

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. Marie Schusterová

Autor:
Bc. Jitka Kubátová

2010

Use of evaluation techniques in nursing care in practice.

Keywords: rating scales, nursing, nursing process, nurse The aim of this study was to survey evaluation and measurement techniques that are used in practice. I have chosen this topic because demands on individual work of nurses are increasing and evaluation techniques and rating scales may help nurses in their work. A nurse, as a member of a medical team, which is in the closest contact with the patient, observes and evaluates the patient's physical and spiritual needs, takes records of how the needs are being satisfied, makes diagnoses of nursing problems, plans and implements nursing interventions. Evaluations become parts of the documentation and can be used by all members of the medical team. Properly kept records are also evidence of nursing activities in the care of a patient and protect the nurse in a case of doubtfulness or any contentions.

A lot of evaluation and measurement scales were created to assess patients, and they have been in use since the 80th of the past century. Some scales were adopted from foreign authors, others were modified for our conditions or created in our country. The scales may not only be evaluating but they may also serve as instructions how to manage a problem or a deficit.

Through the quantitative survey using questionnaires, opinions of 354 nurses at the bedside, and 61 nurse managers from 22 hospitals in the Czech Republic were surveyed. We wanted to identify the most common scales used in our hospitals and to find the reason why those specific scales are used. What problems nurses find in evaluation by scales, or what benefits the scales bring about.

The respondents were also asked questions relating to risk management and the use of scales in this field. If prevention is the primary objective by which nurses try to anticipate more serious complications, what benefits the system brings to patients. The results of the investigation could be a clue to the efficient use of scales in practice and suggestions for managerial decisions when choosing suitable, acceptable parameters that will meet patients' as well as medical staff members' requirements.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezměněné podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích, dne 10. května 2010

Podpis studenta

Děkuji Mgr. Marii Schusterové za vedení diplomové práce, dále děkuji všem ochotným sestrám, které se vyplněním dotazníku zapojily do výzkumného šetření a rodině za trpělivost a pomoc.

Obsah

Úvod.....	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Historický vývoj ošetrovatelství	5
1.1.1 Z historie ošetrovatelského procesu.....	6
1.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	7
1.2.1 Fáze posuzování.....	8
1.2.2 Fáze diagnostiky	12
1.2.3 Fáze plánování	13
1.2.4 Fáze realizace.....	13
1.2.5 Hodnocení	14
1.3 Profesionalita v ošetrovatelské péči.....	14
1.4 Měřicí a hodnotící techniky	16
1.4.1 Hodnocení bolesti	17
1.4.2 Měření kvality psychiky	21
1.4.3 Měření celkových funkčních schopností	25
1.4.4 Skóre k posuzování motorických schopností a posouzení spasticity	28
1.5 Management a hodnocení rizik v ošetrovatelské péči	28
1.5.1 Hodnocení vzniku komplikací	29
1.5.2 Nutriční stav pacienta	30
1.5.3 Hodnocení rizika dekubitů.....	31
1.5.4 Hodnocení rizika pádu	32
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	36
2.1 Cíl práce	36
2.2 Hypotézy	36
3 METODIKA	37

3.1	Použité metody	37
4	VÝSLEDKY	38
4.1	Výsledky dotazníkového šetření pro sestry	38
4.2	Porovnání hodnot SPSS programem.....	67
4.3	Výsledky výzkumu respondentů ve funkčních místech	77
5	DISKUSE.....	85
6	ZÁVĚR	93
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	95
8	KLÍČOVÁ SLOVA	101
9	PŘÍLOHY	102

Úvod

Medicína a ošetrovatelství jsou obory, které odráží vědecko-technický pokrok daleko zřetelněji, než jiná odvětví. Z historického hlediska objem získaných znalostí narůstá, jednotlivé obory se specializují a lékaři už nemohou pojmout všechny činnosti tak jako dříve. Tato situace vytváří prostor pro sestry, které začínají opouštět roli pomocníků lékaře a stávají se více partnery a spolupracovníky. I nadále plní ordinace lékařů, ale zároveň přebírají část úkolů a kompetencí, ve kterých se postupně zdokonalují. Tento postoj nutí sestry o své práci více přemýšlet. V kontaktu s pacientem jsou všímavější, začínají posuzovat jednotlivé vztahy mezi pacientovým onemocněním a jeho chováním v nemoci i ve zdraví.

Ošetrovatelství si vytvořilo pevné teoretické základy, z kterých vychází při zavádění nových ošetrovateľských metod a postupů, stalo se oborem, kde je nutné získané znalosti neustále prohlubovat, aplikovat do praxe nové poznatky, zkušenosti a dovednosti.

Sestry se učí diagnostice ošetrovateľských problémů a vedení ošetrovateľské dokumentace. Ta je nedílnou součástí chorobopisu a odráží náročnost ošetrovateľské péče o klienta. Správně vedená dokumentace je zároveň dokladem sesterských činností a chrání sestru v případě vzniklých nejasností či sporů. Sestra jako člen zdravotnického týmu, který je v nejužším kontaktu s pacientem, pozoruje a hodnotí stav klientových tělesných i duševních potřeb, zaznamenává jejich vývoj a změny po ošetrovateľských zásazích.

K hodnocení klientů bylo sestaveno mnoho hodnotících a měřících technik a škál. Autoři je nastavili tak, aby co nejobjektivněji vystihovaly sledované parametry.

Sestry jsou schopné pomocí těchto škál, celkem jednoduchým způsobem, zhodnotit klientovy dovednosti, problémy a potřeby, stanovit rizika, která by mohla pacienta ohrozit. Zároveň jsou tyto škály, ve většině případů, návodem, jak řešit vzniklý deficit nebo problém. Bodová ohodnocení zařazují nemocné do skupin a sestry mohou volit vhodná opatření, která vedou k řešení problémů.

Jednotlivé škály začaly ve světě vznikat v padesátých letech minulého století a u nás se rozšířily až s přílivem nových ošetrovateľských metod v osmdesátých letech minulého

století. Řada škál byla postupně modifikována, aby odpovídala aktuálním potřebám jednotlivých pracovišť a specifickým problémům pacientů. Naučit se správně hodnotit a posuzovat klienta vyžaduje do sester znalosti. Praktické znalosti používání hodnotících technik, komunikační dovednosti, pozorovací talent i teoretické znalosti. Sestra by měla vědět, k jakému účelu jsou jednotlivé škály sestaveny, které parametry hodnotí, co je výstupem hodnocení.

Je předpoklad, že stejně jako ve světě, budou v nemocnicích České republiky rozšířeny a využívány různé druhy škál, podle potřeb jednotlivých pracovišť.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historický vývoj ošetrovatelství

Dnešní pojetí povolání sestry a ošetrovatelství překonalo během svého vývoje dalekou cestu a měnilo se podle vyspělosti a potřeb společnosti tak, jak procházelo jednotlivými vývojovými stádii během století. Z historických pramenů víme, že léčení a ošetrování je stejně tak staré jako lidstvo samo a bylo založeno na humanistické filozofii pomoci bližním, podpory a útěchy (23).

Ošetrovatelství u nás se postupně transformovalo z neprofesionálního, milosrdného poskytování péče, především hygienické a opatrovnické, hlavně o chudé a nemocné, až do dnešní podoby. Výrazné a pokrokové osobnosti společnosti dovedly ošetrovatelství a povolání ošetrovatele do současné podoby. Dokázaly mu vtisknout rysy, z kterých můžeme čerpat poučení i dnes, a také rysy, které jsou pevně zakotveny v podvědomí lidí. Jde především o názor, že ošetrovatelství je poslání, které na sebe ošetrovatel bere, aby se mohl starat o druhé. Z toho plyne i vše ostatní, včetně morálních vlastností lidí poskytujících zdravotní péči a nároky na ně kladené, stejně jako očekávání veřejnosti (23, 48).

Jednou z průkopnic světové historie ošetrovatelství z poloviny 19. století je Angličanka Florence Nightingaleová (1820 – 1910). Právem ji pokládáme za zakladatelku moderního pojetí ošetrovatelství, které pacienta nejenom léčí a ošetřuje, ale hlavně podporuje jeho zdraví. Její zásada čistoty, dostatečné výživy, vlídného zacházení a přívětivého slova se na dlouhou dobu staly mottem ošetrovatelství. Založila školu pro ošetrovatelky a její kniha Poznámky o ošetrovatelství byla postupně přeložena do sedmi jazyků, včetně češtiny. Věřila, že vzdělání a využití znalostí, osobnostních předpokladů, vytrvalosti a kreativity pomůže sestrám zlepšit nejenom vlastní situaci, ale zlepšit hlavně péči o pacienty. Sestra měla být nositelkou profesní morálky, manažerkou maličností, aby ochránila nemocného před tělesným a psychickým poškozením. Musí umět nemocného bedlivě pozorovat, hodnotit jeho reakce a zlepšování zdravotního stavu, vlídně s ním zacházet, být zručná a umět ovlivňovat prostředí. „Nightingaleová

je považována za zakladatelku teorie ošetrovatelství. V její koncepci se spojují dva vývojové trendy – charitativní a medicínský“ (4, str. 27),(2, 23).

K rozvoji teoretické báze ošetrovatelství došlo v první polovině 20. století. Od počátku století se ve světě, hlavně v USA a Kanadě, začínají sdružovat absolventky ošetrovatelských škol a začínají prosazovat potřebu dalšího vzdělávání sester, jejich profesního růstu a uplatnění ve společnosti. Tím se postupně začal měnit i pohled na ošetrovatelské povolání. Sestry se stávají autonomním článkem zdravotnického týmu, zaměřují se na zdravého člověka, kvalitu jeho života, obnovu zdraví a péči o nemocné. Začíná se prosazovat holistická filozofie, která vnímá člověka jako celek bio- psycho- socio- spirituální a neodděluje nemoc jako samostatnou oblast zájmu ošetrovatelství. Holistická ošetrovatelská péče představuje komplexní řešení problémů pacienta, zaměřuje se vždy na celého člověka (37, 49).

Metaparadigmatem ošetrovatelství, jako samostatné vědní disciplíny, se stává osoba (příjemce ošetrovatelského výkonu), prostředí (vnější i vnitřní okolí jedince), zdraví (stav blaha a osobní pohody) a ošetrovatelství (činnost, kterou vykonává sestra ve spolupráci a klientem) (37).

1.1.1 Z historie ošetrovatelského procesu

Před vyvinutím ošetrovatelského procesu pracovaly sestry na písemný příkaz lékaře a zaměřovaly se hlavně na chorobné stavy než na příjemce jejich péče. S rozšiřováním kompetencí a získáváním znalostí se začal měnit pohled nejenom na nemocného, ale i na ošetrovatelství jako takové (23).

Termín ošetrovatelský proces jako první použila L.Hallová v roce 1955. S pacientovou nemocí bojuje medicína, která hledá příčiny nemoci a optimální léčbu. Jedinečnost ošetrovatelství nespočívá pouze v tělesném ošetrovatelství, ale je to proces, který se neustále mění v čase nemoci a léčby a také v závislosti na osobnosti pacienta.

Hallová vidí pacienta nejenom jako jedince, který přichází ze svého prostředí a který trpí nemocí, ale vidí ho jako celek, fungující organismus, tělo a osobnost v nemoci (23).

Ošetrovatelský proces postupně procházel vývojem a změnami jak definic procesu, tak počtem jednotlivých kroků, které představují dílčí fáze procesu. V roce

1963 popisuje Wiedenbachová tři kroky v procesu – pozorování, poskytnutí pomoci a přesvědčení se výsledku. Roku 1963 se postupně rozrostl počet jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu na čtyři (posouzení, plánování, zásah, vyhodnocení) a následně na pět kroků (percepce, komunikace, interpretace, intervence, vyhodnocení). „V roce 1973 Sdružení amerických sester (ANA) ustanovilo pět fází procesu. Postupně se začal také prosazovat termín sesterská diagnóza (z původního sesterský závěr, úsudek). V roce 1980 Sdružení amerických sester vyhláší, že ošetrovatelství je diagnostika a léčba skutečných i potencionálních problémů lidí.“ (22 str. 165). V České republice nebyl termín ošetrovatelský proces užíván až do konce osmdesátých let. Teprve projekty PHARE, HOPE, USAID, AIHA přinesly zahraniční poznatky a terminologii také k nám(30, 31, 48).

1.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces definovala MAREČKOVÁ,J., PŘIKRYLOVÁ,L., ŘEHOŘOVÁ,J. v návrhu národního standardu roku 2004 takto: „Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetrovatelští profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče.“(28)

Ošetrovatelský proces jako sled jednotlivých kroků znamená pro sestru, aby byla odborně na takové výši, aby pochopila účel užívané metody. Musí mít dostatečné vzdělání a rozumět všem jednotlivým krokům, ovládat jejich metodiky a související odborné znalosti, syntetizovat jednotlivé kroky v celek. Nezbytné je umět všechny poznatky aplikovat do praxe, mít na pracovišti vhodné technické zázemí a pracovat vhodným systémem ošetrovatelské péče (28, 46).

Cílem ošetrovatelského procesu je prevence odstranění nebo zmírnění ošetrovatelských problémů. Problémy se týkají uspokojování individuálních potřeb klientů. Tyto potřeby se neustále mění vzhledem k vývoji nemoci v čase, k prostředí i osobnosti klienta. Naplňuje teorii holistické filozofie, protože posuzuje pacienta ve všech souvislostech. Sestra i pacient se stávají aktivními partnery, kteří mají společný

cíl. Nový význam zde dostává slovo aktivní, protože sestra již neplní pouze pasivní funkci vykonavatele lékařských nařízeních a ordinací, ale sama poznává, hodnotí, diagnostikuje, plánuje a řeší problémy klientů. A nejenom řeší problémy, naopak se těmto problémům snaží předcházet. A to správnou diagnostikou a vyhledáváním rizik, ale také edukací klienta (6, 28).

Klient je naopak touto metodou motivován, aby se i on aktivně zapojil do snahy o zlepšení svého zdraví. Dokáže lépe ocenit snahu ošetrovatelského personálu v péči o své zdraví.

Metodu ošetrovatelského procesu je možné aplikovat nejenom v lůžkových zařízeních, ale i v ambulantní sféře – v ordinacích praktických a odborných lékařů, v domácí péči, v zařízeních hospicové péče a stacionářích, také v domovech důchodců a ostatních zdravotnických zařízeních.

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti logicky na sebe navazujících kroků. A to z: 1. fáze - posuzování, 2. fáze - diagnostiky, 3. fáze - plánování, 4. fáze - realizace a 5. fáze - vyhodnocení (58).

Během každé fáze provádí ošetrovatelský personál typické činnosti, které na sebe navazují a jedna bez druhé ztrácí smysl a stávají se pouhou administrativní činností. Proto je potřeba, aby sestry dobře pochopily metodiku ošetrovatelského procesu a provázanost jednotlivých fází. I to, že slovo proces znamená soustavnou činnost s možností hodnocení a přehodnocení jednotlivých ošetrovatelských zásahů tak, aby vedly k vyřešení problémů klientů. Je proto nutné, vytvořit technické podmínky k aplikaci činnosti na pracovišti (45, 48).

Zastavme se blíže u úvodní, posuzovací fáze.

1.2.1 Fáze posuzování

Prvním krokem ošetrovatelského procesu je posuzování. V této úvodní fázi probíhají činnosti, kterými zjišťujeme stav individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity. Tato fáze je velice důležitá, protože na dovedném a citlivém zhodnocení požadavků závisí kvalita celého procesu.

Posouzení se vždy orientuje na informace z hlediska biologických, psychosociálních, kulturních a duchovních potřeb klienta. Pokud některá z těchto potřeb klienta není v normě odpovídající věku, vývoji a kultuře, hovoříme o ošetrovatelském problému (3, 32).

Hodnocení klientova stavu je systematická a dynamická činnost, která vyžaduje od sester pozorovací, komunikační, analyzační a interpretační dovednosti. Z těchto zjištěných informací čerpají i všechny ostatní fáze procesu. Účelem je získat co nejvíce validních anamnestických údajů a určit specifické potřeby.

V rámcovém standardu pro první fázi ošetrovatelského procesu by mělo být zakotveno, které činnosti proběhnou nejdříve a které je možné odložit na pozdější dobu. Samotné rozhodnutí vždy záleží na zdravotním stavu nemocného, s přihlédnutím k provozní problematice daného oddělení (15, 48).

Fáze hodnocení probíhá co nejdříve po přijetí pacienta na nemocniční oddělení, do ambulantní nebo domácí péče. Pacient by měl mít v této úvodní fázi možnost vyjádřit své názory, obavy, popsat své potřeby. „Existují publikace a pracoviště, které první krok ošetrovatelského procesu a s ním související ošetrovatelské dokumentace, označují ne zcela správně, jako ošetrovatelskou anamnézu. Ošetrovatelská anamnéza je ale pouze jednou z činností celkového posouzení.“ (28, str. 39). Pokud pracujeme podle Evidence Based Nursing a databází, které s ním souvisejí, měli bychom používat termín posouzení a rozdělit ho minimálně do dvou, úzce na sebe navazujících oblastí. Je to získání ošetrovatelské anamnézy, nebo-li rozpomenutí, které získává informace související s obdobím před přijetím klienta do péče a pak s posouzením aktuálního stavu potřeb klienta (28).

K získání dostatku informací využívají sestry několik metod. Jsou to: rozhovor, pozorování a screenigové vyšetření sestrou, ošetrovatelská anamnéza, informace od osob blízkých, studium dokumentů, využití hodnotících a měřící technik. Ze všech těchto údajů vychází sestra při realizaci dalších fází ošetrovatelského procesu (58).

➤ Rozhovor

Prvním krokem bývá strukturovaný rozhovor. Vstupní rozhovor může být limitován zdravotním stavem nebo časem, ale v průběhu péče je možné ho doplnit později získanými informacemi. Tento rozhovor by neměly sestry příliš odkládat, ale v závislosti na stavu pacienta by měl proběhnout nejdéle do standardem určeného termínu. Obvykle do osmi až dvanácti hodin. Také prostředí, které sestra k rozhovoru zvolí, může ovlivnit výsledek rozhovoru. Klidné a příjemné prostředí zajišťující dostatek intimity, povzbudí klienta ke sdílnosti, stejně jako vstřícné a empatické chování sestry. Kvalita rozhovoru také bezesporu záleží na komunikačních dovednostech sestry. Při rozhovoru nezískává informace pouze sestra, ale i klient. Jemu může vstupní rozhovor pomoci navázat kontakt s personálem, poskytnout informace, ale hlavně psychickou podporu, protože se někdo zajímá o jeho problémy. Sestra při své práci uplatní efektivní komunikaci, využije nejenom rozhovor informativní, ale i terapeutický a edukační (62).

Komunikační dovednosti využívá sestra i při předávání informací v rámci ošetrovatelského týmu (43).

➤ Pozorování

Další metodou je pozorování a sesterské screeningové vyšetření. Pozorování je metoda, kterou sestra provádí prakticky při každém kontaktu s klientem. Aby bylo pozorování úspěšné, musí být cílevědomé a systematické. Sestra musí citlivě vnímat pozorované skutečnosti i v průběhu jiných činností. Nenápadně zaměřit pozornost na řadu pozorovaných projevů a příznaků najednou. Ty pak musí umět objektivně zhodnotit, posoudit závažnost patologických projevů a závěry pozorování interpretovat bez projevu osobních postojů. Důležitý je výstižný a přesný záznam do ošetrovatelské dokumentace. Sestra pozoruje a hodnotí celkový fyzický a psychický stav nemocného, který screeningově vyšetří. Všímá si klientova chování, komunikačních schopností i neverbálních projevů jako je jeho postoj, pohyby, mimické projevy, gestikulace. Také funkce smyslových orgánů, stavu vědomí a soběstačnosti, stejně jako reakcí na léčbu. Je toho mnoho, na co se musí sestra zaměřit, aby správně poskládala dohromady celý

obraz klienta a postřehla i věci, které se klient snaží utajit. Ať už ze studu, záměrně nebo proto, že si myslí, že to není důležité (3, 8, 23, 25, 33).

➤ Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza se zaměřuje na klientovu minulost. Mapuje problematiku jeho osobnosti z hledisek tělesných, psychických, kulturních a sociálních potřeb. Podle jednotlivých ošetřovatelských modelů se zaměřuje na nejvíce rizikovou oblast klientovy osobnosti. A snaží se postihnout problémy v podobě klientových potřeb a ty následně řešit. Dobře odebraná ošetřovatelská anamnéza je základ, na kterém pak staví a může kvalitně provádět intervence (26, 48, 58, 59).

➤ Informace od osob blízkých

Další neodmyslitelnou metodou získávání informací o nemocném je rozhovor s partnerem či s rodinou klienta. Zvláště v momentu, kdy jsou komunikační schopnosti klienta omezené, nebo není ochoten dostatečně se sestrou spolupracovat (38, 48).

➤ Studium dokumentů

Metoda studia dokumentace rozšíří poznatky sestry především o lékařské záznamy. Anamnéza onemocnění nám pomůže orientovat se lépe v pacientově problematice týkající se onemocnění samotného a přidružených chorob. Získané informace mohou pomoci sestře při vedení informativního rozhovoru. Pacient nemusí duplicitně odpovídat na stejné otázky a zároveň pocítí větší zájem ze strany sestry, která je o jeho nemoci informovaná. Využije času, aby se podrobněji informovala tam, kde předpokládá nějaký problém nebo reaguje na klientovu stížnost (19, 61).

➤ Využití hodnotících a měřících technik

Moderní ošetřovatelství se ve fázi posuzování neobejde bez metody vyšetření a hodnocení stavu klienta za pomoci testů a hodnotících a měřících škál. Sebelepší pohled sestry bude vždy subjektivním pohledem, při kterém se mohou hodnocení jednotlivých sester lišit. Hodnotící škály umožňují objektivizovat závěr podle stejných a

předem nastavených kritérií. Výsledky je možné porovnávat nejenom vzhledem k vyvíjejícímu se stavu nemocného, ale objektivně porovnat s jinými nemocnými, nebo s jinými zařízeními poskytujícími stejné služby. Hodnotící škály se zaměřují na řadu oblastí lidského života. Postihují nejenom současný stav nemocného, tělesný i psychický, kde vyhodnocují odchylky od standardu, ale postihují i možná rizika, která v rámci ošetrovatelského managementu musí sestra řešit. Metoda využívání hodnotících technik zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče. Při chybném hodnocení může dojít ke zkreslení a péče pak může být nedostatečná, nemusí dojít k vyřešení klientových problémů. Nadbytečná péče nevede klienta ke zvládnutí sebepéče a odčerpává zbytečně sílu ošetrovatelského personálu (47, 48, 58, 59)

Veškeré získané informace je nutné zaznamenat nejlépe do strukturované ošetrovatelské dokumentace. Záznamy by měly být věcné a výstižné a měly by přesně specifikovat zjištěný problém bez zbytečných balastních informací. Přesto by záznam měl postihnout všechny zjištěné skutečnosti, protože jsou zdrojem informací pro všechny sestry a ostatní zdravotnický personál (15, 18, 21).

Je na jednotlivých zařízeních, jakou metodu záznamů zvolí. Stále je upřednostňována dokumentace v psané podobě, ale postupně se dostává pozornosti i pouze elektronicky vedené dokumentaci. Vzhledem k vytížení sester a finančním prostředkům jednotlivých zařízení je dokumentace variabilní. Akreditační standardy vymezují, co je pro záznamy nezbytné (45, 46, 48).

1.2.2 Fáze diagnostiky

Fáze diagnostiky je druhým logickým krokem, který vychází z fáze posuzování. Získané informace sestra analyzuje a identifikuje problém, který je svázán se změněným zdravotním stavem klienta. Sestra hodnotí míru soběstačnosti klienta, jeho potřebu ošetrovatelských intervencí a také oblast bio- psycho- socio- spirituální, ve které bude nutný zásah sestry. Podle zjištěných příznaků a symptomů může sestra identifikovat problém. Úkolem je v této fázi terminologicky pojmenovat ošetrovatelský problém a přiřadit i číselný kód podle mezinárodního diagnostického názvosloví (6, 23, 28).

Problém může být aktuální a sestra ho musí řešit neodkladně (život ohrožující problémy). Většina nemocných má dobrou představu o problémech, které je trápí. Sem patří například bolest, váhový úbytek, zvracení atd. Ale jsou problémy, které považuje nemocný za natolik důvěrné, že o nich nechce hovořit. Sestra může během první fáze odhalit i problémy, o kterých nemocný ani neví. Například vysoký krevní tlak při příchodu klienta do zařízení. Další skupinou problémů mohou být potencionální problémy. To jsou takové, které se ještě nevyskytly, ale kterým můžeme včasnou a správnou ošetrovatelskou intervencí předejít (19, 32).

Je na sestře, aby stanovila důležitost a pořadí jednotlivých problémů a stanovila pořadí ve kterém je bude řešit.

1.2.3 Fáze plánování

Plánování ošetrovatelské péče opět navazuje na obě předchozí fáze. Po nalezení problému a sestavení ošetrovatelské diagnózy je potřeba, aby kompetentní sestra sestavila individuální plán ošetrovatelské péče. Tento plán je potřeba konzultovat i s klientem, protože systém spoluúčasti nemocného na řešení jeho problémů je motivujícím prvkem a vede k lepšímu zapojení klienta při realizaci (48, 58).

Plány se sestavují na určité časové období. Mohou být dlouhodobé (prognostické), střednědobé, a krátkodobé (denní) plány. Dále to mohou být plány vstupní, výstupní nebo standardní, které je potřeba individualizovat podle potřeb klienta. Stanovený cíl by měl odrážet snahu o co nejreálnější řešení problému.

Dokumentace má v této fázi opět své důležité místo, protože obsahuje stěžejní informace jako cíl, stanovení časového horizontu, ve kterém bude problém řešen a doporučení pro klienta i pro sestry (64).

1.2.4 Fáze realizace

Směrem ke klientovi se jedná asi o nejpodstatnější fázi, protože je poskytována individuální péče. Pacient není pouze pasivní příjemce, ale stává se aktivním partnerem zdravotníků. Spolurozhoduje a bere na sebe i spoluzodpovědnost za řešení svého

zdravotního stavu. Sestra se stává koordinátorkou ošetrovateľské a léčebné péče v multidisciplinárním týmu. Kvalifikovaná sestra, která zhodnotila pacienta a sestavila plán, je zodpovědná za jeho realizaci. V rámci systému práce koordinuje práci celého týmu (15, 23, 32).

1.2.5 Hodnocení

Závěrečnou fází procesu je hodnocení, zda se podařilo splnit stanovený cíl a ošetrovateľské intervence byly dostatečně efektivní, nebo se cíl podařilo splnit jen částečně. V této fázi je opět nezbytné použití hodnotících a měřících škál, na kterých se ukáže, jak účinné byly intervence a o kolik se posunul zdravotní stav klienta oproti počátečnímu hodnocení.

Protože je ošetrovateľský proces probíhajícím dějem, je možné v případě vyřešení klientova problému ošetrovateľskou diagnózu ukončit. V opačném případě, kdy cíle nebylo dosaženo, nebo jen částečně, je znovu zhodnocen stav nemocného, stanovena diagnóza, navrženy nové intervence a přistoupeno k realizaci. Na realizaci se musí podílet celý zdravotnický tým. Proto je nutné důsledné vedení zdravotnické dokumentace, kam každý člen zaznamená zjištěné skutečnosti, týkající se stavu nemocného. Zapojení rodiny a blízkých osob klienta podporuje účinnost jednotlivých kroků (23, 45, 46, 47, 48, 64).

1.3 Profesionalita v ošetrovateľské péči

Ošetrovateľské povolání prošlo během svého vývoje značným množstvím změn, které kladou na toto povolání stále větší nároky. Postavení sester se mění nejenom z hlediska profesionálního, ale i legislativního. To mění sestrám možnosti pracovních podmínek, systému práce, vzdělávání, dává jim kompetence a vyžaduje odpovědnost. Za dobu svého vývoje získalo ošetrovateľství mnoho teoretických znalostí a systematických teorií, o které se opírá. Profesionální autorita tak vychází ze získaných vědomostí a dovedností, z profesní etiky a také z profesních asociací, které především pečují o celoživotní kvalifikační růst a vzdělávání sester (3).

V moderním ošetrovatelství musí každá sestra mít schopnost přijmout odpovědnost. Schopnost nést odpovědnost znamená připravenost a ochotu jednotlivců převzít odpovědnost nebo spoluodpovědnost za své jednání a plnění pracovních úkolů. Z hlediska pracovní etiky umět odhadnout a zhodnotit důsledky vlastního způsobu jednání.

Za pomoci práce s ošetrovatelským procesem se mění léty zaběhnuté systémy práce a sestry se učí novým postupům, novým technikám a novému přístupu k pacientům i k sobě samotným. Zodpovědná, adresná práce se samostatným rozhodováním a s kompetencemi je pro ně lákavější a přináší větší sebeuspokojení. Sestra pracuje jako profesionál, používá znalostí, hodnotí a diagnostikuje, používá měřitelné postupy ve své práci. Ošetrovatelský proces vyžaduje práci primární sestry nebo skupinovou péči o klienty. Primární sestra je rozhodujícím článkem v kontaktu s pacientem i s plánováním ošetrovatelských intervencí. S ostatními sestrami si předává informace prostřednictvím sesterských vizit, kterých se účastní i klient, aby se mohl podílet a spolurozhodovat o své léčbě. Důležité údaje jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace.

„Tato dokumentace, stejně jako ošetrovatelský proces, vychází z rámcového standardu, který je schválený a doporučovaný Radou pro rozvoj ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví ČR a je celostátní metodickou normou pro poskytování ošetrovatelské péče.“(7, str. 22).

Formáty dokumentace a jednotlivých ošetrovatelských záznamů se liší a každé zdravotnické zařízení preferuje určitý model, ale rámec zůstává stejný. Některá dokumentace je podrobnější, jasně specifikovaná, jiná je zaměřená na stěžejní dokumenty s možností využití doporučených tiskopisů. Mezi takové dokumenty patří i měřicí a hodnotící škály či testy. Těchto technik je celá řada a některé jsou využitelné pouze na specifických pracovištích. Jiné jsou všeobecné a sledují jevy, které se vyskytují u všech nemocných bez rozdílu pleti, typu zařízení i jeho umístění. Využívání těchto technik je dalším krokem k objektivnímu hodnocení stavu pacienta, ke zjištění míry a nutnosti ošetrovatelských intervencí. Tyto jasně dané a měřitelné parametry jsou dalším důkazem samostatné práce sestry a zvyšují prestiž jejího

povolání. Ve zdravotnickém týmu si sestra vybuodovala nezastupitelné místo, její úsudek, hodnocení a záznamy se stávají zdrojem informací nejenom pro ostatní členy ošetrovatelského týmu, ale i pro lékaře.

1.4 Měřící a hodnotící techniky

V ošetrovatelství vznikla potřeba hodnotit a lépe posuzovat zdravotní stav pacientů. Proto došlo ke vzniku velkého množství různých hodnotících a měřících technik, aby bylo možné objektivně posoudit údaje, které sestra v rámci kvalitní individualizované péče o pacienta potřebuje znát. Výsledky hodnotících technik jsou zároveň důkazem o úrovni poskytované péče v rámci ošetrovatelského procesu. Jsou založené na měřeních, která se sestry snaží provádět objektivně, podle předem nastavených kritérií, a které vypovídají o současném stavu nemocného.

Sestra hodnotí nejenom vstupní informace o pacientovi, ale samostatně používá techniky, které jí pomáhají zjistit, v které oblasti klientových potřeb budou nutné ošetrovatelské intervence, kde hrozí nemocnému riziko následného poškození zdraví. Tento přístup umožnil sestře větší autonomii v ošetrovatelské péči. Stále hodnotí parametry ordinované lékařem, ale hodnotí i kritéria, která jsou potřebná pro vhodnou ošetrovatelskou práci.

V zahraničí se tyto hodnotící škály a měřící techniky ve větší míře začaly používat v osmdesátých letech minulého století, protože potřeba jejich vzniku byla vymezena systémem práce a možnostmi realizovat nové teoretické poznatky při aplikaci ošetrovatelského procesu. Ve světě bylo proto vypracováno a také standardizováno mnoho technik, které pomáhají hodnotit například bolest nemocného, jeho soběstačnost, komunikaci ovlivněnou psychickým nebo tělesným stavem klienta, riziko proleženin, pádů, malnutrice a jiných.

Na našich pracovištích se používání těchto technik rozšířilo až v posledním desetiletí. Setkáváme se zpravidla s převzatými nebo modifikovanými metodami. Souborně nebyly tyto metody nikde publikovány. O jejich přiblížení a zřehlednění se snažila v roce 2001 doc. PhDr. Marta Staňková v Českém ošetrovatelství 6, v ediční řadě Praktická příručka pro sestry pod názvem Hodnocení a měřící techniky

v ošetrovateľskej praxi. Jak sama uvádí v předmluvě, sbírala je postupně na různých pracovištích u nás i v zahraničí, z různých zdrojů odborných publikací. U některých metodik se podařilo doc. Staňkové přesně zjistit zdroj, u jiných, převážně modifikovaných, je nepřesný nebo chybí (47).

Hodnotící a měřící techniky se používají převážně v lůžkových zařízeních, ale mohou se používat i v ambulantní nebo domácí péči. Používají se u dospělých i u dětí, ale dětské škály nebudou předmětem této práce. Snad nejvíce škál se používá v oboru geriatrie a rehabilitace. Obsáhlé testování je součástí oboru neurologie, psychologie a psychiatrie (27, 8, 35, 39, 40, 47).

Mezi nejrozšířenější hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelství patří měření fyziologických funkcí, hodnocení bolesti, měření kvality psychiky, měření soběstačnosti a měření rizik vzniku komplikací (33).

1.4.1 Hodnocení bolesti

Bolest je nepříjemný subjektivní senzorický a emoční prožitek. Je jedním velice důležitým problémem, se kterým se sestra potkává velice často, protože bolest je častým příznakem onemocnění a provází i celou řadu léčebných a ošetrovateľských zákroků.

Vyšetření a hodnocení bolesti není vůbec jednoduché, protože není ovlivněna pouze tělesnou patologií, ale také kulturními a sociálními faktory, očekáváním, náladou a pocitem kontroly. Stejně jako má každý nemocný jiný práh bolesti a toleranci k bolesti, má i odlišnou schopnost vyjádření bolesti. Pravdou zůstává, že stížnost na bolest a její intenzitu, na kterou si nemocný stěžuje, musíme brát jako fakt a pracovat s ním jako se skutečností. Cílem managementu bolesti by měl být pacient bez bolesti (4, 33).

V anamnestické fázi nám může usnadnit práci abeceda bolesti (PQRST). Jde o upřesňující otázky:

P - Co provokuje, zhoršuje, vyvolává bolest? Co pomáhá bolest zmírňovat?

Q - Jaká je kvalita a kvantita bolesti? (tupá, ostrá, pálivá, píchavá, řezavá, křečovitá, kolikovitá.....),

Jaké další příznaky klient pociťuje ?(nevolnost, zvracení, zrychlené dýchání,

pocení.....)

Jak bolest ovlivňuje všední aktivity?

R - Region, oblast, kde to bolí.

S - Jaká je síla bolesti?

T - Jak dlouho bolest trvá?

S bolestí se setkáváme v akutní nebo chronické podobě. Oba typy hodnotíme podle škál, které nejlépe vystihují charakter bolesti (21).

1.4.1.1 Škály hodnotící bolest

➤ Slovně popisná škála (příloha 3)

nemocný vybírá z přídavných jmen, podle výstižnosti jeho bolesti. Škála obsahuje jména: „žádná“, „protivná“, „nepříjemná“, „hrozná“, „strašná“ a „agonizující“ (4, 20).

➤ Vizuální škála bolesti (příloha 4)

je znázorněna pěti nebo šesti různými typy obličejů, které odstupňované od 0 do 5 - 6 vyjadřují určitou míru bolesti. Pacient po poučení sestrou vybere jeden z obličejů, který nejlépe vystihuje míru bolesti nemocného. Tuto neverbální škálu můžeme využít u dětí už od 3 let nebo u cizinců, kteří mají problémy s jazykem dané země (4, 21, 33, 59).

➤ Vizuálně analogová škála – VAS (příloha 4)

je horizontální úsečka, která měří asi 10 cm. Na začátku a na konci je slovně označena „žádná bolest“ a „nejhorší možná bolest“. Klient zakreslí značku v tom místě úsečky, který nejlépe vystihuje míru jeho bolesti. Dobrou pomůckou je stupnice VAS v podobě měřítka. Z jedné strany je úsečka a z druhé strany číselná řada. Pacient na úsečce nastaví posuvný jezdec do místa vyjadřující jeho bolest a sestra z druhé strany odečte číselnou hodnotu (12, 47, 59).

➤ Číselná hodnotící škála - NRS

nebo-li numerická je číselná řada od 0 do 10 bodů. Klient označí na stupnici číslo, které nejvíc vystihuje jeho bolest. Obdobou je vizuální analogová škála v podobě teploměru, z 0 stoupá až na 20 stupňů (12, 21, 33).

➤ Grafický záznam hodnocení bolesti (podle Institutu Gustave Roussy)

je křivka bolesti zaznamenaná v hodinových intervalech na stupnici od 0 do 10 bodů. Ve spodní části tabulky se zaznamenávají podaná analgetika. Tento záznam je vhodný tam, kde se sleduje účinek nově nasazené léčby analgetiky (21, 47).

Všechny tyto škály se ideálně hodí k hodnocení akutní bolesti, či k orientačnímu hodnocení bolesti klienta při příjmu, ještě před tím, než provedeme podrobnější hodnocení. To se používá, když pacient trpí chronickou bolestí a potřebujeme zjistit podrobnější informace (4, 36).

➤ Průvodce k hodnocení bolesti (Pain assessment guide)

Toto hodnocení je v managementu bolesti neocenitelným pomocníkem. Vedle počátečních identifikačních a anamnestických údajů jako dotaz na prodělaná onemocnění a operace, alergie, konzumaci alkoholu a drogy si pacient stanoví cíl, jaké intenzity bolesti chce klient dosáhnout. Obsahuje také numerickou škálu současné intenzity bolesti a výrazy pro kvalitativní hodnocení. Na schématické postavě klient zakresluje lokalizaci bolesti. Dále obsahuje dotazy, jaké aspekty klientova života bolest ovlivňuje. Průvodce nabízí: náladu, spánek, každodenní aktivity, koncentraci, vztahy a práci. Dále je to dotaz na léky, které klient v současné době užívá a jaký mají vliv na jeho bolest (47).

➤ Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

je test, který dobře vystihuje hodnocení bolesti v posledních 24 hodinách. Dotazy se soustředí na lokalizaci bolesti a hodnocení intenzity bolesti na numerické škále. Opět následují otázky, jak ovlivňuje bolest kvalitu života klienta.(53)

➤ Management bolesti

Průběžný záznam managementu bolesti je tiskopis, který je vodítkem pro všechny členy týmu. Obsahuje záznam o druhu podaných léků a reakce klienta na tyto léky, také objektivní hodnocení stavu sedace a jiná opatření, která mohou ulevit od bolesti. Např. masáž zad, masáž, teplo nebo relaxace. (4)

➤ Hodnocení bolesti (podle Hôpital Broussais, Paříž z roku 1998)

je souborem několika tabulek. V první tabulce je numerická škála bolesti a záznam hodnot se provádí 3krát denně společně s hodnotou tlaku a pulsu. Další tabulky obsahují

záznamy o léčbě analgetiky, nežádoucích účincích léků, pozorování sestry a projevy bolesti u nemocného v bezvědomí (sténání a naříkání, grimasy obličeje, nepravidelný dech, pláč, svírání pěstí, ochrana citlivého místa rukama) (47).

➤ Monitorování účinnosti analgetik

je záznam, kam si nemocný zapisuje efektivitu tlumení bolesti po užití perorálního analgetika podle numerické stupnice. Provede záznam před podáním léku a následně 1 až 2 hodiny po. Zaznamenávají se i nežádoucí účinky léků.

U chronické bolesti je důležité brát v potaz, že nemá ochranný účel. Nevaruje před poškozením tkání, je neúčelná, mohou chybět i tělesné projevy bolesti, jako je zvýšení TK, tachykardie nebo rozšíření zornic. Monitorování intenzity bolesti, vyvolávajících faktorů, charakteru bolesti a dalších faktorů postihuje dotazník bolesti (příloha 6) (34, 36).

➤ Kalendář léčby bolesti

je vhodná alternativa záznamu u léčby chronické bolesti (příloha 5). Jde o záznam velikosti diáře, který má v úvodu kromě identifikačních údajů i poučení pacienta a numerickou škálu bolesti. Následuje 12 dvojstran, na kterých je na levé straně prostor pro ranní, dopolední, odpolední a noční číselný záznam intenzity bolesti. Záznamy se vepisují do políček podle data příslušného měsíce. V pravé polovině jsou záznamy lékaře o názvu a ordinaci příslušného léku. V záznamu pacienta se promítne, jak ovlivní podaný lék bolest (21).

Hodnocení bolesti u psychicky alterovaných nemocných tvoří další skupinu škál, které se snaží postihnout bolest u nemocných, kteří ji vlivem svého onemocnění nedokáží spontánně signalizovat.

➤ MOBID - 1 a 2

se zaměřuje na bolest muskuloskeletárního systému při běžné mobilizaci nesoběstačných pacientů. MOBID-1 hodnotí bolestivé reakce u běžných úkonů jakými jsou: otevření obou dlaní, dotyk dlaní na čelo (předpažení), flexe a extenze v kotnících, kolenou a kyčlích, otočení vleže na posteli na obě strany a posazení na posteli. Hodnotí

se na desetistupňové škále především hlasová reakce vyjadřující bolest, bolestivé grimasy a obranná gesta. Druhá část MOBID- 2 hodnotí lokalizaci bolesti: hlava, krk, hrudník, břicho, pánev a genitálie, kůže. Do schématického zobrazení mapky těla se zakreslí oblast bolestivé reakce (příloha 7),(10).

➤ Škála bolestivého chování (ŠBCH)

Jde o pozorování bolestivého chování, které obvykle doprovází pocit bolesti a zahrnuje čtyři desetistupňové numerické stupnice: mimiku bolesti, motoriku bolesti, paralingvální vokalizace a verbalizace bolesti (příloha 8),(24).

1.4.2 Měření kvality psychiky

Testování psychického zdraví a duševní výkonnosti se zaměřuje především na poruchy kognitivních funkcí a afektivní poruchy. Sestra potřebuje znát, jakého nemocného má před sebou, co ho trápí, jak reaguje, do jaké míry je schopen adekvátní komunikace. Nemůže se spoléhat na svoji intuici, ale měla by použít některou z orientačních metod, které mohou napovědět sestře o stavu klientovy psychiky. Standardizované specifické testy patří do rukou klinických psychologů, ty sestra nepoužívá (47).

Mezi takové testy patří například test logické paměti, test verbální fluence, test kognitivních odhadů využívané především v psychiatrii. Neurologové využívají specifické škály například k hodnocení epilepsie, parkinsonovy nemoci a roztroušené sklerózy. Tyto testy a škály jsou převážně převzaty od zahraničních autorů (39, 40).

Sestry využívají především screeningové škály, u kterých se zastavíme podrobněji.

1.4.2.1 Hodnocení stavu vědomí – hloubky bezvědomí

➤ Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí – Glasgow Coma Scale (GCS)

Jedním z důležitých ošetrovatelských úkonů, které sestry provádějí, je hodnocení míry vědomí člověka (příloha 9). Tuto stupnici sestavili profesoři glasgowské univerzity G. Teasdalem a B.J. Jennettem v roce 1974. Metoda má tři samostatné testy. 1. hodnotíme

otevírání očí (spontánní, na oslovení, na bolest, bez reakce), 2. slovní odpověď (orientovaná, zmatená, nekomunikuje, nesrozumitelné zvuky a žádná odpověď), 3. reakce na bolest (provede na příkaz pohyb, lokalizuje podnět, úniková reakce, necílená flexe končetiny, necílená extenze končetiny, bez reakce). Čím méně bodů nemocný získá, tím větší poškození. (1, 27).

➤ Glasgowská výstupní škála (Glasgow Outcome Scale – GOS)

slouží k posouzení stavu pacientů po poškození mozku. V roce 1975 ji vyvinuli Jennett a Bond. Je jednoduchá a používá se v mezinárodních klinických studiích. Má pět kritérií: 1- smrt, 2 – perzistentní vegetativní stav, 3 – těžká disaptibilita, 4 – středně těžká disaptibilita, 5 – pacient zcela soběstačný (27, 47).

➤ Bruselské stupně kómatu

V roce 1976 J. Brihaye začal používat klasifikaci, která definovala nejprve tři stupně vědomí: neporušené vědomí - orientovaný, bdělý; zastřené vědomí – neorientovaný, otevřené oči, poslušný příkazů; kóma – neotevírá oči, neplní příkazy.

Poté hodnotí čtyři stupně kómatu: kóma I. stupně – komatozní stav bez dalších neurologických poruch, kóma II. stupně – komatózní stav a lateralizované příznaky (anizokorie, hemiparéza), kóma III. stupně – komatózní stav, abnormální flexorová nebo extenzorová pohybová odpověď, kóma IV. Stupně – rozšířené zornice, ochablé svalstvo, zachované spontánní dýchání. Hodnocení tímto testem trvá asi 15 minut (27).

➤ Hodnocení komatózního stavu dle Jenneta – Coma Outcome Score

Hodnocení kómatu podle Jenneta bylo aplikováno roku 1981 a používalo se hlavně k posouzení stavu pacientů po těžkém mozkovém poškození a dokumentaci průběhu rehabilitace. Jde o rozšířenou formu pětibodové klasifikace Glasgowské stupnice na osm bodů. Maximum představuje uzdravení nemocného, bez příznaků a symptomů (27).

➤ Škála remise komatózního stavu – Koma Remissions Skála (KRS)

Tato škála byla vyvinuta k posouzení hladiny vědomí u pacientů s těžkými poruchami vědomí. Maximální počet bodů je 24 a čím více bodů, tím je stav nemocného lepší. Testuje se probuditelnost, pohybová odpověď, reakce na akustické podráždění, reakce na vizuální podnět, reakce na taktilní podnět, slovně- pohybová odpověď (27).

➤ Škála pro sledování kómatu – Coma Observation Scale, kterou vytvořili Lippertová-Grúnerová a Terhaag v roce 2000. Hodnotí reakce na podněty při multimodální stimulaci pacientů s těžkými poruchami vědomí. Hodnotí mimické reakce, slovní reakce, probuditelnost, pohybovou aktivitu a změny vegetativního stavu (27).

➤ Hodnocení vědomí podle Beneše a Zvěřiny

Hodnocení probíhá ve dvou oblastech - reakce na bolestivý podnět – reakce na slovo. Maximum je 8 bodů, kdy je pacient orientovaný v čase i místem.

1.4.2.2 *Hodnocení psychického stavu*

➤ Zkrácený mentální bodovací test

Hodnocení psychického stavu podle Gainta pomocí 9 jednoduchých otázek je jednou ze screeningových škál (příloha 10). Zjišťuje klientovu orientaci o své osobě, orientaci místem i v čase, všeobecnou orientaci (dotaz na jméno nynějšího prezidenta) a početní operace (odečítání od 20 pozpátku). Za každou správnou odpověď má nemocný 1 bod. Bodová hodnota menší než 7 svědčí o zmatenosti klienta (47).

➤ Test kognitivních funkcí - Mini- Mental State Exam (MMSE)

Tento test publikoval v roce 1975 M. F. Folstein a u nás modifikovala E. Topinková a A. Mellanová v roce 1993 (příloha 11). Podle směrnic IPA (International Psychogeriatric Association) je test doporučený k orientačnímu vyšetření možné demence. Tento test se zaměřuje na několik oblastí lidské psychiky. Je vhodný jako součást hodnocení pro potřeby edukačních a rehabilitačních programů, protože ukazuje schopnost nemocného učit se novým věcem (17, 54). U orientace se sleduje orientace časem, místem. Paměť zkouší vyšetřující vyjmenováním 3 běžných předmětů a klient je má za úkol zopakovat. Pozornost a počítání se testuje odečítáním čísla 7 od 100, kdy se končí po pěti odpovědích. U zkoušky krátkodobé paměti opakuje nemocný 3 dříve jmenované předměty. Při zkoušce jazyka nemocný pojmenuje 2 ukázané předměty, opakuje slova, reaguje na slovní i písemnou instrukci, tvoří větu a kreslí obrazec. Maximálně může dostat 30 bodů. 24 a více bodů je norma (17, 54).

➤ Test kreslení hodin

Tento jednoduchý test modifikovala E. Topinková v roce 1999 a pomáhá rozpoznat demenci u pacientů (příloha 12). Nemocný dostane čistý list papíru s předkresleným kruhem. Poučíme ho, kde je horní a spodní část, a že bude kreslit hodiny. Vyzveme ho, aby doplnil číslice a zakreslil ručičky hodin v poloze 10 hodin a 10 minut. Podle nákresu hodnotíme prostorovou orientaci. Posouzení vyžaduje určitou zkušenost a hodnotící škálu jednotlivých typů nákresů. Musíme si uvědomit, že jde o orientační zkoušku a následné zhodnocení stavu nemocného patří do rukou odborníka (54).

➤ Montrealský kognitivní test

Montrealský kognitivní test je vhodný ke stanovení predementního stavu (příloha 13). Jde o soubor úkolů prostorové orientace, paměti, pozornosti, řeči a abstraktního myšlení (42).

➤ Stupnice hodnocení psychického zdraví

Tuto stupnici vytvořil v roce 1967 Savage a Briton, modifikoval v roce 1993 Kolibiáš a spol. Tato stupnice hodnotí skóre souhlasu s odpověďmi na otázky. Otázky se zabývají pocity, obavami, třesem rukou, slabostí svalů, spánkem, sociálními kontakty, spokojeností klienta se svým životem. Více jak 6 souhlasných odpovědí může svědčit pro poruchu psychického zdraví (47).

➤ Škála celkové deteriorace podle Reisberga – Global Deterioration Scale (GDS)

Tato škála je určena pro klienty s Alzheimerovou demencí (příloha 14). Je rozdělena do 7 stádií od 1. stádia, které zahrnuje pacienty bez postižení kognitivních funkcí, až do 7. stádia, kam jsou zahrnuti klienti s velmi těžkým postižením kognitivních funkcí (57).

➤ Hachinského ischemické skóre

Hachinského ischemické skóre je specifickou škálu, podle které je s velkou pravděpodobností možno rozpoznat, zda jde o vaskulární a primárně degenerativní demenci, Alzheimerovu demenci (příloha 15),(57).

1.4.2.3 Hodnocení deprese

➤ Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

Stupnice posuzuje 13 oblastí, které jsou ovlivněny lidskou psychikou, a hodnotí je od 0 do 3 bodů. Ptáme se na – náladu – pesimismus – pocit neúspěchu – neuspokojení z činnosti – pocit viny – nenávist k sobě samému – myšlenky na sebevraždu – sociální izolaci – nerozhodnost – vlastní vzhled – potíže při práci – únavnost – nechutenství. V celkovém hodnocení je 0 – 8 bodů norma, 9 – 24 bodů je lehká až střední deprese, 25 bodů a více znamená těžkou depresi.

➤ Škála deprese pro geriatrické pacienty je podle J.I. Sheika a J.A. Yesavage - Geriatric Depression Scale

Škála pomáhá rozpoznat depresivní poruchy ve stáří, které zhoršují průběh somatických chorob a snižují kvalitu života. Škála hodnotí v patnácti otázkách klientovy pocity spokojenosti se životem, náladou, naplnění životních cílů, štěstí a životní energii, potíže s pamětí a chutí poznávat nové věci. Ptá se na sociální kontakty a vztah k životu, nudy, obavy, pocit bezmoci a beznaděje. Souhlasné a záporné odpovědi se hodnotí podle klíče. Čím vyšší počet získaných bodů, tím větší pravděpodobnost deprese (příloha 16).

. Dobrou citlivost má i zkrácená verze pouze s pěti otázkami. Jde o hodnocení spokojenosti se životem, pocit nudy, bezmoci a beznadějně životní situace, stejně jako neaktivita, vysedávání doma a neochota poznávat něco nového. Dva a více získaných bodů již svědčí pro depresi. Tato modifikovaná verze je jednoduchá na vyplnění, je časově nenáročná a má vysokou prevalenci depresivních symptomů, a proto je doporučována pro screening deprese u všech starších osob (54).

1.4.3 Měření celkových funkčních schopností

Hodnocení soběstačnosti a míry závislosti na péči dobře dokáží stanovit testy funkčních schopností v různých oblastech lidského života. Dokáží odhalit disabilitu v běžných denních aktivitách a soběstačných úkolech.

➤ Barthelové test – Barthel Index

Základním testem je test všedních činností (BI), vytvořený D. W. Barthel a F.L. Mahoney roku 1965, který orientačně informuje o pravděpodobných nárocích na péči a míry závislosti na cizí pomoci (příloha 17). Je vhodný hlavně pro posuzování chronicky nemocných osob. Má 10 oblastí, které obsahují základní sebeobslužné aktivity. Jde o najedení a napití se, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci stolice a moče, použití WC, přesun na lůžko a židli, chůzi po rovině a po schodech. Každá z aktivit je hodnocena deseti body, pokud je provedena zcela samostatně, pěti body s pomocí, nulou, pokud je nemocný neprovede. Hodnocení 0 – 40 bodů znamená vysokou závislost, od 40 - 60 bodů střední stupeň závislosti. 60 – 95 bodů lehká závislost a 100 bodů nezávislost. (27, 47, 54)

➤ Modifikovaný test Barthelové

vytvořil roku 1989 Shah. Hodnotí se míra schopnosti nebo závislosti na každodenních činnostech. Osobní hygiena, samostatné koupání, jídlo, použití toalety, chůze po schodech, oblékání, kontrola stolice, kontrola měchýře, chůze, vozík, přesun na vozík. Každá oblast se hodnotí podle míry zvládnutí 1 – 10 bodů. Zcela soběstačný nemocný má 100 bodů. Další modifikaci testu provedl Pauch roku 2002 pro pacienty po totální endoprotéze. Má dvě části – index pohyblivosti a index sebeobsluhy a je rozšířen o vyšetření senzorických funkcí (sluch, zrak) a hodnocení komunikace (27).

➤ Test instrumentálních všedních činností

Tento test je určen pro hodnocení lehčích postižení u nemocných. Hodnotí komplexní činnosti nutné pro samostatný život ve vlastní domácnosti. Jde o telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a spravování financí. V testu se hodnotí maximem bodů samostatnost provedení činností, polovičním počtem nutnost dopomoci a nulou neschopnost aktivit. 0- 40 bodů znamená závislost, 100 bodů nezávislost (17).

➤ Funkční míra nezávislosti – Functional Independent Measure (FIM)

Vytvořil ji Granger a kol. v roce 1986. Brzy se začala používat v USA a později také v Evropě. Je to škála, která je mezinárodně akceptovaná. Vychází z Barthelové testu a je mírou, která hodnotí fyzickou a kognitivní disabilitu. Měří to, co pacient zvládne, bez

ohledu na jeho diagnózu. FIM hodnotí šest okruhů činností – sebeobsluhu – kontrolu sfinkterů – mobilitu – lokomoci – komunikaci – sociální adaptabilitu. Každá oblast se hodnotí až sedmi body, čím více bodů, tím menší závislost (60).

➤ Katzův test každodenních činností – Katz Index of Activities of Daily Living
Katzův rychlý test z roku 1963 je založen na hodnocení samostatnosti nebo závislosti při vykonávání šesti sebeobslužných činností.

Na stejném základě je založen i Status sebeobsluhy podle Kennyové – Kenny Self Care Status, který hodnotí funkce denního života a míru nezávislosti (27).

➤ Frenchayský test aktivit – Frenchay Activities Index
Tuto testovací škálu vyvinuli Holbrook a Skilbeck v Bristolu v roce 1983. Jde o doplněk hodnocení a posuzování ve třech oblastech – vedení domácnosti- volný čas- pracovní zařazení společně se sociálními aktivitami. Lze dosáhnout 6 - 24 bodů, maximum představuje celkovou nezávislost (27).

➤ Test aktivity – activity Index
Test aktivity vyvinula E. Hamrinovou a A. Wohlinovou v roce 1982. Za pomoci tohoto testu se hodnotí stav pacientů po mozkové mrtvici. Maximální počet bodů je 92 bodů a hodnotí se mentální schopnosti – motorická aktivita – každodenní schopnosti (ADL)
Hodnocením stavu po mozkové ischemii se zabývá Kodaňská škála stavů po náhlých mozkových příhodách, kterou vytvořil Oles v roce 1988, a také Skandinávská škála Ringelsteina z roku 1992. Její krátká forma hodnotí čtyři oblasti – stupeň vědomí, pohyby očí – obrnu lícního nervu – obrny hybnosti (27, 51, 60)

➤ Testování vývoje soběstačnosti – TVS
Tento test sestavený v Geriatric Unit at Hospital v Bolzanu v pravidelných termínech hodnotí osm oblastí základních lidských činností a výsledná kritéria se zaznamenávají stále do stejného tiskopisu, ale jinou barvou. Je tak patrný rozdíl ve vývoji sebepéče (17).

➤ Dotazník pro funkční hodnocení pacienta- Functional activities questionnaire (FAQ)
Tento dotazník zkoumá činnosti všedního života a míru jejich samostatného provedení (příloha 19. Jedná se – o placení účtů – vyplňování úředních dokumentů – samostatné

nakupování – hraní společenských her, věnování se koníčkům – ohřátí vody na kávu a vypnutí sporáku – samostatné uvaření jídla – pamatování si současné události – udržení pozornosti, porozumění a hovoření o televizních programech – pamatování si termínů schůzek, svátků, léky a jejich užívání – cestování mimo nejbližší okolí, řízení auta, použití autobusu, vlaku. Každou činnost hodnotíme od 0 do 3 bodů. Hodnocení do 8 bodů je norma, 9 a více bodů znamená funkční postižení svědčící pro demenci (27, 57).

➤ **Tabulka pro testování ošetrovatelské zátěže**

Znalost ošetrovatelské zátěže je pro ošetrovatelský management i pro sestru samotnou důležitým údajem pro plánování péče. Hodnotí se pohybová schopnost pacienta, osobní hygiena, jídlo, inkontinence moče a stolice, návštěva toalety, dekubity a spolupráce s nemocným. Každá oblast se hodnotí od 1 do 5 bodů, podle míry závislosti. Každý bod odpovídá 4,4 minuty potřebného času. K tomuto výpočtu se připočítává 33 minut, které je potřeba věnovat každému pacientovi bez ohledu na jeho stav.

(ošetrovatelská zátěž/24 h = počet bodů x 4,5 + 33) (59).

1.4.4 Skóre k posuzování motorických schopností a posouzení spasticity

Tyto hodnotící škály jsou specifické právě pro svoje zaměření a jsou využívány především na specializovaných pracovištích. Jde o hodnocení svalové síly, motoriky, hodnocení rovnováhy ve stoji a v sedu, hodnocení chůze. Škála elasticity dle Ashwortha, která posuzuje stupeň odporu končetin při pasivním pohybu (27).

1.5 Management a hodnocení rizik v ošetrovatelské péči

Řízení rizik je jedním ze základních požadavků moderního managementu ve zdravotnictví. Je morální povinností zdravotníků poskytovat péči nejenom kvalitní, ale i bezpečnou a vytvořit takový systém péče, který by byl odolný vůči chybám. Sestry manažerky nesou na odděleních velkou zodpovědnost a hrají důležitou roli managerky rizik na svém oddělení. Jen dostatečně připravená sestra, vědoma si své zodpovědnosti, pracující v přátelském klimatu top managementu, který je jí oporou, může poskytovat adekvátní péči klientům. Každá sestra by měla mít přehled o každém pacientovi a

rizicích, která by jej mohla během hospitalizace ohrozit, poškodit nebo zhoršit jeho zdravotní stav. Každý manager by měl z anamnestických údajů vyhodnotit hrozící riziko a poskytnout vhodnou péči v takovém rozsahu, aby k riziku nedošlo (43, 52).

Řešení rizika pádu, vzniku komplikací, dekubitů a malnutrice patří téměř ke každodenní práci sestry. Pád pacienta jako mimořádná událost a výskyt dekubitů, vznik infekce patří mezi indikátory, podle kterých se dá zhodnotit i v mezinárodním měřítku kvalita ošetrovatelské péče. Objektivním hodnocením rizik se zabývala řada odborníků z řad ošetrovatelství a sestavili hodnotící testy a škály, které odhalují riziko a také nastíní, jakých intervencí bude zapotřebí k řešení rizika (50).

1.5.1 Hodnocení vzniku komplikací

Hodnocení vzniku komplikací zahrnuje metody posuzující rizika různých oblastí klientova života. Těchto škál opět využívají především specializovaná pracoviště, která hodnotí aktuální stav pacientů nebo změny vyvíjejícího se zdravotního stavu.

➤ Bienstein škála

hodnotící situace a rizika v dýchacích cestách (příloha 20). Posuzuje se 15 kritérií podle legendy v rozmezí 0 – 3 body. Součet bodů v tabulce stanovuje míru rizika. Čím více bodů, tím větší ohrožení komplikací dýchacích cestách. Hodnotí se – ochota spolupracovat – současné plicní onemocnění – prodělané plicní onemocnění – oslabení imunity – orotracheální manipulace – kuřák, pasivní kuřák – bolest – poruchy polykání – pohybové omezení – povolání ohrožující plíce – umělé dýchání – stav vědomí – hloubka dechu – léky tlumící dýchání – dechová frekvence (47).

➤ Downes score

Slouží k hodnocení stupně dechové nedostatečnosti při obstrukci dolních a horních dýchacích cest. Bodově se hodnotí parametry dýchání – dýchací šelesty - stridor – kašel – zatahování mezižebří – cyanóza – stav vědomí a jiné (příloha 21). Čím větší počet bodů, tím větší dechová nedostatečnost (16).

Dále jsou uvedeny ty nástroje, které jsou doporučovány odbornými mezinárodními společnostmi klinické výživy (ESPEN, BAPEN, ASPEN) – MUST

(Malnutrition Universal Screening Tool), NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002), SGA (Subjective Global Assessment) . U nás nejsou příliš rozšířené.

- Ramseyovo hodnocení hloubky sedace (příloha 22).

Hodnotí se: úroveň bdělosti (pacient je úzkostný agitovaný - spolupracující, klidný - pacient reaguje pouze na výzvu) Dále se hodnotí: hloubka spánku (pohotová reakce na oslovení – nevýrazná reakce na oslovení a dotek – žádná reakce na podněty) (16).

1.5.2 Nutriční stav pacienta

Nutriční stav je jedním z faktorů, jehož kvalita ovlivňuje celkový stav nemocného a je předpokladem úspěšné léčby. Má vliv na celkovou kondici nemocného a přímo se vztahuje ke všem pochodům v organismu. Ovlivňuje hojení různých typů ran – akutních (operačních, traumatických) i obtížně se hojících (například dekubitů). K vytipování pacientů, kteří nejsou v dobrém nutričním stavu a mohou mít komplikace včetně prolongovaného hojení ran, slouží nutriční screening. Během screeningu dochází k třídění pacientů podle nutričního rizika. Ohroženou skupinou rizikem malnutrice jsou zvláště pacienti vyšších věkových skupin, u kterých může způsobit závažné zdravotní komplikace, zhoršuje funkční výkonnost a celkovou kvalitu života. Až 70% seniorů udává změnu dietních zvyklostí z důvodů zdravotních, sociálních i ekonomických. Nutriční ztráty jsou prognosticky nepříznivé a v tomto věku se již špatně hradí (55).

- Mini Nutritional Assessment - MNA (příloha 23).

Tento test dokáže odhalit riziko přítomnosti nebo vzniku malnutrice. Pacienty je dobře přijímán a hodnocení netrvá déle než 15 minut. Je rozdělen na 4 okruhy otázek – antropometrická měření – celkové hodnocení (mobilita, soběstačnost, přítomnost akutního onemocnění, chronický kožní defekt, psychiatrické onemocnění, stres a užívání léků) – dotazy na dietní a stravovací návyky – vlastní hodnocení zdraví a stavu výživy. Celkový součet bodů se pohybuje od 0 do 29 bodů. 17 – 23 bodů znamená riziko poruchy výživy, méně než 17 bodů již svědčí pro malnutrici (26).

- Nottinghamský dotazník (příloha 24)

Tento krátký dotazník je využíván zejména k rychlému posouzení míry rizika malnutrice u hospitalizovaných nemocných. Obsahuje čtyři typy otázek – body – mass

index – nechtěný úbytek hmotnosti v posledních 3 měsících – snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací – stresový faktor. Výsledek dotazníku reaguje na stupeň závažnosti základního onemocnění (19).

- Klasifikace obezity a jejích rizik podle BMI (příloha 25)

V tabulce je klasifikace obezity konfrontována s BMI a vychází riziko komplikací obezity (17).

- Harris – Benediktovo hodnocení

Jde o výpočet bazálního metabolismu podle formule Hartuse a Benedikta. Samostatný výpočet je pro muže a samostatný pro ženy (19).

1.5.3 Hodnocení rizika dekubitů

Hodnocení dekubitů je opět jedním ze sledovaných parametrů, který ukazuje na kvalitu ošetrovatelské péče. Proto bylo vytvořeno hned několik škál, které upozorňují na rizika vzniku.

- Škála dle Nortonové - Norton Scale (příloha 26)

Škálu k hodnocení dlouhodobě nemocných sestavila D. Nortonová v roce 1962. Hodnotila pět základních aspektů – celkové zdraví – duševní stav – aktivitu – mobilitu – inkontinenci. Maximální počet je 20 bodů. Čím vyšší počet bodů, tím menší riziko.

Po modifikaci CH. Bienstein v roce 1987 byla tato škála rozšířena na skóre 25 bodů a mohla být šířeji použita k hodnocení rizika vzniku dekubitů. U nás se stupnice rozšířila v 90. letech (31).

Poslední modifikace byla roku 1989 a škála rozšířena na 36 bodů. Hodnotí se – schopnost spolupráce – věk – stav pokožky – přidružená onemocnění – fyzický stav – stav vědomí – aktivita – pohyblivost – inkontinence. Při dosažení méně než 25 bodů hrozí nemocnému zvýšené riziko vzniku dekubitů (47).

- Škála Waterlowa - Waterlow Scale (příloha 27)

Tuto škálu sestavila J. Waterlow v Británii v roce 1985 a hodnotí riziko vzniku dekubitů. Posuzuje osm oblastí – stavbu těla – typ kůže v ohrožené oblasti – pohlaví, věk – zvláštní rizika – kontingenci – neurologické poruchy – pohyblivost – chuť k jídlu

– operace, traumata – medikace. Čím méně bodů testovaný dosáhne , tím je riziko menší a naopak (31,47).

➤ Škála Bradenové

Sestavila ji v roce 1987 B. Braden a N. Bergsrom pro širší realizaci preventivních opatření a identifikace rizik dekubitů (31).

➤ Hodnocení vzniku proleženin podle Shannona

M. L. Shannon sestavil v roce 1984 škálu, která hodnotí – duševní stav – kontingenci – mobilitu – aktivitu – výživu – cirkulaci – tělesnou teplotu – medikace v rozmezí čtyřech bodů. Skóre 16 a méně bodů představují pro nemocného významné riziko vzniku dekubitů (31, 47).

➤ Riziko vzniku dekubitů podle Knolla

Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Knolla obsahuje osm položek: všeobecný stav zdraví - stav vědomí - denní aktivity - pohyblivost na lůžku - inkontinence - příjem potravy ústy - příjem tekutin ústy - jiné nemoci. Vše je hodnoceno v rozmezí bodů 0 až 3. Nejvyšší možný počet dosažených bodů je 24, což představuje velmi nízkou pravděpodobnost (27).

➤ Prevence a léčení dekubitů

Jde o jednoduché hodnocení nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují vznik dekubitů. Jde o - celkový stav – psychický stav – aktivitu – inkontinenci - výživu. Tyto parametry se hodnotí za pomoci tabulky do čtyřech kategorií. Součástí je i plán a hodnocení ošetrovatelské péče.

1.5.4 Hodnocení rizika pádu

V souvislosti s hodnocením mobility je potřeba se dívat na problematiku z různých hledisek. Se stoupajícím věkem 70% mužů a žen od 55 let jsou přinejmenším částečně omezeni nemocí či obtížemi s mobilitou a každý pátý popisuje pohyblivost jako špatnou a podle očekávání se s přibývajícím věkem ještě zhoršuje. Téměř polovina lidí ve věku nad 75 let má omezenou mobilitu. (53, str. 15) Řada nemocných nemá při pohybu pocit bezpečí díky přidruženým chorobám, které nemocné obtěžují. Pády se spojují hlavně s nemocnými ve vyšším věku, ale to není samozřejmě pravidlem.

Podstatné je nakupení rizikových faktorů a organických poruch. Pády souvisí také s narušenými kognitivními funkcemi, při snížení koordinace pohybů a úbytku svalové síly (24, 53).

Tady se otvírá prostor pro mapování nebezpečí, která na pacienty čeká v podobě poškození způsobené pádem a také pro vytváření bezpečnostních programů pro snížení výskytu pádů (11, 23).

Jak již bylo předesláno, pády jsou rizikem, které se sleduje jako indikátor bezpečné péče. Neexistuje jeden univerzální nástroj hodnocení pro všechny organizace nebo všechny populace pacientů. Proto je velmi důležité vybrat správný nástroj hodnocení. Hodnocení rizika pádu u nemocného vyžaduje zhodnotit celkový stav pacienta. Stupeň jeho pohyblivosti, poruchu kognitivních funkcí, soběstačnost, smyslové bariery a užívání rizikových léků a podle toho pak zvolit hodnotící škálu (41).

➤ Stupnice pádu Morse – Morse Fall Scale (příloha 28)

Jedná se o výstižné a cílené otázky pro pacienta, která odhalují jeho problémy, anamnestické zjištění pádu během posledního měsíce. Vyšetřením zjistit zmatenost a nedostatečné vnímání rizik. Také nejistotu při chůzi a poruchy chůze. Otázet se nemocného, zda netrpí závratí. Hodnocení je jednoduché. Maximální počet bodů jsou 4. Získá-li nemocný i jeden bod, existuje u něho riziko pádu (12, 24).

➤ Gaitův funkční test (příloha 29)

Tento jednoduchý a časově nenáročný test slouží k testování rovnováhy a vyhodnocení rizika poranění pacientů následkem pádu. Gaitův funkční test se skládá ze čtyřech úkonů:

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

Provede-li pacient všechny 4 úkony aniž by ztratil rovnováhu, potácel se, padal, nebo hledal předměty, o které by se mohl opřít, Gaitův test je negativní. Jestliže pacient není schopen test dokončit, protože má výše uvedené problémy, hrozí riziko pádu a následné možné poranění nemocného (52).

➤ Aktivita – skóre

Jde o další nástroj pro určení rizika pádu pacienta. Nejlépe během příjmového pohovoru zhodnotíme klienta podle následujících kritérií. Pohyb – vyprazdňování – medikace – smyslové poruchy – mentální status – věk. Pokud je nemocný v některé oblasti omezen nebo ho nezvládá, získává body, které mu určují riziko pádu (51).

Podle přiloženého protokolu pak navrhuje pro klienta patřičná opatření k eliminaci rizika.

➤ Conleyové hodnocení rizika pádu

Hodnocení Conleyové bylo upraveno Juráskovou v roce 2006.

Skládá se ze tří částí:

1. Anamnézy (věk, pády smyslové vnímání, užívání léků, psychický stav)
2. Přímým dotazem na pacienta (závratě, kvalita spánku, močení během noci)
3. Vyšetřením soběstačnosti a spolupráce (65).

➤ Vyhodnocení aktuálního rizika podle stavu nemocného

Hodnotí se osm parametrů, které se podle kvality zpracování hodnotí od 0 do 4 bodů.

Prvním parametrem je úroveň vědomí / duševní stav – záchyt pádů v posledních 3 měsících – chůze/ samostatnost – vidění – chůze / rovnováha – systolický krevní tlak – léčba (konkrétně vypsát jaká) – predispoziční faktory (hypotenze, vertigo, CMP, PN, ztráta končetin, záchvaty, artritida, osteoporóza, fraktury)

Pokud je skóre větší než 10, představuje značné riziko pádu pro nemocného (63).

➤ Protokol o pádu pacienta

Tento protokol je důležitým dokumentem, který by neměl chybět v sesterské dokumentaci. Je rozdělen na dvě specifické části. Je to hodnocení stavu pacienta před pádem a hodnocení po pádu. V úvodu protokolu jsou krátké anamnestické údaje, které zaznamenávají jméno a diagnózu pacienta, druh péče a čas pádu.

V části B je zhodnocen pacientův stav před pádem. Jeho psychický stav, pohyblivost, soběstačnost a smyslové bariery. Také schopnost spolupráce a užívání léků. Vyznačeny jsou i pomůcky, které pacient používal. Každý parametr je příslušně bodově ohodnocený.

Část označená písmenem C hodnotí stav pacienta po pádu. Je zde otázka, které subjektivní obtíže a skutečnosti ovlivnily pacienta těsně před pádem, situaci, za které došlo k pádu, místo pádu, zda byl přítomen zdravotník při pádu, zda byl zdravotnický personál upozorněn na pád signalizací. Také jsou zde otázky na psychický a tělesný stav nemocného bezprostředně po pádu.

Tyto záznamy jsou důležité nejenom pro hodnocení stavu pacienta, ale také jako dokument monitorující péči a intervence. Zároveň tento dokument slouží k analýze nashromážděných dat a posouzení, zda nedošlo k pochybení ze strany zdravotnického personálu. Zároveň tento protokol slouží jako podklad pro hlášení mimořádné události a podklad pro rozbor nastalé situace a vyvození závěru, jak zlepšit péči.

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, jakou měrou jsou využívány hodnotící techniky v rámci ošetrovatelského procesu v praxi. Které techniky jsou využívány a proč, které jsou v pozadí zájmu sester při hodnocení stavu pacientových potřeb.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Hodnotící techniky jsou objektivním kritériem k saturaci klientových potřeb v průběhu celého kvalitně prováděného ošetrovatelského procesu.

Hypotéza 2

V managementu rizik využívají sestry výsledky hodnotících technik pro plánování strategie kvalitní péče.

Hypotéza 3

Hodnotící techniky nejsou aktivně využívány pro stanovení efektivních intervencí během ošetrovatelského procesu

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Ve své práci jsem použila ke sběru dat kvantitativní šetření technikou dotazníku. Dotazník měl celkem 35 otázek. Z toho bylo 13 otázek uzavřených, 5 otázek otevřených a 17 otázek polootevřených (příloha 1). Výzkumný soubor tvořily sestry u lůžka z 22 nemocnic České republiky:

FN Brno, FN Brno U sv. Anny, FN Na Homolce, FN Hradec Králové, FN Motol, FN Plzeň, Nemocnice Benešov, České Budějovice, Český Krumlov, Děčín, Chomutov, Jičín, Jindřichův Hradec, Karlovy Vary, Mělník, Most, Pelhřimov, Písek, Sokolov, Tábor, Teplice a Ústí n/Labem,

Celkem bylo osloveno 32 hlavních sester nemocnic nebo náměstkyň ošetrovatelské péče v období od února 2010 do března 2010. 22 hlavních sester souhlasilo s výzkumným šetřením, 8 odmítlo spolupráci a 2 neodpověděly. Hlavním důvodem odmítnutí bylo zahlcení pracovišť dotazníky. V nemocnici v Kolíně dovolují šetření pouze vlastním zaměstnancům a nemocnice Prachatice nepoužívá hodnotící techniky.

Odesláno bylo 460 (100%) dotazníků, 20 dotazníků do každé nemocnice. O spolupráci požádány sestry pracující na interních, chirurgických, neurologických, rehabilitačních odděleních a na lůžkách následné péče. Po vyřazení neúplných dotazníků jich bylo použito 354 (77%) pro zpracování výsledků výzkumného šetření.

Byl také vytvořen kontrolní dotazník pro hlavní a vrchní sestry jednotlivých zařízení. Dotazník obsahoval celkem 15 otázek, 5 otázek uzavřených, 3 otevřené a 7 polootevřených (příloha 2). Celkem odesláno 110 dotazníků (100%) a pro šetření zpracováno 61 (55%) dotazníků, které vyplnilo 6 náměstkyň ošetrovatelské péče (hlavních sester) a 55 vrchních sester.

Pro zpracování výsledků jsem použila programy SPSS, Microsoft Word a Excel.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníkového šetření pro sestry

Tabulka 1 Věk respondentů

	Čenost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
19 - 30	101	28,5	28,5	28,5
31 - 40	137	38,7	38,7	67,2
41 - 50	66	18,6	18,6	85,9
51 a více	50	14,1	14,1	100
Total	354	100	100	

Z celkového počtu 354 respondentů (100%), bylo ve věku 19 – 30 let 101 dotázaných (28,5%), ve věku 31 – 40 let 137 respondentů (38,7%), 41 – 50 let bylo 66 dotázaných (18,6%) a více jak 51 let bylo 50 dotázaných (14,1%).

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Střední odb.	145	41	41	41
Vyšší odb.	41	11,6	11,6	52,5
PSS	113	31,9	31,9	84,5
Bc	43	12,1	12,1	96,6
Mgr	12	3,4	3,4	100
PhDr.	0	0	0	0
Total	354	100	100	

Z 354 respondentů (100%) mělo středoškolské odborné vzdělání 145 dotázaných (41%), vyšší odborné mělo 41 respondentů (11,6%), postgraduální specializační studium si doplnilo 113 dotázaných (31,9%), bakalářské studium vystudovalo 43 oslovených sester (12,1%), magisterské studium dokončilo 12 dotázaných (3,4%), doktorantské studium neabsolvoval nikdo z dotázaných.

Tabulka 3 Typ lůžek

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Akutní	248	70,1	70,1	70,1
Chronická	106	29,9	29,9	100
Total	354	100	100	

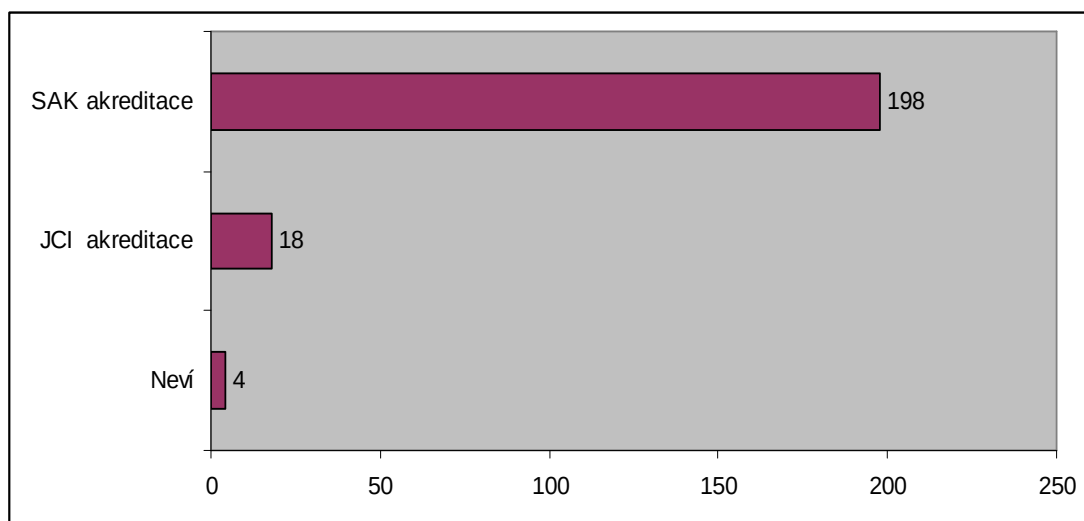
Z celkového počtu 354 (100%) dotázaných pracovalo 248 sester (70,1%) na chirurgických a interních lůžkách, 106 respondentů (29,9%) pracovalo na následných lůžkách.

Tabulka 4 Akreditace zdravotnického zařízení

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Získalo	220	62,1	62,1	62,1
Nezískalo	130	36,7	36,7	98,9
Nevím	4	1,1	1,1	100
Total	354	100	100	

Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%). Akreditaci získalo zařízení, ve kterém pracovalo 220 respondentů (62,1%), v neakreditovaném zařízení pracovalo 130 respondentů (36,7%), 4 respondenti nevěděli, jestli je jejich zařízení akreditované.

Graf 1 Akreditace nemocnic



Graf znázorňuje skupinu 220 dotázaných, kteří pracovali v akreditovaném zařízení. 198 respondentů uvedlo, že jejich zařízení je akreditováno SAK ČR, 18 respondentů pracovalo v zařízení s mezinárodní akreditací, 4 respondenti neznali druh akreditace,

Tabulka 5 Používání standardů ošetrovatelské péče

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	354	100	100	100

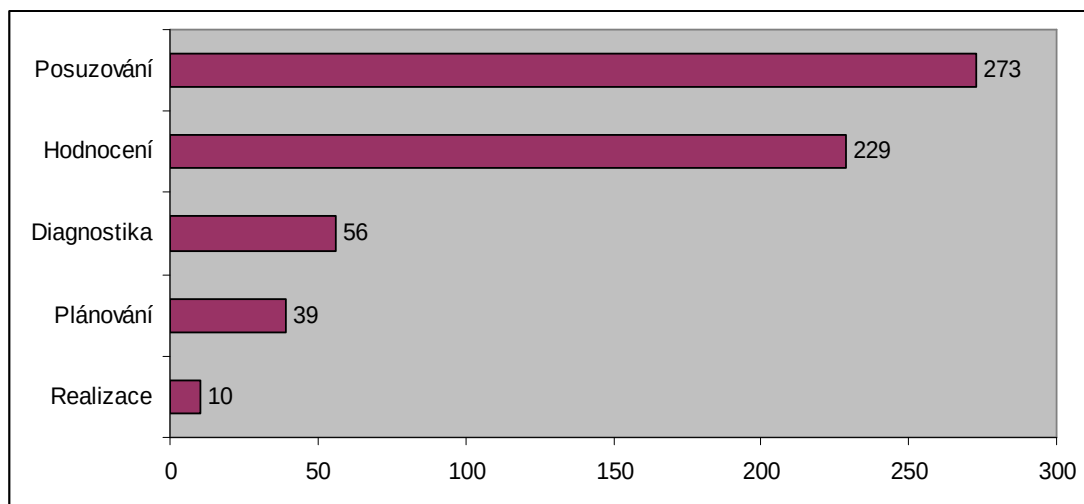
Všech 354 dotázaných respondentů (100%) pracuje v zařízení, které má vypracované standardy ošetrovatelské péče.

Tabulka 6 Poskytování ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	323	91,2	91,2	91,2
Částečně	31	8,8	8,8	100
Total	354	100	100	

Z 354 respondentů (100%) oslovených respondentů využívalo při práci systém ošetrovatelského procesu 323 respondentů (91,2%), částečně ho využívalo 31 dotázaných (8,8%), protože pracovali jen a některými částmi procesu. Mezi dotázanými nebyl nikdo, kdo by nebyl obeznámen s ošetrovatelským procesem.

Graf 2 Využití hodnotících a měřících technik v jednotlivých fázích oš. procesu



Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%). Dotázaní si mohli vybrat i více odpovědí, podle toho, ve které fázi procesu hodnotící škály a techniky používají. Ve fázi posuzování využívalo celkem 273 respondentů hodnotící a posuzovací škály. Ve druhé fázi diagnostiky 56 dotázaných, ve fázi plánování 39 respondentů a ve fázi realizace 10 respondentů. V závěrečné fázi hodnocení využívalo škály celkem 229 respondentů.

Tabulka 7 Systém péče o klienty na pracovištích

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Primární	17	4,8	4,8	4,8
Skupinová	297	83,9	83,9	88,7
Funkční	40	11,3	11,3	100
Total	354	100	100	

Systémem primárního ošetřovatelství poskytovalo péči 17 respondentů (4,8 %), systém skupinové péče využívalo 297 respondentů (83,9%), funkčním systémem ošetřovatelské péče pracovalo 40 dotázaných (11,3%) z 354 respondentů.

Tabulka 8 Odebírání ošetřovatelské anamnézy při příjmu nemocného

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	351	99,2	99,2	99,2
Ne	3	0,8	0,8	100
Total	354	100	100	

Ošetřovatelskou anamnéze při příjmu odebíralo 351 dotázaných (99,2%), 3 respondenti (0,8%) z celkového počtu 354 ošetřovatelskou anamnézu neodebírali.

Tabulka 9 Časové rozmezí obvyklého odebrání ošetřovatelské anamnézy

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Do 2 hod.	265	74,9	74,9	74,9
Do 12 hod	58	16,4	16,4	91,2
Do 24 hod.	31	8,8	8,8	100
Total	354	100	100	

Do 2 hodin po příjmu odebíralo ošetřovatelskou anamnézu 265 dotázaných (74,9%), do 12 hodin odebíralo anamnézu 58 dotázaných (16,4%), do 24 hodin 31 respondentů (8,8%). Žádný respondent z celkového počtu 354 neodpověděl, že odebírá ošetřovatelskou anamnézu do 48 hodin.

Tabulka 10 Používání hodnotících technik a škál

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	352	99,4	99,4	99,4
Ne	2	0,6	0,6	100
Total	354	100	100	

352 dotázaných (99,4%) odpovědělo, že hodnotící techniky a škály používá, 2 respondenti (0,6%) je nepoužívali ke své práci.

Tabulka 11 Hodnotící škály jako součást ošetřovatelské anamnézy

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	321	90,7	90,7	90,7
Doporučené	26	7,3	7,3	98
Ne	7	2	2	100
Total	354	100	100	

Z celkového počtu 354 uvedlo 321 respondentů (90,7%), že hodnotící a měřicí techniky jsou součástí ošetřovatelské anamnézy, 26 respondentů (7,3%) uvedlo, že ne, ale že patří mezi doporučené materiály, které vyhodnocují podle stavu klienta, 7 dotázaných (2%) uvedlo, že škály nejsou součástí ošetřovatelské anamnézy.

Tabulka 12 Požadavek využívat hodnotící a měřící techniky

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Oš. anamn.	65	18,4	18,4	18,4
Standardy	278	78,5	78,5	96,9
Doporučené	9	2,5	2,5	99,4
Nemáme	2	0,6	0,6	100
Total	354	100	100	

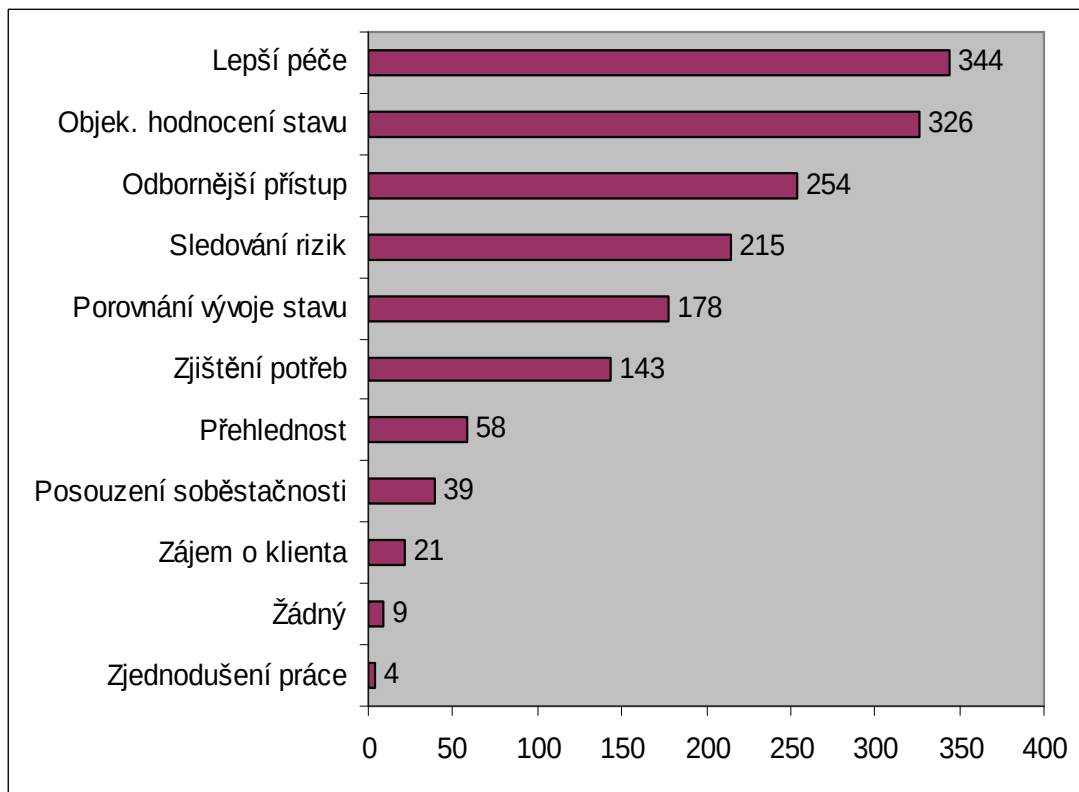
65 respondentů (18,4%) uvedlo, že hodnocení pomocí technik a škál je pouze součástí ošetrovatelské anamnézy, 278 respondentů (78,5%) uvedlo, že škály jsou zakotveny do ošetrovatelských standardů a používají se průběžně k hodnocení stavu pacienta, 9 dotázaných (2,5%) odpovědělo, že nejsou součástí předchozích materiálů, ale pouze doporučeným materiálem. 2 respondenti (0,6%) uvedli, že škály nemají. Čerpání hodnotících škál z jiných zdrojů nepotvrdil žádný respondent.

Tabulka 13 Přínos používání technik a škál pro klienta

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	322	91	91	91
Nevím	23	6,5	6,5	97,5
Ne	9	2,5	2,5	100
Total	354	100	100	

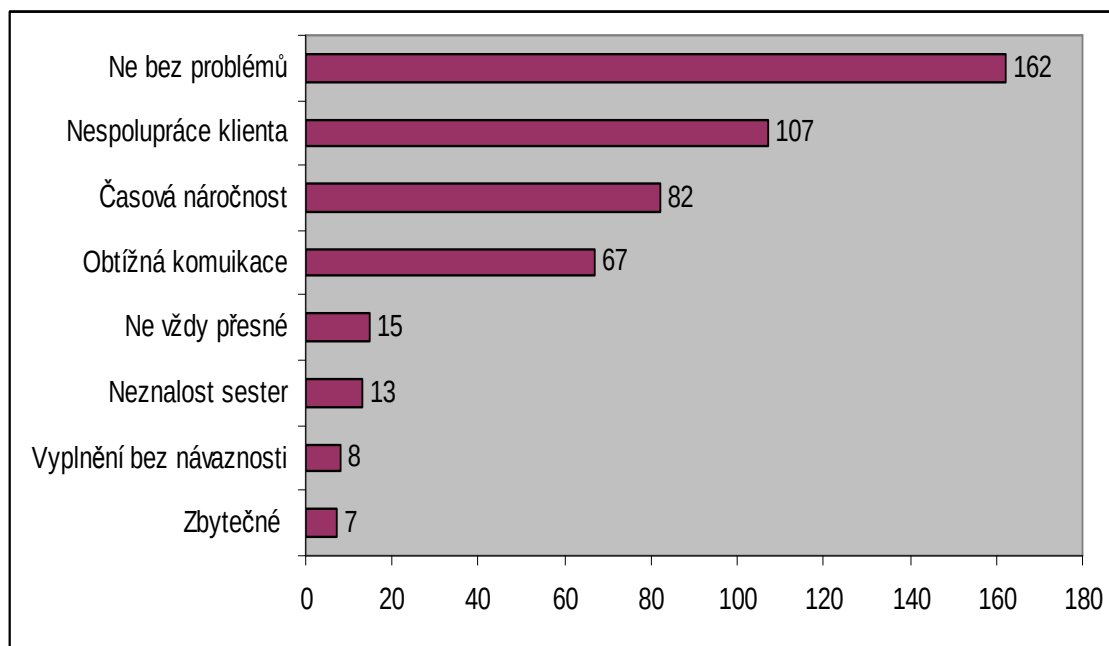
Přínos v používání hodnotících technik a škál pro klienty vidělo 322 respondentů (91%). Zda je používání technik přínosem pro pacienta nevědělo 23 dotázaných (6,5%) a žádný přínos nevidělo 9 respondentů (2,5%).

Graf 3 Hlediska přínosu pro sestry při používání hodnotících technik a škál



Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%). Náзор jednotlivých respondentů mohl vyjádřit i více hledisek. 344 respondentů se domnívalo, že přínosem je lepší ošetrovatelská péče pro klienta. 326 respondentů vyjádřilo názor, že používáním technik a škál objektivněji zhodnotí stav klientů. 254 respondentů vidělo přínos v odbornějším a samostatnějším přístupu sestry k hodnocení stavu klientů, 178 dotázaných techniky a škály využívalo k porovnání a sledování vývoje klientova zdravotního stavu, 143 respondentů vidělo přínos používání technik v kvalitnějším zjišťování potřeb, 58 respondentů v přehlednější a průkaznější sesterské dokumentaci, v lepším hodnocení soběstačnosti vidělo přínos 39 respondentů, 21 dotázaných hodnotilo používání technik jako větší projev zájmu o klienta, žádný přínos nevidělo 9 respondentů. Používání hodnotících a měřících technik bylo zjednodušením práce pro 4 respondenty,

Graf 4 Problémy pro sestry při používání hodnotících a měřících technik a škál



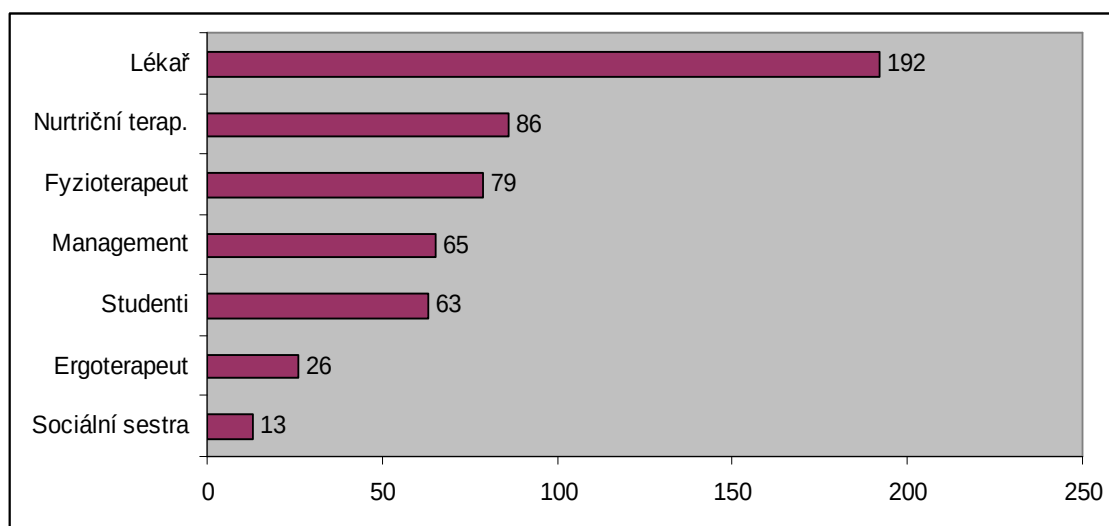
Opět odpovídalo 354 respondentů (100%). Žádný problém při používání technik a škál nevidělo 162 respondentů, obtížná komunikace s klientem byla problémem pro 67 respondentů a nespolupracující klient pro 107 dotázaných. Příliš časově náročné se jevílo 82 respondentům, nepřesné vyplnění sestrami se jevílo problémem pro 15 respondentů. Neznalost hodnotících a měřících škál a jejich objektivní vyplnění vidělo jako problém 13 dotázaných, 10 dotázaných je považovalo za zbytečnou administrativu. 8 respondentů vidělo problém ve vyplňování škál bez další návaznosti a jako zbytečné vidělo používání technik 7 respondentů,

Tabulka 14 Využívání hodnotících technik jinými členy zdravotnického týmu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	119	33,6	33,6	33,6
Ano	235	66,4	66,4	100
Total	354	100	100	

Využívání hodnotících a měřících technik a škál potvrdilo 235 respondentů (66,4%), nepotvrdilo 119 respondentů (33,6%).

Graf č. 5 Využívání hodnotících technik a škál jinými členy zdravotnického týmu



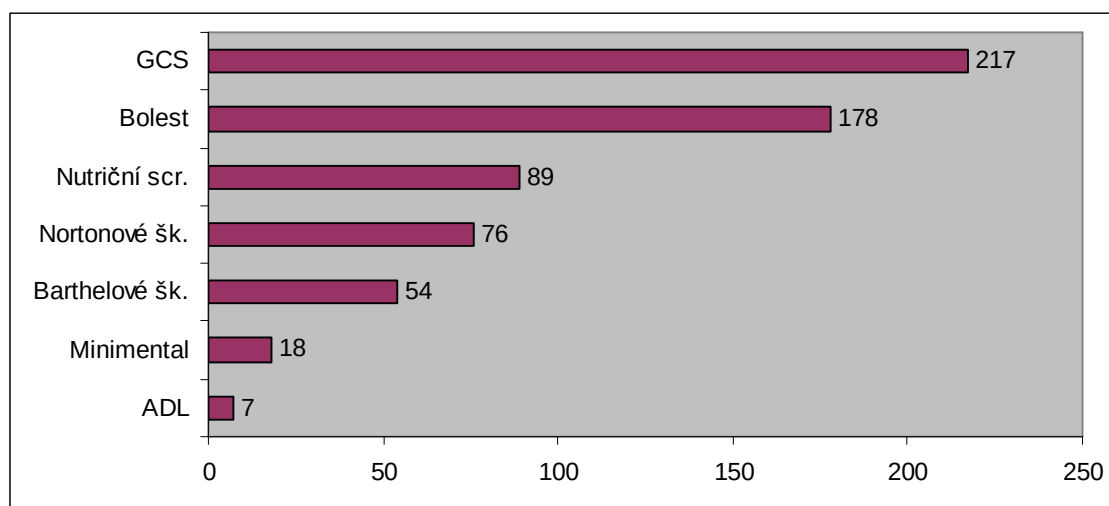
Z celkového počtu 235 respondentů, kteří potvrdili využití jiným členem zdravotnického týmu jich 192 uvedlo lékaře, nutričního terapeuta 86 dotázaných respondentů, fyzioterapeuta uvedlo 79 respondentů 65 uvedlo TOP management v čele s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, 63 dotázaných studenty a praktikanty na odděleních., 26 respondentů ergoterapeuta, 13 respondentů sociální sestru.

Tabulka 15 Ordinace lékařem měření nebo hodnocení stavu klienta pomocí škál

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	163	46	46	46
Ano	191	54	54	100
Total	354	100	100	

163 respondentů (46%) uvedlo, že lékař neordinuje hodnocení stavu klienta měřicími a hodnoticími škálami a technikami. 191 respondentů (54%) uvedlo, že lékař toto hodnocení ordinuje.

Graf č. 6 Techniky a škály ordinované lékaři



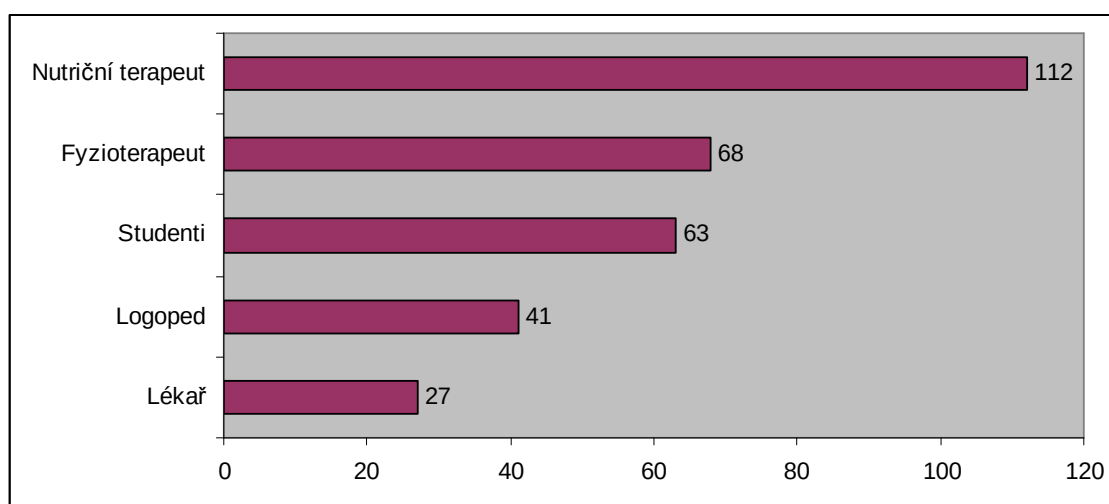
191 respondentů (54%) uvedlo, že lékař hodnocení ordinuje. Mohli uvést i více škál. 217 respondentů uvedlo, že lékaři ordinují Glasgow Coma Scale, 178 respondentů označilo hodnocení bolesti, 89 respondentů označilo nutriční screening, 76 škálu Nortonové, Barthelové škálu 54 respondentů, Mini- mental 18 respondentů a test denní aktivity 7 dotázaných.

Tabulka 16 Hodnocení technikami a škálami provádí jiný člen zdravotnického týmu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	191	54	54	54
Ano	163	46	46	100
Total	354	100	100	

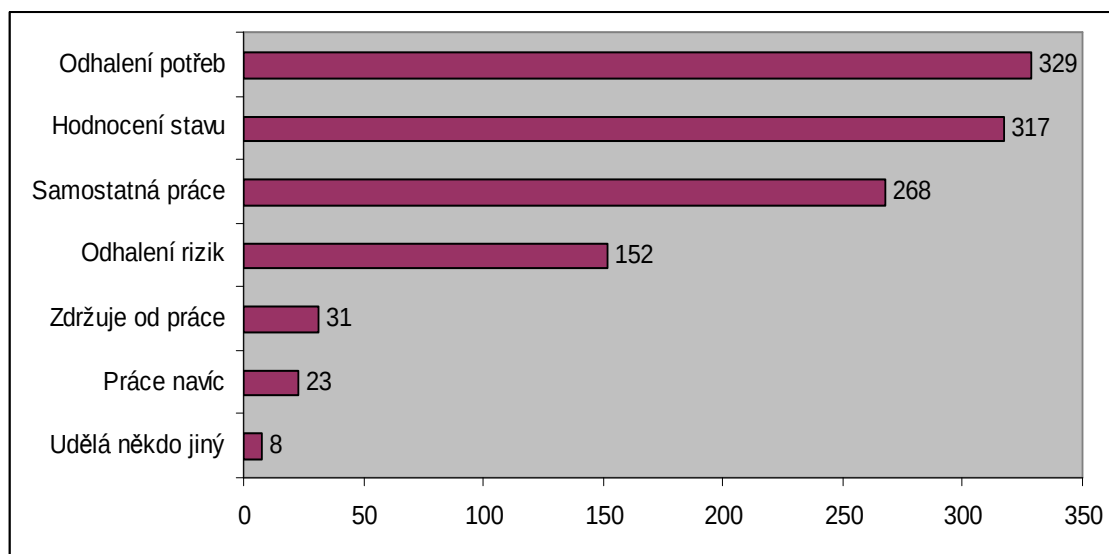
Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%). Hodnocení škálami podle názoru 191 respondenta (54%) neprováděl jiný člen zdravotnického týmu, 163 respondentů (46%) uvedlo, že ano.

Graf 7 Hodnocení technikami a škálami kromě sester provádí



163 respondentů uvedlo, že hodnocení škálami provádí i jiný člen zdravotnického týmu. Respondenti mohli souhlasit s více položkami. 112 respondentů jmenovalo nutričního terapeuta, 68 respondentů fyzioterapeuta, 63 respondentů uvádí, že hodnocení měřícími technikami a škálami provádí studenti, 41 respondentů uvádí logopeda, 27 lékaře.

Graf 8 Vnímání hodnotících technik a škál



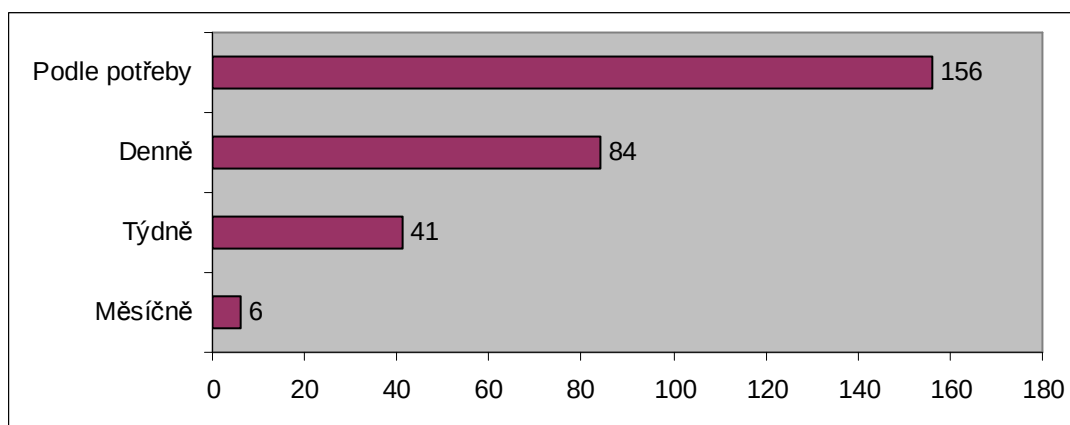
Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%). Mohli zvolit i více odpovědí. Používání hodnotících a měřících technik označilo 329 respondentů, že jsou pomocí k lepšímu odhalení klientových potřeb a stanovení ošetrovatelských intervencí, 317 respondentů je vnímá jako krok k objektivnímu hodnocení stavu klientových potřeb, 268 respondentů vidělo v používání škál a technik jako důkaz samostatné práce sester, který zvyšuje prestiž sesterského povolání. 152 respondentů uvedlo, že jsou důležité pro sestru jako managerku rizik. Záporně je vidělo 31 respondentů, protože je zdržují od jiné práce. Jako zbytečnou práci navíc je vidělo 23 respondentů, protože stačí plnit ordinace lékaře. Kladně je vidělo dalších 8 respondentů, ale hodnocení by měl provádět jiný člen zdravotnického týmu.

Tabulka 17 Opakované využívání měřících hodnotících technik a škál

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Opakovaně	287	81,1	81,1	81,1
V anamnéze	61	17,2	17,2	98,3
Vyjímečně	6	1,7	1,7	100
Total	354	100	100	

Opakovaně používalo škály a sledovalo rozdíly ve výsledcích 287 respondentů (81,1%), Pouze pro první zhodnocení klientova stavu k anamnestickým účelům je používalo 61 respondentů a jen výjimečně je používalo 6 respondentů.

Graf 9 Časový interval opakovaného použití hodnotících technik a škál



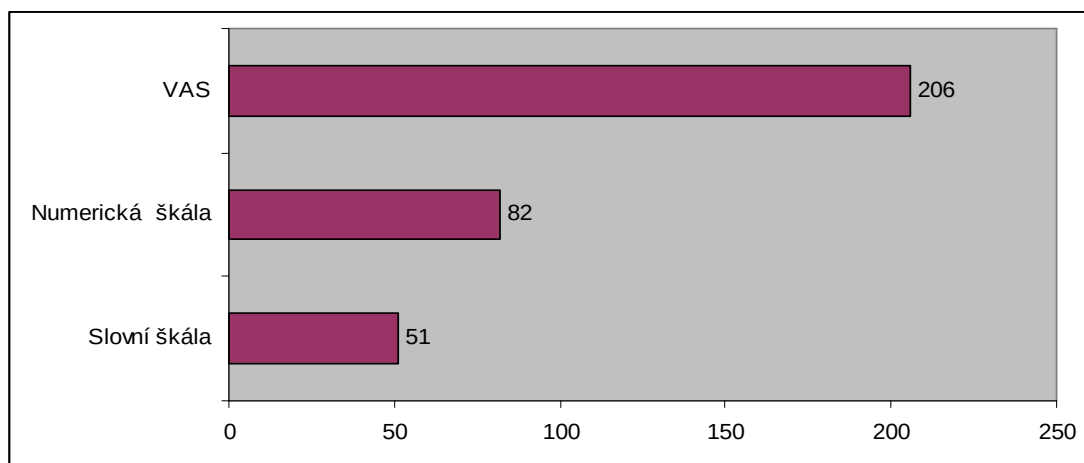
Opakovaně používalo škály a sledovalo rozdíly ve výsledcích 287 respondentů. Podle potřeby hodnotilo stav klientů 156 respondentů, denně 84 respondentů, týdně 41 a jednou měsíčně 6 respondentů.

Tabulka 18 Hodnocení bolesti

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	15	4,2	4,2	4,2
Ano	339	95,8	95,8	100
Total	354	100	100	

Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%). Bolest nehodnotí 15 respondentů (4,2%), 339 respondentů (95,8%) hodnotí bolest klienta.

Graf 10 Škály k hodnocení bolesti



Bolest klientů hodnotí 339 respondentů (95,8%) .

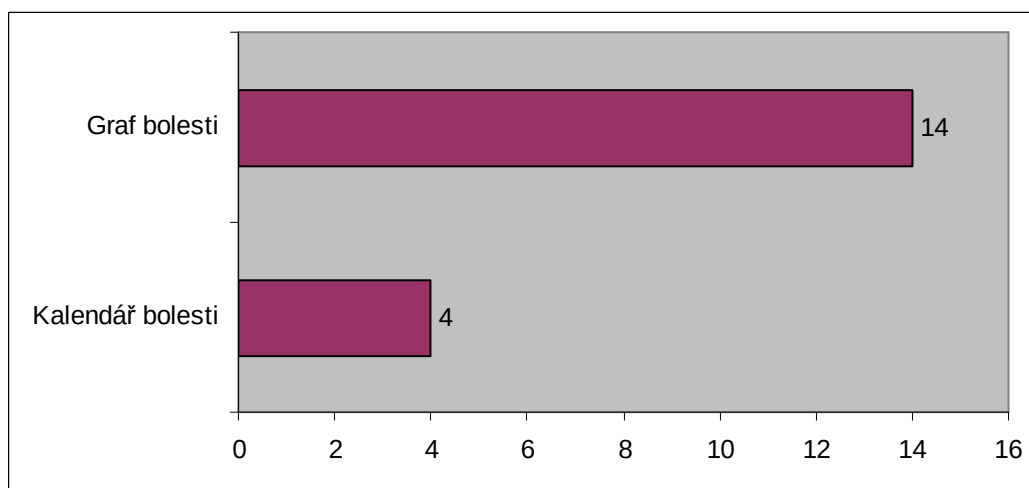
K hodnocení bolesti využívalo 206 respondentů stupnici VAS. Hodnocení pomocí slovní škály používalo 51 respondentů a 82 dotázaných používalo numerickou škálu.

Tabulka 19 Hodnocení chronické bolesti

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Nehodnotíme	32	9	9	9
Jako akutní	304	85,9	85,9	94,9
Hodnotíme	18	5,1	5,1	100
Total	354	100	100	

Chronickou bolest nehodnotí 32 respondentů (9%), chronickou bolest hodnotí 304 respondentů stejně jako bolest akutní, 18 respondentů hodnotilo chronickou bolest.

Graf 11 Škály hodnocení chronické bolesti



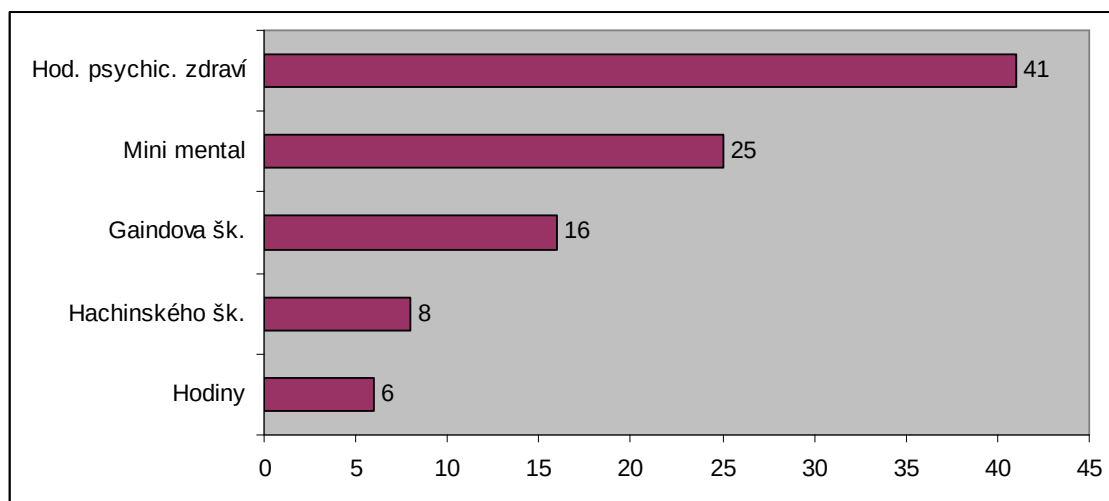
Celkem chronickou bolest hodnotilo 18 respondentů. Pomocí grafu bolesti hodnotilo chronickou bolest 14 respondentů, 4 respondenti používali kalendář bolesti.

Tabulka 20 Hodnocení psychického stavu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	258	72,9	72,9	72,9
Ano	96	27,1	27,1	100
Total	354	100	100	

Psychický stav klientů pomocí škál a hodnotících technik neprovádělo 258 respondentů (72,9%) z celkového počtu dotázaných. Hodnocení provádělo 96 respondentů (27,1%).

Graf 12 Škály hodnotící psychický stav klientů



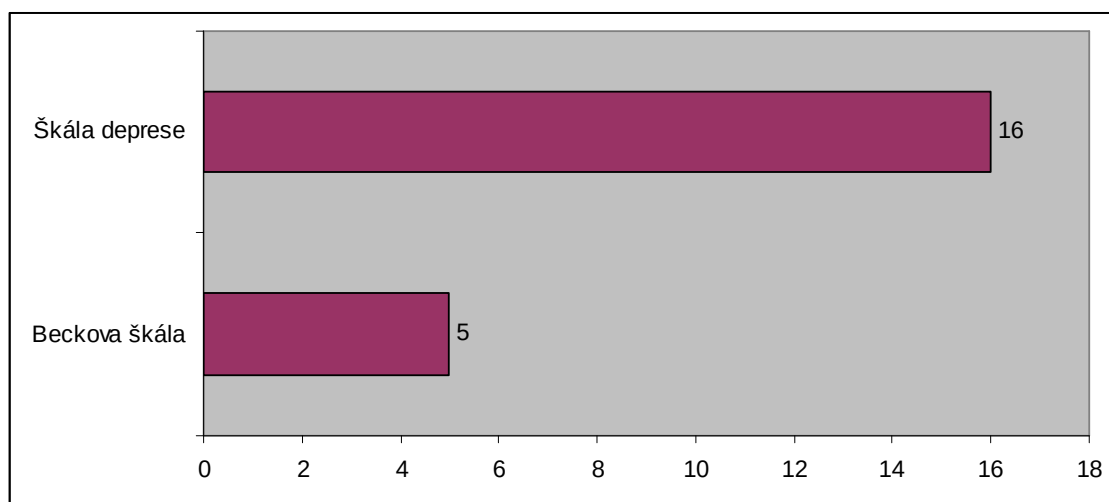
Celkem psychický stav klientů hodnotilo 96 respondentů. Škálu hodnocení psychického zdraví používalo 41 dotázaných. Hachinského škálu používalo 8 respondentů, test kresby hodin 6 respondentů, Gaindovu škálu 16 dotázaných, Mini mental 25 respondentů.

Tabulka 21 Hodnocení míry deprese pomocí hodnotících škál

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	333	94,1	94,1	94,1
Ano	21	5,9	5,9	100
Total	354	100	100	

Míru deprese nehodnotí 333 respondentů (94,1%), škály využívá 21 dotázaných (5,9%).

Graf 13 Škály hodnotící míru deprese u klientů



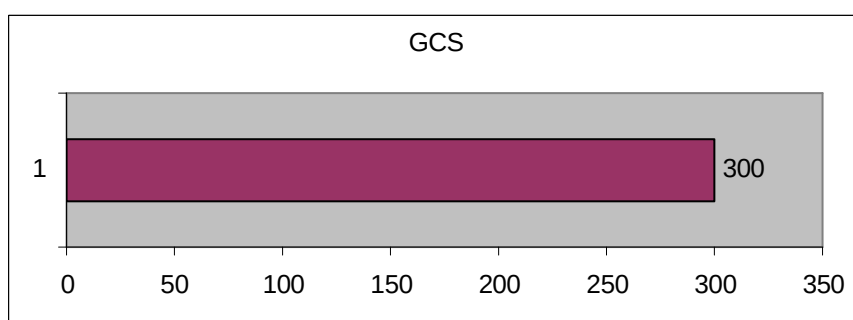
Celkem míru deprese hodnotilo 21 respondentů. Beckovu škálu využívalo 5 respondentů, Škálu deprese 16 respondentů.

Tabulka 22 Hodnocení stavu vědomí pomocí hodnotících škál

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Nehodnotíme	54	15,3	15,3	15,3
Hodnotíme	300	84,7	84,7	100
Total	354	100	100	

Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%). Stav vědomí u klientů nehodnotilo 54 respondentů (15,3%), hodnocení provádělo 300 respondentů (84,7%).

Graf 14 Škály k hodnocení stavu vědomí



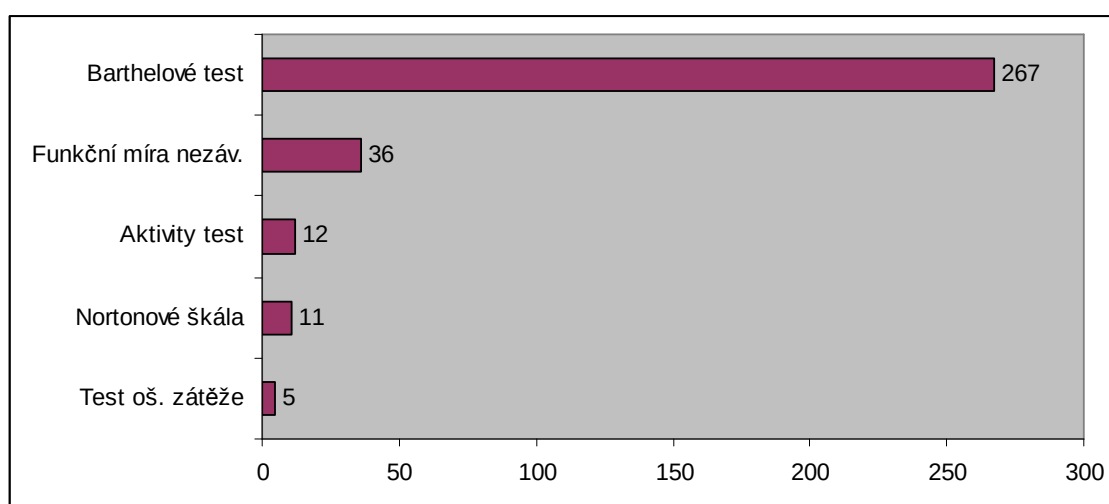
Všech 300 dotázaných respondentů využívalo k hodnocení hloubky vědomí Glasgowskou škálu vědomí.

Tabulka 23 Hodnocení soběstačnosti pomocí hodnotících škál

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Nehodnotíme	23	6,5	6,5	6,5
Hodnotíme	331	93,5	93,5	100
Total	354	100	100	

Soběstačnost klientů nehodnotilo 23 respondentů (6,5%), škály k hodnocení využívalo 331 respondentů (93,5%).

Graf 15 Škály pro hodnocení míry soběstačnosti



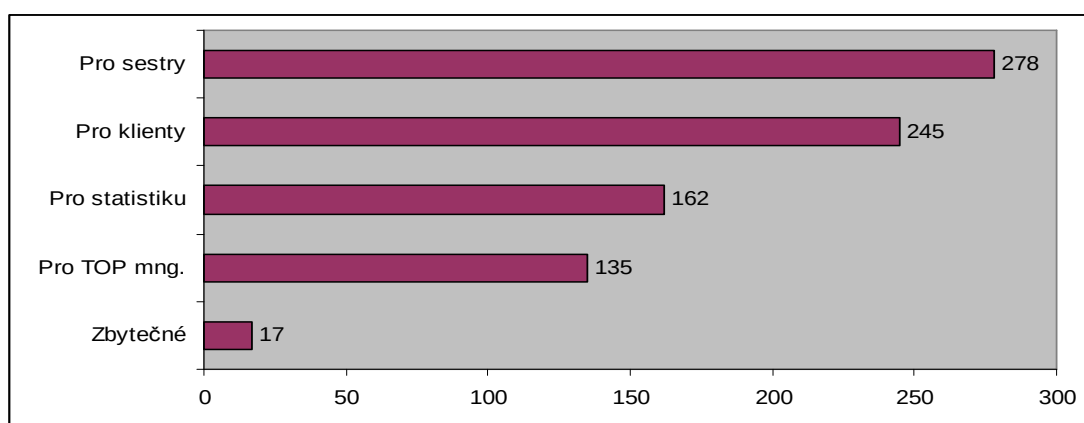
Celkem škály k hodnocení soběstačnosti využívalo 331 respondentů. K hodnocení soběstačnosti používalo 267 respondentů test Barthelové, 36 respondentů používalo škálu Funkční míry nezávislosti, 12 respondentů používalo Aktivita test, 5 respondentů používalo test ošetrovatelské zátěže, 11 respondentů škálu Nortonové.

Tabulka 24 Management rizik ve standardech

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	244	68,9	68,9	68,9
Ne	87	24,6	24,6	93,5
Nevím	23	6,5	6,5	100
Total	354	100	100	

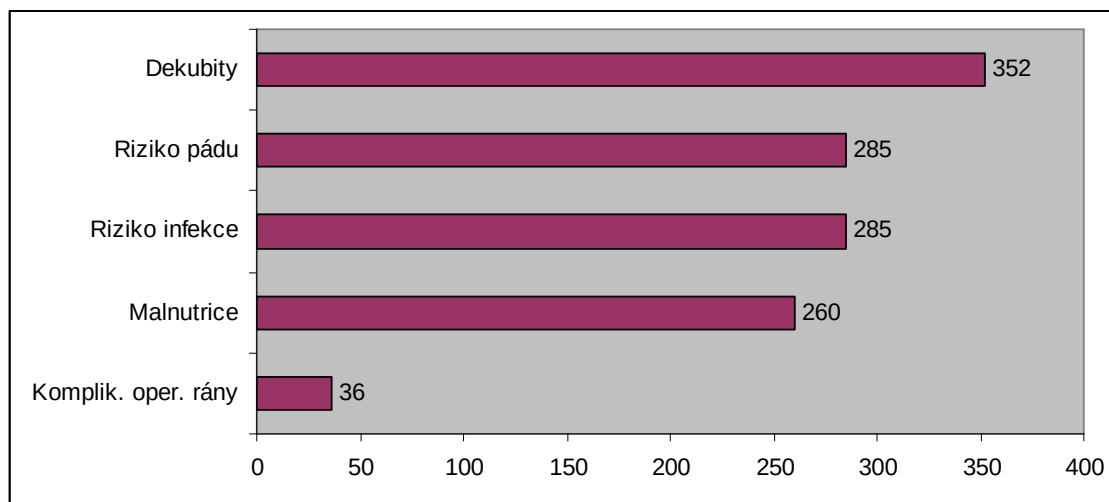
Management rizik patřil mezi standardy 244 respondentů (68,9%), nebyl ve standardech u 87 respondentů (24,6%) a zda je management rizik ve standardech nevědělo 23 respondentů (6,5%).

Graf 16 Přínos managementu rizik



Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%) a mohli zvolit i více odpovědí. 278 respondentů se přiklonilo k názoru, že je dobrý pro sestry, protože zlepšuje kvalitu ošetrovatelské péče a předchází možným komplikacím. 245 respondentů souhlasilo s názorem, že sledování managementu rizik je dobré pro klienty, aby odhalil deficit, který je může ohrozit komplikacemi. 162 respondentů souhlasila s názorem, že management rizik je dobrý pro získání statistických údajů a umožňuje porovnání výsledků jednotlivých zařízení. 135 respondentů si myslí, že je důležitý pro TOP management, aby zjistil slabá místa v péči a nastavil standardy tak, aby se riziko pro pacienty eliminovalo na nejnižší možnou míru. 17 respondentů si myslí, že je zbytečnou formalitou a přináší pouze další administrativní úkony.

Graf 17 Sledovaná rizika



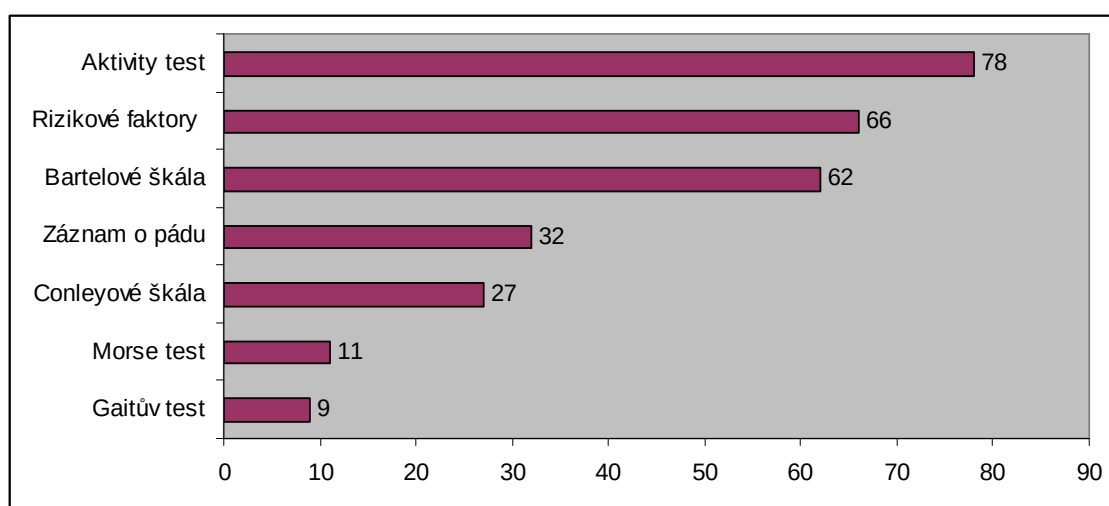
Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%) a mohli zvolit i více odpovědí. Riziko vzniku dekubitů hodnotilo 352 respondentů, riziko pádu sledovalo celkem 285 respondentů, riziko infekce sledovalo 285 respondentů, riziko malnutrice sledovalo 260 respondentů komplikace operační rány 36 dotázaných.

Tabulka 25 Hodnocení rizika pádu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ne	69	19,5	19,5	19,5
Ano	285	80,5	80,5	100
Total	354	100	100	

Riziko pádu sledovalo 285 respondentů (80,5%), riziko nehodnotilo 69 dotázaných (19,5%).

Graf 18 Škály hodnotící riziko pádu



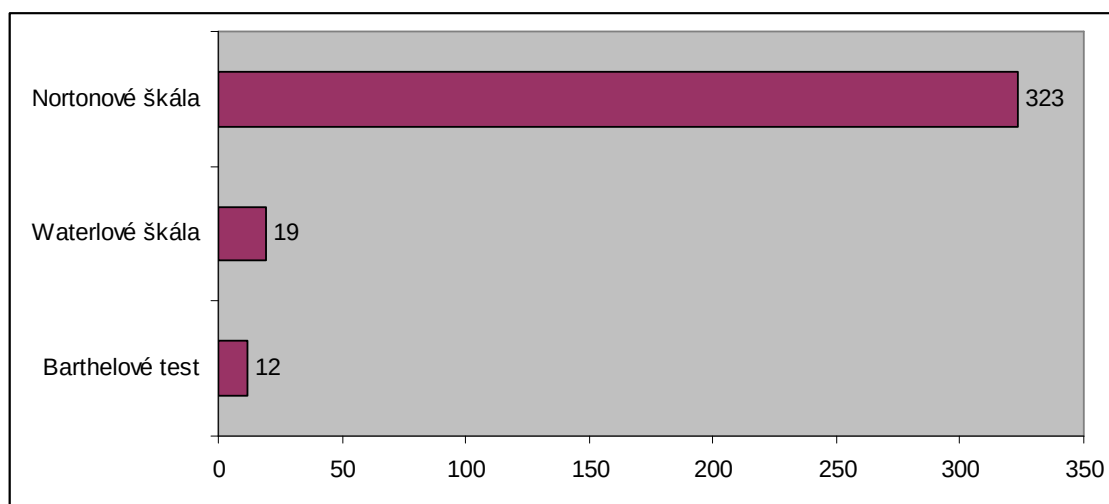
Celkem odpovídalo 285 respondentů, že sleduje rizika pádu. Test aktivity používalo 78 respondentů, 66 respondentů sledovalo pouze rizikové faktory, které pád klienta mohou ovlivnit. Barthelové škálu použilo k hodnocení 62 respondentů, záznam o pádu použilo 32 respondentů, Conleyové škálu 27 respondentů, Morse test použilo 11 respondentů, 9 respondentů hodnotilo riziko pádu podle Gaitova testu.

Tabulka 26 Hodnocení rizika dekubitů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Ano	354	100	100	100

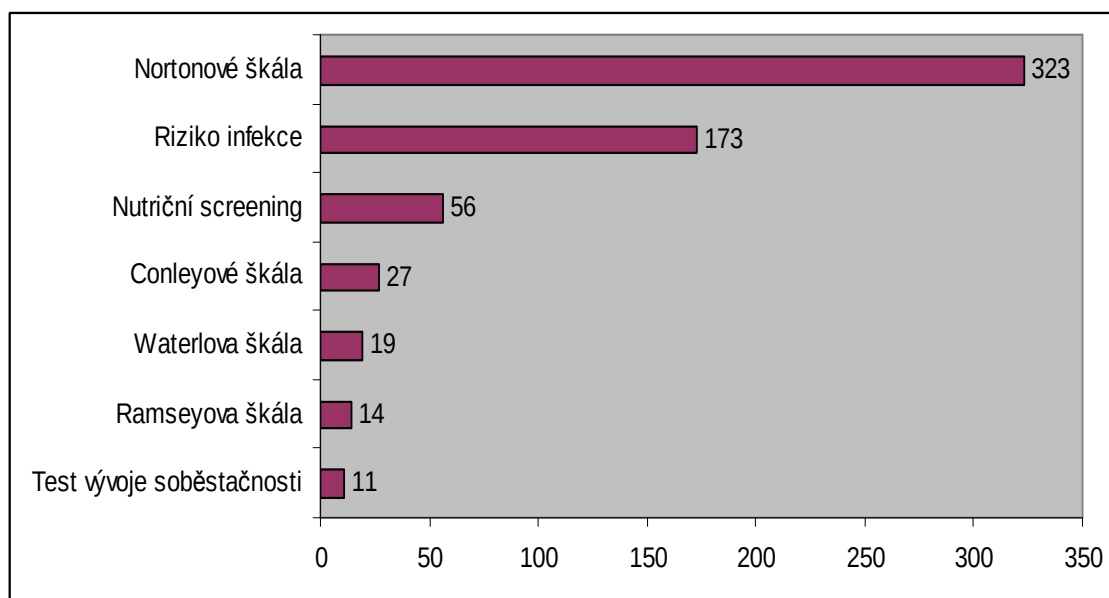
Všech 354 respondentů (100%) hodnotí riziko dekubitů.

Graf 19 Škály hodnocení rizika dekubitů



Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%). Nortonové škálu použilo 323 respondentů. Škálu Waterlové 19 respondentů, Barthelové test použilo k hodnocení 12 respondentů.

Graf 20 Hodnocení rizika komplikací



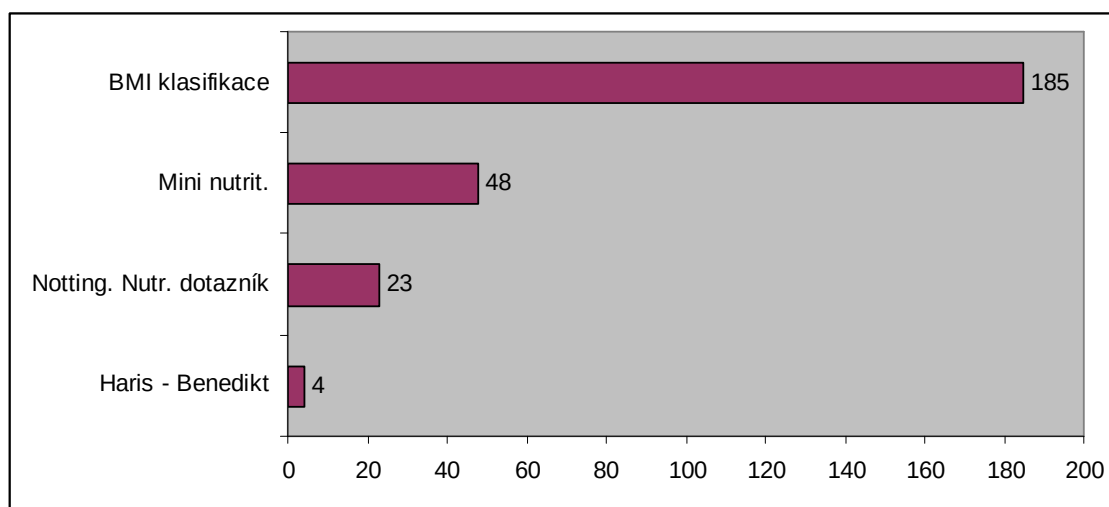
Celkem odpovídalo 354 respondentů (100%) a mohli zvolit i více odpovědí. Škálu Nortonové používalo 323 respondentů, riziko infekce udávalo 173 respondentů, Nutriční screening 56 dotázaných. Hodnocení komplikací pomocí Conleyové škály použilo 27 respondentů, Waterlovu škálu uvedlo 19 respondentů, Ramseyovu škálu uvedlo 14 respondentů, Test vývoje soběstačnosti 11 respondentů. riziko infekce udávalo 173 respondentů, ale neuvedli žádnou škálu. Waterlovu škálu uvedlo 19 respondentů.

Tabulka 27 Hodnocení rizika malnutrice

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Nehodnotíme	24	6,8	6,8	6,8
Nutrič. Terap.	70	19,8	19,8	26,6
Hodnotíme	260	73,4	73,4	100
Total	354	100	100	

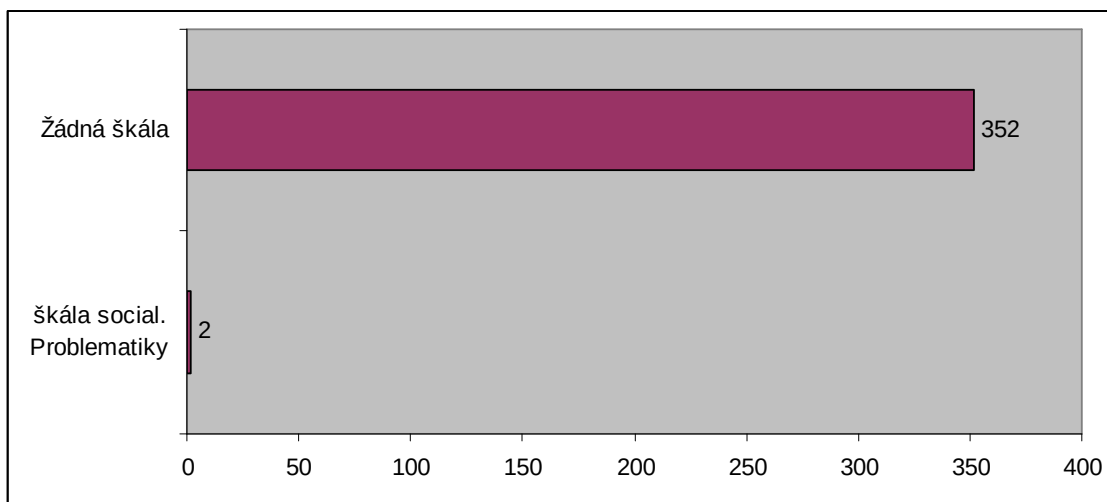
Riziko malnutrice nehodnotilo 24 dotázaných (6,8%), 70 respondentů (19,8%) odpovědělo, že riziko hodnotí nutriční terapeut, riziko malnutrice hodnotilo 260 respondentů (73,4%)

Graf 21 Škály hodnotící riziko malnutrice



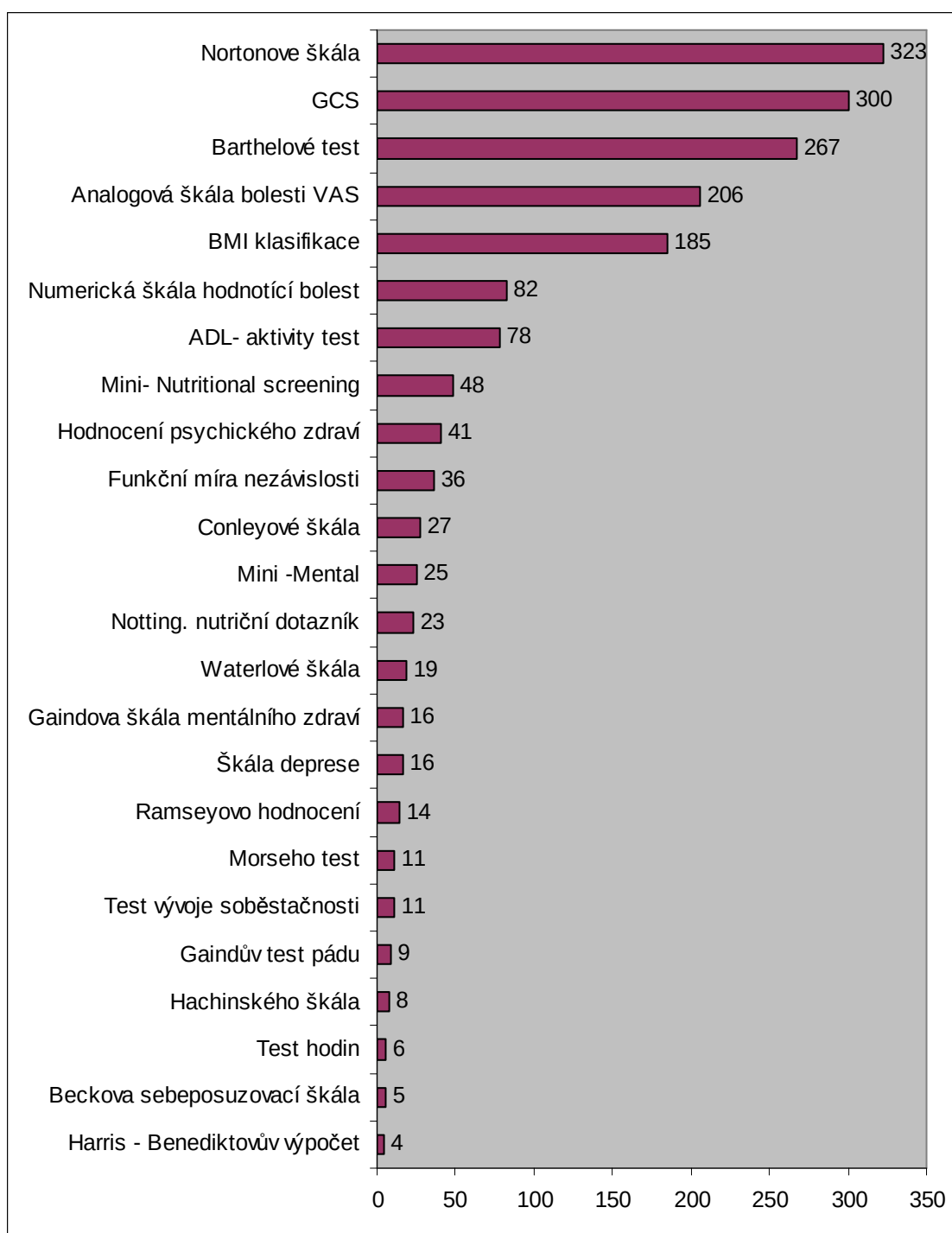
Celkem malnutrici hodnotilo 260 respondentů. 185 respondentů hodnotilo BMI klasifikací, 48 respondentů hodnotilo riziko malnutrice pomocí Mini nutričního dotazníku. Nottinghamský nutriční dotazník použilo 23 respondentů, 4 respondenti použili Haris – Benediktovy tabulky,

Graf 22 Chybějící škály



Celkem odpovídalo 354 respondentů. Žádná škála nechyběla 352 respondentům. Škálu, která by lépe vystihovala sociální problematiku klientů chyběla 2 respondentům.

Graf 23 Přehled používaných škál



Graf znázorňuje škály, které využívaly sestry výzkumného šetření. Třemi nejvíce využívanými škálami jsou škála Nortonové, Glasgow score, Bartelové test.

4.2 Porovnání hodnot SPSS programem

Kontingenční tabulka 1

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Používání škál je nezávislé na věku respondentů.

H_A : Používání škál je závislé na věku respondentů.

Věk * škály				
		Škály		
		Ano	Ne	Celkem
Věk	19 -30	101	0	101
	31 - 40	136	1	137
	41 - 50	65	1	66
	51 více	50	0	50
	Celkem	352	2	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se používání hodnotících škál věku respondentů.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	1,985 ^a	3	0,576

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,576$ (57,6%), která je větší než 5%, což potvrzuje H_0 , že věk sester na používání škál nemá vliv. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 2

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Používání škál je nezávislé na vzdělání respondentů.

H_A : Používání škál je závislé na vzdělání respondentů.

Vzdělání * škály				
		Škály		
		Ano	Ne	Total
Vzdělání	Střední odborné.	144	1	145
	Vyšší odborné.	41	0	41
	PSS	112	1	113
	Bc	43	0	43
	Mgr.	12	0	12
	Total	352	2	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se používání hodnotících škál a vzdělání respondentů.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí - kvadrát	0,792 ^a	4	0,940

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,940$ (96 %), která je větší než 5%, což potvrzuje H_0 , že vzdělání na používání škál nemá vliv. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 3

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Používání škál je nezávislé na akreditaci zařízení.

H_A : Používání škál je závislé na akreditaci zařízení.

Akreditace zařízení * škály				
		Škály		
		Ano	Ne	Total
Akreditace	Ano	220	0	220
	Ne	128	2	130
	Nevím	4	0	4
	Total	352	2	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se používání hodnotících škál a akreditace zařízení, kde respondenti pracují.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí - kvadrát	3,466 ^a	2	0,177

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,177$ (17,7 %), která je větší než 5%, což potvrzuje H_0 , že akreditace na používání škál nemá vliv. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 4

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Používání škál je nezávislé na umístění škál.

H_A : Používání škál je závislé na umístění škál.

Umístění škál *Používání škál				
		Používání škál		
		Ano	Ne	Total
Umístění škál	Oš. anamneza.	65	0	65
	Standardy	276	2	278
	Doporučený mater.	9	0	9
	Nemáme	2	0	2
	Total	352	2	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se používání hodnotících škál a umístění škál.

Chí- Test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí - kvadrát	0,550 ^a	3	0,908

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,908$ (90,8 %), která je větší než 5%, což potvrzuje H_0 , že umístění hodnotících škál na používání škál nemá vliv. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 5

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Využívání škál jinými členy týmu je nezávislé na umístění škál.

H_A : Využívání škál jinými členy týmu je závislé na umístění škál.

Umístění škál * využívá jiný člen				
		Využívá jiný člen		
		Ne	Ano	Total
Umístění škál	Oš. anamnéza	22	43	65
	Standardy	94	184	278
	Doporučený materiál	3	6	9
	Nemáme	0	2	2
	Total	119	235	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se používání hodnotících škál a umístění škál.

Chí- Test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí - kvadrát	1,019 ^a	3	0,797

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,797$ (79,7 %), která je větší než 5%, což potvrzuje H_0 , že umístění hodnotících škál na používání škál nemá vliv. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 6

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Testování škálami jinými členy týmu je nezávislé na umístění škál.

H_A : Testování škálami jinými členy týmu je závislé na umístění škál.

Umístění škál * Testuje jiný člen				
		Testuje jiný člen		
		Ne	Ano	Total
Umístění škál	Oš. anamnéza	47	18	65
	Standardy	134	144	278
	Doporučený materiál	8	1	9
	Nemáme	2	0	2
	Total	191	163	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se testování škálami jinými členy týmu a umístění škál.

Chí- Test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí - kvadrát	18,645 ^a	3	0,000

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p < 0,0001$ ($p < 0,01\%$), která je menší než 5%, což vyvrací H_0 a platí H_A . Potvrdilo se, že umístění hodnotících a měřících škál je závislé na tom, že testování provádí i jiní členové ošetrovatelského týmu.

Kontingenční tabulka 7

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Ordinace lékaře hodnotit škálami je nezávislé na umístění škál.

H_A : Ordinace lékaře hodnotit škálami je závislé na umístění škál.

Umístění škál * ordinace lékařem				
		ord. Lékař		
		A	B	Total
Umístění škál	Oš. anamnéza	50	15	65
	Standardy	110	168	278
	Doporučený materiál	1	8	9
	Nemáme	2	0	2
	Total	163	191	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se umístění škál a ordinaci lékaře hodnotit škálami.

Chí Test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí - kvadrát	36,404 ^a	3	0,000

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p < 0,0001$ ($p < 0,01\%$), která je menší než 5%, což vyvrací H_0 a platí H_A . Potvrdilo se, že ordinace lékaře hodnotit škálami je závislé na umístění škál.

Kontingenční tabulka 8

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Opakované používání hodnotících škál je nezávislé na umístění škál.

H_A : : Opakované používání hodnotících škál je závislé na umístění škál.

Umístění škál * opakované využití					
		Opakované využití			
		A	B	C	Total
Umístění škál	Oš. anamnéza	43	22	0	65
	Standardy	241	33	4	278
	Doporučený materiál	3	6	0	9
	Nemáme	0	0	2	2
	Total	287	61	6	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se umístění škál a opakovaného používání hodnotících škál.

Chí Test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí - kvadrát	1,506E2	6	0,000

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p < 0,0001$ ($p < 0,01\%$), která je menší než 5%, což vyvrací H_0 a platí H_A . Potvrdilo se, že opakované používání hodnotících škál je závislé na umístění škál.

Kontingenční tabulka 9

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Používání škál není závislé na tom, zda sestry pracují na akutních nebo chronických lůžkách.

H_A : Používání škál je závislé na tom, zda sestry pracují na akutních nebo chronických lůžkách.

Lůžka * škály				
		Škály		
		A	B	Total
Lůžka	AK	247	1	248
	CH	105	1	106
	Total	352	2	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se práce sester na akutních a chronických lůžkách a na používání škál.

	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův χ^2 - kvadrát	0,386 ^a	1	0,535

V χ^2 testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,535$ (53,5 %), která je větší než 5%, což potvrzuje H_0 , že používání škál je závislé na tom, zda sestry pracují na akutních nebo chronických lůžkách. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 10

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Pád pacienta je nezávislý na zařazení managementu rizik do ošetrovatelských standardů..

H_A : Pád pacienta je závislý na zařazení managementu rizik do ošetrovatelských standardů..

Mng.rizik * pád				
		pád		
		Ne	Ano	Total
Mng.rizik	Ano	49	195	244
	Ne	16	71	87
	Nevím	4	19	23
	Total	69	285	354

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se pádu pacientů a zařazení managementu rizik do ošetrovatelských standardů.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí - kvadrát	0,186 ^a	2	0,911

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,911$ (91,1%), která je větší než 5%, což potvrzuje H_0 , že pád pacienta je nezávislý na zařazení managementu rizik do ošetrovatelských standardů.. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.3 Výsledky výzkumu respondentů ve funkčních místech

Výsledky vyplývající z dotazníku kontrolní skupiny respondentů, sester ve funkčních místech.

Tabulka 28 Funkční místo respondentů

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	HL. s	6	9,8	9,8	9,8
	V s	55	90,2	90,2	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Z celkového počtu odpovědělo 61 respondentů (100%). 6 (9,8%) respondentů pracovalo jako hlavní sestra nebo náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, 55 (90,2%) respondentů ve funkci vrchní sestra.

Tabulka 29 Typ lůžek

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	AK	41	67,2	67,2	67,2
	CH	14	23,0	23,0	90,2
	AK, CH	6	9,8	9,8	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

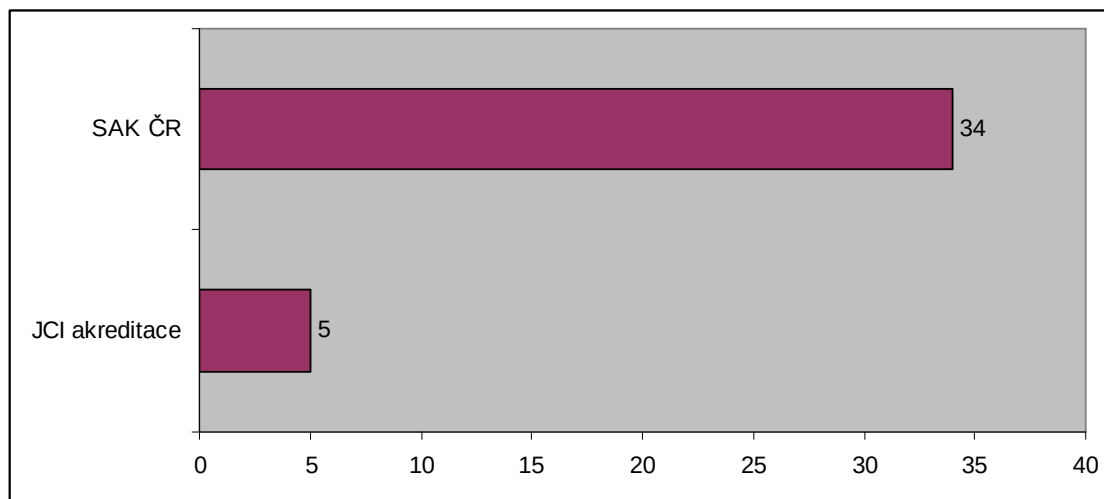
61 respondentů (100%), kteří odpovídali na otázku, na jakém pracovišti pracují, odpovědělo, 41 respondentů (67,2%) pracuje na akutních lůžkách, 14 (23%) respondentů na chronických lůžkách, 6 respondentů (9,8%) pracovalo s oběma typy lůžek (hlavní sestry).

Tabulka 30 Akreditace

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Ano	39	63,9	63,9	63,9
	Ne	3	4,9	4,9	68,9
	Připrav.	19	31,1	31,1	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Odpovědělo 61 respondentů (100%). 39 dotázaných (63,9%) pracovalo v zařízení s akreditací, 3 respondenti (4,9%) uvedli, že akreditovaní nejsou, 19 (31,1%) respondentů pracovalo v nemocnici, která se připravuje na národní akreditaci

Graf 23 Druh akreditace



Celkem pracovalo na akreditovaných pracovištích 39 respondentů. 34 respondentů bylo na pracovištích akreditovaných SAK ČR, 5 respondentů mezinárodní JCI akreditaci.

Tabulka 31 Standardy ošetrovateľskej péče

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Ano	61	100,0	100,0	100,0

Všichni respondenti, 61 respondentů (100%), používalo standardy ošetrovateľskej péče.

Tabulka 32 Využití vlastních standardů

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Ano	29	47,5	47,5	47,5
		28	45,9	45,9	93,4
	Ne				
	Jiné	4	6,6	6,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 61 respondentů (100%). Vlastní standard na jednotlivých odděleních používalo 29 respondentů (47,5%), 28 (45,9%) je nepoužívalo a 4 respondenti (6,6%) uvedli, že je v zařízení používá pouze některé oddělení.

Tabulka 33 Poskytování péče systémem ošetrovatelského procesu

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Ano	51	83,6	83,6	83,6
	Částeč.	10	16,4	16,4	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

61 respondentů (100%) odpovědělo, že má zkušenost s ošetrovatelským procesem. Systémem ošetrovatelského procesu pracovalo 51 respondentů (83,6%), částečně 10 respondentů (16,4%)

Tabulka 34 Časové rozmezí odebrání ošetrovatelské anamnézy

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Do 2h.	41	67,2	67,2	67,2
	Do 12h.	9	14,8	14,8	82,0
	Do 24h	10	16,4	16,4	98,4
	Do 48h	1	1,6	1,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Na otázku, kdy je odebírána ošetrovatelská anamnéza, celkem odpovědělo 61 respondentů (100%). Ošetrovatelskou anamnézu do 2 hodin po příjmu klienta provádí 41 respondentů (67,2%), do 12 hodin po příjmu 9 respondentů (14,8%), do 24 hodin 10 respondentů (16,4%), 1 respondent (1,6%) odebírá anamnézu do 48hodin.

Tabulka 35 Systém ošetrovateľskej péče

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Primární.	1	1,6	1,6	1,6
	Skupinov.	54	88,5	88,5	90,2
	Funkční.	6	9,8	9,8	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

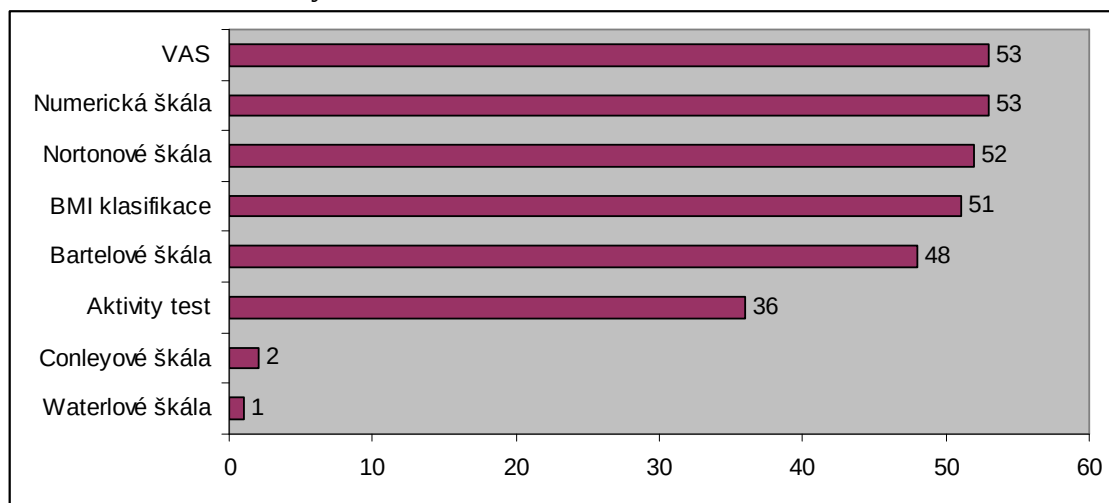
Jaký systém ošetrovateľskej péče respondenti využívajú, odpovedalo 61 respondentů (100%). Primární systém ošetrovateľskej péče označil 1 respondent (1,6%) , skupinovou péči označilo 54 respondentů (88,5%), Funkční systém péče 6 respondentů (9,8%)

Tabulka 36 Hodnotící škály ve standardech

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Ano	53	86,9	86,9	86,9
	Doporuč.	7	11,5	11,5	98,4
	Budou	1	1,6	1,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

K otázce hodnotících škál ve standardech se vyjádřilo 61 respondentů (100%). 53 respondentů (86,9%) uvedlo, že hodnotící techniky a škály jsou součástí standardů, 7 respondentů (11,7%) uvedlo, že škála patří pouze k doporučeným materiálům, 1 respondent (1,6%) uvedl, že škály nejsou součástí standardů, ale budou zařazeny v nejbližší době.

Graf 24 Hodnotící škály ve standardech



Z celkového počtu 53 respondentů, kteří uvedli, že hodnotící škály jsou součástí standardů ošetrovatelské péče používalo k hodnocení bolesti škálu VAS a numerickou škálu všech 53 respondentů, Nortonové škálu 52 respondentů, BMI klasifikaci 51 respondentů, Barthelové škálu 48 dotázaných. Aktivita test použilo 36 respondentů, 2 respondenti Conleyové škálu a 1 respondent uvedl Waterlové škálu. respondentů,

Tabulka 37 Opakované používání hodnotících a měřících škál

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Ano	50	82,0	82,0	82,0
	Ne	11	18,0	18,0	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

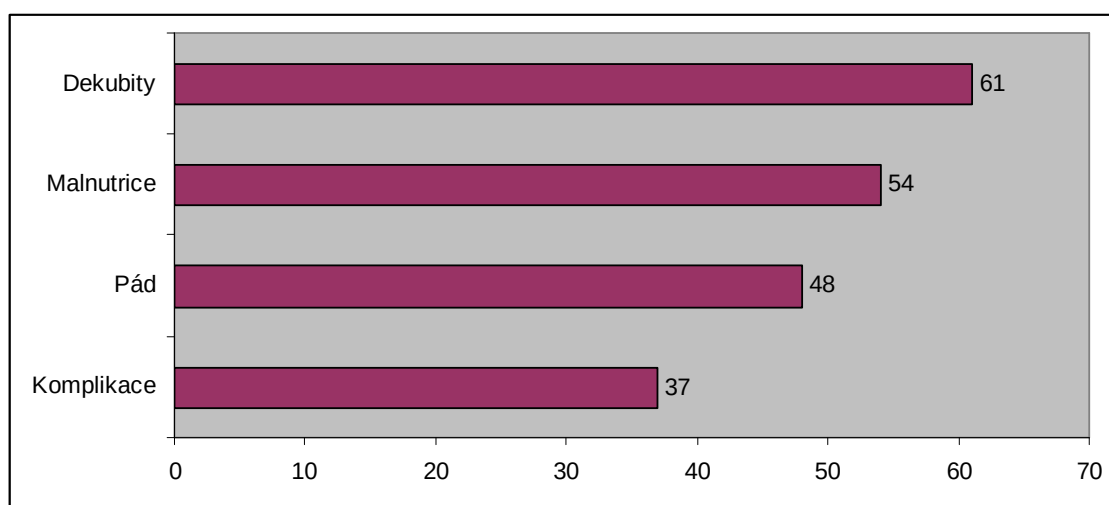
Na otázku opakovaného používání hodnotících škál odpovídalo 61 respondentů (100%). Opakovaně používalo škály k posouzení vývoje klienta stavu 50 respondentů (82%). Pouze k aktuálnímu hodnocení je používalo 11 respondentů (18%).

Tabulka 38 Management rizik součástí ošetrovatelských standardů

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Valid	Ano	46	75,4	75,4	75,4
	Ne	14	23,0	23,0	98,4
	Jiné	1	1,6	1,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

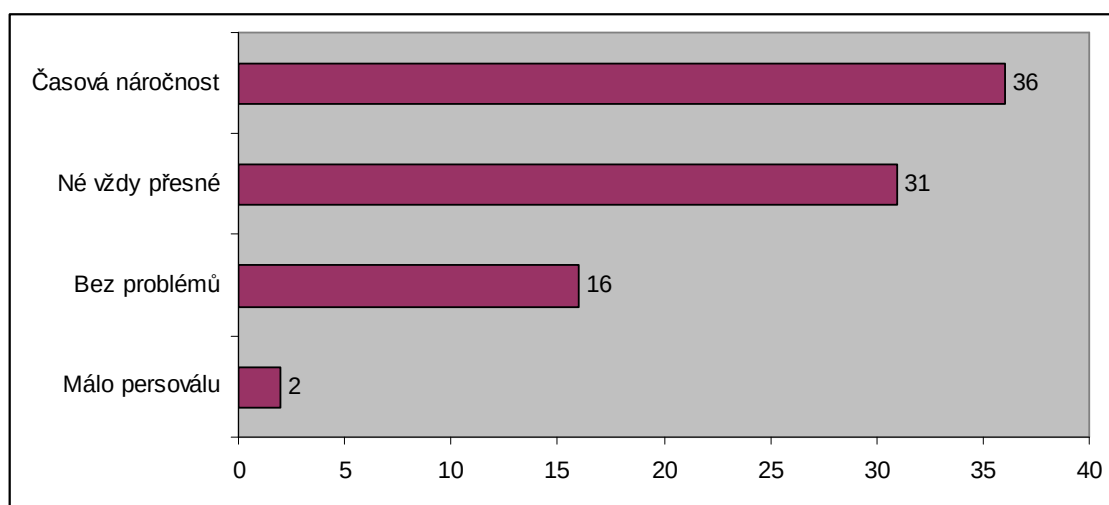
Celkem na otázku o umístění managementu rizik odpovědělo 61 respondentů (100%). 46 respondentů (75,4%) uvedlo, že je management rizik součástí ošetrovatelských standardů, 14 respondentů (23%) potvrdilo, že není součástí standardů, 1 respondent (1,6%) označil jinou variantu. Management rizik je v této nemocnici součástí jiné ústavní dokumentace.

Graf 25 Sledovaná rizika



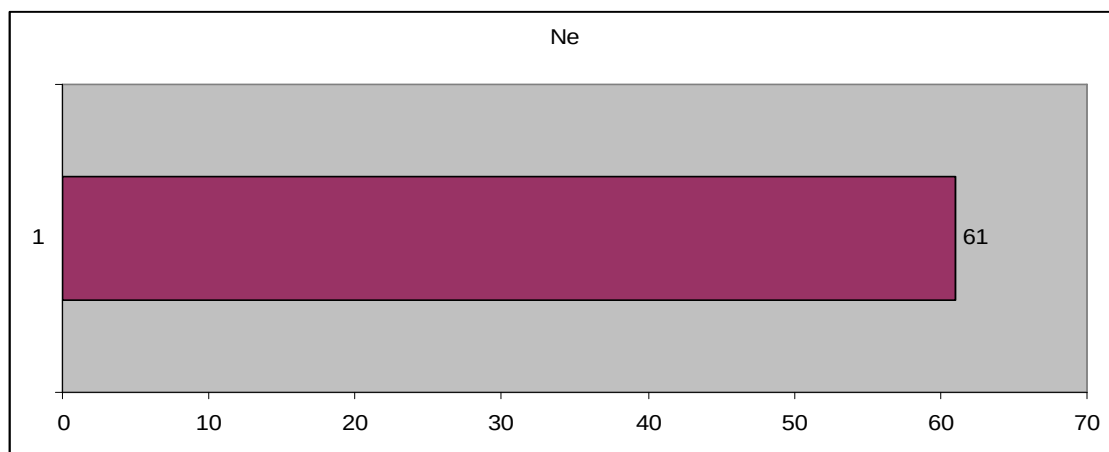
Při otázce na sledování rizik odpovědělo 61 respondentů (100%) a mohli zvolit více možností. Riziko dekubitů sledovalo 61 respondentů. Riziko malnutrice 54 respondentů, pád hodnotilo 48 respondentů. a riziko vzniku komplikací 37 respondentů.

Graf 26 Problém při používání škál



Celkem odpovědělo 61 respondentů (100%). 36 respondentů uvedlo, že problémem je časová náročnost, ne vždy přesné hodnocení uvedlo 31 respondentů. Žádný problém nevidělo 16 respondentů. 2 respondenti viděli problém v nedostatku personálu.

Graf 27 Potřeba další hodnotící škály



Všech 61 respondentů (100%) odpovědělo na otázku o potřebě dalších škál. Ani jeden respondent nevyjádřil potřebu další hodnotící techniky.

5 DISKUSE

K potvrzení či vyvrácení hypotéz byl využit dotazník o 35 otázkách. Mezi první dotazy byly zařazeny otázky týkající se věku a vzdělání jednotlivých dotázaných. Ve věku 19 - 30 let bylo 28,5%. Byla to druhá nejpočetnější skupina respondentů. Nejpočetnější skupinu tvořilo 137, 38,7% respondentů ve věku 31 – 40 let. Ve věku 41 – 50 let bylo celkem 66 dotázaných, 18,6% a nejmenší zastoupení měla skupina sester nad 51 let. Bylo to 50 sester 14,1%. V porovnávacím Chí testu se neprokázala žádná souvislost mezi věkem respondentů a používáním hodnotících škál.

Otázka na pohlaví respondentů nebyla zařazena, protože důležité bylo povolání sestra a pohlaví nebylo rozhodující. Ve druhé otázce (tabulka 2) jsem zjišťovala vzdělání sester. Střední odborné vzdělání mělo nejvíce dotázaných, 145, 41%. Vyšší odborné vzdělání mělo 41 sester, 11,6% a PSS 113 sester 31,9%. Tento počet sester jasně ukazuje na oblíbenost specializačního studia. Vysokoškolského bakalářského studia dosáhlo 43 sester 12,1% a magisterské studium dokončilo 12, 3, 4% sester. V Chí testu se nepotvrdila souvislost mezi vzděláním sester a používáním hodnotících a měřících škál.

Ve třetí otázce odpovídaly sestry, zda pracují na akutních chirurgických nebo interních odděleních, nebo na lůžkách dlouhodobé péče. K akutním lůžkům se hlásilo 248 sester, 70,1% a na dlouhodobých 106 sester, 29,9%.

Čtvrtá otázka odhalila, že 220 sester 62,1% pracovalo na akreditovaném pracovišti. Akreditaci nezískalo 130 sester 36,7%. Zda je nemocnice akreditovaná, nevěděly 4 sestry 1,1%. Nejvíce respondentů bylo z pracovišť akreditovaných Státní akreditační komisí, 18 respondentů pracovalo v nemocnici, která získala mezinárodní akreditaci JCI. Chí test nepotvrdil souvislost mezi akreditací nemocnic a používáním škál. V kontrolním dotazníku pro sestry managerky odpovědělo 63,9%, že pracují v akreditované nemocnici, což procentuelně přibližně odpovídá sesterskému dotazníku. Akreditaci nepotvrdilo nebo se na ni připravuje 36% nemocnic. I tento údaj se shoduje se sesterským dotazníkem.

Standardy ošetrovateľskej péče používali všetci respondenti v sesterskom i manažerskom dotazníku a ošetrovateľský proces využíval rovnaký počet respondentů. Stejných výsledků v používání ošetrovateľského procesu a hodnotení stavu klientů dosáhla ve své práci: „Realizace ošetrovateľského procesu v ČR“ Bubníková, H. a Tóthová, V.(5), které zpracovaly ještě mnohem rozsáhlejší soubor respondentů a potvrdily pozitivní výsledek realizace ošetrovateľského procesu v České republice. Zároveň jejich výsledky prokázaly, že se sestry věnují hodnotení klientů a následné saturaci potřeb. Statistická analýza výsledků prokázala, že sestry uspokojují především fyzické potřeby, kdežto psychické a sociální jsou odsouvány do pozadí. Tento výsledek koresponduje i s mým šetřením v hodnotení klientů pomocí škál. Jak bude předloženo později, používají se nejvíce škály hodnotící fyzické potřeby, ale škály hodnotící psychiku nebo sociální potřeby ustupují do pozadí.

Zajímavé byly odpovědi na otázku, ve které fázi procesu sestry nejvíce používají hodnotící a měřící škály. Podle předpokladu 273 sester odpovědělo, že škály využívá ve fázi posuzování a 229 respondentů odpovědělo, že škály využívají ve fázi hodnotení. Tato skutečnost vypovídá o správné technice hodnotení škálami. Fáze posuzování a fáze hodnotení jsou dvě rozhodující fáze procesu, kdy hodnotíme počáteční stav klienta a jeho potřeby, stejně jako závěrečná fáze, kdy vyhodnocujeme změny ve stavu klientových potřeb. Odpovědi na tuto otázku dokazují, že hodnotící techniky jsou jedním z objektivních kritérií saturace klientových potřeb.

Skupinová ošetrovateľská péče o klienty je nejrozšířenější systém práce v jednotlivých nemocnicích. Souhlas s ním vyjádřilo 297 sester (83,9%). V kontrolní manažerské skupině to bylo 88,5%, Funkčním systémem pracuje 40 sester (11,3%), Stejný systém potvrdilo i 9,8% sester managerek. Systém primární sestry není v našich nemocnicích příliš rozšířen. Sestry uvádí 17%, managerky 1,6%. V těchto údajích se názor poněkud rozchází. Musím připustit, že některé konfrontace otázek mohou být ovlivněny skutečností, že v rámci zachování anonymity respondentů nebylo vždy možné zkontrolovat, zda jsou dotazníky od sester managerek ze stejného oddělení jako sester u lůžka. Odpovědi přicházely odděleně a počty dotazníků z jednotlivých oddělení nebyly vždy početně vyrovnané.

Další dvě otázky směřované na sestry se týkaly odebírání ošetrovatelské anamnézy. 351 (99,2%) sester odebíralo anamnézu. Do 2 hodin po příjmu klienta ji odebíralo 265 (74,9%) sester. I tato skutečnost vypovídá o tom, jak brzy se sestry snaží zjistit klientův stav a nastavit správné sesterské intervence, postihující jeho potřeby. Do 12 hodin od příjmu odebírá anamnézu 58 (16,4%) sester a 31 (8,8%) do 24 hodin po příjmu.

Hodnotící škály používalo celkem 352 (99,4%) sester. 2 sestry v této otázce uvedly, že škály nepoužívají, ale v dalších otázkách připustily, že používají některou z uvedených škál. Respektovala jsem jejich nepřesné vyjádření zaviněné pravděpodobnou nepozorností při práci s dotazníkem. Následující otázky byly vyplněny, proto jsem dotazníky nevyřadila. Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské anamnézy používalo 321 (90,7%) sester a doporučené je mělo 26 (7,3%) sester. Tak velké procento souhlasných odpovědí opět vypovídá o prospěšnosti a objektivitě škál, o jejich výpovědní hodnotě při hodnocení klientů.

O důležitosti škál vypovídají i odpovědi na následující otázku, kde jsem zjistila, že 278 sester (78,5%) používalo škály jako součást ošetrovatelských standardů, 65 sester (18,4%) pouze jako součást ošetrovatelské anamnézy. Doporučeným materiálem byly pro 9, 2,5% sester. Kontrolní skupina sester managementu 86,9% uvedla, že škály jsou součástí standardů, 11,5% je označilo za doporučený materiál. Při porovnání odpovědí na tuto otázku, zda má umístění škál ve standardech souvislost s používáním škál, nevyhodnotil Chí test přímou závislost.

Přínos pro klienty v používání technik a škál vidělo 322 sester, celých 91%. V testování škálami však viděly sestry i přínos pro svoji práci. 344 sester vidělo přínos ve zkvalitnění poskytované péče, 326 v objektivním zhodnocení stavu klienta, 254 v odbornějším přístupu sestry ke klientovi. Tyto nejpočetnější názory sester opět korespondují se stanovenou H1. Sestry zde vyjádřily i názor, že používání škál je přínosem při sledování a odhalování rizik, včetně sledování vývoje stavu klientových potřeb. Tento názor podporuje H2.

Stejně jako klady hodnotily sestry i problémy při používání škál. Téměř polovina, 162 sester, neměla žádný problém s používáním škál. Je zajímavé, že 107

sestrám vadila nespolupráce klienta, 67 obtížná komunikace s klientem a 15 sester uvedlo, že škály nejsou vždy přesné. Tento počet sester pracoval jistě rutině se škálami, ale používaly škály, které odpovídaly dané problematice klienta. Právě nespolupráce klienta bývá důvodem jeho testování a hodnocení pomocí škál, abychom mohly ohodnotit stav jeho potřeb. Možná je příčinou právě hodnocení předem určenou škálou, která není pro klientův stav vhodná, nebo rutinní přístup bez další návaznosti. Časová náročnost vadila 82 sestrám a jako zbytečné je vidělo 7 sester.

Přínosné byly také odpovědi na otázky, zda jsou škály využívány a prováděny i jinými členy ošetrovatelského týmu. 235 sester (66,5%) potvrdilo, že hodnocení využívají i jiní členové týmu a 163 sester (46%), že ho provádějí i jiní členové týmu kromě sester. Nejpočetnější skupinou těch, kteří využívají hodnocení škálami, byli lékaři, 192 respondentů, dále nutriční terapeut, fyzioterapeut a ergoterapeut, management nemocnic, studenti a sociální sestry. Naopak nejvíce testování prováděl nutriční terapeut a fyzioterapeut, společně se studenty. Toto zjištění se dalo předpokládat, protože hodnocení pomocí škál patří do jejich kompetencí. Lékař prováděl testování pouze ve 27 dotaznících. Využití a hodnocení škálami ordinoval lékař u 191 respondentů a 163 sester tuto skutečnost popřelo. Vysvětlením je zakotvení škál do standardů ošetrovatelské péče a do dokumentace. Tato skutečnost se potvrdila alternativní hypotézou v Chí testu, že umístění škál do standardu a testování jinými členy zdravotnického týmu, stejně jako ordinování škál lékařem, je na sobě závislé. Stejného výsledku bylo dosaženo i u otázky na opakované používání hodnotících škál při sledování vývoje klientova stavu. 287 sester odpovědělo, že hodnotí pomocí škál opakovaně. Prokázala se závislost na umístění škál. Pro upřesnění, opakované hodnocení klientů prováděla většina - 156 respondentů podle potřeby, 84 denně, ostatní týdně nebo měsíčně. Stejně jako samotné hodnocení klientů se ukazuje důležitost správného vedení ošetrovatelské dokumentace a záznamů do zdravotnické dokumentace klientů (64). Možnost zpětného ověření a porovnání výsledků, spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu při využití společné dokumentace. Vedení dokumentace se tak stává plnohodnotnou součástí práce. K těmto závěrům došly i autorky průzkumného

grantu: „Vedení ošetrovatelské dokumentace v České republice. Kotasková, L. a Tóthová V. (22).

Jednou z prvních otázek, která byla zaměřena na používání konkrétních škál, se zaměřila na hodnocení bolesti. Bolest monitorovalo 339 respondentů 95,8%. Tento údaj svědčí o tom, jak je tato problematika důležitá. K hodnocení bolesti používalo 206 sester, stupnici VAS, v oblibě byla i numerická škála, pomocí které hodnotilo 82 respondentů, a slovní škála, 51 sester. Také kontrolní manažerský soubor sester potvrdil užívání těchto škál. Chronickou bolest hodnotily 304 sestry stejně jako bolest akutní. Pouze 14 sester používalo Graf bolesti a 4 kalendář bolesti. Hodnocení chronické bolesti stejnými škálami není zcela objektivní, protože dostatečně nepostihuje problémy klientů a nehodnotí další příznaky bolestivého chování. Škála hodnotící komplexní projevy bolesti není na nemocničních odděleních rozšířena. Příkladem takové specifické škály by mohlo být hodnocení podle Škály bolestivého chování (24, příloha 8). Ani jedna z uvedených škál nepostihuje dostatečně hodnocení bolesti u dementních nemocných. Právě u těchto nemocných, kteří mají změněnou psychiku, velice záleží na okolí, jak dokáže vnímat signály a projevy nemocných. Testování je jednou z možností, jak rozpoznat problém. Ve stavu pokročilé demence není pacient zpravidla schopen verbálně komunikovat a ani nám nerozumí. Musíme se spoléhat na nonverbální projevy a umět je správně hodnotit, protože i u těchto klientů můžeme výrazně zvýšit kvalitu života odstraněním nebo zmírněním bolesti (10). Škálu MOBID neuvedl ani jediný respondent, přestože tato škála dokáže postihnout bolestivé chování pacientů. Hodnocení psychického stavu nechávají sestry na odborném posouzení psychiatrem a maximálně doporučí provedení tohoto vyšetření. Ještě se nedostalo do povědomí sester, že do celostního hodnocení nemocných patří i oblast psychiky, a je proto odsouvána do pozadí. „Pokud je pacient divný, voláme psychiatrické konzilium.“(citace z dotazníku sester). Psychiatrické vyšetření jistě adekvátně zhodnotí psychický stav nemocného, ale hodnocení například právě bolestivých projevů pacienta během ošetrovatelských výkonů, nemůže zastoupit. Tady je odborný a informovaný pohled sestry nenahraditelný. Vyhodnocování a zaznamenávání bolesti u těchto nemocných rozhodně zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče, zkvalitňuje validitu ošetrovatelských záznamů,

zlepšuje spolupráci s rodinou klientů a tím i předchází stížnostem. To platí pro hodnocení klientů všeobecně a netýká se jen hodnocení bolesti.

Psychický stav klientů nehodnotí celých 72,9% dotázaných respondentů. Pouze 96 sester, 27,1% využívá hodnotící škály. Jak již bylo předesláno, sestry se více zaměřují na fyzické potřeby klientů, než na psychické. Stejný výsledek šetření byl u škál hodnotících míru demence. Tady se škálami pracovalo pouze 21 sester. Ostatní stav nehodnotily, případně žádaly pomoc specialisty. Psychický stav byl testován: Hodnocením psychického zdraví, Mini – mentalem, Gajdovou a Hachinského škálou. Deprese pak Škálou deprese a Beckovou škálou. Depresi u klientů nehodnotí 94,1% sester. Naopak stav vědomí pomocí Glasgowského hodnocení je schopno posoudit 300 respondentů 84,7% ze všech 354 dotázaných. Tuto stupnici také označilo 217 respondentů jako škálu, kterou ordinuje lékař k hodnocení stavu nemocných.

V hodnocení soběstačnosti je nejpoužívanější škálou stupnice Barthelové. Využívá ji 267 sester z 331. Ostatní využívají Funkční míru nezávislosti, Test aktivity a Test ošetrovatelské zátěže. Barthelové test je oblíbený i u hodnocení rizika pádu a dekubitů. Řada sester ji používá jako univerzální škálu pro hodnocení všech problémů, kde se nějak uplatňuje mobilita klientů. Hodnocení aktivit denního života je důležité pro vyjádření náročnosti práce pečovatele, hlavně u nemocných s psychickou alterací, kde je společně s hodnocením stavu psychiky neocenitelným pomocníkem (29).

Management rizik patří do standardů u 244 respondentů. V této oblasti se týká využití hodnotících škál u mimořádných událostí, při kterých dojde u pádu pacienta, vzniku dekubitů či malnutrice. Preventivní opatření, které sestry podnikají, aby k těmto rizikům nedošlo, se musí opírat o validní údaje hodnotící stav klientů. I sestry samotné 278 považují tento management za prospěšný pro svoji práci, 245 pro klienty, 162 pro statistické údaje i TOP management nemocnice - 135 sester. Je myslím dobrou vizitkou pro české ošetrovatelství, že všech 354 dotázaných sester hodnotí riziko vzniku dekubitů, 285 sester riziko pádu a 260 riziko malnutrice.

Riziko pádu sledovalo celkem 285 sester, ale hodnotící škály sledující tato rizika používalo pouze 219 sester. 66 jich hodnotilo rizikové faktory vyplývající z ošetrovatelské anamnézy. Test aktivity používalo 78 sester a Barthelové test 62 sester,

jak je vidět v tabulce 26 a grafu 18. Testy, které byly sestaveny k objektivizaci rizik pádu jako Gaitův, Morse test a Conleyové škálu, využívalo jen malé množství sester. Pády klientů jsou problémem mnoha nemocnic a patří mezi kriteria, podle kterých se hodnotí kvalita péče. Preventivní opatření řeší i D. Jurásková ve své práci, Prevence pádů. Kromě hodnocení vnějších a vnitřních faktorů ovlivňujících pády v zařízeních přikládá autorka důraz na hodnocení stavu nemocného. V roce 2006 modifikovala škálu Conleyové, která poskytuje celostní hodnocení stavu klienta. Hodnotí fyzický i psychický stav klienta, přináší anamnestické údaje o pádech, užívání léků, problémy s močením, hodnotí kognitivní funkce. Monitorace všech těchto oblastí společně s účinnou prevencí a důsledným sledováním všech ovlivňujících faktorů, vnějších, přicházejících z okolního prostředí, i vnitřních, můžeme odhalit riziko a pomoci naplánovat příslušná opatření. Statistické hodnocení Chí testem neukázalo závislost mezi zařazením managementu rizik do standardů a sledováním pádů klientů.

Riziko dekubitů (tabulka 27) hodnotí všichni oslovení respondenti. Graf 19 znázorňuje naprosté vítězství škály Nortonové, kterou k hodnocení dekubitů využívá 323 sester. 19 sester hodnotilo pomocí Waterlové škály a využit byl překvapivě i test Barthelové. K hodnocení dalších rizik používaly sestry Ramseyovu škálu k hodnocení sedace po operačních zákrocích, nutriční screening a test vývoje soběstačnosti.

Evropský poradní panel pro dekubity vypracoval doporučené postupy, které se týkají prevence, léčby a výživy pacientů s dekubity. Prevence se zaměřuje hlavně na hodnocení rizika vzniku dekubitů, udržení a zlepšení tolerance kůže vůči tlaku a vnějších mechanických sil. Doporučená léčba zahrnuje hodnocení dekubitů, zmírnění tlaku, využívání kompenzačních pomůcek a vlastní ošetrovatelskou péči a ránu. Výživu pokládá za jeden z faktorů, který významně ovlivňuje vznik dekubitů. Výskyt dekubitů je vnímán jako indikátor kvality poskytované péče. Tento fakt se dostává do povědomí lidí a stává se proto velice často příčinou žalob zdravotnických zařízení v USA i v Evropě. Je důležité, abychom se na tento fakt připravili a nastavili dokumentaci a práci s klienty a jejich rodinami tak, abychom snížili riziko na minimum (65).

Tabulka 28 představuje hodnocení rizika malnutrice, které je opět jedním z nejsledovanějších parametrů. Podle výsledků šetření se na hodnocení nutričního

rizika podílejí nutriční terapeuti, 70 respondentů, společně se sestrami, 260 respondentů. Nejpoužívanější škálou v této oblasti je BMI klasifikace, kterou používalo 185 respondentů z počtu 260 hodnotících malnutrici. Používán byl také Nottinghamský dotazník a Mini- nutritional. Hodnocení stavu výživy se zařazuje ke sledovaným parametrem, protože výživa se stává součástí léčby. I kontrolní soubor sester managerek hodnotil malnutrici a BMI klasifikace byla zařazena do standardů.

Odborné studie dokazují, že při objektivním posouzení stavu výživy nelze vycházet pouze z hodnocení BMI, ale je potřeba posoudit také antropometrická měření a laboratorní výsledky společně s nutriční anamnézou. Hodnocení nutričními škálami je náročné a prokáže-li zkrácená forma škály patologii, mělo by být hodnocení klienta komplexní (55).

V závěrečné otázce testu byl zařazen dotaz na chybějící škály. Zde souhlasně s kontrolní skupinou odpověděly sestry, že jim žádné škály nechybí, že žádnou nepostrádají. Pouze 2 sestry postrádaly škály, které by hodnotily sociální problematiku klientů. Z odpovědí sester vyplývá, že škály, se kterými pracují, považují za dostatečné. Možnost výběru z dalších škál, by mohla změnit jejich názor i přístup u problematice testování.

6 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zjistit, jakou měrou jsou využívány hodnotící techniky v rámci ošetrovatelského procesu v praxi. Také které techniky jsou využívány a proč, které stojí v pozadí zájmu sester při hodnocení stavu klientových potřeb.

Závěrem bych shrnula, že cíl práce byl splněn. Podařilo se, sice orientačně, ale přesto zmapovat na vzorku 354 sester České republiky používání hodnotících technik. Pro výzkumné šetření jsem stanovila celkem tři hypotézy.

H1 Hodnotící techniky jsou objektivním kriteriem k saturaci K/P potřeb v průběhu celého kvalitně prováděného ošetrovatelského procesu. Tato hypotéza se potvrdila, protože v rámci ošetrovatelského procesu jsou škály běžně používány ve fázi posuzování i fázi hodnocení. Z těchto hodnocení pak vychází stanovení ošetrovatelských diagnóz a následných intervencí. Dalším důkazem pro potvrzení hypotézy je zakotvení hodnotících škál do standardů ošetrovatelské péče. O aktivním využívání hodnotících technik svědčí i využívání škál dalšími členy zdravotnického týmu a ordinace hodnocení pomocí škál lékaři. Rozmanitost jednotlivých technik dává možnost vybrat takovou škálu, která dokáže odhalit klientovy potřeby.

H2 V managementu rizik využívají sestry výsledky hodnotících technik pro plánování strategie kvalitní péče. Tato hypotéza se jednoznačně potvrdila, protože škály hodnotící rizika vzniku dekubitů používalo plných 354 (100%) respondentů. Hodnocení výživy, které je v úzkém kontaktu s prevencí dekubitů, se věnovalo 330 respondentů (hodnotila sestra nebo nutriční terapeut). Riziko pádů sledovalo 80% respondentů. Sledování kvality péče a management rizik přispívá k provádění preventivních opatření vzniku komplikací.

H3 Hodnotící techniky nejsou aktivně využívány pro stanovení efektivních intervencí během ošetrovatelského procesu. V H3 se potvrdilo, že v České republice je několik plošně využívaných škál, jako je škála Nortonové, Barthelové test, Glasgowská škála, BMI klasifikace, hodnocení VAS a numerická škála. Tyto hodnotící testy jsou převážně zakotveny ve standardech ošetrovatelské péče, a proto i tolik využívány. Techniky, které jsou pouze doporučenou metodou hodnocení, jsou využívány podle potřeby sester. Tady je v používání těchto škál značná rezerva. Sestry samy aktivně

nevyhledávají nové hodnotící škály, aby podle rozdílností mohly hodnotit stav potřeb klientů. Potvrzením této skutečnosti je i to, že psychický stavu klientů hodnotí pouze 27,1% sester a míru deprese 21%. Tady mají sestry rezervy, stejně jako u hodnocení bolesti a jejích specifických projevů.

Výsledky této práce bych použila hlavně pro sestry managerky, protože se během šetření ukázalo, že sestry pracující se škálami mají pocit další administrativní činnosti, která je vzdaluje od pacientů. Bude záležet hlavně na manažerkách, jak vysvětlí nutnost a prospěšnost této činnosti, která naopak přivede sestru blíž k nemocnému a umožní jí klienta lépe poznat. Dá jí prostor projevit zájem o klienta a navázat vztah vzájemné důvěry. Sestra by měla mít možnost zvolit škálu podle aktuální potřeby a měla by jí umět použít. Vědět, jak se ptát, jak hodnotit a vést kvalitní záznamy. Také musí cítit podporu pro svou práci a vidět společný cíl.

Seminář, uspořádaný v rámci jednotlivých nemocnic, nebo stáž na jiném pracovišti umožní poznat nové metody i pracovní postupy. Fungující pracovní kolektiv s dobrými výsledky v ošetrovatelské péči, který pracuje s novými poznatky a využívá zajímavé metody, je nejlepším argumentem, proč to nezkusit také tak.

Výsledky šetření by se daly využít i v přípravě studentů. Zařazení hodnocení nemocných pomocí hodnotících a měřících škál do studijních osnov by pomohlo v rozšíření škál v praxi. Mladá generace sester by byla připravena a měla zkušenosti s jejich praktickým využitím.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
2. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vydání, Martin: Osveta, 2009. 142 s. ISBN 978-80-8063-306-6
3. BÁRTLOVÁ, S. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO 2005, 146 s. ISBN 80-7013-416-X
4. BREIVIK, H., CAMPBELL, W., ECCLESTON, CH. *Clinical Pain Management Practical Application and Procedures*. 1. vyd. London: Arnold, 2003. 632 s. ISBN 0-340-80995-7
5. BUBNÍKOVÁ, H., TÓTHOVÁ, V. *Realizace ošetrovatelského procesu v ČR*, Sborník, II. Příbramské ošetrovatelské dny , konference s mezinárodní účastí, Oblastní nemocnice, a.s. Příbram 29. – 30. 3. 2007, s.26 - 31
6. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. 206s. ISBN 80-8063-227 -8
7. GROHAR - MURRAY, M.E., Di CROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd., Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80- 247-0267-3
8. HALTER, J. B. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 6. vyd., New York: Mc Graw Hill Medical, 2009. 1634 s. ISBN 978- 0- 07- 148872- 3
9. HOLMEROVÁ, I., a kol. *Bolest – podceňovaný problém v péči o pacienty s demencí*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica 2009, č. 7 (1), s.31 – 35, ISSN 1214 - 0732
10. HOLMEROVÁ, I., a kol. *MOBID-2 – Praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica 2009, č. 7 (2), s.79 – 81, ISSN 1214 - 0732
11. JEŘÁBEK, J. *Závratě a poruchy rovnováhy ve stáří*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-059-2

12. JOINT COMMISSION RESOURCES *Prevence pádů ve zdravotnictví, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9
13. JU v Č. Budějovicích ZSF *Tematické kurzy celoživotního vzdělávání pro profesi všeobecná sestra*, 1. vyd., JU Č. Budějovice ZSF, 2008, 175 s. Reg. číslo: CZ.04.1.03/3.2.15.2/0205
14. JURÁŠKOVÁ, B., et. al.: *Poruchy výživy ve stáří*. (cit. 5.11.2009) dostupné na: <http://www.medicina.pro.praxi.cz>
15. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V., TOMÁNKOVÁ, D.: *Ošetrovatelství - učební text pro střední zdravotní školy 2. část*, Uherské Hradiště: Print, 1999, 236s.
16. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978- 80-247-1830-9
17. KALVACH, Z., A KOL.: *Geriatie a gerontologie*. 1. vydání, Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
18. KILÍKOVÁ, M., *Kvalita vedenia ošetrovateľskej dokumentácie v praxi*. Kontakt. JU v Č. Budějovicích, ZSF: 2009, č. 1, s. 232- 238. ISSN 1212-4117
19. KOHOUT, P. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Maxdorf, 2004. 35 s. ISBN 80-7345-030-5
20. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.
21. KOLEKTIV AUTORŮ *Vše o bolesti, příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4
22. KOTASKOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. *Vedení ošetrovateľské dokumentace v ČR*. Časopis Florence, Praha: Galén, č. 10, ročník III., 10/2007, str. 425-6, ISSN 1801-464X
23. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovatelstvo I, II*, Martin: Osveta, 1995, 1474s. ISBN 80-217-0528-0
24. KNOTEK, P., ŽALSKÝ, P. *Škála bolestivého chování*. Ami report, Brno: Ami studio, roč. 2002/ 2, s. 120 – 122, ISSN 1211 - 3530

25. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004. 112 s. ISBN 80-8063-160-3
26. KRAJČÍK, Š., *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrici*. Bratislava: Charit, 2008. 192 s. ISBN 978- 80- 88743-72-9
27. LIPPERTOVÁ- GRUBEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vydání, Praha: Galen, 2005, 350 s. ISBN 80- 7262- 317- 6
28. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D.: *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi oš. procesu*, 2. vyd. Ostrava: ZSF OU 2005. 86s. ISBN 80-7268 -058-0
29. MARTÍNEK, P., BARTOŠ, A., *Aktivity denního života pacientů s alzheimerovou nemocí očima jejich pečovateli*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica 2008, 6(3), s.186 – 192, ISSN 1214 – 0732
30. MASTILIAKOVÁ,D.: *Úvod do oboru ošetrovatelství 1. Systémový přístup. Učební text pro vysokoškolské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum UK 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
31. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I. aktualizované a doplnené vydání*. Praha: GRADA, 2006. 348 s. ISBN: 80-247-1442-6
32. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II. aktualizované a doplnené vydání*. Praha: GRADA, 2006. 171 s. ISBN: 80-247-1443-4
33. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1150-8
34. O'CONNOR, M., ARANDA,S., HEŘMANOVÁ, J.,ČAS: *Paliativní péče*, Praha: Grada 2005, 324 s. ISBN 80-247 -1295-4
35. PACOVSKÝ,V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vydání, Praha: Scientia medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8
36. *Pain: a review of threecommonly used pain rating scales* [online]. [cit. 25. 4. 2009]. dostupné na http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4022/is_200503/ai_n13632951/

37. PAVLÍKOVÁ,S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*, Praha: Grada 2006, 150s. ISBN 80-247-1211-3.
38. POKORNÁ, A., *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd., Brno: NCO NZO 2008. 100s. ISBN 978-80-7013-466-5
39. PREISS, M., KUČEROVÁ, H., et al. *Neuropsychologie v Neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 416 s. ISBN 80-247-1460-4
40. PREISS, M., KUČEROVÁ, H., et al. *Neuropsychologie v Psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-7013-399-8
41. PROCHÁZKA, M.: *Komplexní terapie tinnitu, Sborník přednášek Vertigo, tinnitus a Miniérova choroba v ordinaci praktického lékaře*, Praha Nenocnice Na Homolce 2001,str.25
42. REBAN, J., *Montrealský kognitivní test (MoCA): Přínos k diagnostice predemencí*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica 2006, č. 4 (4), s.224 – 229, ISSN 1214 - 0732
43. RIDER, E. J.: *Managing and coordinating nursing care*. RT 89 E 43, 2005. 479 s. ISBN 0-7817-4106-8
44. ŘASOVÁ, K., *Fyzioterapie u neurologicky nemocných*. 1. vyd., Praha: CEROS, 2007, 135 s. ISBN 978-80-239-9300-4
45. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 3 Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: NZO NCO, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-282-5
46. STAŇKOVÁ,M.: *České ošetrovatelství 4 Jak zavádět ošetrovatelský proces*. Brno: NZO NCO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
47. STAŇKOVÁ,M.: *České ošetrovatelství 6 Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NZO NCO, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
48. STAŇKOVÁ, M.,HEŘMANOVÁ,J.,WHO, ČAS, ČSS: *Lemon: učební texty pro sestry a porodní asistentky, Díl 1.ošetrovatelský proces,klinická ošetrovatelská praxe*, Brno: IDVPZ 2001, bez ISBN
49. ŠÁMALOVÁ, M., A KOL. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006, ISBN 80-246-1091-4

50. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1
51. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Především neublížit*. Brno: NCO NZO 2005. 162s. ISBN 80-7013-416-4.
52. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. 199 s. ISBN 978- 80- 2616-8
53. ŠTIKAR, J. A KOL.: *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 135 s. ISBN 978-80-246-1339-0
54. TOPINKOVÁ, E.: *Geriatric pro praxi*. Praha: Galen, 2005. 270 s. ISBN 80-7262- 365-6
55. TOPINKOVÁ, E., *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica 2003, č. 1, s.6 – 11, ISSN 1214 - 0732
56. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J.: *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada 1995. 304 s. ISBN80-7169-099-6
57. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*. Praha: UCB Pharma, s.r.o. 1999. 87 s. ISBN 80-238-4913-1
58. TÓTHOVÁ, V., et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
59. TRACHOVÁ, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: IDVPZ 2001, 186s. ISBN 80-7013-324-4
60. VAŇÁSKOVÁ, E.: *Testování v rehabilitační praxi- cévní mozkové příhody*, Brno: NCO NZO 2004, 65 s. ISBN 80-7013-398-8.
61. VAŠÁTKOVÁ, I.: *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-327-9.
62. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
63. VENGLÁŘOVÁ, M.: *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN -978-80-2170-5

64. VONDRÁČEK,L., WIRTHOVÁ,V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vydání Praha: Grada 2008, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9
65. Česká asociace sester *Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/ klienta a jeho řešení*. Vydáno 1. 10. 2007, (cit. 15. 4. 2010) dostupné na:
http://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Hodnocení stavu klienta

Měřicí a hodnotící škály a techniky

Ošetřovatelský proces

Sestra

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Příloha 2 Dotazník pro sestry ve funkčních místech

Příloha 3 Randalova slovní stupnice

Příloha 4 Stupnice VAS, analogová škála

Příloha 5 Kalendář bolesti

Příloha 6 Průvodce k hodnocení bolesti

Příloha 7 MOBID - 1,2

Příloha 8 ŠBCH

Příloha 9 Glasgow score

Příloha 10 Gaintův test

Příloha 11 Mini Mental (MMSE)

Příloha 12 Test kreslení hodin

Příloha 13 Montrealský test

Příloha 14 Škála deteriorizace pacienta

Příloha 15 Hachinského škála

Příloha 16 Škála deprese podle Sheika

Příloha 17 Barthelové test

Příloha 18 Test aktivity

Příloha 19 Dotazník pro funkční hodnocení FAQ

Příloha 20 Biensteinova škála

Příloha 21 Downes score

Příloha 22 Ramseyova škála

Příloha 23 Mini – Nutricional

Příloha 24 Nottinghamský dotazník

Příloha 25 Klasifikce BMI

Příloha 26 Nortonové škála

Příloha 27 Waterlové škála

Příloha 28 Hodnocení pádu podle Morse

Příloha 29 Gaintův test pádu

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně, kolegové.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který se týká využívání hodnotících a měřících škál.

Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely šetření v rámci mé diplomové práce.

Děkuji za Váš čas strávený nad dotazníkem.

Bc Kubátová Jitka

1. Označte prosím v jaké jste věkové skupině.

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

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední odborné
- b) vyšší odborné
- c) specializační PSS
- d) Bc
- e) Mgr
- f) Phdr.

3. Uveďte prosím typ lůžek zařízení a oddělení, kde pracujete.

(Interní, chirurgické, následná lůžka, akutní, chronická)

.....
.....

4. Získalo zařízení, ve kterém pracujete akreditaci?

- a) ano (jakou?)

.....

- b) ne

5. Používá Vaše zařízení standardy ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) ne

6. Poskytujete ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu?

- a) ano, systém ošetrovatelského procesu využíváme
- b) částečně, provádíme jen některé části (například ošetř. anamnéza)
- c) ne, nepoužíváme

V následující otázce můžete zvolit i více odpovědí.

7. V které fázi ošetrovatelského procesu nejčastěji využíváte k hodnocení měřicí škály a techniky?

- a) fáze posuzování, kdy zjišťujete klientovy potřeby
- b) fáze diagnostiky, když stanovujete ošetrovatelské diagnózy
- c) fáze plánování, při vytváření plánu ošetrovatelské péče
- d) fáze realizace, při realizaci ošetrovatelských intervencí
- e) fáze hodnocení, když posuzujeme výsledná kritéria a splnění cíle

8. Jakým systémem pečujete o pacienty na svém pracovišti?

- a) primární ošetrovatelství – systém primární sestry
- b) skupinová péče – sestra pečuje o skupinu pacientů, skupina se může měnit
- c) funkční systém – sestry si rozdělí výkony a ty provádí u nemocných na celém oddělení

9. Odebíráte při příjmu u nemocného ošetrovatelskou anamnézu?

- a) ano
- b) ne

10. V jakém časovém rozmezí anamnézu obvykle odebíráte?

- a) do 2 hodin po příjmu
- b) do 12 hodin
- c) do 24 hodin
- d) do 48 hodin

11. Používáte ve své práci k hodnocení stavu pacienta hodnotící a měřicí škály či testy (např. stupnici Nortonové, Bartela, Nottinghamský test, Glasgow score.....)

- a) ano
- b) ne

12. Jsou tyto hodnotící škály u Vás na pracovišti součástí ošetrovatelské anamnézy?

- a) ano
- b) ne, ale patří mezi doporučené materiály, které vyhodnocujeme podle stavu nemocného
- c) ne

13. Hodnotící a měřicí techniky jsou u Vás:

- a) součástí pouze vstupní ošetřovatelské anamnézy
- b) jsou zakotveny v ošetřovatelských standardech a používají se průběžně k hodnocení klientova stavu
- c) nejsou součástí ošetřovatelských standardů, ale jsou doporučeným materiálem k lepšímu hodnocení stavu klienta
- d) nemáme, čerpáme z jiných zdrojů (reklamní materiály, časopisy..)

(jaké ?).....

14. Je podle Vás používání hodnotících a měřících technik přínosem pro pacienty?

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

15. V čem vidíte přínos pro svoji práci při využívání hodnotících a měřících škál?

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

16. Jaký vidíte problém nebo překážku při hodnocení pomocí měřících technik?

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

17. Jsou výsledky zjištěné pomocí hodnotících a měřících technik využívány kromě sester i jinými členy zdravotnického týmu?

- a) ne
- b) ano (kým?)

.....

18. Ordinují lékaři měření nebo hodnocení stavu klienta pomocí některé měřicí škály?

- a) ne
- b) ano (uved'te jaké)

.....

19. Jsou hodnocení měřicími technikami prováděna jinými členy zdravotnického týmu?

- a) ne
- b) ano (uved'te kým a jaké)

.....

V následující otázce můžete zvolit i více odpovědí.

20. Používání hodnotících a měřících technik vnímáte jako:

- a) krok k objektivnímu hodnocení stavu pacienta
- b) pomoc k lepšímu odhalení klientových potřeb a stanovení ošetrovatelských intervencí
- c) důležitou pomoc pro sestru jako managerku rizik
- d) důkaz samostatné práce sester, který zvyšuje prestiž sesterského povolání
- e) záporně, protože Vás zdržuje od jiné práce
- f) zbytečnou práci navíc, stačí, když provádíme ordinace lékaře
- e) kladně, ale měl by ho provádět jiný člen zdravotnického týmu
- f) jiné

.....

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

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

.....

- b) ne, používáme je pouze pro první zhodnocení k anamnestickým účelům
- c) ne, používáme je pouze výjimečně

22. Pokud pacient signalizuje akutní bolest, zjišťujete její intenzitu? (vyberte z nabídky nebo doplňte)

- a) ne
- b) ano - škála numerická, slovní, VAS-vizuálně analogová, grafický záznam,

.....

23. Hodnotíte jinou škálou chronickou bolest než bolest akutní?

- a) nehodnotíme bolest
 - b) ne, používáme stejnou škálu jako u akutní bolesti
 - c) ano (jakou?).....
-

24. Provádíte u nemocných hodnocení psychického stavu, pokud zjistíte, že neodpovídá normě?

- a) ne (vyberte z nabídky nebo doplňte)
 - b) ano, využíváme - , Hodnocení psychického zdraví, Mini mental, Hachinského skóre, kresba hodin,
-

25. Používáte k hodnocení psychického stavu klienta stupnici hodnotící míru deprese?

- a) ne
 - b) ano (vyberte nebo doplňte)- Škála deprese, Beckova škála, škála podle Riesberga
-

26. Ke sledování stavu vědomí (hloubky bezvědomí) používáte: (vyberte z nabídky nebo doplňte)

- a) nehodnotíme
 - b) využíváme škálu: (Glasgowská st. - GCS, Bruselské st. komatu, Benešova a Zvěřinova st., Jennetovo hodnocení)
-

27. Hodnocení soběstačnosti a míry závislosti :

- a) nehodnotíme
 - b) používáme : (vyberte nebo doplňte) Barthelův test, test míry nezávislosti, aktivity, funkční hodnocení stavu pacienta, Katzův test, Frenchayský test, testování vývoje soběstačnosti.....
-

28. Patří management rizik mezi Vaše standardy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud souhlasíte s více odpověďmi, zaškrtněte je.

29. Sledování rizik je podle Vašeho názoru:

- a) dobré pro klienty, aby odhalil deficit, který je může ohrozit komplikacemi
- b) dobré pro sestry, protože zlepšuje kvalitu ošetrovatelské péče a předchází možným komplikacím
- c) dobré pro TOP management, aby zjistil slabá místa v péči a nastavil standardy tak, aby se riziko eliminovalo na nejmenší možnou míru
- d) dobré pro získání statistických údajů a umožňuje porovnání jednotlivých zařízení
- e) zbytečnou formalitou, která přináší další administrativní úkony

Pokud souhlasíte s více odpověďmi, zaškrtněte je.

30. Která rizika sleduje na Vašem oddělení?

- a) riziko pádu pacienta
- b) riziko dekubitů
- c) riziko vzniku komplikací (jakých?)

.....

- d) riziko malnutrice

- e) jiné.....

31. Hodnotíte riziko pádu pomocí testu nebo škály? (využíváte hodnotící škálu - napište prosím jakou nebo zaškrtněte)

- a) ne
- b) ano , používáme - Morse, Gaitův test, aktivita – skóre ,

.....

32. Ke sledování rizika dekubitů používáte některou z vypsanych škál nebo jinou? (jakou?)

- a) nehodnotíme
- b) Nortonová, Waterlowa, Bradenové, Shannona, Knolla

.....

33. Podle jakých škál hodnotíte rizika vzniku komplikací?

.....

.....

.....

.....
34. Hodnotíte riziko vzniku malnutrice?

a) ne

b) hodnotí nutriční terapeut (podle jaké škály?)

.....
c) ano – hodnotíme podle: (vyberte nebo doplňte) Nottinghamský dotazník, Mini nutritional, BMI a klasif. obezity

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

.....
.....

Ještě jednou děkuji za spolupráci.

Bc. Jitka Kubátová.

Příloha 2 Dotazník pro sestry managerky

Vážené hlavní a vrchní sestry.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je zaměřený na hodnotící a měřicí techniky.

Cílem práce je zjistit, zda sestry využívají k práci hodnotící a měřicí techniky a jakou měrou. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely šetření v rámci mé diplomové práce.

Děkuji za Váš čas strávený nad dotazníkem.

Bc Kubátová Jitka

1. V jaké funkci pracujete?

- a) náměstkyně ošetrovateľské péče ,(hlavní sestra)
- b) vrchní sestra

2. Uveďte prosím typ lůžek, kde pracujete. (Interní, chirurgické, následná lůžka, akutní, chronická)

.....

3. Získalo zařízení, ve kterém pracujete akreditaci?

- a) ano (jakou a kdy?)

.....

- b) ne

- c) připravujeme se k akreditaci typu:.....chceme o ni požádat v roce.....

4. Používá Vaše zařízení standardy ošetrovateľské péče?

- a) ano

- b) ne

- c) připravujeme je (budou platit od.....)

5. Kromě ošetrovateľského standardu, který je závazný pro celé Vaše zařízení, využívají oddělení vlastní postupy, jejichž součástí jsou specifické hodnotící techniky?

- a) ano (jaké?)

.....

- b) ne

- c) jiné.....

6. Poskytujete ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu?

- a) ano, systém ošetrovatelského procesu využíváme
- b) částečně, provádíme jen některé části (například ošetř. anamnéza,.....)
- c) ne, nepoužíváme

7. V jakém časovém rozmezí obvykle odebíráte ošetrovatelskou anamnézu?

- a) do 2 hodin po příjmu
- b) do 12 hodin
- c) do 24 hodin
- d) do 48 hodin

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

- a) primární ošetrovatelství – systém primární sestry
- b) skupinová péče – sestra pečuje o skupinu pacientů, skupina se může měnit
- c) funkční systém – sestry si rozdělí výkony a ty provádí u nemocných na celém oddělení

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

Například k hodnocení: (prosím zaškrtněte nebo doplňte)

- a) není
- b) **bolesti** – škála numerická, slovní, VAS-vizuálně analogová, grafický záznam,
.....
- c) **kvality psychiky** – Glasgowská st., Bruselské st. komatu, Hodnocení psych. zdraví, Mini mental, Škála deprese
.....
- d) **funkčních schopností** – Barthelův test, test míry nezávislosti, aktivity, funkční hodnocení stavu
.....
- e) **rizik (pádu, dekubitů, malnutrice, komplikací) viz. otázka č. 13**

10. Jsou tyto hodnotící škály u Vás na pracovišti součástí ošetrovatelské anamnézy?

- a) ano
- b) ano, ale patří mezi doporučené materiály, které vyhodnocujeme podle stavu nemocného
- c) ne, ale budou zařazeny
- d) ne

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

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

.....

- b) ne, používáme je pouze k aktuálnímu hodnocení stavu klientů
c) ne, používáme je pouze výjimečně

12. Patří management rizik mezi Vaše ošetrovatelské standardy?

- a) ano
b) ne
c) nevím

V následující otázce můžete zaškrtnout i více odpovědí

13. Která rizika se sledují ve Vašem zařízení?

(Pokud ke sledování využíváte hodnotící škálu, doplňte prosím jakou nebo zaškrtněte v nabídce)

- a) **riziko pádu** - Morse, Gaitův test, aktivita – skóre,

.....

.....

- b) **riziko dekubitů** - Nortonová, Waterlowa, Bradenové, Shannona, Knolla

.....

.....

- c) **riziko malnutrice** – Nottinghamský dotazník, Mini nutritional, BMI a klasif. obezity,

.....

.....

- d) **riziko vzniku komplikací** (napište prosím jakých)

.....

.....

- e) **jiné**.....

.....

14. Jaký vidíte problém nebo překážku při hodnocení pomocí měřících technik?

.....

.....

15. Myslíte si, že by na Vašem oddělení byla využita ještě jiná hodnotící škála?

Jaká?.....
.....

Ještě jednou děkuji za spolupráci.

Bc Jitka Kubátová.

Příloha 3

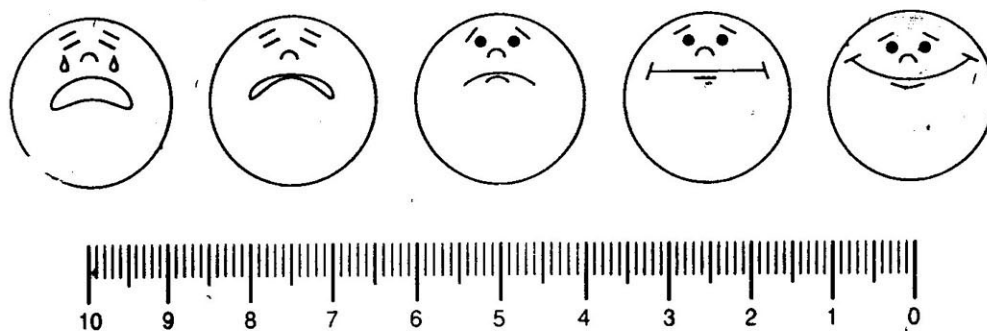
Zkrácená Randalova stupnice – alternativní metoda vyhodnocení bolesti

Stupeň bolesti	Popis	Poznámky
0	BEZ BOLESTI	
1	MÍRNÁ BOLEST	Pacient si je vědom bolesti pouze tehdy, je-li na ni přivedena pozornost
2	OBTĚŽUJÍCÍ BOLEST	Bolest lze tolerovat, ignorovat
3	VYČERPÁVAJÍCÍ BOLEST	Pacient ještě může pokračovat ve své aktivitě
4	S NÁMAHOU TOLEROVATELNÁ BOLEST	Pacient bolest překonává jen s námahou
5	NESNESITELNÁ BOLEST	Pacientu musí být podány léky proti bolesti

Zdroj: (21)

Příloha 4

Vizuálně analogická škála VAS



Zdroj: (12, 47, 59)

Abychom mohli lépe hodnotit Váš zdravotní stav,
dostáváte svůj týdenní kalendář:

[illegible]

Do kalendáře zaznamenejte údaj podle instrukcí lékaře a následujícího návodu:

- 1) 3x denně doleš podle instrukce 0 - 10
- 2) koliké hodín spíte
- 3) co jste schopni - schopna pro sebe udělat
 - * 1 bez omezení
 - * 2 jen malé omezení
 - * 3 jen nejnужnější osobní věci
 - * 4 převážně sedím
 - * 5 jsem převážně na lůžku
- 4) byl - byla jste na stolicí
- 5) bylo Vám nevoľno?
- 6) zvracel - zvracela jste? (počet)
- 7) jakou jste měl - měla náladu
 - * 1 vynikající
 - * 2 docela dobrou
 - * 3 vřadnou
 - * 4 špatnou
 - * 5 na zabití
- 8) chuť k jídlu - - - , + , + , + , + , + , + , +

LÉKY: V. Vendal retard

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

Příští návštěva:

Zdroj: (21)

Příloha 6

Dotazník bolesti - průvodce k hodnocení bolesti



DOTAZNÍK O BOLESTI

Datum:
Pacient: Příjmení:
Jméno:

Jak byste ohodnotil/a svou bolest nyní, v tomto okamžiku?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

žádná maximální

Jak silná byla Vaše nejsilnější bolest během minulých 4 týdnů?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

žádná maximální

Jak silná byla bolest během minulých 4 týdnů v průměru?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

žádná maximální

Zakřížkujte políčko vpravo vedle obrázku, který nejlépe vystihuje průběh Vaší bolesti:



Trvalá bolest s mírnými výkyvy

☐



Trvalá bolest s občasnými záchvaty silné bolesti

☐



Záchvaty silné bolesti, mezi nimi bez bolesti

☐



Časté záchvaty silné bolesti, mezi nimi trvalá bolest

☐

Označte prosím křížkem nebo vystínováním jednu hlavní oblast své bolesti




Vyzařuje Vaše bolest i do jiných částí těla?
ano ☐ ne ☐

Pokud ano, nakreslete prosím šipkou směr, kterým bolest vyzařuje.

Míváte v této označené oblasti pálivé bolesti (jako např. při popálení kopřivou)?

vůbec ne ☐ takřka ne ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Míváte v této označené oblasti pocit brnění nebo šimrání (mravenčení nebo např. jako od elektřiny)?

vůbec ne ☐ takřka ne ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Působí Vám v této označené oblasti bolest lehký pohyblivý dotek na velké ploše (s oblečením, přikrývkou)?

vůbec ne ☐ takřka ne ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Míváte v této označené oblasti Vaší bolesti vystřelující záchvaty silné bolesti, jakoby od elektrického proudu?

vůbec ne ☐ takřka ne ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Je pro Vás chlad nebo teplo (např. voda ve vaně) v této označené oblasti občas bolestivé?

vůbec ne ☐ takřka ne ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Trpíte v této označené oblasti pocitem znecitlivění?

vůbec ne ☐ takřka ne ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

Vyvolává lehký stálý tlak, např. prstem, v této označené oblasti bolest?

vůbec ne ☐ takřka ne ☐ málo ☐ středně ☐ silně ☐ velmi silně ☐

vyplňuje lékař

vůbec ne	takřka ne	málo	středně	silně	velmi silně
× 0 = 0	× 1 =	× 2 =	× 3 =	× 4 =	× 5 =

Celkové skóre **z 35**

R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Tölle, CurrMed Res Opin Vol 22, 2006, 1911–1920
PD-Q – Czech Republic/Czech – Final version – 25 Jun 07 – Mapi Research Institute.
C:\mapi\cuh\pdp\project\4101\akutyl\4101\final_versions\pd-q-czech.doc-25/06/2007

© 2005 Pfizer Pharma GmbH, Pfizerstr. 1, 76139 Karlsruhe, Germany

Příloha 6 - pokračování

Dotazník bolesti - průvodce k hodnocení bolesti

painDETECT

Vyhodnocení dotazníku o bolesti

Datum: Pacient: Příjmení: Jméno:

Prosím запиšte celkové skóre z dotazníku o bolesti:

Celkové skóre

Přičtěte prosím následující čísla podle toho, který příklad průběhu bolesti a vyzařování bolesti byl zakřížkován. Pak vypočítejte konečné skóre:



Trvalá bolest s mírnými výkyvy

0



Trvalá bolest s občasnými záchvaty silné bolesti

-1

pokud byla zakřížkována tato možnost nebo



Záchvaty silné bolesti, mezi nimi bez bolesti

+1

pokud byla zakřížkována tato možnost nebo



Časté záchvaty silné bolesti, mezi nimi trvalá bolest

+1

pokud byla zakřížkována tato možnost



Vyzařující bolest?

+2

pokud bylo uvedeno ano

Konečné skóre

Výsledek screeningu

přítomnosti neuropatické komponenty bolesti

negativní

nejasný

pozitivní

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Neuropatická komponenta bolesti je nepravděpodobná (< 15 %)

Nejednoznačný výsledek, avšak neuropatická komponenta bolesti může být přítomna

Neuropatická komponenta bolesti je pravděpodobná (> 90 %)

Tento dotazník nenahrazuje lékařskou diagnostiku!

Slouží k provádění screeningu přítomnosti neuropatické komponenty bolesti.

MOBID-2 – PRAKTICKÁ ŠKÁLA BOLESTI

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

Zaznamenáte do jednotlivých políček projevy bolesti: zvrky, výraz tváře, obranná gesta.	sténání, křik	bolestivá grimasa	obránné gesto	Intenzita bolesti - odhadněte a zaznamenejte: 0 - žádná bolest, 10 - maximální možná bolest.										
1. postupné otevírání obou dlaní				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. horní končetiny předpažené a oběma dlaněmi postupně k čela				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. flexe a extenze v kolenech a kyčlích				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. otočení v posteli na obě strany				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. posazení se na posteli				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

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

Příloha 8

Škála bolestivého chování

ŠBCH			
..... Jméno	 Příjmení	 Datum narození	 Datum vyšetření
1. MIMIKA BOLESTI (sevřené rty, koutky úst dolů, mhouření očí, svráštělé čelo, plačtivý výraz apod.)			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
2. MOTORIKA BOLESTI (kulhání, polehávání, úlevné naklánění, opírání, tření nebo držení bolestivé části těla, stěh, strnulá poloha apod.)			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
3. PARALINGVÁLNÍ VOKALIZACE (vzdychání, sténání, plačtivá modulace hlasu apod.)			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
4. VERBALIZACE BOLESTI (spontánní preference témat bolesti ve verbálním projevu)			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
PŘEVODNÍ TABULKA HRUBÝCH SKÓRE NA STENY			
Hrubé skóre	Sten	Hrubé skóre	Sten
29 a více	10	11 - 15	5
26 - 28	9	9 - 104	
22 - 25	8	5 - 83	
19 - 21	7	2 - 42	
16 - 18	6	0 - 11	
n = 100 pacientů Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů při Klinice rehabilitace 2. LFUK v Praze (70 žen, 30 mužů). Věk: M = 54,56 roku, SD = 9,63 roku; Trvání bolesti M = 9,64, SD = 11,40 roku.			

PhDr. Petr Knotek, CSc.
Centrum pro léčení bolesti a výzkum bolestivých stavů
při Klinice rehabilitace 2. LF UK a FN Motol

Zdroj: (24)

Příloha 9

Stupnice hloubky bezvědomí

GLASGOWSKÁ STUPNICE HLOUBKY BEZVĚDOMÍ		
GCS (Glasgow Coma Scale)		
1.	otevření očí	
	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	bez reakce	1
2.	slovní odpověď	
	orientovaná	5
	zmatená	4
	nekomunikuje	3
	nesrozumitelné zvuky	2
	žádná odpověď	1
3.	reakce na bolest	
	provede na příkaz pohyb	6
	lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
	úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
	necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
	necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
	nereaguje	1
celkem		
hodnocení:	15 - 13 bodů	lehká porucha vědomí
	12 - 9 bodů	střední porucha vědomí
	8 - 3 body	závažná porucha vědomí
STAŇKOVÁ M. <i>České ošetřovatelství 6 - Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi</i> . Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-323-6.		

Zdroj: (1, 27)

Příloha 10

Zkrácený mentální bodovací test

hodnocení psychického stavu podle Gainda

Zjistěte u klienta otázkami a úkoly:

		Odpověď	
		Správná	Špatná
01.	Věk	1	0
02.	Kolik je asi hodin?	1	0
03.	Adresu?*	1	0
04.	Současný rok?	1	0
05.	Kde je hospitalizovaný?	1	0
06.	Poznání alespoň dvou osob.	1	0
07.	Datum narození?	1	0
08.	Jméno současného presidenta?(rok ukončení II.světové války,...)	1	0
09.	Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1	0
Celkem:			

* CAVE-Pozor! Na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována ,abychom se ujistili,že dobře slyší.

Hodnocení:

Za každou správnou odpověď má klient 1 bod.Nedosáhne-li ani 7 bodů jedná se o zmatenost.

Zdroj: (47)

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Informace pro pacienta:

Nyní vám položím několik otázek a budete řešit některé úkoly. Pokuste se, prosím, odpovídat tak, jak nejlépe dokážete.

1. ORIENTACE

- ☐ Jaký je dnes den?
☐ Kolikátého je dnes?
☐ Který je dnes den v týdnu?
☐ Který je měsíc?
☐ Který je rok?
☐ Které je roční období?
☐ V jaké zemi se nacházíme?
☐ V jakém okrese?
☐ Ve kterém městě?
☐ Jak se jmenuje tato nemocnice?
☐ Ve kterém poschodí jsme?

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, nemocný má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin

2. ZAPAMATOVÁNÍ

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

- ☐ LOPATA
☐ ŠÁTEK
☐ VÁZA

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítáte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova nemocný není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Nyní, prosím, odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100-93-86-79-72-65

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

Za každé správné písmeno započítejte po jednom bodu.

4. VÝBAVNOST

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.

- ☐ LOPATA
☐ ŠÁTEK
☐ VÁZA

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.

5. POJMENOVÁNÍ

- ☐ Ukažte náramkové hodinky Co je to?
☐ Ukažte tužku Co je to?

Za správnou odpověď po jednom bodu.

6. OPAKOVÁNÍ

- ☐ Opakujte, prosím, po mně „první pražská paroplavba“.

Za správnou odpověď započítejte jeden bod, přípustný je pouze jeden pokus.

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn: Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

- ☐ pravá ruka
☐ přeložení na polovinu
☐ položení na zem

Za každou správně provedenou činnost započítejte po jednom bodu.

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Ukažte pacientovi kartičku s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

- ☐ Přečtěte, prosím, co je zde napsáno, a udělejte to.

Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše třikrát. Započítejte jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

9. PSANÍ

Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:

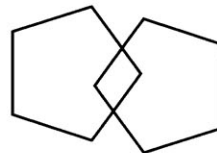
- ☐ Napište, prosím, jakoukoli větu.

Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

10. OBKRESLENÍ OBRAZCE

- ☐ Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Započítejte jeden bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.



CELKOVÉ SKÓRE

bodů

Hodnocení:

27-30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
25-26 bodů	hraniční nález, doporučeno další sledování pacienta,
	u pacientů nad 75 let nebo s méně než 8 lety školní docházky jsou tyto hodnoty ještě v normě
18-24 bodů	lehká demence
6-17 bodů	středně těžká demence
méně než 6 bodů	těžká demence

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

TEST KRESLENÍ HODIN

Pokyny pro provedení:

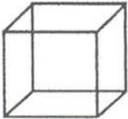
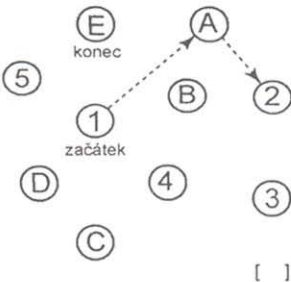
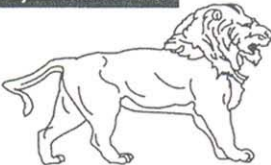
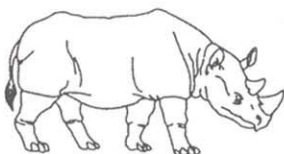
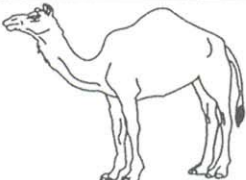
- Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem (příloha 2a). Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi následující pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas „10 hodin 10 minut“.“
- Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem provedení na kresbu.
- Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

Skóre	Popis	Příklady
1	Bezchybné provedení - číslce 1–12 ve správném pořadí i místě - dvě ručičky ve správné poloze	
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin - vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné - číslce mimo kruh - otočení papíru s otočením číslic - použití pomocných čar pro lepší orientaci	
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin - pouze jedna ručička - čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“ - čas vůbec nezaznamenan	
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné - nepravidelné mezery - zapomenutí čísel - perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 - záměna pravý-levý (číslce proti směru) - dysgrafie – chybějící čitelné číslice	
5	Těžká prostorová dezorganizace jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno	
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) - žádný pokus zakreslit hodiny - ani vzdálená podobnost s hodinami - napsáno slovo nebo jméno	

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

Příloha 13

Montreálský kognitivní test

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)						JMÉNO :	Datum narození :
						Vzdělání :	DATUM :
						Pohlaví :	
Prostorová orientace / zručnost					Okopírujte krychli	Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body)	
			[]		[]		[] kontura [] číslice [] ručičky
Pojmenování zvířete			  		[]		[]
Paměť			Přečtěte řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.		TVÁŘ SAMET KOSTEL KOPRETINA ČERVENÁ		žádný bod
Pozornost			Přečtěte řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. [] 2 1 8 5 4 Testovaný je má zopakovat pozpátku. [] 7 4 2		[]		[]
Čtení			Čtěte řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Pí 2 a více chybách nedostane žádný bod. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		[]		[]
Množina			Množina odečtů 7 od 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správně = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod		[]		[]
Reč			Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [] Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. []		[]		[]
Vybavování slov			Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [] (N > 11 slov)		[]		[]
Abstrakce			Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [] vlak - bicykl [] hodinky - pravítka		[]		[]
Pozdější vybavení slov			Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY TVÁŘ SAMET KOSTEL KOPRETINA ČERVENÁ		[] [] [] [] []		Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY
Nepovinně			Jedna nápověda Více nápověd		[] [] [] [] []		[]
Orientace			[] datum [] měsíc [] rok [] den [] místo [] město		[]		[]
NORMA ≥ 26 / 30						CELKEM Přidej 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání	

Zdroj: (42)

Škála celkové deteriorace podle Reisberga
-Global Deterioration Scale (GDS)
 pro klienty s AD (Alzheimerovou demencí) nebo jinou demencí

Stadium	Klinické znaky
1	Bez postižení kognitivních funkcí: Preklinické stadium, nejsou přítomny žádné subjektivní ani objektivní potíže.
2	Počínající postižení kognitivních funkcí: Pouze subjektivní potíže (zapomětlivost, roztržitost) objektivní vyšetření bez patologie.
3	Lehké postižení kognitivních funkcí: Potíže při vykonávání pracovních povinností, při řeči, řízení automobilu, v neznámém prostředí. Při objektivním vyšetření pouze mírné poruchy paměti.
4	Středně těžké postižení kognitivních funkcí: Neschopnost samostatně provádět některé komplexní činnosti (finanční záležitosti, plánování složitějších aktivit - dovolená, vaření). Vyšetření prokazuje poruchu krátkodobé paměti, řeči a konstrukčních schopností středního stupně.
5	Pokročilé postižení kognitivních funkcí: Neschopnost vykonávat bez dohledu nebo pomoci například: osobní hygienu, vybrat si vhodné oblečení - částečná ztráta soběstačnosti. Objevuje se dezorientovanost v čase a prostoru, pacient zapomíná jména členů rodiny. Pokročilé poruchy paměti, apraxie, agnozie.
6	Těžké postižení kognitivních funkcí: Vyžaduje pomoc při oblékání, při jídle a osobní hygieně. Později dochází i k inkontinenci. Dezorientovanost všemi kvalitami i vlastní osobou. Časté iluze a misidentifikace, poruchy chování.
7	Velmi těžké postižení kognitivních funkcí: Těžká úporucha až ztráta řeči a jakékoliv komunikace, ztráta schopnosti chůze a volní motoriky, trvalá inkontinence. Neurologické příznaky (rigidita, pseudobulbární syndrom).

ISCHEMICKÉ SKÓRE PODLE HACHINSKÉHO

Klinický příznak	Bodové skóre
1. Náhlý začátek	2
2. Postupující deteriorace kognitivních schopností	1
3. Fluktuující průběh	2
4. Noční zmatenost	1
5. Relativně zachovalá osobnost	1
6. Deprese	1
7. Somatické potíže	1
8. Emoční labilita	1
9. Hypertenze v anamnéze či v současnosti	1
10. Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
11. Jiné známky (extracerebrální) aterosklerózy	1
12. Ložiskové neurologické příznaky (motorické, fatické)	2
13. Ložiskový neurologický nález (patol. reflexy, hemianopsie)	2
Celkové skóre	

Hodnocení:	
0–4 body	pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci
5–6 bodů	nediskriminující skóre, může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

Otázky:		
1.	Jste v podstatě spokojený(-á) se svým životem?	ano/NE
2.	Vzdal(-á) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/ne
4.	Nudíte se často?	ANO/ne
5.	Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6.	Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7.	Cítíte se převážně šťastný(-á)?	ano/NE
8.	Cítíte se často bezmocný(-á)?	ANO/ne
9.	Vysedáváte raději doma, než byste šel(šla) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými věcmi?	ANO/ne
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/ne
11.	Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12.	Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13.	Cítíte se plný(-á) elánu a energie?	ano/NE
14.	Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ne

Hodnocení: Za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny započítejte 1 bod	
0–5 bodů	normální afekt bez deprese
6–10 bodů	mírná deprese
nad 10 bodů	manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

Zdroj: (57)

Barthelův test základních všedních činností.

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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.**0 - 40 bodů**

vysoký stupeň závislosti

45 – 60 bodů

střední stupeň závislosti

65 – 95 bodů

lehký stupeň závislosti

100 bodů

nezávislý

Test activity

ADL FUNCTION	
Ambulation	
Able to walk	6
Walks if supported by somebody, able to move her/himself about in a wheel-chair	4
Confined to a wheel-chair, able to stand with support of somebody	3
Confined to bed or wheel-chair, cannot stand even with the support of somebody	1
Personal hygiene	
Manages personal hygiene by her/himself	6
Help needed only for her/his lower toilet	4
Assists when washing her/himself but needs help both for upper and lower toilet	3
Does not assist in her/his personal hygiene at all	1
Dressing	
Dressing her/himself	6
Dressed her/himself on the whole, needs help only with stockings/socks, e. g.	4
Can assist in certain minor elements of the dressing procedure	3
Must be dressed completely by somebody else	1
Feeding	
Eats completely by her/himself	6
Eats with some assistance	4
Is fed	3
Fed by tube or intravenous infusion	1
Emptying/functional bladder	
Continent	6
Occasional failures	4
Uridome and/or assistance with toilet and bed-pan	3
Indwelling catheter	1
Emptying/functional of bowels	
Continent	6
Occasional failures	4
Colostomy or assistance with toilet and bed-pan	3
Incontinent	1
MAXIMUM SCORE	92

Test aktiviti	
MENTÁLNÍ KAPACITA	
Stupeň vědomí	
Zcela probuzen	8
Somnolentní	6
Prekomaťózní	4
Kóma	1
Orientace v čase, prostoru a osobě (identitě)	
Orientovaný ve všech třech dimenzích	6
Orientovaný ve dvou dimenzích	4
Orientovaný v jedné dimenzi	3
Dezorientovaný	1
Schopnost verbálně komunikovat	
Normální slovní komunikace	12
Lehké obtíže při komunikaci	8
Těžké obtíže při komunikaci	4
Verbálně nelze komunikovat	1
Psychické aktivity	
Je iniciativní, žádá informace aid.	6
Je někdy iniciativní, hovoří s lidmi ve svém okolí	4
Není iniciativní, apatický	3
Nelze pozorovat psychickou aktivitu	1
POHYBOVÁ AKTIVITA	
Pravá paže	
Normální nebo skoro normální aktivita	4
Aktivita určité funkční hodnoty	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Zádná aktivita	1
Pravá ruka	
Normální nebo téměř normální aktivita, nezávislý úchop a pohyby jednotlivými prsty	4
Jednoduchý funkční úchop	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Zádná aktivita	1

Test aktivity

Pravá dolní končetina	
Normální nebo téměř normální aktivita	4
Aktivita určité funkční hodnoty	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Žádná aktivita	1
Levá paže	
Normální nebo téměř normální aktivita	4
Aktivita určité funkční hodnoty	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Žádná aktivita	1
Levá ruka	
Normální nebo téměř normální aktivita, nezávislý úchop a pohyby jednotlivými prsty	4
Jednoduchý funkční úchop	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Žádná aktivita	1
Levá dolní končetina	
Normální nebo téměř normální aktivita	4
Aktivita určité funkční hodnoty	3
Aktivita bez funkční hodnoty	2
Žádná aktivita	1
Funkce denních činností (ADL)	
Čištění	
Je schopen čistit	6
Chodí, pokud jej někdo podpírá, je schopen sám se pohybovat na vozíku	4
Upoután na vozík, je schopen stát, když ho někdo podpírá	3
Upoután na lůžko nebo vozík, není schopen stát, ani když se o někoho opírá	1
Osobní hygiena	
Obstarává si osobní hygienu zcela sám	6
Pomoc potřebuje při toaletě dolní části těla	4
Pomáhá při mytí, ale potřebuje pomoc jak pro dolní, tak horní toaletu	3
Vůbec nepomáhá při osobní hygieně	4

Oblékání	
Obléká se sám	6
Obléká se vcelku sám, ale potřebuje pomoc například při oblékání punčoch nebo ponožek	4
Může pomáhat s určitými drobnými úkony při oblékání	3
Musí ho oblékat někdo jiný	1
Jídlo	
Nají se zcela sám	6
Nají se s částečnou pomocí	4
Musí být krměn	3
Musí být vyživován sondou nebo intravenózně	1
Vyprazdňování/funkčnost měchýře	
Kontinentní	6
Občas se pomoci	4
Urínál nebo pomoc na toaletě a mísa do lůžka	3
Zavedený katétr	1
Vyprazdňování/funkčnost střev	
Kontinentní	6
Občas se pokáží	4
Kolostomie nebo pomoc při toaletě a mísa do lůžka	3
Inkontinentní	1
MAXIMÁLNÍ SKÓRE	92

Dotazník pro funkční hodnocení pacienta /FAQ)
Functional activities questionnaire (FAQ)

	Činnosti:	Body
1	Placení účtů,spoření,používání vkladní knížky/šeků/porožirových účtů a podobně	
2	Vyplňování úředních dokumentů(daňových přiznání,žádostí a formulářů).	
3	Samostatně nakupování oblečení,potřeb pro domácnost nebo potravin.	
4	Hraní společenských her,věnování se koníčkům.	
5	Ohřát vodu a připravit kávu,vypnou sporák.	
6	Uvařit kompletní jídlo.	
7	Pamatovat si současně události,.	
8	Udržet pozornost,porozumět a hovořit o televizních programech,knihách a časopisech.	
9	Pamatovat si termíny schůzek,rodinných událostí,svátků,léky a jejich užívání	
10	Cestovat mimo nejbližší okolí,řídít auto,použít autobus nebo vlak	
Celkové skóre		

Hodnocení:

0 bodů	Činnost vykonává samostatně,správně(normální výkon)nebo činnost nikdy nevykonával,ale mohl by samostatně
1 bod	Provádí sám,ale s potížemi
2 body	Vyžaduje pomoc
3 body	Činnost neprovede,scela závislí na pomoci

Celkové hodnocení:

Body:	Hodnocení
0 – 8 bodů	Normální výsledek
9 a více bodů	Funkční postižení svědčící pro demenci

Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání.

Ochota spolupracovat	Ochoten kontinuálně spolupracovat	0
	Spolupracuje na požádání	1
	Občas spolupracuje	2
	Nechce nebo nemůže spolupracovat	3
Současné plicní onemocnění	Nemá žádné	0
	Lehké infekce v oblasti nosu a úst	1
	Infekce v průduškách	2
	Plicní onemocnění	3
Prodělané plicní onemocnění	Neprodělal žádné	0
	V posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění	1
	V posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžkým průběhem	2
	Plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách	3
Porucha imunity	Není	0
	Lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí	1
	Výraznější porucha imunity	2
	Úplné selhání imunity	3
Protracheální manipulace	Žádné výkony v dýchacích cestách	0
	Ošetrovatelské výkony v nose a v ústech	1
	Oronasální odsávání	2
	Endotracheální odsávání	3
Kuřák/pasivní kuřák	Nekouří a nebývá v zakouřené místnosti	0
	Méně než 6 cigaret denně/bývá v zakouřené místnosti	1
	Kouří denně 6-15 cigaret denně/v blízkém okolí jsou kuřáci	2
	Intenzivní kuřák	3
Bolest	Nemá	0
	Lehké trvalá bolest	1
	Silnější bolest bez vlivu na dýchání	2
	Silná bolest ovlivňující dýchání	3
Porucha polykání	Žádná	0
	Porucha polykání tekutin	1
	Porucha polykání tekuté a kašovitě stravy	2
	Porucha polykání veškeré stravy a slin	3
Omezení pohybu	Žádné	0
	Porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla	1
	Pobyt na lůžku, pouze sezení v křesle	2
	Úplné omezení pohybu, pouze na lůžku	3
Povolání ohrožující plíce	Nevykonává takové povolání	0
	Pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrožující plíce	1
	Pracoval 2-10 let v zaměstnání ohrožující plíce	2
	Více než 10 let ve zvlášť exponovaném prostředí	3
Intubační narkóza/respirátor	Nebyly v posledních 3 týdnech	0
	Krátká intubační narkóza (do 2 hodin)	1
	Déletrvající narkóza (nad 2 hodiny)	2
	Několik narkóz nebo napojení delší než 12 hodin	3

Zdroj: (47)

Příloha 20 pokračování

Stav vědomí	Při vědomí	0
	Somnolence	1
	Sopor	2
	Koma	3
Hloubka dechu	Dýchá bez námahy	0
	Dýchá namáhavě	1
	Těžká dušnost	2
Dechová frekvence	14-20 dechů/min.	0
	Přechodně nepravidelná tachypnoe / bradypnoe	1
	Pravidelná trvalá tachypnoe / bradypnoe	2
	Pravidelné patologické, hluboké nebo povrchné dýchání / střídání tachypnoe a bradypnoe	3
Léky tlumící dýchání	Žádné nedostává	0
	Občas dostává léky tlumící dýchání	1
	Pravidelně dostává léky tlumící dýchání	2
	Dostává léky s výrazným tlumícím účinkem např. morfin, barbituráty	3

Hodnocení:

Bodové vyhodnocení	
00-06	Není ohrožen
07-15	Ohrožen
16-45	Vysoce ohrožen (eventuálně poruchy dýchání jsou již přítomny)

Zápis:

[illegible]

Zdroj: (47)

DOWNES SCORE**Downes score (hodnocení stupně dechové nedostatečnosti při obstrukci HCD)**

Příznaky	0 bodů	1 bod	2 body
Dýchací šelesty	Normální	Drsné	Oslabené
Stridor	Není	Inspirační	Směšený
Kašel	Není	Drsný	Štěkavý
Zatahování mezižebří	Není	Zatahování jugula, nadklíčkových jamek, alární souhyb	Jako v bodě 1+ zatahování podžebří a mezižebří
Cyanóza	Není	Přítomna při $\text{FiO}_2 20\%$	Přítomna při $\text{FiO}_2 40\%$

Hodnocení:

4 – 7 bodů	Snížená průchodnost HCD
7 a více bodů	(+laboratorní hodnoty paCO_2 6,0 kPa více a paO_2 9,3 kPa a méně) projevy akutní dechové nedostatečnosti, které jsou indikací k endotracheální intubaci a UPV

Downes score (hodnocení stupně dechové nedostatečnosti při obstrukci DCD)

Příznaky	0 bodů	1 bod	2 body
Dýchací šelesty	normální	oslabené	Neslyšitelné
Zapojení pomocných dýchacích svalů	Není	Mírné	Maximální
Vrzoty, pískoty ve výdechu	Nejsou	Ojedinělé	Maximální
Stav vědomí	Normální	Útlum – neklid	Bezvědomí
Cyanóza	Není	Přítomna při $\text{FiO}_2 20\%$	Přítomna při $\text{FiO}_2 40\%$
paO_2	9,3 – 13,3 kPa	9,3 kPa	9,3 kPa

Hodnocení:

5 – 7 bodů a více	Snížená průchodnost DDC
7 bodů a více	Intubace, laváž DC, UPV

Příloha 22

Ramseyova škála hloubky sedace

Úroveň bdělosti	1. agitovaný, úzkostný pacient 2. spolupracující, klidný pacient 3. pacient reaguje pouze na výzvu
Hloubka spánku	4. pohotová reakce na poklepávání na glabelu nebo na hlasitý zvuk – nejčastěji na hlasité oslovení jménem 5. nevýrazná reakce na podněty uvedené v bodu 4 6. žádná reakce na podněty uvedené v bodu 4

Mini Nutritional Assessment – MNA®

Příjmení:	Jméno:	Pohlaví:	Datum:
Věk:	Váha (kg):	Výška (cm):	Rodné číslo:

Vyplňte část Screening tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Hodnoty sečtete. Je-li výsledek 11 nebo méně, pokračujte v části Hodnocení.

Screening	
A	Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)? 0 = závažné nechutenství/výrazné snížení příjmu stravy 1 = mírné nechutenství/mírné snížení příjmu stravy 2 = žádné nechutenství/bez snížení příjmu stravy
B	Úbytek váhy za poslední 3 měsíce 0 = úbytek váhy větší než 3 kg 1 = neví 2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg 3 = žádný úbytek váhy
C	Mobilita 0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní 1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí 2 = samostatná chůze bez omezení
D	Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním 0 = ano 2 = ne
E	Neuropsychické poruchy nebo obtíže 0 = vážná demence nebo deprese 1 = mírná demence 2 = žádné psychické problémy
F	Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m²) 0 = BMI nižší než 19 1 = BMI od 19 a nižší než 21 2 = BMI od 21 a nižší než 23 3 = BMI 23 nebo vyšší
Výsledek Screeningu = součet bodů (mezisoučet max. 14 bodů) 12 nebo více: normální výživový stav – bez nutričního rizika – není nutno pokračovat v hodnocení 11 nebo méně: možná podvýživa – pokračujte v hodnocení	
Hodnocení	
G	Žije pacient samostatně (nikoliv v sociálním nebo zdravotnickém zařízení, např. domov pro seniory, nemocnice, LDN) 0 = ne 1 = ano
H	Užívá pacient více než 3 předepsané léky denně 0 = ano 1 = ne
I	Proleženiny nebo kožní defekty 0 = ano 1 = ne
J	Kolik plnohodnotných jídel jí pacient denně? 0 = 1 jídlo 1 = 2 jídla 2 = 3 jídla
K	Vybrané hodnoty pro příjem bílkovin: Alespoň jedna porce mléčných výrobků (mléko, sýr, jogurt) denně ano ☐ ne ☐ Dvě nebo více porcí luštěnin nebo vajec týdně ano ☐ ne ☐ Maso, ryby nebo drůbež každý den ano ☐ ne ☐ 0,0 = je-li odpověď ano pouze 1x 0,5 = je-li odpověď 2x ano 1,0 = je-li odpověď 3x ano
L	Konzumuje pacient dvě nebo více porcí ovoce anebo zeleniny denně? 0 = ne 1 = ano
M	Kolik tekutin (voda, džus, káva, čaj, mléko, ...) vypije pacient za den? 0,0 = méně než 3 šálky 0,5 = 3 až 5 šálků 1,0 = více než 5 šálků
N	Příjem stravy 0 = pacienta je nutné krmit 1 = pacient se nají s dopomocí 2 = pacient se nají zcela samostatně
O	Jak hodnotí svůj stav výživy pacient? 0 = hodnotí se jako podvyživený 1 = není si jistý stavem výživy 2 = hodnotí svůj stav výživy jako bez problémů
P	V porovnání se svými vrstevníky, jak vnímá pacient svůj zdravotní stav? 0,0 = ne tak dobrý 0,5 = neví 1,0 = stejně dobrý 2,0 = lepší
Q	Střední obvod paže v cm (měří se ve středu vzdálenosti mezi akromiálním výběžkem lopatky a loketním výběžkem na nedominantní končetině – na levé u praváka a naopak) 0,0 = menší než 21 0,5 = 21 až 22 1,0 = 22 nebo větší
R	Obvod lýtky v cm (měří se v nejširším místě) 0 = menší než 31 1 = 31 nebo větší
Hodnocení – součet (max. 16 bodů) Výsledek Screeningu Celkové hodnocení – součet	
Hodnota míry podvýživy 17 až 23,5 bodů Riziko podvýživy ☐ Méně než 17 bodů Podvýživa ☐	

Ref: Vellas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® – Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-372. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? J. Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

Základní nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Datum		Oddělení		
Jméno	Příjmení	Titul	Pojišťovna	Rodné číslo

Pohlaví	Hmotnost	Výška	BMI (kg:m ²)
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2
Nelze-li od pacienta získat informace			3
(v takovém případě nevyplňujeme body B,C,D)			
A) Věk	do 65 let		0
	nad 65 let		1
	nad 70 let		3
B) BMI:	20-35		0
	18-20, nad 35		1
	pod 18		2
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná		0
	do 3 kg/3 měsíce		1
	3 kg-6 kg/3 měsíce		2
	nebo volné šatstvo		2
	více než 6 kg/3 měsíce		3
D) Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství		0
	poloviční porce		1
	jí občas nebo nejí		2
E) Projevy nemoci	žádné		0
	bolesti břicha, nechutenství		1
	zvracení, průjem nad 6/den		2
F) Faktor stresu	žádný		0
	střední		1
	vysoký		2
Střední faktor stresu – chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon Vysoký faktor stresu – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO			
Index: (A + B + C + D + E + F)			
0 – 3	0	bez nutnosti zvláštní intervence	
4 – 7	+	nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta	
8 →	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba	
Vypočtené skóre:			
Podpis zpracovatele:			

Klasifikace obezity a jejich rizik podle BMI

Klasifikace:	BMI	Riziko komplikací obezity
Podváha	< 18,5	Nízké (riziko jiných chorob)
Normální váha	18,5 – 24,9	Průměrné
Zvýšená váha	≤ 25,00	
Nadváha	25,0 – 29,9	Mírně zvýšené
Obezita I.stupně	30,0 – 34,9	Středně zvýšené
Obezita II.stupně	35,0 – 39,9	Velmi zvýšené
Obezita III.stupně	≥ 40,0	Vysoké

Příloha 26

Stupnice Nortonové

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

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

Zdroj: (31, 47)

Waterlové škála

Škála Waterlow – riziko vzniku dekubitů.

Stavba těla/ výška,		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
Průměrná	0	Zdravá	0	Muž	1	Terminální kachexie	8	Zcela kontinentní / katerizován	0
Nadprůměrná	1	Papírová, suchá	1	Žena	2	Porucha výživy tkání	8	Občasná inkontinence	1
Obézní	2	Vlhká (zvýšené teplo)	1	14-49	1	Srdeční selhání	5	Má permanentní katétr	1
Podprůměrná	3	Edematózní	1	50-64	2	Periferní vaskulární porucha	5	Inkontinence stolice	2
		Porucha barvy	2	65-74	3	Anémie	2	Kompletní inkontinence	3
		Porušená ložisko	2	75-80	4	Kouření	1		
				81 a výše	5				
Neurologická porucha		Pohyblivost		Chuť k jídlu		Operace, trauma		Medikace	
Diabetes mellitus		Plná	0	Průměrná	0	Ortopedická		Cytopatika	4
Roztroušená skleróza		Neklid, vrtí se	1	Slabá	1	Pod úrovní pasu		Vysoké dávky steroidů	
CMP	4-6	Apatie	2	Sonda/pouze tekutiny	1	Pátěř	5	Protizánětlivé léky	
paraplegie		Omezená hybnost	3	Nic ústy / anorexie	3	Operace delší jak 2 hodiny			
		Nehybnost na lůžku	4						
		Nehybnost v křesle	5						

Čím vyšší bodové skóre tím vyšší riziko vzniku dekubitů

<i>Stupnice pádů Morse</i>		
Proměnná	Stupnice	Hodnocení
1. pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2. vedlejší diagnóza	ne 0 ano 15	
3. pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítko nábytek	0 15 30	
4. i.v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5. chůze/pohyb normální/klid na lůžku/nemobilní slabé zhoršené	0 15 30	
6. duševní stav vědom si svých možností zapomíná na svá omezení	0 15	

Gaitův funkční test (určení rovnováhy/prevence pádů)

Každé zdravotnické zařízení by mělo mít vypracován protokol, který by pomohl sestřám vyhodnotit riziko poranění pacientů následkem pádů.

Gaitův funkční test pro určení rovnováhy pacienta je jednoduchý a časově nenáročný. Je-li tento test pozitivní, sestra musí iniciovat naplánovaná opatření, která riziko pádu sníží nebo vyloučí.

Gaitův funkční test:

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

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