika pádů



RIZIKO PÁDU PACIENTA

identifikační štítek pacienta

Datum										
Věk	do 75 let	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	nad 75 let	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Smyslové poruchy	žádné	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	přiměřené	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	vizuální, smyslový deficit	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Pohyblivost v rámci lůžka	neomezená	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	používá kompenzační pomůcky (žebříček, hrazda)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	potřebuje pomoc v pohybu	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	imobilní	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rovnováha	beze změn	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	poruchy při stožení	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	poruchy při chůzi	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	snížená svalová koordinace	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Chůze	samostatná	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	s opěrnou pomůckou (hole, chodítko)	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	s pomocí jiné osoby	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	neschopen	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Farmakoterapie	nevýznamná	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	psychofarmaka, diuretika, antiepileptika, hypnotika, antihypertenziva)	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Predispoziční faktory – hypotenze, vertigo, stp. CMP, amputace končetiny, artritida, osteoporóza, fraktura, Parkinsonova choroba, parézy	žádné	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1 - 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	3 a více	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Úroveň vědomí	orientován	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	občasná dezorientace	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	dezorientace	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Celkem										
Podpis a jmenovka sestry										

Při skóre 4 body a více použij červený náramek

Zdroj: Oddělení LDN Nemocnice Písek a.s. (Použito se svolením hlavní sestry Bc. Jany Somrové)