



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Hodnotící škály v traumatologii

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Martina Prokopová

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Hodnotící škály v traumatologii“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 10.8.2019

.....

Martina Prokopová

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce Mgr. Františkovi Dolákovi, Ph.D. za ochotu, podporu a další cenné rady při zpracování mé diplomové práce. Poděkování patří také dotazovaným a zařízení, ve kterém jsem prováděla svůj výzkum.

Hodnotící škály v traumatologii

Abstrakt

Moderní rytmus života (technizace, zvyšující se intenzita sportu, motorismus) má za následek přibývání úrazů i zvyšování jejich závažnosti. Vzdůstá i počet těžkých úrazů a polytraumat. V žebříčku příčin úmrtí jsou úrazy na prvním místě především u dětí a dospělých ve věku do 35 let.

Traumatologie se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou úrazů, které se týkají měkkých tkání, kostí a kloubů. Traumatologii bychom měli brát jako komplexní diagnostiko-terapeutický proces, do kterého patří odběr anamnézy, klinické vyšetření a zobrazovací metody. Na základě tohoto vyšetření se poté stanoví diagnóza, následují terapeutické úvahy a pacient je eventuálně indikován k operačnímu řešení.

Hodnotící škály v ošetrovatelství tvoří nedílnou součást ošetrovatelské dokumentace. S jejich pomocí lze velmi dobře definovat předmět pozorování a způsob hodnocení (skórování vybraných projevů). Na základě získaných informací lze poté přesně identifikovat, objektivizovat a dokumentovat vzniklé problémy, související s ošetrovatelskou péčí. Výsledkem je nalezení adekvátního řešení problému a zkvalitnění ošetrovatelské péče. Sestry by proto měly být vybaveny základními dovednostmi, jak hodnotící škály využívat a jak s nimi pracovat.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje informace týkající se oboru traumatologie, její historie a traumacenter České republiky. Dále obsahuje informace týkající se ošetrovatelské dokumentace, jejíž součástí hodnotící škály jsou. Převážně jsme se zde však věnovali jednotlivým hodnotícím škálám pro posouzení stavu vědomí, pro posouzení rizika vzniku dekubitů, pro posouzení rizika pádu a pro měření stupně soběstačnosti. Mezi další škály, kterými jsme se zabývali, patří hodnocení bolesti, nutriční screening a screeningové testy pro hodnocení kognitivních funkcí. Tyto škály jsme dále podrobněji rozebírali.

První celek výzkumné části diplomové práce byl realizován formou kvalitativního šetření na základě polostrukturovaných rozhovorů se zdravotními sestrami pracujícími na traumatologickém oddělení. Součástí rozhovorů byly jak otázky základní, tak otázky doplňující, které byly pokládány v případě potřeby až v průběhu rozhovorů s dotázanými.

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci dubnu v jednom z traumacenter České republiky. Po skončení tohoto šetření byly výsledky do detailu podrobeny zkoumání pomocí kódování a kategorizace. Nejdůležitější odpovědi dotázaných pak byly znázorněny ve schématech, která byla vytvořena dle stanovených kategorií. Pro druhý celek byl zvolen kvantitativní výzkum prováděný formou anonymního šetření – ankety s celkovým počtem 50 dotázaných. Tato technika byla vybrána jako podpora pro získaná kvalitativní data.

Cílem této práce bylo zjistit využití škál pro hodnocení pacienta v traumatologii a zároveň zmapovat pohled sester na problematiku hodnotících škál a jejich využití v traumatologii. K dosažení cílů byly vytvořeny tyto otázky. VO1. Jaké hodnotící škály se v traumatologii pro hodnocení pacienta využívají? VO2. Jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče o pacienta? VO3. Jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovení intervencí při péči o pacienta? VO4. Jaký je názor sester na používání hodnotících škál v traumatologii? VO5. Jaké hodnotící škály sestřám v traumatologii vyhovují a jsou přínosné?

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že na základě používání hodnotících škál dochází ke zkvalitnění péče. Hodnotící škály nám slouží k pravidelnému hodnocení stavu pacienta a k posouzení rizik, kterými je během hospitalizace ohrožen. Ačkoliv sestry vidí hodnotící škály jako přínosné, jsou pro ně na traumatologickém oddělení pouze dalším administrativním zatížením. Přesto jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovení intervencí.

Klíčová slova

traumatologie, hodnotící škály, ošetřovatelská dokumentace, sestra, pacient

Assessment scales in traumatology

Abstract

Modern lifestyle (technology, increasing intensity of sport activities, motor sports) results into increasing number of injuries and traumas and their seriousness. Injuries are at the first place in the assessment of cause of death among children and adults.

Traumatology deals with prevention, diagnosis and treatment of injuries involving soft tissues, bones and joints. Traumatology should be considered as a complex diagnostic-therapeutic process, which includes medical history, clinical examination and imaging methods. Based on this examination, the diagnosis is made. Then comes therapeutical considerations and possibly a patient is indicated for surgery.

Evaluation scales in nursing are elementary and integral part of nursing documentation. With their help, it is possible to define the object of observation and the way of evaluation (scoring of selected manifestations). Based on the received information it is then possible to precisely identify, objectify and document the problems arising in connection with nursing care. The result is finding an adequate solution to the problem and improving the quality of nursing care. Therefore, nurses should be equipped with basic skills on how to use the scales and how to work with them.

The thesis is divided into two parts, a theoretical and an empirical one. The theoretical parts contains information about traumatology, its history and trauma centers in the Czech republic. It also contains information about nursing documentation, which includes assessment scales. We mainly focused on individual assessment scales for evaluation of state of consciousness, the risk of bedsores, the risk of falling and scales for evaluation of the degree of self-sufficiency. Among other scales we dealt with pain assessment, nutritional screening and screening tests for cognitive function evaluation. We have discussed these scales further in the text.

The first part of the research part of this diploma paper was carried out in the form of a qualitative survey based on semi-structured interviews with nurses, working in the traumatology department. The interviews included basic and supplementary questions which were asked later, in case of need during the interviews with interviewees.

The survey was conducted in April, in a trauma center in the Czech Republic. After finishing the interviews, the results were examined into detail by coding and categorization. The most important answers of the respondents were shown in the diagrams, which were created according to the defined categories. For the second group, a quantitative research, conducted in the form of an anonymous survey, was chosen - a survey with 50 respondents. This technique was chosen as a support for the received qualitative data.

The goal of this thesis was to find out the use of assessment scales for evaluation of a patient in traumatology and at the same time to map the nurses' point of view of the issue of using assessment scales in traumatology. To achieve the goal, following questions were formulated.

RQ1: What assessment scales are used in traumatology for evaluation of patients?
RQ2: How can the assessment scales contribute to improving the patient care?
RQ3: Are the assessment scales actively used for determining the patient care intervention?
RQ4: What is the opinion of nurses on using the assessment scales in traumatology?
RQ5: What assessment scales are comfortable and beneficial for nurses to use in traumatology?

During the research was found out that using of assessment scales results into improving the patient care, it helps us to regularly evaluate patient's condition and to assess the risks the patient is during his/her hospitalization, endangered with. Although the nurses see the scales as beneficial, the scales are just another administrative burden for nurses in the traumatology department. However, the results of these scales are actively used to determine suitable intervention.

Key words: traumatology; assessment scales; nursing documentation; nurse; patient

Obsah	
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1. Traumatologie	10
1.1.1 Historie české traumatologie	10
1.1.2 Traumacentra v České republice	11
1.2 Hodnotící škály	12
1.2.1 Hodnotící škály jako součást ošetrovatelského procesu.....	12
1.2.2 Hodnotící škály pro posouzení stavu vědomí.....	14
1.2.3 Hodnotící škály pro hodnocení vzniku dekubitů.....	16
1.2.4 Hodnotící škály pro měření stupně soběstačnosti	18
1.2.5 Hodnotící škály pro hodnocení bolesti	23
1.2.6 Hodnotící škály pro hodnocení stavu výživy	27
1.2.7 Hodnotící škály pro hodnocení rizika pádu.....	30
1.2.8 Hodnotící škály pro hodnocení kognitivních funkcí	31
1.2.9 Hodnotící škály v dalších oblastech	33
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
3 Metodika	35
3.1 Výzkumný soubor	36
4 VÝSLEDKY	37
5 DISKUSE.....	59
6 ZÁVĚR	67
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8. PŘÍLOHY	74
9 SEZNAM ZKRATEK	78

ÚVOD

K tématu *Hodnotící škály v traumatologii* nás s Mgr. Františkem Dolákem, Ph.D., dovedla nedostatečnost těchto škál při hodnocení rizik, která spočívá v nemožnosti objektivně zhodnotit některé skutečnosti. Pomocí této práce bychom chtěli zjistit využití škál pro hodnocení pacienta v traumatologii a zmapovat pohled sester na jejich problematiku i využití v tomto oboru.

Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí kvalitně poskytované zdravotnické péče. Svůj význam má jak pro sestry, tak pro pacienty, a to zejména proto, že jim slouží jako ochrana. Díky ní jsme schopni zajistit kontinuitu péče, dává nám možnost včas vyhledat a odhalit možné vznikající problémy, poskytuje nám přesný popis plánu poskytované péče a umožňuje nám lepší komunikaci mezi členy širokého zdravotnického týmu. Neexistuje však žádná šablona ani návod, jak takovou dokumentaci vést, víme jen, že má být odrazem pacientových potřeb, dle kterých má být dále hodnocena a upravována. Na základě individuálních problémů každého pacienta pak využíváme další složky ošetrovatelské dokumentace, kterými jsou právě hodnotící škály. Ty nám slouží jako jeden ze způsobů, jak zhodnotit pacientovy potřeby, problémy a dovednosti. Zároveň nám pomáhají včas odhalit rizika, kterými je pacient kvůli hospitalizaci ohrožen. Nejčastěji hodnocenými oblastmi jsou: bolest, vědomí, výživa, problematika dekubitů a pádů, vylučování, kognitivní funkce a soběstačnost.

Přes to všechno se neustále setkáváme s negativními postoji. Sestry se cítí vedením dokumentace přetěžované, stěžují si, že většinu času své směny stráví za stolem a ne u lůžka, jak tomu bývalo dříve. Stejný postoj zaujímají i k hodnotícím škálám, které jsou, jak již bylo zmíněno, její součástí. Zřejmě si stále neuvědomují, že je to nástroj, který nám má pomoci se zvyšováním kvality poskytované péče, protože dokáže zohlednit všechny rizikové faktory, a tím předvídat případná rizika, na jejichž základě lze pak poskytnout individualizovanou adekvátně uzpůsobenou péči. Na druhou stranu je pravda, že administrativy spíše přibývá, než aby jí naopak ubývalo, takže lze pak takové negativní zaujetí pochopit. Jistě by bylo ku prospěchu, kdyby byla hodnotícím škálám věnována větší pozornost. Mohlo by dojít k jejich zjednodušení a k takové úpravě, aby vždy odpovídaly potřebám a požadavkům daného oddělení a nedocházelo tak k duplicitám ve vedení dokumentace. Sestry by pak mohly být spokojenější, měly by více času na

pacienty a změnil by svůj celkový postoj jak k hodnotícím škálám, tak k vedení dokumentace jako takové.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Traumatologie

Traumatologie se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou úrazů, které se týkají kloubů, kostí a měkkých tkání. Jedná se o komplexní diagnostiko-terapeutický proces, který se skládá z vyšetření nemocného, kam patří odběr anamnézy, klinické vyšetření a zobrazovací metody. Na základě tohoto vyšetření se poté stanoví diagnóza, přichází terapeutické úvahy a pacient je eventuálně indikován k operačnímu řešení. Léčba je dle rozsahu poranění buď konzervativní, nebo chirurgická. V případě volby chirurgické léčby je dominantním způsobem uplatňována osteosyntéza pomocí šroubů, dlah, hřebů nebo zevních fixátorů. (Baňar, Kraus, 2011)

1.1.1 Historie české traumatologie

Na počátku minulého století byla traumatologie neoddělitelnou součástí obecné chirurgie. V roce 1893 byly v Evropě, a to v Bochumi a v Halle, založeny první dvě úrazové nemocnice, které sloužily především raněným horníkům. V roce 1919 si Všeobecná rakouská dělnická úrazová pojišťovna založila vlastní úrazovou nemocnici, její otevření se však konalo až v roce 1925. Tato nemocnice se stala vzorem pro všechny chirurgické lékaře, kteří se věnovali léčbě zlomenin. (Wendsche, 2015)

V Brně vznikla první úrazová nemocnice v roce 1931. Byla postavena Úrazovou pojišťovnou dělnickou pro Moravu a Slezsko, první pacienti byli přijímáni dva roky od jejího vzniku. Do funkce ředitele byl jmenován prof. Vladimír Novák, který se o traumatologii zajímal celý život, a položil tak základy pro vznik úrazové chirurgie u nás. (Wendsche, 2015)

Za poslední desetiletí prošla traumatologie rychlým rozvojem, a to především díky hlubšímu pochopení patofyziologie pórůrazové reakce lidského organismu na trauma. Dále zde hraje roli biomechanika pohybového aparátu, pokroky v oblasti anestezie i resuscitace a také léčba antibiotiky. Velkým přínosem pro traumatologii se dále stala artroskopie, nové mikrochirurgické techniky, moderní instrumentárium, implantáty, endoprotézy a v neposlední řadě také zobrazovací techniky. Konzervativní léčba byla v některých případech nahrazena účinnějšími operačními postupy. Zlomovým se stal také rok 1940, kdy Gerhard Kuntschner představil svůj nitrodřeňový hřeb. (Wendsche, 2015)

Rok 1956 lze považovat za počátek moderní traumatologie, protože byla založena společnost AO (*Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen*). (Baňar, Kraus, 2011) AO klasifikace slouží k hodnocení dvou hlavních principů – hodnotí lokalizaci dané zlomeniny a její morfologickou charakteristiku. Hodnotí se pomocí kombinace čísel a písmen, kde první dvě čísla značí anatomickou lokalizaci, další písmeno a následující dvě čísla označují anatomii zlomeniny a rozdělení dle závažnosti dané zlomeniny. (Dungl et al., 2014)

Moderní rytmus života (technizace, zvyšující se intenzita sportu, motorismus) má za následek přibývání úrazů i nárůst jejich závažnosti. Vzrůstá i počet těžkých úrazů a polytraumat. V žebříčku příčin úmrtí jsou úrazy na prvním místě především u dětí a dospělých ve věku do 35 let. Velkou roli zde hraje dokonalé zajištění urgentní péče v prvních hodinách po úrazu. U těžkých úrazů je zapotřebí zajištění týmové mezioborové spolupráce, která je důležitá již v první fázi léčení a nesnese žádný časový odklad. Nutná je proto také snaha o snížení sekundárních transferů z menších nemocnic do těch větších, díky čemuž dochází k léčebným a diagnostickým pauzám v čase nejkritičtějšího období péče. Pacient by měl být ihned po zajištění vitálních funkcí převezen do nejbližší odborně kompetentní nemocnice. Na základě toho dochází ve velkých městech k budování úrazových center. (Wendsche, 2015)

1.1.2 Traumacentra v České republice

V České republice máme 12 traumatologických center pro dospělé a 8 traumatologických center pro dětské pacienty. Seznam traumacenter nalezneme ve Věstníku MZ č. 3 ze dne 8. 2. 2016. (Ministerstvo zdravotnictví, 2016)

V České republice jsou traumacentra považována za místa definitivního ošetření a jejich prospěšnost je nezpochybnitelná. (Šeblová, 2012) Poskytují komplexní diagnostickou a léčebnou péči o pacienty s těžkými úrazy a triage pozitivní pacienty. Triage znamená třídění pacientů s úrazem, a to dle závažnosti jejich zdravotního stavu, na základě kterého poté dochází k jejich odeslání do příslušného zařízení, které dokáže zajistit pokračování zdravotní péče. (Ministerstvo zdravotnictví, 2016). Většinou je již před zahájením transportu stanovena pracovní diagnóza, ze které vyplývá požadavek na cílové zdravotnické zařízení. Právě toto rozhodnutí o směřování pacienta do příslušného zdravotnického zařízení je nedílnou součástí léčby a může rozhodnout o pacientově dalším osudu. Z tohoto důvodu se systémy přednemocniční péče snaží nalézt vhodná

systemová opatření pro stratifikaci pacientů do úrovně péče. Tato opatření budou adekvátní stavu pacienta (kardiocentra, traumacentra, popáleninová centra, iktová centra ad.). Existence superspecializované centrové péče si tedy vynutila stanovení tzv. triage pozitivivity pro přímý transport pacientů z terénu. Na odděleních urgentního příjmu provádí základní řazení dle naléhavosti pacientova stavu sestru na příjmu na recepci. Nejčastěji na základě formalizovaných kritérií využívá: Emergency Severity Index (ESI), Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) nebo Manchester Triage Scale (MTS). Další postup je totožný s postupem v terénu. Péče je ukončena v okamžiku rozhodnutí, ke kterému specialistovi a do které úrovně péče pacienta předáme. (Knor, Šeblová, 2018)

1.2 Hodnotící škály

1.2.1 Hodnotící škály jako součást ošetrovatelského procesu

Dokumentace má ve zdravotnictví a zvláště v chirurgii velký význam. Najdeme zde důležité informace o pacientovi, jako jsou jeho anamnestická data, a umožňuje nám zpětně dohledat již prodělaná onemocnění, vyšetření a terapie. Nedílnou součástí zdravotnické dokumentace tvoří dokumentace ošetrovatelské péče. Nalezneme zde datum přijetí do zařízení, kontakt na blízké osoby a také informaci o cennostech pacienta. Dále je zde uvedena příslušná dieta, pacientovy alergie, hodnoty fyziologických funkcí při přijetí a jeho psychický stav, hodnotí se kvalita spánku, bolest, soběstačnost, obtíže s močením, stolicí a invazivní vstupy. Po vyšetření pacienta se hodnotí a zaznamenává stav kůže a výživy a pomocí skórovacích systémů se boduje stupeň soběstačnosti v základních činnostech a schopnost spolupráce. K tomu využíváme test Barthelové a stupnici dle Nortonové. (Schneiderová, 2014) Dělají se také záznamy týkající se vzniku možných rizik, a to včetně realizovaných opatření proti nim. Týká se to především dekubitů, pádů, výživy a bolesti. Dále zde najdeme edukační záznamy a teplotní tabulku. Součástí této dokumentace může být i záznam o ošetřování ran. (Policar, 2010) Na základě získaných informací se poté stanovuje ošetrovatelský plán, u kterého se při předání směny hodnotí jeho plnění a zaznamenávají se případné změny. Pokud byl pacient v průběhu hospitalizace operován, bude pak další součástí dokumentace operační složka. (Schneiderová, 2014)

Veškerá dokumentace podléhá předpisům o ochraně osobních dat, je uchovávána po dobu několika let a platí zde přísný zákaz jejího vynášení mimo zdravotnické zařízení.

Na vlastní žádost pacienta lze vyhotovit výpis či kopii jeho dokumentace. Je nutné upozornit na to, že se v dokumentaci nesmí škrtat a přepisovat – pokud je nutné záznam změnit, musí se udělat nový zápis, zdůvodnit neplatnost prvotního zápisu a opatřit jej podpisem provádějícího. (Schneiderová, 2014)

Pro hodnocení pacientů bylo vytvořeno mnoho měřících technik, dotazníků a hodnotících škál. Celá řada těchto nástrojů pak byla modifikována, aby co nejvíce odpovídaly aktuálním potřebám a specifickým problémům pacientů. Nejčastěji hodnotíme bolest, stav vědomí, nutrici, riziko vzniku dekubitů a pádů, vylučování, kognitivní funkce, soběstačnost a další. Na základě těchto nástrojů jsou pak sestry schopny jednoduchým způsobem zhodnotit pacientovy problémy, potřeby i dovednosti a stanovit případná rizika, kterými je pacient ohrožen. Tyto škály nám slouží jako návod, jak vzniklý deficit či problém řešit. (Kudlová, 2015)

V posledních letech přijali poskytovatelé zdravotní péče více nástrojů (dotazníků, indexů, měřítek) zaměřených na hodnocení klinického stavu pacientů. Jejich přijetí v denní praxi zajišťuje objektivní a standardizované hodnocení skutečných nebo rizikových problémů pacientů. Kromě toho získáváme platná data, zajišťující bezpečnost pacientů a omezení nákladů. Jejich systematické přijetí při posuzování potřeb pacientů usnadní zdravotnickým pracovníkům proces rozhodování. (Palese et al., 2014)

Hodnotící škály nám umožňují zavést u rizikových nemocných včas preventivní opatření, je však důležité uvědomit si, že ať už bude použita jakákoliv hodnotící škála, je nejdůležitější věnovat ohroženým pacientům maximální ošetrovatelskou péči. (Mikula, 2008)

Nejlepším způsobem, jak zabránit případným komplikacím, je posouzení rizikových osob a řešení problémů s cílem možná rizika snížit. Je důležité, aby se pro stanovení těchto rizik používaly hodnotící škály. Hodnocení je probíhající proces a mělo by být prováděno vždy při přijetí pacienta a vždy, když dojde k zásadní změně zdravotního stavu. Existuje řada stupnic, které tato rizika hodnotí. Umožňují nám posoudit riziko a na základě toho plánovat a poskytnout adekvátní péči. Hodnotící škála by měla vždy zohlednit všechny rizikové faktory, a tím přesně předvídat případná rizika. (Nazarko, 2009)

1.2.2 Hodnotící škály pro posouzení stavu vědomí

Naše vědomí je ovlivňováno několika faktory. Může to být akutní či chronická změna zdravotního stavu, dále věk, hospitalizace a mnoho dalšího. Pro určení kvantitativního stavu vědomí využíváme *Glasgow Coma Scale* (GCS), ve kterém hodnotíme tři oblasti: odpověď očí, motorickou odpověď a slovní odpověď. (Slezáková, 2014) Minimální počet bodů je tři a maximální součet u normálního stavu je patnáct bodů. Důležitým mezníkem v hodnocení je hranice osmi bodů, protože v případě méně než osmi bodů je již tento stav označován jako těžká porucha vědomí. (Kelnarová, 2012) Aplikace tohoto testu je však omezena jen na konkrétní situace, což znamená, že například v běžné klinické praxi je číselná kvantifikace naprosto zbytečná. Jeho jednotlivé položky jsou nicméně užitečné jako inspirace pro vyšetření. Toto hodnocení však mohou znemožňovat různé faktory, jako je například afázie, kvadruplegie, intubace či tracheostomie, a zkreslit tak skutečný stav. (Rozsypal, 2015)

V dnešní době je GCS využívána na jednotkách kritické a nouzové péče k rychlému vyhodnocení stavu vědomí a závažnosti poranění po traumatických a netraumatických akutních událostech. Bloch (2015) uvádí, že na základě zkušeností je dokázána obtížná interpretace této škály u některých pacientů. Jedná se například o pacienty s demencí, u kterých není pochyb o tom, že jejich skóre může být chronicky abnormální, a o těžce poškozené starší pacienty, protože přesnost některých informací může být ovlivněna např. intubací, ztrátou sluchu, ospalostí či kognitivními poruchami. Dalším příkladem, který uvádí, jsou dětská oddělení, kde je použití GCS kvůli doposud nezralému mozku dětí velmi subjektivní a náchylný k nesprávné interpretaci. Přesto je toto hodnocení využíváno. Číselné hodnoty jsou přiřazovány dle úrovně odezvy: čím méně děti reagují, tím je skóre nižší. Při posuzování GCS u dětí bereme v potaz, že dítě nemusí reagovat na neznámé hlasy v neznámém prostředí, proto je velmi užitečná přítomnost rodičů, která může pomoci odpověď vyvolat. (Ricci, Kyle, 2009) Její používání není vhodné ani na jednotkách dlouhodobé péče a v pečovatelských zařízeních. Bylo by tedy vhodné upravit například složku slovní odpovědi tak, aby byl při hodnocení zohledněn výchozí stav pacienta a aby bylo jasné, že případné abnormality souvisejí s akutním stavem, a nikoliv s již existujícím chronickým stavem postižení pacienta. (Bloch, 2015)

Další škálou, která slouží k podrobnějšímu posouzení stavu vědomí, je *Revised trauma score* (RTS). Tato škála hodnotí dechovou frekvenci, systolický tlak krve a GCS.

Celkové skóre se pak pohybuje v rozmezí od 0 do 13 bodů, kdy bude mít pacient v horším stavu logicky nižší skóre. Prahovou hodnotou jsou zde 4 body, které jsou známkou toho, že by měl být pacient transportován do některého z traumacenter. (Murphy et al., 2009)

Hodnocení pooperačního deliria:

K posouzení přítomnosti deliria nám slouží dva stupně klinického vyšetření. První (kvantitativní) krok nám slouží ke zjištění toho, do jaké míry a jakou formou lze s pacientem navázat kontakt. Druhý krok (kvalitativní) nám pomáhá delirium diagnostikovat, či vyloučit. (Hála, 2011)

K posouzení míry sedace nám slouží *skórovací systém RASS (Richmond Agitation – Sedation Scale)*. Jako sedace je v tomto případě myšlen stav vědomí pacienta, který je změněn na základě pooperačního deliria. Pacienty se skóre -4 a -5, se kterými lze navázat kontakt pouze fyzickou stimulací či vůbec, dále diagnosticky nevyšetřujeme a další vyšetření pak provádíme s časovým odstupem. U pacientů se skóre -3 až +4 pokračujeme dalším krokem. Systém obsahuje čtyři položky. Pro splnění kritérií musí být splněny položky 1, 2 a jedna z položek 3 nebo 4.

Položka č. 1: Náhlý nástup či proměnlivost pacientových příznaků. Alespoň jedna odpověď musí být ANO.

- Je pacientův duševní stav jiný než obvykle?
- Kolísal jeho duševní stav v posledních 24 hodinách dle RASS či GCS?

Položka č. 2: Nepozornost: dosažení méně než 8 bodů z 10. Pacientovi je přečteno deset písmen a jeho úkolem je stisknout ruku pokaždé, když uslyší hlásku „A“. Za každou správnou reakci pak získá jeden bod.

Položka č. 3: Zmatenost: dosažení méně než 4 bodů z 5. Pacient dostane čtyři jednoduché otázky, kdy za každou správnou odpověď získá jeden bod. V dalším kroku má pacient ukázat na ruce stejný počet prstů jako vyšetřující. Toto se provádí nejprve na jedné ruce, poté na druhé. Za správné provedení pacient opět získává jeden bod.

Položka č. 4: Změněná úroveň vědomí: aktuální skóre je podle RASS, které je různé od nuly.

Ke skórování závažnosti deliria nám slouží *The Intensive Care Delirium Screening Check list*. Je to jednoduchý screeningový test, který se skládá z osmi položek, které v případě přítomnosti symptomu hodnotíme jedním nebo nula body. Sledujeme:

- změnu úrovně vědomí, kdy bdělý pacient obdrží nula bodů, zatímco v případě nutnosti mírné stimulace (hlasové) či při přehnané reakci na normální stimulaci získá jeden bod; pokud však pacient reaguje pouze na bolestivý podnět nebo nereaguje vůbec, hodnocení neprovádíme,
- nepozornost (poruchy soustředění, problém udržet téma hovoru apod.),
- dezorientaci (místem, časem, osobou),
- halucinace a bludy,
- zrychlenou, nebo naopak zpomalenou psychomotoriku (nutnost užívání sedativ, kurtování apod.),
- nepřiměřenou řeč či náladu,
- poruchy spánku (noční spánek kratší než 4 hodiny, usínání během dne),
- proměnlivost příznaků v čase (změna výskytu jakéhokoliv z výše uvedených příznaků za 24 hodin).

Delirium je diagnostikováno při dosažení skóre 4 a výše bodů. Vychází z retrospektivně získaných informací na základě pozorování ošetrovatelského personálu za 24 hodin. (Hála, 2011)

1.2.3 Hodnotící škály pro hodnocení vzniku dekubitů

Dekubitus je charakterizován jako jakékoli poškození kůže nebo tkání, které je způsobeno přímým tlakem či třecími silami. Jeho klinické příznaky mohou být od erytému až po hluboké tkáňové léze včetně dalšího poškození svalů, šlach, nebo dokonce kostí. Je tedy důležité uvědomit si, že je tento stav velmi rizikový pro vznik infekce, ovlivňuje celkový stav nemocného i délku a prognózu celého terapeutického procesu. Mezi rizikové faktory vzniku dekubitů patří: imobilita, inkontinence moči a stolice, poruchy nutrice, vyšší věk, pohlaví (ženy) a mnoho dalších. Na základě těchto rizikových faktorů byly vytvořeny nástroje pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, kam patří: stupnice dle Nortonové, Knolova stupnice náchylnosti k proleženinám, Waterlowova škála a stupnice podle Bradena. (Pokorná, 2012)

Jednou z nejznámějších škál je *stupnice dle Nortonové*, která hodnotí pět rizikových faktorů. Během osmdesátých let došlo k mnoha změnám ve zdravotní péči, což vedlo mnoho sester k otázce jejich přesnosti. (Nazarko, 2009)

Leshem-Rubinow et al. (2013) ve studii poukázali na možnost využití stupnice Nortonové pro předpovídání délky hospitalizace, vzniku komplikací a nemocniční mortality. V této studii bylo zkoumáno 259 starších pacientů. Průměrná výsledná hodnota stupnice byla 15,4 a 37,8 % pacientů mělo nízké hodnoty. Tito pacienti byli ve srovnání s těmi, kteří měli hodnoty vyšší, hospitalizováni déle, objevoval se u nich větší výskyt komplikací a s ním spojená vyšší mortalita.

Stupnice dle Bradena hodnotí úroveň smyslového vnímání, vlhkost pacientovy pokožky, jeho fyzickou aktivitu (zejména chůzi) a mobilitu (schopnost vleže sám změnit polohu), stav výživy a tření se střížnou silou, tzv. nůžkovým efektem. Nůžkový efekt vyjadřuje riziko poškození kůže při manipulaci s pacientem. V této stupnici je každá dovednost hodnocena bodem 1 až 3 nebo 4, kdy 1 je považována za nejhorší. Maximální počet bodů je 23, kdy 16 a méně bodů značí vysoké riziko. (Mlýnková, 2010; Pokorná, 2012)

Hodnotící škála dle Shannona hodnotí duševní stav pacienta, cirkulaci krve, stav výživy, mobilitu (zda je chodící, upoutaný na lůžko či na invalidní vozík), tělesnou teplotu a medikaci (analgetika, steroidy, sedativa). Při bodovém hodnocení s výsledkem 16 a méně bodů se jedná o významné riziko vzniku dekubitů. (Mlýnková, 2010; Slezáková 2014)

Další hodnotící škálou v této oblasti je *Hodnotící škála dle Waterlowa*, kterou používají převážně ve Velké Británii. Ve srovnání s ostatními škálami obsahuje podrobnější informace. Jsou v ní sledovány tyto oblasti: věk, stavba těla, schopnost udržet moč a stolici, pohyblivost pacienta, nutrice, stav kůže, velké operační výkony, speciální rizika – např. anemie, kouření, onemocnění, vliv léků a neurologická onemocnění. Jednotlivé oblasti se bodují od 0 do 3, kdy 10 a více bodů znamená riziko vzniku dekubitů a více než 20 bodů znamená riziko velmi vysoké. Z toho vyplývá, že čím vyšší je bodové skóre, tím vyšší je riziko pro pacienta. (Mlýnková, 2010). Výzkum (Webster et al., 2013), který byl zaměřen na použití Waterlovy škály, poukázal na nízkou prediktivní platnost a nutnost dalšího zkoumání její užitečnosti ve srovnání s jinými screeningovými nástroji.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů patří mezi vyšetření prováděná v den přijetí s odstupem 24 hodin a dále alespoň jedenkrát za týden. Další hodnocení provádíme vždy při překladi pacienta do jiného zdravotnického či sociálního zařízení. (Mlýnková, 2010; Vytejková et al., 2015)

Faktem je, že Norton, Waterlow ani Braden nejsou přítomni u lůžka pacienta, jsme tam však my, což je důležité si uvědomit. Zdravotní sestry vědí, že přestože mají dva jedinci stejné rizikové faktory i stejnou léčbu, může jeden z nich jevit časné známky poškození tkání. Důležité je kontrolovat predilekční místa a ujistit se, že si je ošetřující personál vědom toho, jak je důležité okamžitě hlásit jakékoliv známky poškození. (Nazarko, 2009)

Banu, Sae-Sia, Khupantavee (2014) zveřejnili výzkum prováděný v Bangladéši, který se týkal implementace Bradenovy škály u hospitalizovaných pacientů s poraněním míchy. Do výzkumu bylo zapojeno 10 sester a 13 lékařů. Výsledky měly stanovit míru užívání a přesnost použití této škály a spokojenost sester a lékařů s jejím použitím. Bylo zjištěno, že Bradenova škála je při hodnocení rizika vzniku dekubitů využívána ve vysokém procentu, a to v 96 až 100 %, a že se její přesnost pohybuje mezi 70 až 100 % pro každou položku. Posledním bodem hodnocení byla spokojenost lékařů a sester s jejím využitím, která je dle zjištěných výsledků na velmi vysoké úrovni. Závěrem je nutné dodat, že po stanovení rizika vzniku dekubitů na základě Bradenovy škály by měla být pacientům poskytnuta efektivní ošetrovatelská péče, aby se zabránilo tvorbě dekubitů.

1.2.4 Hodnotící škály pro měření stupně soběstačnosti

Pojmem sebepéče rozumíme péči o sebe samého v rámci aktivit denního života, které člověk zvládne zajistit sám vlastními silami. Úroveň soběstačnosti jako sestry hodnotíme u hospitalizovaných pacientů a pacientů v primární péči. (Slezáková, 2014) K posouzení nám slouží testy, kterými ověřujeme instrumentální a základní aktivity denního života. Do instrumentálních aktivit patří například nakupování, praní, příprava jídla a vaření, vedení domácnosti, cestování a schopnost nakládat s penězi. Pod základními aktivitami běžného života si můžeme představit například schopnost najíst se a napít se, obléknout se, vykonat osobní hygienu, použít WC, vykoupat se, chůzi a přesun v rámci domácnosti. Pokud je starší člověk schopen zvládat základní aktivity denního života a nezvládne instrumentální činnosti, obvykle si vystačí pouze s určitou dopomocí

v domácnosti. V případě, že však není schopen základních sebeobslužných aktivit, potřebuje osobní a ošetrovatelskou péči. (Štěpánková et al., 2014)

Dle úrovně soběstačnosti dělíme pacienty do čtyř skupin. Do první skupiny řadíme pacienty poměrně soběstačné, kteří jsou nezávislí na pomoci zdravotnického personálu. Ve druhé skupině najdeme pacienty částečně soběstačné, kteří jsou schopni sebeobsluhy mimo lůžko, ale s naší pomocí. Ve třetí skupině jsou pacienti poměrně nebo částečně soběstační, opoutaní na lůžko, případně psychicky dekompenzovaní, kteří vyžadují větší či menší pomoc sestry. V poslední, tedy čtvrté skupině nalezneme pacienty nesoběstačné, taktéž upoutané na lůžko a psychicky dekompenzované, případně v bezvědomí, kteří jsou plně závislí na pomoci ošetrovatelského personálu. (Slezáková, 2014)

Pro měření soběstačnosti využíváme různé měřicí techniky. Například *test základních denních činností podle Barthelové (ADL)*. Jedná se o hodnotící stupnici, která je doplněna pozorováním pacienta. Informace o pacientovi získáváme jak od svých kolegů a kolegyně, tak od pacientů. Nejdůležitější je ale přímé pozorování některých činností. Hodnotíme pouze to, co pacient viditelně zvládne. Při posuzování pacienta se zaměřujeme na deset základních oblastí běžného života, které se týkají oblékání, najedení se, napití se, osobní hygieny, koupání, kontinence moči a stolice, použití WC a chůze po rovině či po schodech. (Kuckir et al., 2017) Tento test provádíme vždy na začátku hospitalizace, poté v průběhu hospitalizace a nakonec v době maximální úrovně dosažené soběstačnosti. Díky tomu lze určit, jak dobře a jak rychle pacient dospěl k nezávislosti. Jednotlivé činnosti jsou hodnoceny 0, 5, 10 nebo 15 body, kdy 15 bodů znamená, že je pacient v dané činnosti naprosto nezávislý na pomoci druhých, logicky tedy 0 bude znamenat plnou závislost. Z toho vyplývá, že jednotlivými body hodnotíme, zda danou činnost zvládne bez pomoci, s pomocí, nebo ji neprovede vůbec. (Mahoney, Barthel, 1965) Nejvyšším možným dosaženým počtem bodů je 100, což znamená, že je pacient nezávislý na pomoci druhých. Dále 65–95 bodů znamená lehkou závislost, 45–60 bodů značí závislost středního stupně a bodové ohodnocení, které se pohybuje v rozmezí od 0 do 40, lze tedy považovat za závislost vysokou. (Kleťetová, 2017) Výhodou tohoto testu je jeho jednoduchost. Je užitečný při hodnocení pacientova stavu závislosti před léčbou a v průběhu léčby. Celkový počet bodů není tak významný jako rozdělení testu do deseti oblastí, protože ty ukazují, kde se objevují jednotlivé nedostatky. (Mahoney, Barthel, 1965) V případě prvního setkání s pacientem bude celkové vyhodnocení testu trvat

přibližně 15–20 minut, protože je zapotřebí pečlivého pozorování a vedeného rozhovoru s pacientem. Naopak u pacientů, se kterými se setkáváme každý den, strávíme hodnocením méně času, protože jej hodnotíme na základě předešlého kontaktu a pozorování, což znamená, že test zabere pouze 2–5 minut. (Kuckir et al., 2017)

Dalším testem sloužícím k vyhodnocení úrovně soběstačnosti je *Svanborgův test ošetřovatelské zátěže* s bodovou škálou od 1 do 5. Sleduje se pohybová schopnost, provedení osobní hygieny, stravování, inkontinence moči, použití WC, výskyt dekubitů a spolupráce s nemocným. Vývoj soběstačnosti je hodnocen za pomoci Katzova indexu nezávislosti. (Hudáková, Majerníková, 2013)

Původní *Index nezávislosti v každodenních aktivitách* byl vytvořen v roce 1964 S. Katzem. Zkráceně je označován jako Katz ADL a je možné se s ním setkat ve více podobách, protože různá pracoviště jeho položky upravují a kombinují. Původní index se šesti položkami (koupání, oblékání, použití toalety, přemísťování, kontinence, jedení) však zůstává jednoduchým zlatým standardem. Sjednocuje zdravotníkův pohled na pacienta v úrovni sebeobsluhy a vytváří společný jazyk v péči o něj. Tento test se však nehodí pro jemnou diferenciaci funkčního stavu, nezachycuje mírné změny ve funkčním výkonu ani podstatné změny týkající se vyšších pásem výkonnosti. Původní hodnocení bylo ano/ne, kdy 6 dosažených bodů znamenalo úplnou nezávislost a 0 bodů naopak úplnou závislost. Často se můžeme setkat i s trojúrovňovým provedením: provede sám – provede s dopomocí – neprovede. Klasifikace je prováděna samotnými respondenty či jim blízkými osobami (rodinní příslušníci, ošetřovatelé, zdravotnický personál), a to formou řízeného rozhovoru či dotazníkovou formou, která je využívána nejčastěji. Aby bylo posouzení přesné, vyžaduje vždy vztažení schopností k náročnosti prostředí. Určité nejasnosti vznikají například proto, že nevíme, zda hodnotit aktuální výkonnost v ADL, nebo potenciální kapacitu. Pro upřesnění: Katzův index hodnotí reálný výkon, nikoli potenciál. (Kalvach, 2011)

Gunes et al. (2015) prováděli studii s cílem posoudit platnost a spolehlivost Katzova indexu u starších pacientů ve věku 65 let. Výsledek této studie ukazuje, že Katzův index je spolehlivým, platným, snadno proveditelným a křížově kulturně přístupným měřítkem. Posouzení funkční závislosti je totiž důležitou součástí komplexního geriatrického hodnocení. Ve své studii dále uvádějí, že měření úrovně závislosti v každodenních aktivitách běžného života je nezbytné pro klinické rozhodování, monitorování terapie

a předvídání výsledků, a proto jsou studie o platnosti a spolehlivosti, prováděné v různých kulturách, velmi potřebné. Nejvíce ze všech těchto studií poskytují výzkumy přesnější interpretaci výsledků při práci v různých jazycích a kulturách.

Test IADL (Instrumentální aktivity každodenního života) je stupnicí podle Lawtona a umožňuje nám posoudit, nakolik je pacient schopný zvládat složitější činnosti všedního dne, které jsou nutné pro úplnou soběstačnost. Tato stupnice souvisí s kognitivními schopnostmi a depresí a je vhodná k průběžnému sledování pacientů. Podobně jako u testu dle Barthelové posuzujeme pouze to, co pacient skutečně spontánně zvládne. Při posuzování hodnotíme 8 oblastí, ve kterých může pacient získat celkem 8 bodů. (Schuler, 2010) Hodnocené oblasti se týkají schopnosti využívat telefon, schopnosti nakládat s penězi, praní, způsobu dopravy, pacientovy odpovědnosti za léky, úklidu, nakupování a přípravy jídla. Muži získávají v tomto testu obecně nižší počet bodů, protože jsou zde kategorie se zastoupením domácích prací, jako je příprava jídla, uklízení nebo praní. Souhrnné skóre se tedy pohybuje v rozmezí od 0 (závislost) do 8 (nezávislost) pro ženy a od 0 do 5 pro muže, pokud jsou položky vynechány. (Simmons, 2012)

Koncept hodnocení aktivit všedního života (ADL) vychází z přesvědčení, že u pacientů, kteří mají závažnou disabilitu, není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, nýbrž funkční zdatnost, a to ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Ta se netýká pouze vlastního deficitu, ale souvisí také s dalšími faktory, jako jsou faktory tělesné a psychosociální, a proto se rehabilitace a další podpůrné služby nezaměřují pouze na dílčí poruchu, ale na celkové znevýhodnění a na tělesné i sociální fungování. (Kalvach, 2011)

Dalším využívaným testem je *Index časné rehabilitace + index Barthelové*. V tomto testu se jedná o kombinaci indexu Barthelové a dalších kritérií se záporně vyjádřeným hodnocením. Obsahuje 7 kategorií, které zahrnují závažné průvodní poruchy nebo problémy, které by mohly mít vliv na náročnost ošetrovatelské péče. Tento test využíváme v případě, že nedostačuje index Barthelové v dolní oblasti. Posuzujeme výsledky konkrétně pozorovaného chování, nikoli motorické předpoklady pro danou činnost. Délka trvání testu se pohybuje okolo 5 minut. (Schuler, 2010)

Test funkční míry nezávislosti (FIM) je mezinárodně uznávaným testem, který je využíván především ergoterapeuty a fyzioterapeuty. Je v něm hodnocena fyzická

a kognitivní disabilita. Jako mnoho dalších testů vychází z testu Barthelové. Při hodnocení navíc zohledňuje komunikaci s prostředím a sociální vztahy pacienta. Zaměřuje se na šest okruhů činností v sebezpečí, jež se týkají osobní péče, kontroly svěračů, mobility, lokomoce, komunikace a sociální adaptability. (Klevetová, 2017) Jednotlivé položky jsou hodnoceny na základě úrovně potřebné asistence při vykonávání běžných denních činností. Škála zahrnuje 18 položek, z nichž 13 položek se týká fyzických oblastí založených na indexu Barthelové a zbylých 5 položek se zaměřuje na kognitivní funkce. Každá položka je hodnocena od 1 do 7 na základě úrovně nezávislosti, kde 1 v dané činnosti představuje úplnou závislost a 7 znamená úplnou nezávislost. Hodnocení může provádět lékař, sestra, terapeut, ale i laik. Možné skóre se pohybuje od 18 do 126 bodů, přičemž čím vyšší je skóre, tím větší je nezávislost. Časová náročnost je zhruba 30 minut. Tento test je velmi využíván v rehabilitaci a při léčbě cévní mozkové příhody a roztroušené sklerózy. Skóre odpovídá změnám a odvíjí se od něj i propuštění pacienta. (Gupta, 2008)

K popisu orientačního funkčního postižení lze využít i *Rankinovu škálu*, která je původně určena pro hodnocení důsledků cévní mozkové příhody. Škála má 6 úrovní, kdy 0 = bez příznaků, 1 = příznaky jsou přítomny, ale jsou funkčně nevýznamné (např. porucha chůze), 2 = mírná disabilita (neschopnost všech původních aktivit, ale zcela soběstačný), 3 = střední disabilita (potřeba pomoci na úrovni IADL, schopen samostatné chůze), 4 = těžká disability (asistence při chůzi a sebeobsluze – ADL), 5 = velmi těžká disabilita (upoutání na lůžko, inkontinence, trvalý dohled a ošetrovatelská péče), 6 = úmrtí. (Kalvach, 2008)

Tyto testy nám umožňují sledovat časový vývoj spontánních změn. (Slezáková, 2014) Při posuzování soběstačnosti je důležité vycházet z posouzení jednotlivých dílčích funkcí, které ji podmiňují. Jde především o stav kognitivních funkcí (myšlení, paměť, prostorová a časová orientace, řeč a funkce organizování a plánování), úroveň depresivity a mobilitu pacienta. (Štěpánková et al., 2014)

1.2.5 Hodnotící škály pro hodnocení bolesti

Hodnocení intenzity bolesti:

Bolest je označována jako nepříjemný pocit, který má subjektivní charakter, a proto je pro nás rozhodující, jak pacient svou bolest hodnotí slovně. Pro její lepší zhodnocení je vhodné tyto údaje doplnit pozorováním prožívání pacientovy bolesti, a to především u pacientů s demencí, dezorientovaných nebo malých dětí. (Bezdičková, 2010) Dle výpovědí nemocných se v nemocnicích bolest vyskytuje až u 60 % pacientů a třetina z nich svou bolest hodnotí jako silnou až středně silnou. Proto je nutné dbát na adekvátní léčbu pooperačních bolestí, která pak minimalizuje pacientovo utrpení, usnadňuje zotavení a umožňuje časné propuštění. (Streitová, 2015)

Sestra si při hodnocení bolesti všímá neverbálních projevů pacienta, sleduje jeho mimiku, paralingvistické projevy, pohyby končetin a aktivitu nervového systému. U nejmenších dětí se zaměřuje především na kvalitu spánku, pláč, možnosti utišení, mimiku a pohyby dítěte. (Bezdičková, 2010)

Intenzita bolesti se neustále mění a reaguje na různé podněty, proto je nutné její projevy sledovat 24 hodin denně. Všímáme si, co bolest způsobuje, kdy je bolest největší, co bolest naopak snižuje a sledujeme také reakci na podaná analgetika. Sestra si data o aktuálním stavu bolesti zapisuje do tzv. záznamu bolesti spolu se způsobem její léčby na každý den zvlášť. Pacient nám také může pomoci svým záznamem do deníku bolesti, tento způsob má největší význam u pacientů léčených v domácím prostředí. (Bezdičková, 2010)

Akutní bolest

Akutní bolest nám slouží jako určitý varovný signál a je součástí reakce našeho organismu na stres. Z toho vyplývá, že přítomnost této bolesti je účelná a pro zachování života nezbytná. Základním principem při léčbě akutního stavu je odstranění příčiny, která bolest způsobila, například odstranění červovitého výběžku při zánětu slepého střeva, stabilizace zlomeniny sádrou dlahou či její operativní řešení, extrakce zubu a další. V případě intenzivní a velmi kruté akutní bolesti je nutné zahájit její léčbu, jinak může nepříznivě ovlivnit vývoj akutního stavu a hrozí zde riziko přechodu do bolesti chronické. Je velice důležité, aby bylo na bolest včas reagováno, a my jsme tak zabránili

jejímu rozvinutí do vysoké intenzity. Bolest je lépe zvládána, když jí budeme předcházet včasným podáním analgetik. (Čeledová, 2018)

Chronická bolest

Chronická bolest je označována jako soubor příznaků, tzv. syndrom. V porovnání s bolestí akutní již nemá varovný signál, je tedy neúčelná. O chronickou bolest se jedná v případech, že vlastní onemocnění odezní nebo přejde do chronického stadia, ale bolest zůstane. Někdy se jedná o pozvolnou progresi některého onemocnění, kterou nelze z různých důvodů zvrátit – například v případě artrózy velkých kloubů. Tato bolest může mít nejrůznější podobu, lze ji hůře lokalizovat, je hlubší a trvalá. (Čeledová, 2018)

Stupně intenzity bolesti

Bolest zpravidla rozdělujeme do tří stupňů (mírná, středně silná, silná), od nichž se poté odvíjí většina doporučení pro její léčbu. Toto rozdělení představuje pacientovu udávanou intenzitu a stupeň bolesti, jenž ovlivňuje jeho funkční zdatnost. Pro každý stupeň jsou doporučeny určité léčebné postupy a léčebné kombinace. Jako bolest mírnou označujeme stav, kdy pacient udává svou nejhorší bolest v rozmezí 1–4 body z celkového počtu 10 bodů. K jejímu snížení stačí neopioidní analgetika. Středně silná bolest je pacientem hodnocena 5–6 body a tato bolest již významně ovlivňuje některé oblasti v jeho životě. Je potřeba aktivně zahájit farmakologickou léčbu a její efekt zhodnotit nejpozději do 24–72 hodin. Silná bolest, již pacient hodnotí v rozmezí 7–10 bodů, už vyžaduje rychlé zahájení léčby účinnými analgetiky, v tomto případě silnými opioidy. Zde hodnotíme efekt analgetik již nejpozději za 24 hodin. (Vorlíček, 2012)

Faktory ovlivňující bolest

Naše bolest souvisí s mnoha vnějšími a vnitřními faktory, které je třeba vnímat. Obecně můžeme říci, že naši toleranci k bolesti a naše chování ovlivňuje práh bolesti a časový úsek, tzn. část dne či různé životní období. Dle psychologické praxe je zřejmé, že pokud se člověk nachází v náročné životní situaci nebo prožívá nadlimitní životní zátěž, vnímá pak bolest mnohem intenzivněji. Vnímání bolesti se liší také v průběhu dne, v ranních hodinách bývá bolest méně intenzivní než v hodinách nočních a odpoledních. Práh bolesti představuje určitou intenzitu podnětů, která je potřeba pro to, aby člověk cítil bolest. Každý jedinec vnímá určitý podnět jako bolest až od určitého momentu. Práh

bolesti není ani u jednoho člověka vždy stejný, mění se i dle okolností. Pro vytvoření plánu managementu bolesti je určení prahu bolesti a tolerance velice důležité. (Bartůněk, 2016)

Možnosti hodnocení bolesti:

Pro hodnocení bolesti máme mnoho prostředků a nástrojů, proto také vzniklo mnoho klasifikací a dělení těchto metod. V první řadě nás bude zajímat, jaký údaj o bolesti zjišťujeme, zda hodnotíme lokalizaci (mapy bolesti), intenzitu (škály) či kvalitu bolesti (dotazníky). Dalším dělením je rozdělení na verbální (dotazníky) a neverbální (škály a mapy bolesti) hodnocení bolesti, lišící se dle toho, zda využíváme slovní vyjádření, nebo její popis. Dále pak bolest rozlišujeme dle rozsahu zaměření nástroje na metody jednoduché a vícerozměrné a metody fyzikální a behaviorální. Jednoduché metody, které používáme pro hodnocení bolesti u pacientů, se zaměřují pouze na jeden rozměr bolesti, kterou je nejčastěji její intenzita. Tyto metody lze však využít také pro zjištění jiných faktorů, jako je například úleva od bolesti a dopad bolesti na denní aktivity pacienta. Nejčastěji je hodnotíme pomocí škál. (Pokorná, 2012)

Verbální škála bolesti: pacienti svou bolest hodnotí slovně a mají na výběr z těchto možností: žádná – mírná – středně silná – silná – nesnesitelná bolest. Nejčastější variantou je škála se šesti stupni, která bolest hodnotí od žádné až po nesnesitelnou. Riziko v případě tohoto hodnocení tkví v tom, že význam pojmu mohou pacient a zdravotník vnímat odlišně. (Pokorná, 2012)

Vizuální analogová škála (VAS) je nejčastěji využívaným způsobem měření. Intenzitu bolesti zde zaznamenáváme na úsečku, a to horizontálně, či vertikálně. Může být doplněna barevným značením. (Pokorná, 2012) Výhodou je, že tento způsob hodnocení nezatěžuje administrativu, protože nám zabere pouhých 5 minut času. Bohužel se však často stává, že je mylně zaměňována s numerickou škálou. (Pokorná, 2013)

Numerická škála je obdobou vizuální analogové škály. K vyjádření bolesti je využívána úsečka, na které pacient svou bolest hodnotí pomocí čísel 0–10 nebo 0–100, kde vyšší číslo znamená větší bolest. Důležité však je, aby měla tato škála středovou hodnotu, jinak se rozpětí a bodové hodnocení mohou lišit. (Pokorná, 2012)

Mapa bolesti: pacient zaznamenává lokalitu bolesti do předem připraveného nákresu postavy. Tento typ hodnocení bolesti je vhodné kombinovat s některou ze škál bolesti. (Bezdičková, 2010)

Dotazníky bolesti: Ke zhodnocení různých charakteristik bolesti, zhodnocení účinku dané léčby, vlivu bolesti na denní aktivity života a pacientovy emoce využívají deníky bolesti spojení numerických a verbálních škál. (Vorlíček, 2012)

K hodnocení chronické bolesti je ve světě využíván *Mcgillský dotazník bolesti (McGillPainQuestionary – MPQ)*, který řadíme do psychologických škál bolesti. Dotazník vyšetřuje pacientovy pocity a má celkem 15 různých bolestí, od tepavé až po mučivou. (Rokyta, 2017) Při využití dotazníků v praxi je potřeba si uvědomit, zda jsou z hlediska léčby získané informace relevantní a zda není jejich vyplnění pro pacienta spíše nepříjemnou zátěží. (Vorlíček, 2012)

Stupnice grafických symbolů (obličejová škála): Původním smyslem této škály bylo hodnocení bolesti u dětí. V současné době se ale začala využívat i u osob se sníženou kognitivní schopností. Je to ve skutečnosti alternativa číselné stupnice, která je vyjádřena pomocí výrazů obličeje, které jsou řazeny zleva doprava, od stavu pohody až po největší utrpení. Ani v tomto případě nám administrativa této škály nezabere déle než 5 minut. Problematické však může být využití u seniorů s poruchou kognitivního vnímání a mentálních schopností (demence, Parkinsonova choroba). (Pokorná, 2013)

Grafický záznam bolesti (podle institutu Gustave Roussy): V tomto případě hodnotíme bolest pomocí čísel od 0 do 10 v zadaném časovém intervalu včetně záznamu podaných analgetik. Skládá se ze tří domén, první sleduje somatické reakce (nářek, výraz, spánek ad.), druhá hodnotí psychomotorické reakce a týká se denních aktivit (mytí, oblékání, pohyblivost), do třetí domény patří reakce psychosociální, které se zabývají komunikací, společenským životem a poruchami chování. Každou z deseti oblastí hodnotíme od 0–3, bodové hodnocení od 5–30 pak znamená silnou bolest. Nevýhodou využití tohoto způsobu hodnocení bolesti je, že pacienta musíme velmi dobře znát. (Pokorná, 2013)

Při využívání těchto prostředků k hodnocení bolesti je důležité nalézt „společný jazyk“ a vzájemné porozumění. K tomu nám napomáhá přesné vymezení požadavků například ve vztahu k předchozí zkušenosti nebo k míře ovlivnění schopnosti provádět

běžné denní činnosti. V tomto případě je nejvhodnější užití *Dotazníku interference bolesti s denními aktivitami (DIBDA)*. Jedná se o škálu se šesti stupni v kombinaci numerického a verbálního hodnocení. V případě, že pacient označí nulu, znamená to, že je bez bolesti, naopak číslo pět znamená bolest nesnesitelnou natolik, že mu znemožňuje běžné denní aktivity, pacient je dále nucen hledat úlevovou polohu či vyhledat pomoc lékaře. (Pokorná, 2012)

1.2.6 Hodnotící škály pro hodnocení stavu výživy

Příjem potravy má velký vliv na naše zdraví a je podmínkou pro správné fungování organismu. Hlavním cílem výživy je dodat tělu dostatek vody, živin a látek nezbytných k průběhu metabolismu (minerálů a vitaminů). (Kelarová, 2009) Aby byla výživa opravdu kvalitní, je důležité, aby byla strava co nejpestřejší a aby pacient pravidelně jedl potraviny ze všech hlavních skupin. Na základě výše uvedeného je tedy zjevné, že v některých případech stravování nemusí splňovat ani běžné zásady zdravé výživy. (Vorlíček et al., 2012)

Stav výživy člověka je součástí celkového zdravotního stavu a jeho vyšetření spočívá v odběru anamnézy a v klinickém, funkčním, laboratorním a imunologickém vyšetření. Žádný z těchto přístupů však sám o sobě nepostačuje k tomu, aby mohl izolovaně sloužit k celkovému posouzení stavu výživy. Z anamnestických údajů nás nejvíce zajímají: rodinná anamnéza, chronická onemocnění, kouření, alkohol, stravovací zvyklosti a celkový životní styl. Když se nyní zaměříme na nutriční anamnézu, bude se nejvíce týkat zjištění vývoje tělesné hmotnosti, stravovacích návyků, odhadu nutriční kvality a energetické kvantity navyklé stravy. Její součástí je i zjištění chuťových preferencí, pravidelnosti či nepravidelnosti v jídle, eventuálně i dyspeptické obtíže a jiné. (Müllerová, 2014)

Potřeba energie organismu se vypočítává z celkové tělesné hmotnosti. Pro většinu hospitalizovaných pacientů s normálním BMI se průměrná potřeba energie pohybuje mezi 25–35 kcal/kg, tedy 100–150 kJ/Kg. Toto rozmezí je však poměrně široké, proto je důležité brát v potaz věk a pohlaví pacienta. Je pravda, že mladší jedinci mají vyšší spotřebu energie než starší, muži mají vyšší spotřebu energie než ženy a hubení mají vyšší potřebu než obézní. U pacientů, kteří mají velké otoky či ascites nebo které nelze zvážit a je nám známa pouze jejich tělesná výška, lze potřebu energie vypočítat podle ideální

tělesné hmotnosti, jež u dospělých odpovídá BMI 22 kg/m². U seniorů nad 65 let věku je hodnota BMI 24 kg/m².

Ideální hmotnost vypočítáme následujícím způsobem:

Dospělý jedinec: (výška v m)² x 22

Senior nad 65 let věku: (výška v m)² x 24

(Vorlíček et al., 2012)

Nutriční rizikový screening je efektivní především u hospitalizovaných pacientů, seniorů a pacientů s onkologickým onemocněním. Již v roce 2002 byl tento praktický model doporučen evropskou odbornou společností. Tabulka sestává z levé a pravé části. V levé části hodnotíme pacienta ve škále 0–3 body na základě tří hlavních parametrů (procento zhubnutí, BMI, příjem stravy) a v pravé části hodnotíme body od 0–3 riziko vyplývající ze základní choroby a její léčby. Výsledkem je součet bodů obou položek v rozmezí od 0 do 6 bodů. Pokud je hodnocení 3 body a výše, měl by mít pacient stanoven individuální nutriční plán, a to i v případě, že by zpočátku sestával pouze z úpravy diety a dalšího sledování pacientova nutričního stavu. Čím vyšší je součet bodů, tím větší je pravděpodobnost, že nutriční podpora včetně umělé klinické výživy přinese pacientovi prospěch. (Vorlíček et al., 2012)

Další škálou pro hodnocení stavu výživy je *Malý výživový test – Mini Nutritional Assessment (MNA)*, který je vhodný zejména pro ambulantní screening rizika malnutrice. Formulář MNA zahrnuje čtyři hlavní oblasti:

Antropometrická měření, jejichž součástí jsou čtyři otázky týkající se hmotnosti, výšky, obvodu lýtek a paže.

Stravovací návyky – pacient dostane šest otázek, které se týkají počtu jídel během dne, druhu jídla, množství vypitých tekutin a rozsahu pomoci při stravování.

Globální posouzení, jehož obsahem je také šest otázek, které se zaměřují na pacientovu soběstačnost, množství pravidelně užívaných léků, mobilitu, psychický stav, kožní změny a přítomnost vážného onemocnění za poslední tři měsíce.

Subjektivní posouzení – pacient bude tázán, jak vnímá své vlastní zdraví a výživu.

Každá z položek je hodnocena váženým skóre. Bodové rozmezí se pohybuje od 0 do 29 bodů. Hodnota nad 24 bodů značí normální nutriční stav, v rozmezí od 17 do 23,5 bodů se nacházejí osoby s rizikem poruchy výživy a hodnota nižší než 17 bodů svědčí pro malnutrici. (Pokorná, 2013)

Na základě výzkumu prováděného (Kaiser et al. 2010) ve 12 zemích, do kterého bylo zapojeno celkem 4 507 lidí s průměrným věkem 82,5 let, dosáhl MNA celosvětového přijetí. Vykazuje vysokou prevalenci podvýživy v různých prostředích, s výjimkou komunity. Vzhledem k svému specifickému geriatrickému zaměření by měl být MNA doporučen jako základ nutričního hodnocení u starších lidí.

MNA-SF (Mini Nutritional Assessment short-form) je zkrácenou formou Malého výživového testu. Skládá se pouze ze šesti otázek a jeho časová náročnost je velmi nízká. Obsahuje údaje o snížení příjmu potravy a úbytku na váze za poslední tři měsíce, informace o mobilitě pacienta a o vystavení stresovým situacím v posledních třech měsících, údaje o BMI a údaj o tom, zda pacient netrpí některým psychickým onemocněním. Maximální počet získaných bodů je 14. Bodové hodnocení od 12 do 14 značí normální stav výživy, pacienti s 8 až 11 body jsou ohroženi malnutricí a výsledek menší než 8 bodů svědčí o podvýživě. (Kuckir et al., 2017)

Pro seniory hospitalizované v nemocničním zařízení je vhodný *Nottinghamský dotazník*, ve kterém hodnotíme položky BMI, nežádoucí váhový úbytek za poslední tři měsíce, snížení příjmu potravy za poslední měsíc a stresový faktor, který vyjadřuje závažnost základního onemocnění. Každá z položek je hodnocena od 0 do 2, kdy 0 není rizikovým faktorem pro vznik malnutrice. Výsledné hodnocení od 0 do 2 značí velmi dobrý stav výživy, hodnocení od 3 do 4 znamená nutnost monitorování stavu výživy a nutnost kontroly s odstupem jednoho týdne. Hodnocení 5 a více body svědčí o vysokém riziku podvýživy, kdy je nutná indikace cíleného vyšetření pacientova nutričního stavu a intervence. (Pokorná, 2013)

Podvýživa je hlavním problémem spojeným u starších lidí s hospitalizací a má značný dopad na jejich úmrtnost a nemocnost. Její výskyt je vysoký, a i přesto není často v nemocnicích rozpoznána. Nutriční screeningové testy jsou při diagnostice pacientů s podvýživou v popředí. V ideálním případě se však doporučuje kompletní nutriční hodnocení, které zahrnuje potvrzení diagnózy a identifikaci specifických výživových

deficitů. Existuje mnoho nutričních screeningových nástrojů, avšak zatím není jisté, který z nich je nejlepší v předpovědi dlouhodobějších výsledků. (Dent et al., 2014)

1.2.7 Hodnotící škály pro hodnocení rizika pádu

Základním přístupem k efektivnímu předcházení pádům je zlepšování fyzické kondice ohrožených osob. Řadíme sem trénink chůze s balančními cvičeními, cvičení na vytrvalost, zvyšování svalové síly, cvičení zlepšující prostorovou orientaci atd. Takto lze omezit jak riziko pádů, tak riziko zlomenin. K velmi účinným opatřením patří úprava rizikové farmakoterapie. Je známo, že u starších osob, které užívají více než 3 druhy léků, vzniká mnohem vyšší riziko zlomenin. Pády trpí ročně kolem 30 % osob starších 65 let a 42 % osob starších 70 let. Polovina všech pádů vede ke zraněním, z nichž se 10–15 % týká závažných zranění a 1–2 % zlomenin proximálního femuru. Značnou část osob nad 65 let vede strach z pádu k omezení fyzické aktivity. (Jenšovský, 2018)

Ke zhodnocení rizika pádu nám slouží *Gaitův funkční test*. Určuje rovnováhu pacienta, je jednoduchý a časově nenáročný. Pokud je tento test pozitivní, musí sestra podniknout určitá opatření, která riziko pádu vyloučí nebo sníží. Při provádění testu nejprve pacienta požádáme, aby se na 60 vteřin posadil na židli, poté ho vyzveme, aby se postavil a stál 30 vteřin na jednom místě, dále aby se prošel místností a otočil se. Test ukončíme poslední výzvou, kdy ho požádáme, aby se vrátil ke své židli a opět se na ni posadil. Test je negativní v případě, že je pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by se potácel, upadl, ztratil rovnováhu nebo vyhledával předměty, o které by se mohl opřít. Pokud má pacient některý z výše uvedených problémů či není schopen test dokončit, je nutné, aby sestra vytvořila protokol pro prevenci pádu. (Škrla, 2008)

K vyhodnocení rizika pádu využíváme také modifikovaný „*screeningový*“ test. Pacienta hodnotíme v 6 oblastech. První dvě se týkají schopnosti pohybu a vyprazdňování. Třetí oblast se věnuje medikaci, z níž nás zajímají převážně léky ze skupiny diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky či benzodiazepiny. Ostatní oblasti se týkají smyslových poruch (vizuální a sluchové smyslové deficity), mentálního statusu (orientace) a věku pacienta, kde je první hodnocenou hranicí věk 18–75 let a druhou je věk 75 let a výše. V každé oblasti lze získat maximálně jeden bod. Již při hodnocení 3 body je nutné provést následující opatření. Nad lůžko pacienta umístíme výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“, lůžko snížíme a zajistíme jej brzdami. Pacienty s vysokým rizikem pádu uložíme ideálně blízko sesterny

a toalet. Signalizační zařízení umístíme na dosah ruky pacienta a vysvětlíme mu jeho funkci. Zajistíme vhodnou obuv a hygienický režim. Z pacientova okolí odstraníme veškeré překážky a noční stolek umístíme tak, aby byl na dosah ruky. (Škrla, 2008)

Další test sloužící k posouzení rizika pádu, pohyblivosti a síly pánevních a proximálních svalů dolních končetin je *Chair Rising Test (test schopnosti vstát ze sedu)*. Test je velice jednoduchý a nevyžaduje žádné speciální pomůcky. Riziko pádu je určeno na základě snížení svalové síly. Pokud je člověk schopen vstát pouze za opory paží, je ohrožený pády a tento test by neměl být prováděn. Předpokládá se, že pacient bude moci samostatně vstát. Test začíná tak, že pacient sedí na židli s pažemi volně překříženými na prsou, poté jej vyzveme, aby se pětkrát za sebou postavil. Pacient by se měl postavit tak rychle, jak jen to půjde, a vstávat bez pomoci paží do úplného stoje. Pokud naměříme méně než 12 sekund, není riziko pádu zvýšeno, v opačném případě lze předpokládat nejistou chůzi, a tím i zvýšené riziko pádu. (Schuler, 2010)

Hodnotící škála dle Morseové (*Morse Fall Scale*) je jednoduchá a rychlá metoda hodnocení pravděpodobnosti pádu. Skládá se ze šesti bodů, ve kterých hodnotíme historii pádů v anamnéze, vedlejší diagnózu, pomůcky při chůzi (žádné, berle, chodítka ad.), žilní vstup, chůzi a duševní stav pacienta. (Morse, 2008)

1.2.8 Hodnotící škály pro hodnocení kognitivních funkcí

Funkce kognitivní neboli poznávací patří mezi základní funkce našeho mozku. Dávají nám možnost poznávat okolní svět, plánovat vlastní jednání a vstupovat do interakcí s ostatními lidmi. V případě, že jsou tyto funkce oslabeny – ať již vlivem stáří, úrazu CNS či psychické nemoci – ztrácíme tím kus svého svébytného já. Můžeme mít pocity méněcennosti, cítit se nejistí nebo se obávat selhání. Fungování v běžném denním životě se pro nás stává obtížné až nemožné. Mezi základní kognitivní funkce patří pozornost, paměť, zrakově prostorové schopnosti, myšlení a jazyk. (Klucká, Volfová, 2009)

Nejčastěji používaným testem ke zjištění narušení kognitivních funkcí je tzv. *Folsteinův test (MMSE – Mini-Mental State Examination)*. Je složen ze 30 bodů, které hodnotí 10 funkcí týkajících se orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, výbavnosti paměti, pojmenování předmětů a opakování vět. Dále hodnotí třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní a obkreslování podle předlohy. Za každou

správnou odpověď získává testovaný jeden bod, plný počet bodů je tedy 30. Pokud se výsledek testu pohybuje mezi 27 až 30 body, neznamená to žádné organické mozkové poškození. Výsledek 10 a méně bodů už značí pokročilou formu demence. (Kalvach, 2008)

Výzkum (Mitchell, 2009) ukázal, že test MMSE je pro svou přesnost nejlepší volbou k vyloučení diagnózy demence v komunitě a primární péči

Test kreslení hodin (CDT – Clockdrawing test): Pacient dostane za úkol, aby nakreslil hodinový ciferník s čísly a ručičkami a zaznamenal do něj určitý časový údaj. Hodnotí se jak celistvost ciferníku, tak správné postavení ručiček na zadaný časový údaj i správné vyznačení čísel (pořadí a umístění v ciferníku). Za správně nakreslený ciferník jsou 2 body, za neúplný kruh či ciferník jiného tvaru 1 bod. Pokud chybí kruh nebo má ciferník jiný tvar než obvyklý, hodnotíme jej 0 body. Za správně vyznačený časový údaj dostane pacient 4 body. V případě nakreslených ručiček stejné délky či v případě drobných nepřesností hodnotíme 3 body, při výskytu výrazných chyb, například v časovém údaji nebo směru ručiček, získá pacient 2 body, při absenci jedné z ručiček získá pouze 1 bod a v případě absence obou ručiček či jejich nadměrném množství hodnotíme 0 body. Při hodnocení vyznačených čísel hodnotíme čísla ve správné lokalizaci a správném pořadí 4 body, čísla ve správném pořadí, ale v chybném rozestupu mezi sebou hodnotíme 3 body. V případě přidání nebo absence některých čísel, řazení čísel proti směru hodinových ručiček a lokalizaci čísel do jednoho kvadrantu hodnotíme výsledek 2 body. V případě chybějících nebo přidaných čísel či při poruše jejich pořadí dáváme 1 bod. 0 body hodnotíme absenci čísel nebo jejich psaní takovým způsobem, že jsou nesrozumitelná. Norma u starého zdravého člověka je 10 bodů. V případě 9 bodů je již podezření na postižení. Hranice osmi bodů značí organické postižení. Výsledné hodnocení 7 bodů a méně již znamená organické mozkové postižení (demenci). Někdy se také můžeme setkat pouze s šestibodovým hodnocením clock-testu, kde standardně nakreslený ciferník se správným vyznačením zadaného času hodnotíme 1 bodem a dezintegrovaný obrázek, který nemá žádnou souvislost s hodinami, hodnotíme 6 body. (Kalvach, 2008)

Dalším testem je *Clinical dementia rating (CDR)*. Jedná se o hodnotící schéma kognitivních funkcí, které slouží ke zjištění přítomnosti demence, ale také pouze mírné poruchy kognitivních funkcí. Jde o strukturované vyšetření, které je prováděno za pomoci

rozhovorů s pacientem, jeho pečovatелеm a nejbližšími rodinnými příslušníky. Hodnotí se paměť, orientace, soudnost a schopnost řešení problémů, domácí práce, koníčky, společenský život a péče o sebe samého. Intenzita poškození jednotlivých funkcí je hodnocena takto: 0 = žádná porucha funkce, 0,5 = velmi mírná porucha funkce, 1 = mírná porucha funkce, 2 = střední porucha funkce, 3 = těžká porucha funkce. Abychom mohli vyslovit diagnózu lehké poruchy, nesmí být položka „paměť“ menší než jeden bod a položka „péče o sebe sama“ musí být hodnocena nulou. (Kalvach, 2008)

1.2.9 Hodnotící škály v dalších oblastech

Mezi nejvýznamnější komplikace při zavádění periferního žilního vpichu patří infekce v okolí vpichu a zánětlivé postižení žilní stěny. Ke zhodnocení stupně postižení je využívána klasifikace dle Maddona. Dle závažnosti projevů používáme k hodnocení bodovou stupnici v rozmezí 0–4. Maddon 1 = pouze bolest bez reakce v okolí, Maddon 2 = bolest a zarudnutí okolí, Maddon 3 = bolest, zarudnutí, otok či bolestivý pruh v průběhu žíly, Maddon 4 = hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu celé žíly. V případě druhého stupně je již nutné extrahovat kanylu a od třetího stupně je nutné zahájit cílenou léčbu flebitidy dle ordinací lékaře. (Krška, 2011)

Další oblast se týká hodnocení a dokumentace ran. Základem je zde lokalizace rány, která zahrnuje jak obrazový, tak slovní záznam postižené oblasti. Pro budoucí hodnocení je základem zaznamenání velikosti rány. Dále si zapisujeme její délku, šířku a hloubku. Příčinu vzniku rány zaznamenáváme pouze v případě, že je známá, s čímž souvisí i typ rány (dekubitus, bércový vřed apod.). Součástí je také hodnocení spodiny rány, kde se může nacházet nekróza, povlaka, granulace nebo epitelizace. Frekvence hodnocení exsudátu se odvíjí od frekvence výměny krytí, hodnotíme jej vizuálně (serózní, hemoragický, séropurulentní, purulentní), sledujeme jeho konzistenci a případný zápach z rány. Důležitý je stav kůže v okolí rány a jejích okrajů. Do dokumentace ran je nutné zahrnout popisné hodnocení, vhodná je také fotodokumentace. Monitoruje se okolí rány, její hodnocení a také reakce pacienta na převaz. Po dokončení převazu uděláme záznam použitého převazového materiálu včetně zápisu postupu při převazu. (Bartůněk et al., 2016)

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

C1: zjistit využití škál pro hodnocení pacienta v traumatologii,

C2: zmapovat pohled sester na problematiku hodnotících škál a jejich využití v traumatologii.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Které hodnotící škály se v traumatologii pro hodnocení pacienta využívají?

VO2: Jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče o pacienta?

VO3: Jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovení intervencí při péči o pacienta?

VO4: Jaký je názor sester na používání hodnotících škál v traumatologii?

VO5: Které hodnotící škály v traumatologii jsou pro sestry přínosné a vyhovují jim?

3 Metodika

Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na oblast používání ošetrovatelských hodnotících škál v podmínkách traumatologie. Naším cílem bylo zjistit využití těchto škál a zmapovat jak pohled sester na tuto problematiku, tak využití škál u traumatologických pacientů. První celek byl věnován kvalitativnímu výzkumnému šetření, které bylo realizováno pomocí polostrukturovaných rozhovorů s celkem 16 sestrami pracujícími na traumatologickém oddělení. Tuto metodu jsme zvolili z toho důvodu, abychom získali kompletní a co nejpřesnější informace o dané problematice. Na základě stanovených cílů jsme si předem připravili a sestavili osnovu rozhovorů, obsahující celkem deset otázek (viz příloha 1), které jsou zaměřeny na zjištění názorů sester na hodnotící škály a jejich postojů k nim. Výzkumné šetření probíhalo v jednom z traumacenter České republiky, a to po předchozím souhlasu hlavní sestry nemocnice. Souhlas s výzkumným šetřením není součástí této diplomové práce z důvodu zachování anonymity, je však k dispozici k nahlédnutí u autorky této práce.

Polovina rozhovorů byla realizována na oddělení standardního typu a druhá polovina na oddělení jednotky intenzivní péče. Před každým rozhovorem bylo dotázaným individuálně vysvětleno, čím se v práci zabýváme a co bude předmětem našeho zkoumání. Nikdo z dotázaných si nepřál být v průběhu rozhovoru nahráván, přestože byli ujištěni, že jejich anonymita zůstane zachována. Proto byl pořízen pouze písemný záznam.

Při realizaci rozhovorů jsme byli dotázanými několikrát odmítnuti z důvodu časové tísně. V dalších případech jsme se však setkali s milým a vstřícným jednáním. Rozhovory probíhaly v klidném, ničím nerušeném prostředí a za velmi příjemné atmosféry. Ze začátku byla v hlase dotázaných cítit nervozita, která nakonec postupně úplně odezněla.

Rozhovory jsme zahájili obecnými otázkami, které se týkaly především délky praxe v oboru a výše dosaženého vzdělání. Zajímalo nás také, zda tázaní považují ošetrovatelské hodnotící škály v traumatologii za přínosné, které škály při své práci využívají a zda jsou tyto škály podkladem pro stanovení intervencí při péči o pacienta. Všechny rozhovory byly zaznamenány přímou transkripcí a následně přepsány do programu Microsoft Word. Pro analýzu dat byla zvolena metoda „papír-tužka“. Dále bylo vyčleněno celkem deset hlavních kategorií týkajících se stanovených cílů a otázek, které byly dále podrobně rozebrány ve výsledcích výzkumného šetření.

V případě druhého celku byl zvolen kvantitativní výzkum prováděný formou anonymního šetření – ankety s celkovým počtem 50 dotázaných. Anketa se skládala z 15 otázek, které byly totožné s otázkami zvolenými pro jednotlivé rozhovory, a byla elektronickou formou rozeslána vrchním sestřím vybraných traumacenter. Tato technika byla vybrána jako podpora pro získání kvalitativní data. Vzhledem ke zvolené metodě neprošly výsledky hlubším statistickým zpracováním.

3.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor našeho šetření tvořilo celkem šestnáct sester, z toho polovina rozhovorů byla realizována se sestrami traumatologického oddělení standardního typu a druhá polovina se sestrami na traumatologickém oddělení jednotky intenzivní péče. Informanti byli vybráni záměrně, podmínkou byla praxe v oboru dlouhá minimálně jeden rok. Rozhovory probíhaly v měsíci dubnu 2019.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole se budeme zabývat výsledky výzkumného šetření. Při vyhodnocování budeme vycházet z informací získaných z rozhovorů se sestrami. Nutno upozornit, že identifikační údaje ani délka praxe dotázaných nebyly z důvodu zachování anonymity zveřejněny. Označení S1 až S8 je označení pro sestry pracující na traumatologickém oddělení standardního typu a označení S9 až S16 je označení pro sestry pracující na traumatologické jednotce intenzivní péče. Texty označené kurzívou jsou přímými citacemi odpovědí dotázaných.

Kategorie číslo 1 byla nazvána **Ošetrovatelské hodnotící škály při poskytování péče**. Zajímalo nás, které hodnotící škály sestry využívají pro hodnocení pacienta v traumatologii. Většina odpovědí dotázaných se shodovala. Na podporu tohoto tvrzení uvádím několik odpovědí dotázaných: *„U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, takzvaně když jejich hospitalizace přesáhne 4 dny, používáme Barthelové test, hodnotící škálu pro riziko vzniku dekubitů dle Bradena, vizuální analogovou škálu bolesti, nutriční screening a v případě potřeby i riziko pádu.“* (S3) Další odpovědi: *„Při péči používám Barthelové test, riziko vzniku dekubitů dle Bradena, nutriční screening, riziko pádu a monitoring bolesti.“* (S5) *„Já využívám test základních denních činností dle Barthelové, riziko vzniku dekubitů dle Bradena, riziko pádu, nutriční screening a VAS.“* (S9) Některé odpovědi obsahovaly navíc hodnocení rizika infekce a Glasgow Coma Scale. Uvádím několik příkladů: *„U nás se nejvíce využívá GCS, VAS, riziko pádu a infekce, hodnocení dekubitů a test podle Barthela.“* (S16) *„Hodnotíme zejména GCS, VAS škálu, hodnocení dle Bradenové, nutriční screening, riziko pádu, riziko vzniku infekce a Barthelův test.“* (S15)

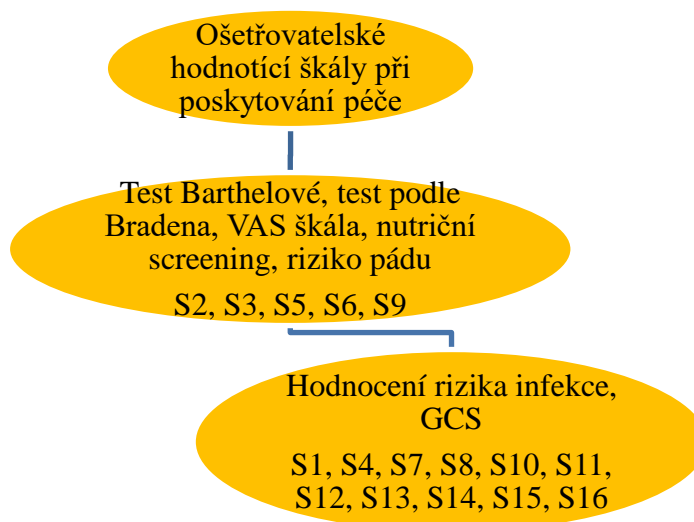


Schéma 1: Ošetrovatelské hodnotící škály při poskytování péče

Schéma číslo 1 jasně ukazuje, že škálami využívanými v traumatologii jsou: test Barthelové, test podle Bradena, VAS škála pro hodnocení bolesti, nutriční screening a riziko pádu. Některé sestry navíc využívají ještě hodnocení rizika infekce a Glasgow Coma Scale.

Kategorie číslo 2 byla nazvána **Frekvence užívání hodnotících škál**. Hodnocení je probíhající proces. Mělo by být prováděno vždy při přijetí pacienta a vždy, když dojde k zásadní změně zdravotního stavu. Nás tedy zajímalo, kdy a jak často jsou jednotlivé hodnotící škály využívány. Všichni dotázaní uvedli, že jsou tyto škály aktivně využívány vždy při příjmu a následně při propuštění či překlada pacienta, některé z nich jsou využívány i několikrát denně, což platí především pro hodnocení bolesti dle VAS. K těmto tvrzením dokládáme některé z odpovědí dotázaných: „*Obvykle provádíme vstupní šetření a následně při propuštění či překlada pacienta provádíme přehodnocení. Škálu VAS používáme několikrát denně.*“ (S3) „*Hlavně při příjmu, monitoring bolesti několikrát za den, další škály v průběhu hospitalizace s tím, že při překlada či propuštění provádíme hodnocení znovu, abychom viděli případné zlepšení.*“ (S5) Z dalších odpovědí je zřejmé, že mezi škály, které jsou vyhodnocovány denně, nepatří pouze VAS, ale také test podle Bradena nebo hodnocení Glasgow Coma Scale: „*Dominantní je hodnocení GCS, to využíváme téměř neustále během péče o pacienty. Hodnocení bolesti – VAS – hodnotíme každou hodinu, dle potřeby někdy i častěji. Hodnocení rizika pádu hodnotíme při příjmu. Bradenův test hodnotíme každý den, protože je součástí ošetrovatelského plánu.*“ (S15) „*Vždy při příjmu, některé škály, jako jsou například GCS a VAS, hodnotíme*

několikrát denně. U rizika pádu a testu Barthelové hodnotíme znovu vždy při propuštění nebo překlada na jiné pracoviště. Bradena hodnotíme každý den.“ (S16) „Jsou využívány denně, konkrétně VAS, GCS a Braden. Při příjmu hodnotíme nutriční screening, riziko pádu a test Barthelové.“ (S13) Jedna z dotázaných uvedla, že hodnocení provádí pouze při příjmu: „S těmito hodnotícími škálami se setkáváme vždy při příjmu pacienta. Upřímně se přiznám, že s nimi poté už nepracuji.“ (S1)

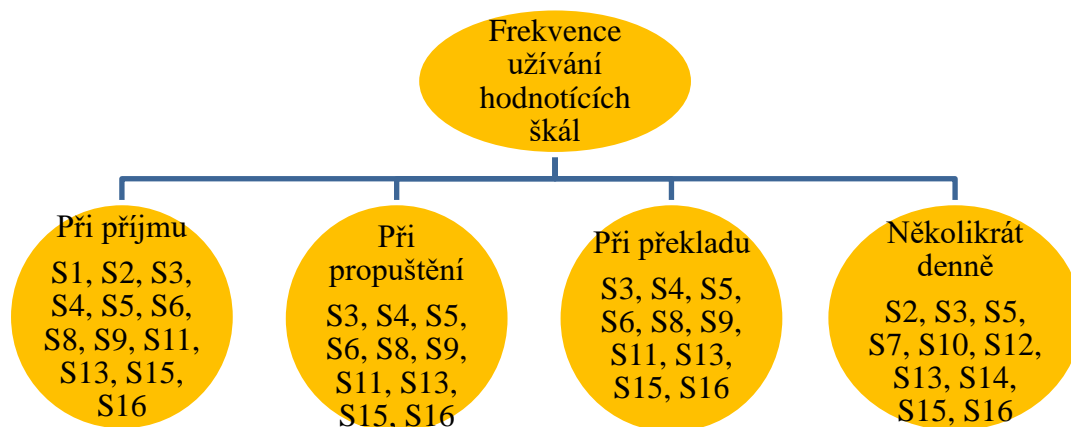


Schéma 2: Frekvence užívání hodnotících škál

Schéma číslo 2 ukazuje, že jsou hodnotící škály využívány vždy při příjmu pacienta a následně přehodnocovány při jeho propuštění či překlada do jiného zařízení. Některé z hodnotících škál jsou využívány i několikrát denně, patří mezi ně hodnocení VAS, test podle Bradena a Glasgow Coma Scale.

Kategorii číslo 3 jsme nazvali **Přínos hodnotících škál**. Jejich přijetí v denní praxi zajišťuje objektivní a standardizované hodnocení skutečných nebo rizikových problémů pacientů. Nás zajímalo, jaký mají hodnotící škály přínos při poskytování péče u traumatologických pacientů. Zde se odpovědi poněkud lišily, několik dotázaných vidí přínos těchto škál jako minimální. Vzhledem k těmto skutečnostem uvádíme několik příkladů: „Řekla bych, že minimální, v případě vyhodnocení rizika pádu založíme akorát diagnózu rizika pádu. Kontaktování nutričního terapeuta je také využíváno minimálně. Přínosné je akorát hodnocení GCS.“ (S13) „Minimální, protože ne všechny pasují na všechny pacienty.“ (S9) Někteří z dotázaných dokonce uvedli, že jejich užívání přínosné není: „V době navyšování administrativy přínos nevidím.“ (S3) „Nevidím v tom smysl žádný.“ (S6) Další z dotázaných naopak vidí přínos pouze v určitých hodnotících škálách:

„Jak u kterých, například u GCS vidím přínos mimořádný především z diagnostického hlediska.“ (S14) „Přínos? Myslím, že je to velmi individuální. Některé hodnotící škály na naše traumatologické pacienty prostě nesedí nebo nejsou objektivní. Z mého pohledu je nejdůležitější hodnocení GCS a VAS, ostatní se mi nejeví jako přínosné.“ (S15) Zbytek tvořily pozitivní reakce: „Přínos vidím v tom, že na základě těchto škál získám rychlý přehled podstatných informací o pacientovi, samozřejmě základem je jeho hlavní diagnóza.“ (S1) Další odpovědi: „Přínos vidím v tom, že nám napomáhají k objektivnímu zhodnocení stavu konkrétního pacienta.“ (S12) S5 také vidí jejich využívání jako přínosné, ale stejně jako S3 zde vidí problém administrativního zatížení: „Jako přínos vidím shrnutí celkového stavu pacienta, na druhou stranu je to velké administrativní zatížení personálu.“

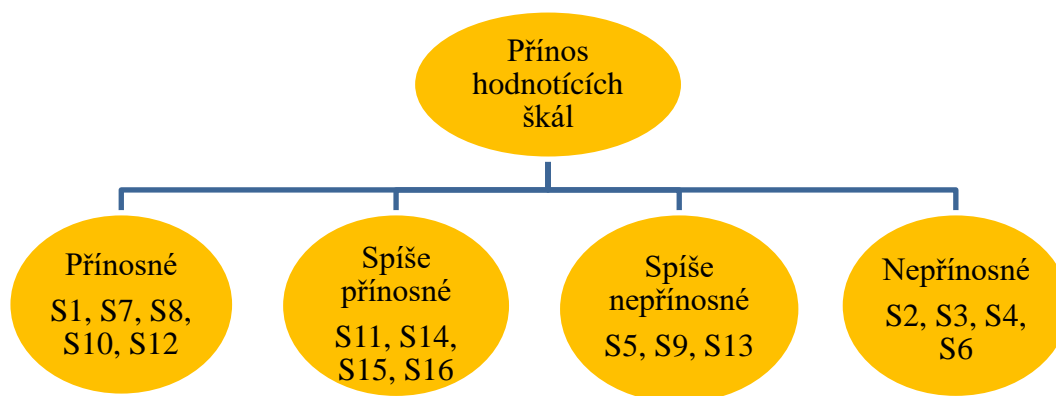


Schéma 3: Přínos hodnotících škál

Ze schématu číslo 3 je zřejmé, že větší část dotázaných odpověděla, že hodnotící škály vidí jako přínosné.

Kategorii číslo 4 jsme nazvali **Využití hodnotících škál v traumatologii**. V této kategorii jsme se sester ptali na jejich názor na používání hodnotících škál v oboru traumatologie. Názory na jejich využití byly různé, někteří z dotázaných měli potíže s nedostatkem času na jejich vyplňování: „V traumatologii je na to bohužel málo času.“ (S7) „Z důvodu časové tísně se z velké části jedná pouze o bezmyšlenkovité křížkování.“ (S14) „Málo času na používání hodnotících škál u každého pacienta.“ (S10) Jedna z dotázaných by v tomto případě jako řešení viděla snížení jejich počtu: „Kvůli časovému vytížení ostatní administrativou a velkému počtu pacientů bych jako přínos viděla omezení jejich počtu pouze na ty nejnnutnější.“ (S9) Další část dotázaných vidí hodnotící škály jako další administrativní zatížení: „Pro provoz na traumatologii je používání škál

pouze nadměrně zatěžující administrativou, která zdržuje sestru od práce u lůžka.“ (S3) Jedná se jen o další administrativní zátěž pro personál.“ (S5) Někteří z dotázaných však viděli jejich využití také pozitivně, a to jako důležitou součást ošetrovatelské péče: „I když máme hodně administrativy a málo času, myslím si, že hodnocení na základě těchto škál je důležité, a to nejen v traumatologii.“ (S16) „Vše, co sledují hodnotící škály, přispívá kvalitní ošetrovatelské péči bez komplikací.“ (S4)

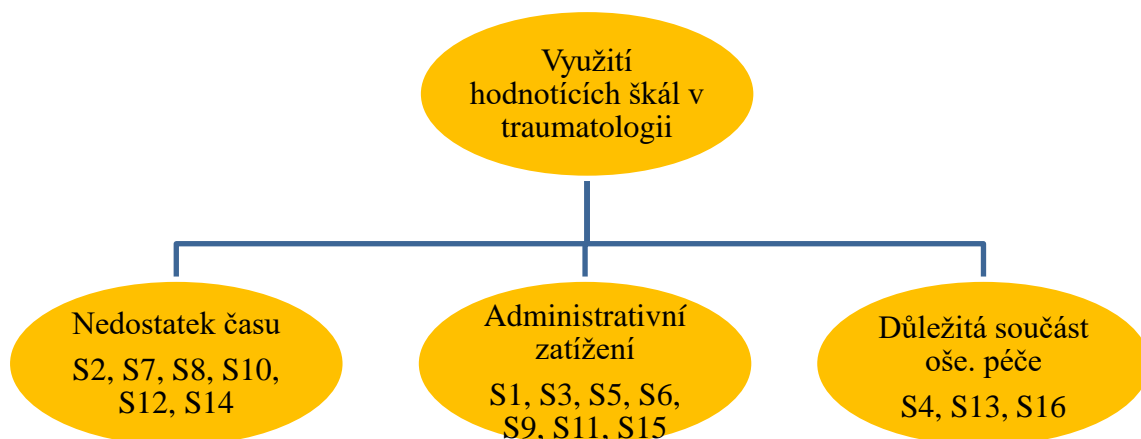


Schéma 4: Využití hodnotících škál v traumatologii

Schéma 4 ukazuje, že pro provoz na traumatologii je užívání hodnotících škál bohužel pouze administrativním zatížením.

Kategorie číslo 5 je pod názvem **Škály využitelné pro podmínky traumatologie**. Tuto kategorii jsme zvolili, abychom zjistili, které z hodnotících škál se jeví sestram v oboru traumatologie jako vyhovující. Tři z dotázaných osob odpověděly, že jako nejprínosnější vidí hodnocení bolesti a stavu vědomí. Nyní uvedeme jejich odpovědi: „*Nejdůležitější je dle mého názoru, VAS, na traumatologii je bolest, ať ve větší či menší míře, přítomna u každého z pacientů, a GCS.*“ (S9) „*Prínos vidím především ve škálách VAS a GCS.*“ (S12) „*Největší prínos vidím v hodnocení VAS a GSC.*“ (S16) Dva dotázaní vidí prínos pouze v hodnocení bolesti, na důkaz tohoto tvrzení uvádím jejich odpovědi: „*Jednoznačně škála pro hodnocení bolesti.*“ (S2) „*Určitě hodnocení dle VAS.*“ (S8) Další odpovědi dotázaných se poněkud lišily. S6 vidí jako nejprínosnější riziko pádu: „*Jedinou vyhovující a prínosnou je hodnocení rizika pádu.*“ Pro upřesnění uvádíme ještě několik odpovědí: „*Myslím, že některé hodnotící škály jsou užitečné, jako například hodnocení bolesti a riziko vzniku dekubitů, ty ostatní jsou dle mého zbytečné. Ne každý pacient potřebuje vyhodnocení všech škál, které musíme používat, je to velice individuální.*“ (S1)

„Nejvíce přínosnou vidím škálu pro hodnocení bolesti, dále pak hodnocení sebepečce, riziko pádu a jako poslední riziko vzniku dekubitů.“ (S4) „GCS při hodnocení stavu vědomí pacienta, VAS při určení bolesti a nutriční screening u polytraumatizovaných či oběžných pacientů.“ (S11) Jedna ze sester odpověděla velice negativně: „Jako přínosné nevidím bohužel žádné.“ (S3)

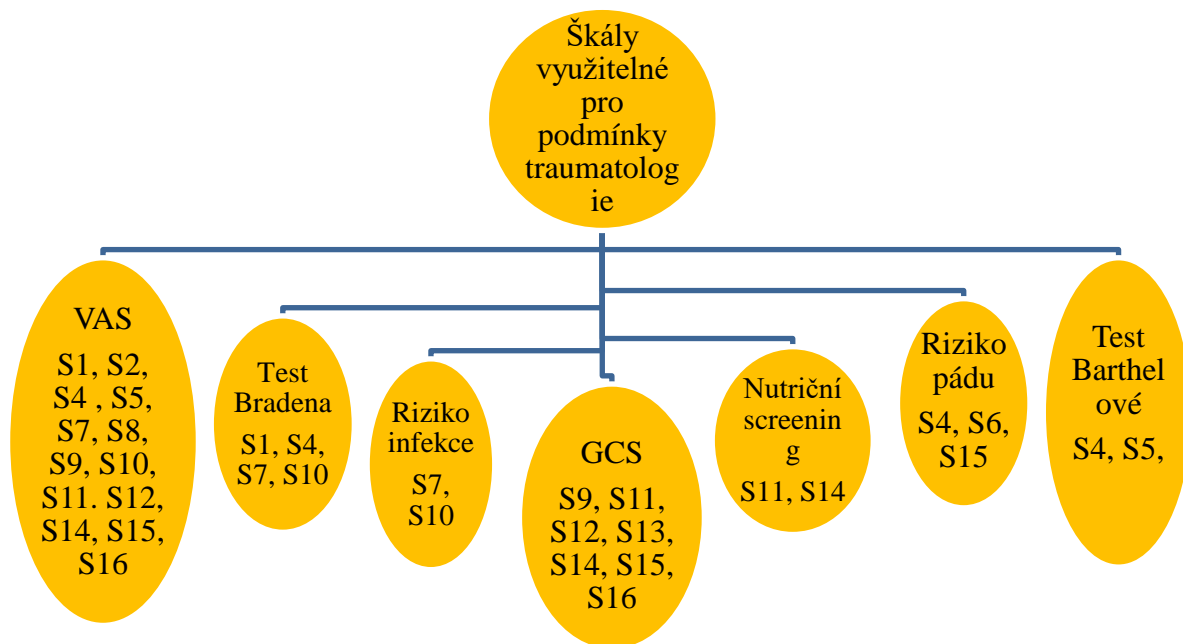


Schéma 5: Škály využitelné pro podmínky traumatologie

Schéma 5 nám jasně ukazuje, že nejvíce využitelnou škálou v traumatologii je hodnocení bolesti dle VAS a GCS.

Kategorie číslo 6 byla nazvána **Možnosti hodnocení bolesti u traumatologických pacientů**. V této kategorii nás zajímalo, jaké škály využívají sestry pro hodnocení bolesti u pacientů na traumatologii. Převážnou část odpovědí dotázaných tvořila vizuální analogová škála. Na podporu tohoto tvrzení uvádíme několik odpovědí: „Pro hodnocení bolesti pacienta využívám škálu VAS.“ (S12) „Používám jen jednu, a tou je vizuální analogová škála.“ (S8) „Pro hodnocení bolesti využívám škálu VAS.“ (S3) Někteří dotázaní uvedli, že kromě škály VAS používají ještě verbální škálu bolesti: „Používám VAS a dále hodnotím pacientovu bolest taky verbálně.“ (S14) „Bolest hodnotím verbálně a pomocí škály VAS.“ (S2) Další z dotázaných uvedli, že při svém hodnocení bolesti využívají někdy také numerickou škálu bolesti: „Já používám VAS, někdy se pacienta

ptám, jak moc ho to bolí v rozmezí od 1 do 10, ale nikam to nezaznamenávám.“ (S7)
„Numerickou škálu a VAS, jiné škály pro hodnocení bolesti jsou u nás nevyužitelné.“
(S11) Jeden z dotázaných uvedl, že při péči využil i obličejovou škálu bolesti: „Nejvíce využívám škálu VAS, asi dvakrát se mi stalo, že jsem využila obličejovou škálu“ (S9)

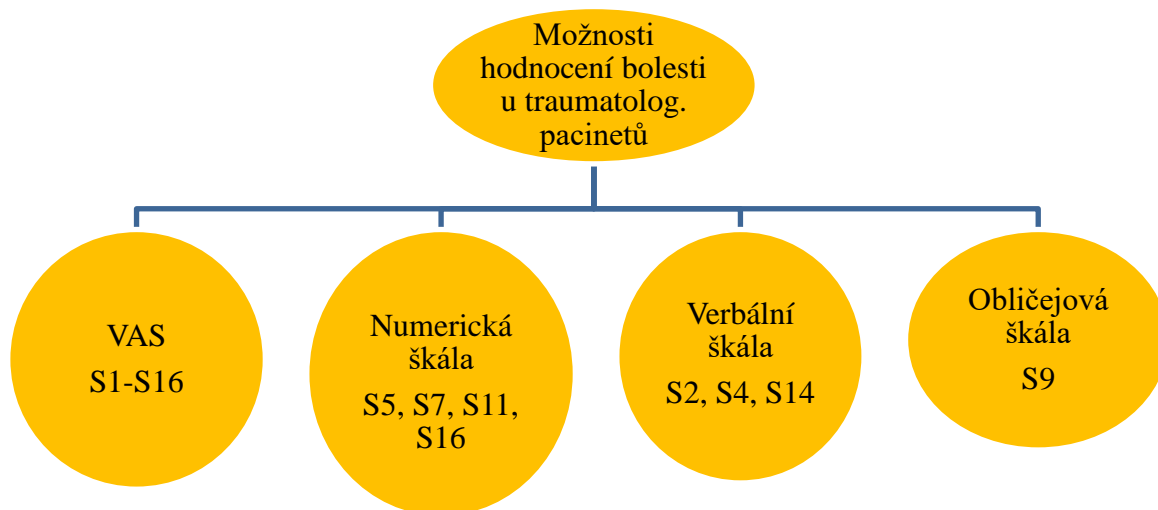


Schéma 6: Možnosti hodnocení bolesti u traumatologických pacientů

Schéma číslo 6 nám říká, že nejvíce využívanou hodnotící škálou pro traumatologické pacienty je vizuální analogová škála.

Kategorie číslo 7 byla nazvána **Frekvence hodnocení bolesti**. Tuto kategorii jsme zvolili na základě zjištění, že nejvíce využívanou škálou je hodnocení bolesti dle VAS. Intenzita bolesti se neustále mění a reaguje na různé podněty, proto je nutné její projevy sledovat 24 hodin denně. Nás tedy konkrétně zajímalo, jak často bolest hodnotí sestry na traumatologii. Nejvíce dotázaných odpovědělo, že bolest hodnotí přímým dotazem na pacienta, a to několikrát denně a především vždy po podání analgetik. Pro upřesnění uvedeme několik odpovědí: *„Hodnocení bolesti provádím několikrát denně, zvláště po podání analgetik, abych zjistila jejich účinnost.“ (S4)*, *„Bolest hodnotím téměř vždy při kontaktu s pacientem, když pacient udává bolest, zajistím vhodná analgetika a jejich účinnost zkontroluji hodinu po jejich podání.“ (S5)* Další odpověď: *„Několikrát za den a pokaždé po podání analgetik.“ (S3)* Odpovědi dotázaných byly dále poněkud vyrovnané, část dotázaných odpověděla, že bolest hodnotí při každém kontaktu s pacientem: *„Téměř vždy, když s pacientem přijdu do kontaktu. Bolest se pak snažím zmírnit vyhledáním úlevové polohy, analgetiky či aplikací chladu.“ (S6)* *„Při každém kontaktu s pacientem, buď přímým dotazem na bolest, nebo sleduji jeho projevy, jak*

verbální, tak neverbální.“ (S8) Další část dotázaných odpověděla, že intenzitu bolesti hodnotí každou hodinu: „Hodnocení bolesti u našich pacientů provádíme každou hodinu, abychom viděli, zda je intenzita bolesti na základě podaných analgetik snižována, či ne. Pokud ne, kontaktujeme lékaře.“ (S14) „Hodnocení bolesti – VAS – hodnotíme každou hodinu, dle potřeby někdy i častěji.“ (S15) Zbylí dotázaní tvrdili, že je hodnocení bolesti velice individuální: „Nemám žádný interval hodnocení bolesti, dělám tak vždy na základě vlastního uvážení.“ (S13)

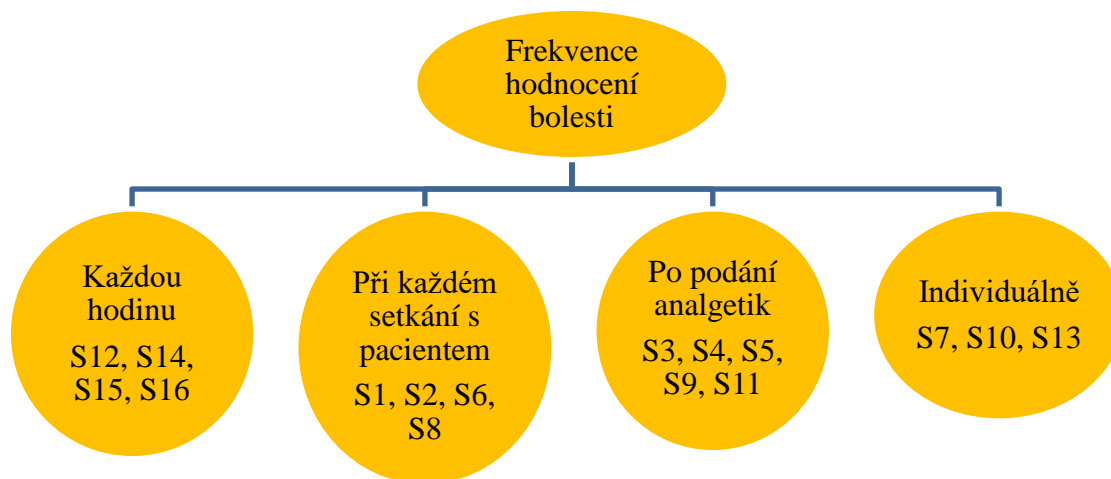


Schéma 7: Frekvence hodnocení bolesti

Schéma číslo 7 nám ukazuje, že sestry bolest u svých pacientů hodnotí několikrát denně, zejména však po každém podání analgetik.

Kategorie číslo 8 byla nazvána **Škály nevyužitelné pro podmínky traumatologie**. V této kategorii nás naopak zajímalo, ve kterých hodnotících škálách vidí sestry nedostatky nebo které škály jim pro obor traumatologie nevyhovují. Část dotázaných vidí nedostatky v nutričním screeningu, testu Barthelové a hodnocení Bradena: „Nedostatky vidím v testu Bradena a Barthelové. Téměř zbytečný mi u našich pacientů přijde nutriční screening.“ (S9) „Nutriční screening je u pacientů s poraněním hlavy zkreslený. Zkreslené výsledky jsou dále i u testu Bradena a Barthelové.“ (S6) „Jednoznačně hodnocení dle Bradena, částečně i nutriční screening – pacienti jsou u nás často přijímáni z plného zdraví, přijdou mi proto neobjektivní.“ (S15) Další dvěma dotázaným se zdá nevyhovující navíc ještě riziko pádu: „Hodnocení rizika pádu, test Barthelové a Bradena nám dávají falešně pozitivní výsledek, protože stav pacienta ovlivňuje například celková anestezie, úrazy, aktuální stav, který se během krátké doby mění.“ (S11) „Nevyhovující je

riziko pádu a dále test Barthelové a Bradena, které nám dávají zkreslený výsledek.“ (S14)
Našla se však i taková část dotázaných, kteří jsou s hodnotícími škálami spokojeni:
 „Vyhovují mi všechny.“ (S12), „V hodnotících tabulkách nedostatky nevidím.“ (S4)

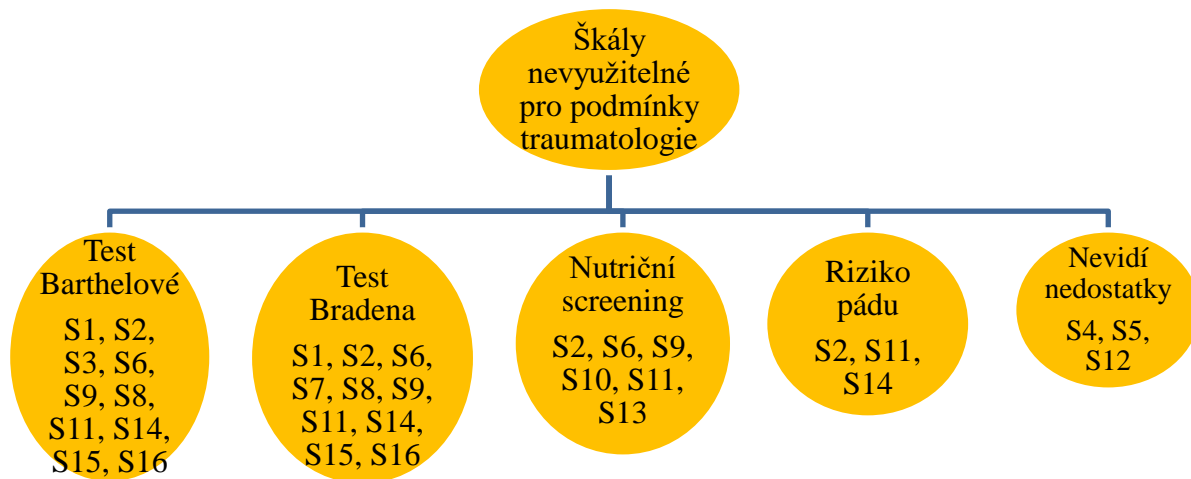


Schéma 8: Škály nevyužitelné pro podmínky traumatologie

Schéma číslo 8 znázorňuje, že je pro traumatologické pacienty nejvíce nevyhovující test Barthelové, test Bradena a následně i nutriční screening, a to především proto, že nám dávají falešně pozitivní výsledek.

Kategorie číslo 9 byla nazvána **Chybějící škály v traumatologii**. V této kategorii nás zajímalo, zda existuje některá z hodnotících škál, která by sestřám při poskytování péče scházela. Některé ze sester by viděly přínos v hodnotících škálách, které by se týkaly duševního stavu pacienta: „*Pouze okrajově využíváme škály pro hodnocení duševního stavu pacienta. Myslím si, že tato škála by byla dobře využitelná vzhledem k přibývání geriatrických pacientů.*“ (S1) „*Jelikož je pacient v mnohých případech, jako je například polytrauma, upoután na lůžko delší dobu, ocenila bych hodnocení psychického stavu.*“ (S16) Další z dotázaných uvedla: „*Já bych uvítala škálu pro odhad zmatenosti.*“ (S6) Čtyři z dotázaných sester uvedly, že nevědí, a to zejména proto, že jiné škály než ty, jež užívají, neznají: „*S jinými než s těmi, které jsem uvedla, jsem nepracovala, tak nevím.*“ (S10) Zbytek dotázaných uvedl, že jim žádné škály nechybí: „*Nechybí mi zde žádné.*“ (S4)

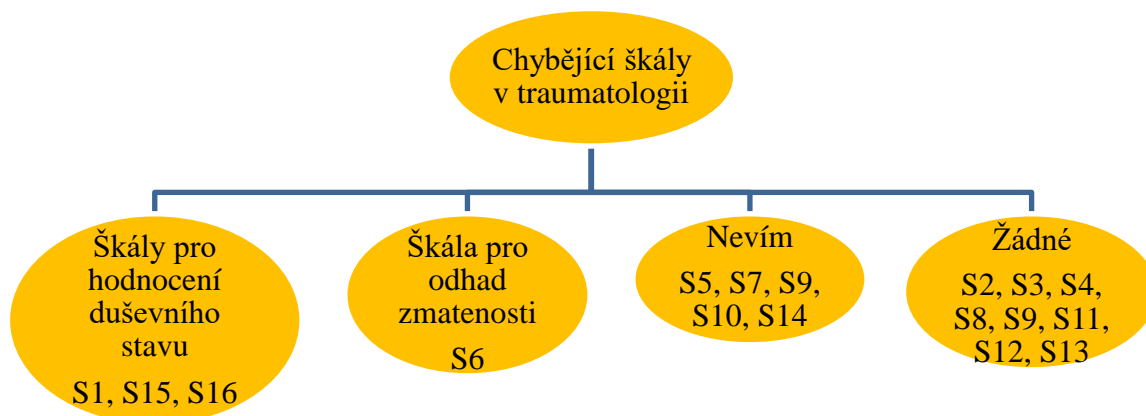


Schéma 9: Chybějící škály v traumatologii

Schéma 9 jasně znázorňuje, že sestřám při poskytování péče na traumatologii žádné další hodnotící škály nechybí.

Kategorie 10 byla nazvána **Využití výsledků hodnotících škál**. V této kategorii nás zajímalo, zda jsou výsledky aktivně využívány pro stanovení intervencí. Část dotázaných odpověděla kladně: „*Ano, já osobně se snažím, aby tomu tak bylo.*“ (S16), „*Ano, jsou využívány.*“ (S5) Část dotázaných odpověděla, že se tak neděje pravidelně, ale že se o jejich aktivní využívání alespoň snaží: „*Snažíme se o jejich aktivní využívání, ne vždy se tak ale děje.*“ (S10), „*Ne vždy, ale o jejich aktivní využívání se snažím.*“ (S7) Zbylá část dotázaných odpověděla, že se tak děje pouze v některých případech: „*V případě hodnocení bolesti, rizika vzniku dekubitů a rizika pádu a GCS ano, jinak ne.*“ (S9) „*V případě VAS a GCS ano.*“ (S11), „*U nás nejvíce GCS, kdy při poklesu bodového hodnocení je potřeba neurochirurgické intervence, dále Bradenova škála, na základě které provádíme polohování pacienta. Slouží nám jako prevence dekubitů.*“ (S13) Jeden z dotázaných odpověděl, že výsledky pro stanovení intervencí nevyužívá: „*Já osobně výsledky těchto škál nevyužívám. Významnější je kontakt s pacientem, který nejlépe stanoví intervence pro další péči.*“ (S3)

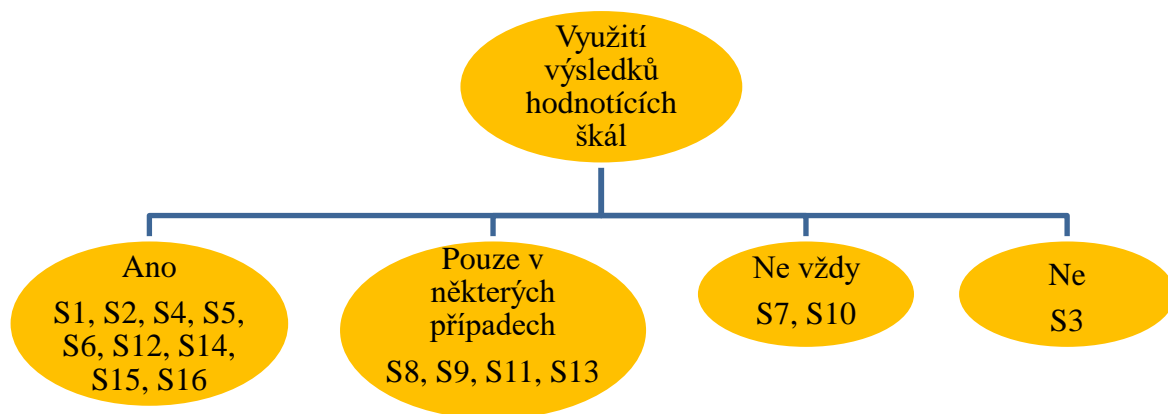


Schéma 10: Využití výsledků hodnotících škál

Schéma 10 dokazuje, že výsledky hodnotících škál jsou aktivně využívány pro stanovení intervencí.

Kategorie 11 byla nazvána **Důvody použití hodnotících škál**. Hodnotící škály nám umožňují zavést u rizikových nemocných včas preventivní opatření. Důležité je si však uvědomit, že ať už je použita jakákoli hodnotící škála, nejdůležitější je věnovat ohroženým pacientům maximální ošetrovatelskou péči. Ptali jsme se proto sester, proč si myslí, že je dobré hodnotící škály využívat. Setkali jsme se však s negativními názory: „*Myslím si, že kdybychom je neměly, tak kvalita péče bude stejná jako s nimi.*“ (S8) „*Nemyslím si, že je to dobré, zdržují od práce a péče o pacienta.*“ (S14) „*Na odděleních akutní péče si nemyslím, že to má nějaký význam. Na oddělení následné péče či interně nebo neurologii je tato otázka jistě diskutabilní.*“ (S3) Některé sestry uvedly, že nám škály slouží k posouzení rizik: „*Dávají nám možnost reagovat na rizika, a tak předcházet následkům a vyhodnocovat změny stavu pacienta.*“ (S15) „*Protože nám souží k orientaci a zvážení rizik a komplikací péče.*“ (S11) Další z dotázaných sester uvedly, že je dobré tyto škály využívat, protože nám pomáhají ke zkvalitnění péče: „*Myslím, že díky nim může být péče o pacienty kvalitnější.*“ (S16) „*Pro spokojenost pacientů a lepší péči o ně. Jsou důležité pro bezpečnost pacienta a jeho zdraví.*“ (S10) „*Pro zkvalitnění péče o pacienty.*“ (S7) Další odpověď se už poněkud lišila: „*Protože nám slouží jako administrativní podklad pro stanovené intervence.*“ (S5)

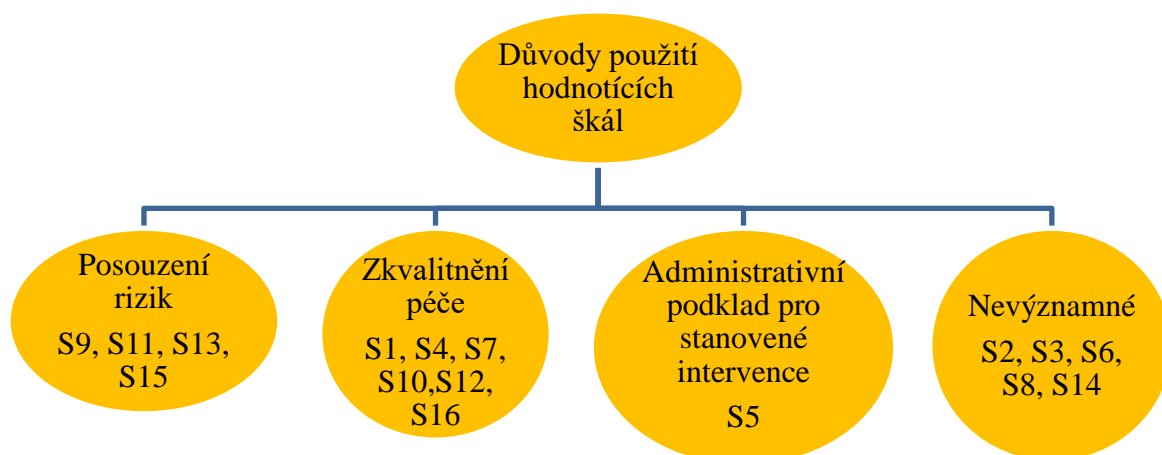


Schéma 11: Důvody použití hodnotících škál

Ze schématu 11 je jasné, že důvodem, proč hodnotící škály používat, je zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Kategorii 12 jsme nazvali **Kvalita péče na úkor hodnotících škál**. Ptali jsme se sester, jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče o pacienta. Většina dotázaných odpověděla, že péče je kvalitnější z toho důvodu, že nám škály napomáhají s pravidelným hodnocením pacientova stavu: „Na základě těchto škál dochází k pravidelnému hodnocení pacientova zdravotního stavu.“ (S16) „Pomocí nich dochází k pravidelnému hodnocení stavu, a to zejména v případě GSC a Bradena.“ (S13) Další část dotázaných odpověděla, že se tak děje díky tomu, že nám škály slouží jako preventivní opatření: „Slouží nám jako určitá výstraha, například test podle Bradena, ve kterém nám vyjde nízký počet bodů, nás upozorní na možné riziko a zbytek už záleží na aktivní péči o pacienta. A takhle je to se všemi ostatními testy. Hodnocení bolesti je jednoznačné, hodnotí účinnost podaných analgetik.“ (S9) „Hodnocení rizika dekubitů nám slouží k častějšímu preventivnímu opatření, avšak často je i toto velice individuální. Hodnocení VAS nám přispívá ke zmírnění bolesti pravidelným tlumením analgetiky.“ (S15) Někteří z dotázaných odpověděli, že jim škály ke zkvalitnění péče přispívají tak, že tvoří souhrn informací o pacientovi: „Mohou přispět shrnutím informací o pacientovi a jejich rychlým získáním, avšak osobně si myslím, že kvalitnější péče můžeme dosáhnout i tím, že sestra bude trávit čas s pacientem osobně, a ne s pacientovou

dokumentací.“ (S1) „Poslouží nám jako shrnutí informací o pacientovi.“ (S5) Dva z dotázaných odpověděli, že jim ke zkvalitnění péče nijak nepřispívají: “Myslím, že nijak, ve většině případů obtěžují ošetřující personál.“ (S11)

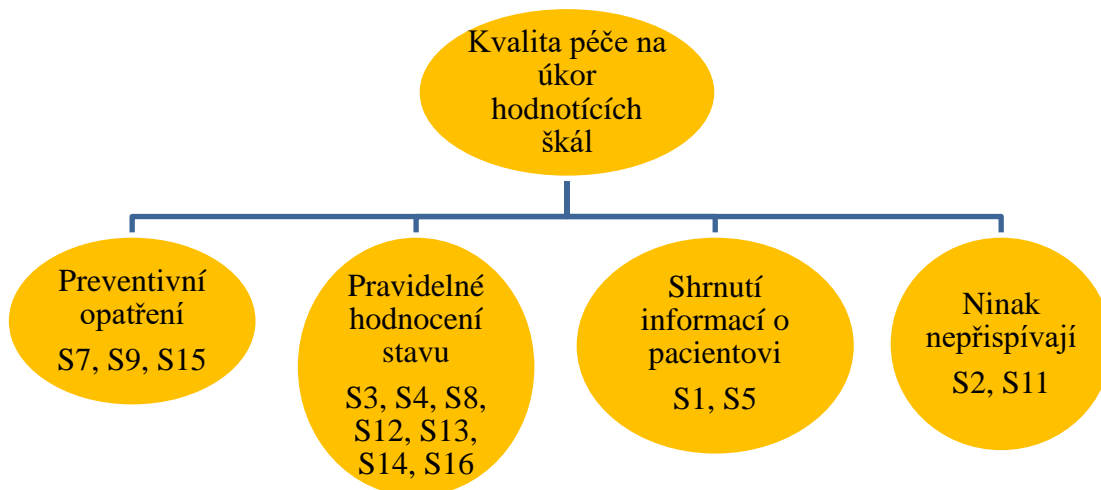
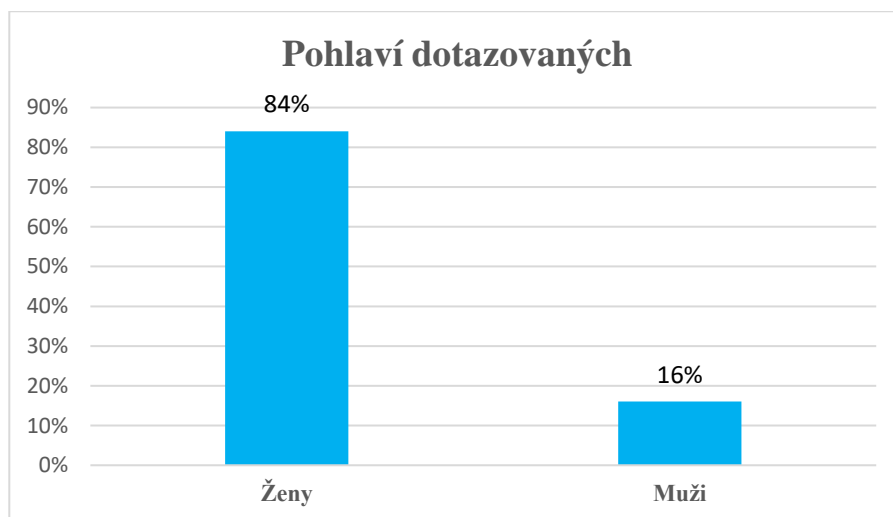


Schéma 12: Kvalita péče na úkor hodnotících škál

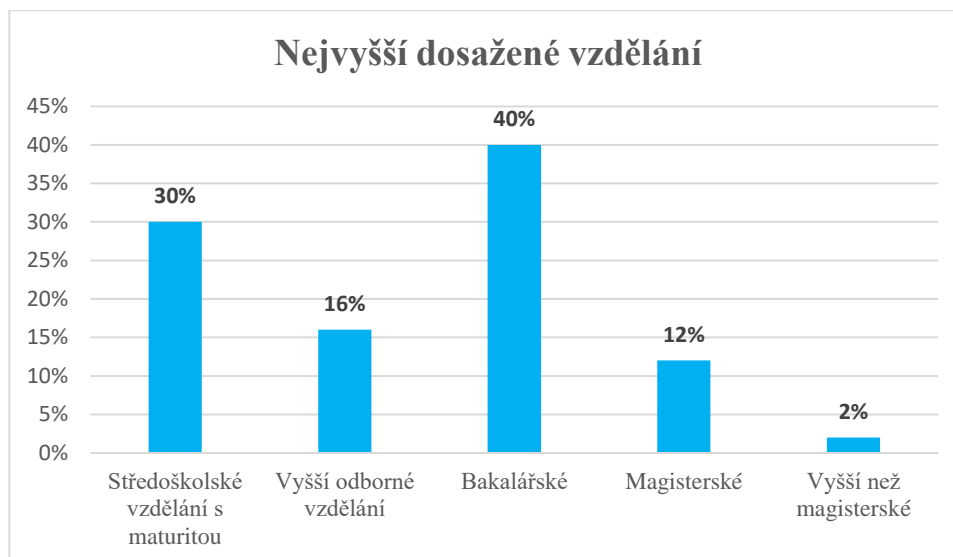
Ze schématu číslo 12 je patrné, že nám hodnotící škály přispívají ke zkvalitnění péče pravidelným hodnocením pacientova stavu.

Výsledky kvantitativního výzkumného šetření



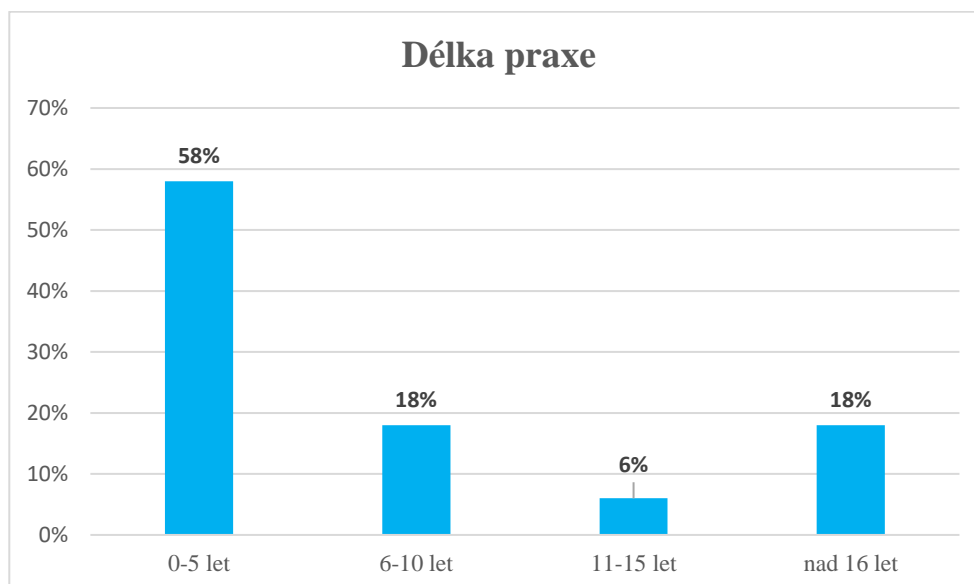
Graf 1: Pohlaví dotázaných

Z celkového počtu 50 (100 %) dotázaných se ankety zúčastnilo 42 (84 %) žen a 8 (16 %) mužů.



Graf 2: Maximální dosažené vzdělání dotázaných sester

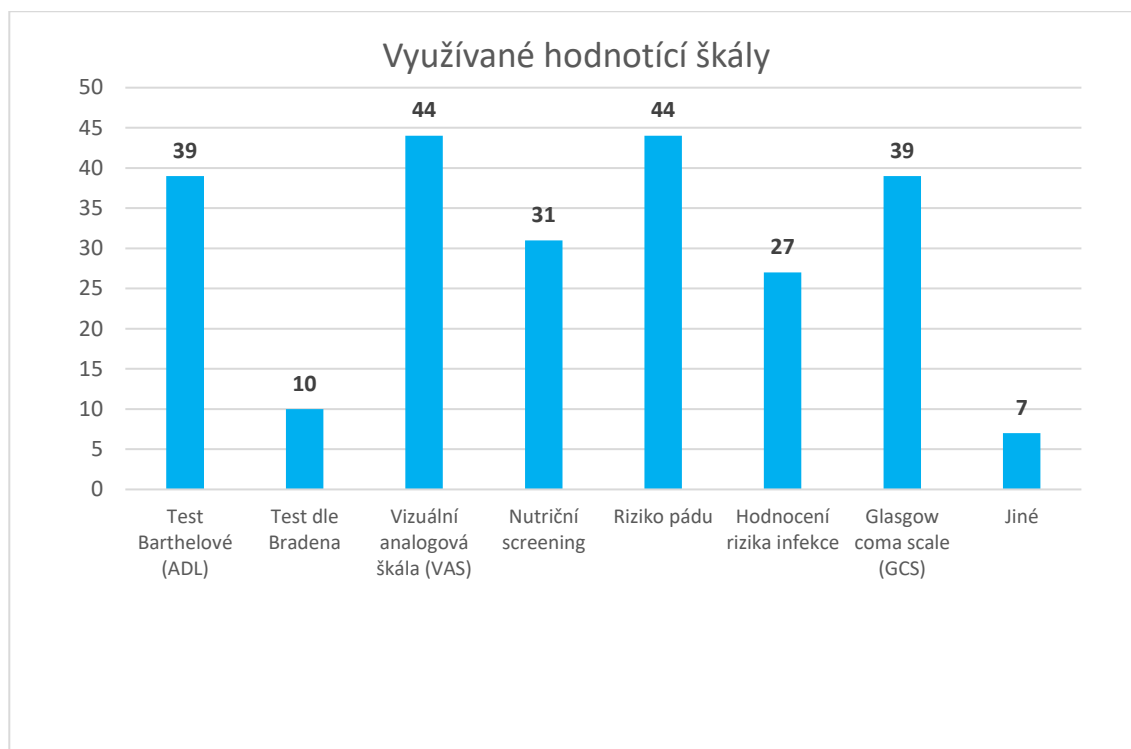
Z celkového počtu 50 (100 %) dotázaných uvedlo 15 (30 %) dotázaných jako nejvyšší dosažené vzdělání pouze středoškolské vzdělání. Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 8 (16 %) dotázaných a bakalářského 20 (40 %) dotázaných. Možnost „magisterské studium“ označilo 6 (12 %) dotázaných a pouze 1 (2 %) z dotázaných dosáhl vyššího vzdělání než je vzdělání magisterské.



Graf 3: Počet odpracovaných let dotázaných sester

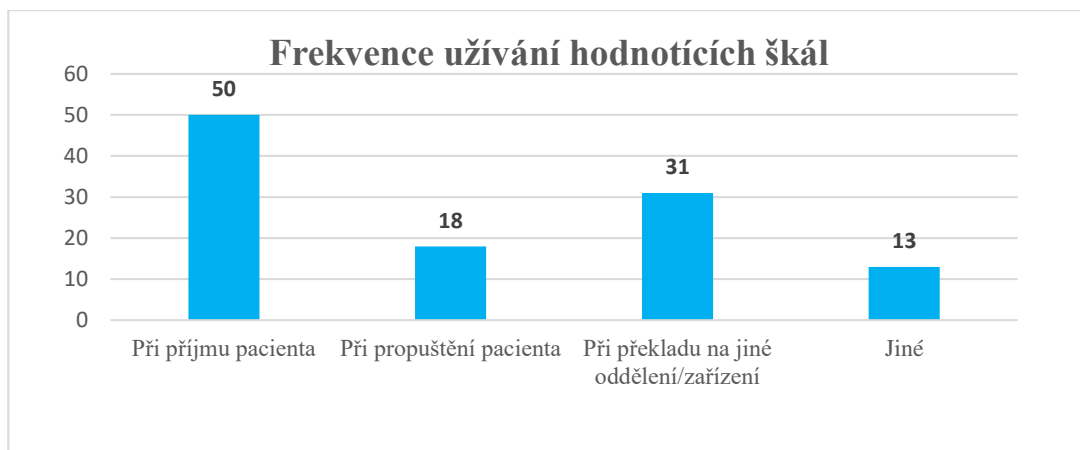
Nejvíce zastoupenou kategorií tvořili dotázaní pracující 0–5 let. Tuto odpověď označilo 29 (58 %) dotázaných. Vyrovnané bylo zastoupení dotázaných pracujících 6–10 let, kterých bylo 9 (18 %), a dotázaných s praxí nad 16 let, kterých bylo rovněž 9 (18 %).

Položka „praxe v délce trvání 11–15 let“ byla nejméně označovanou odpovědí, zvolili ji pouze 3 (6 %) z dotázaných.



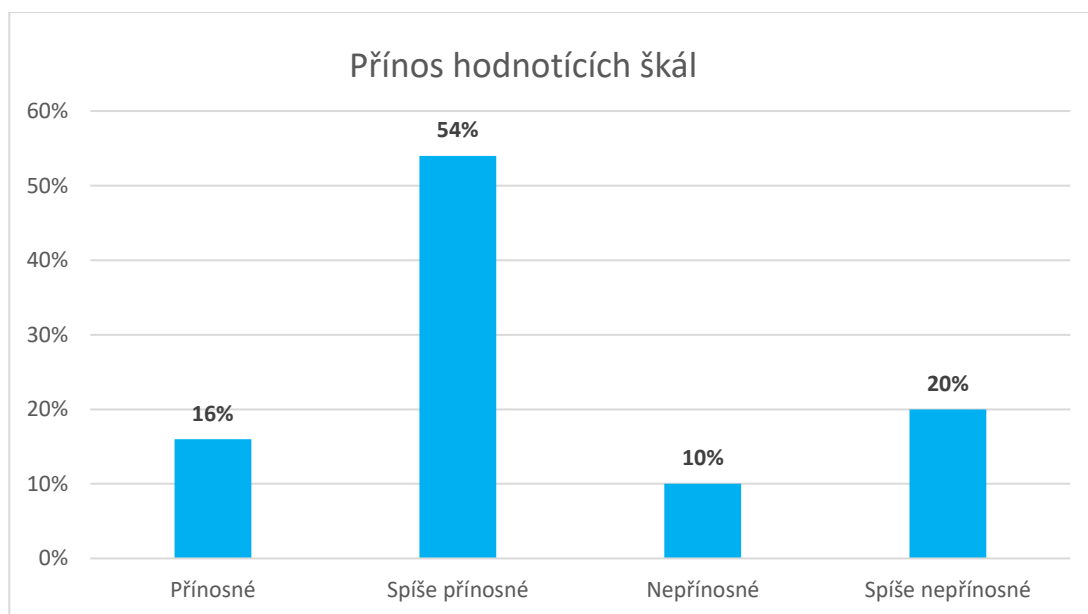
Graf 4: Hodnotící škály využívané v traumatologii

Z výsledných odpovědí respondentů vyplývá, že nejvíce využívanými škálami se stejným počtem 44 hlasů jsou vizuální analogová škála a škála pro hodnocení rizika pádu. Na druhém místě, rovněž se stejným počtem 39 hlasů, se umístil test Barthelové a Glasgow Coma Scale. Nutriční screening získal 31 hlasů, škála pro hodnocení rizika infekce 7 hlasů a test dle Bradena 10 hlasů. U této otázky byla kromě možnosti výběru z více odpovědí také možnost otevřené odpovědi. Celkem dva hlasy získala klasifikace tíže tromboflebitis dle Madonna, po jednom hlasu pak získaly škála RASS, stupnice FLACC, VIP score a škála Nortonové.



Graf 5: Frekvence užívání hodnotících škál

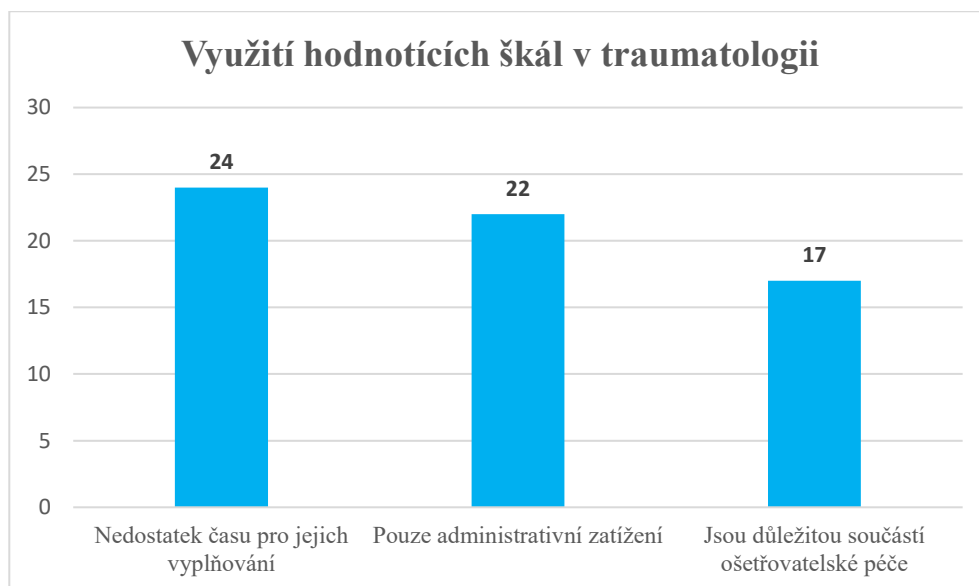
V této otázce bylo na výběr z více možných odpovědí, na jejichž základě bylo zjištěno, že situací, při níž nejvíce dochází k používání hodnotících škál, je příjem pacienta do zařízení, a to s celkovým počtem 50 hlasů. Další situací je překlad pacienta, který získal 31 hlasů. Na třetím místě je propuštění pacienta s celkem 18 hlasy. I zde byla navíc ještě možnost otevřené odpovědi, 6 hlasů měla odpověď „1x za týden“, 4 hlasy získala odpověď „každý den“, 2 hlasy poté odpověď „při změně zdravotního stavu“ a 1 hlas odpověď „při akutních úrazech“.



Graf 6: Přínos hodnotících škál

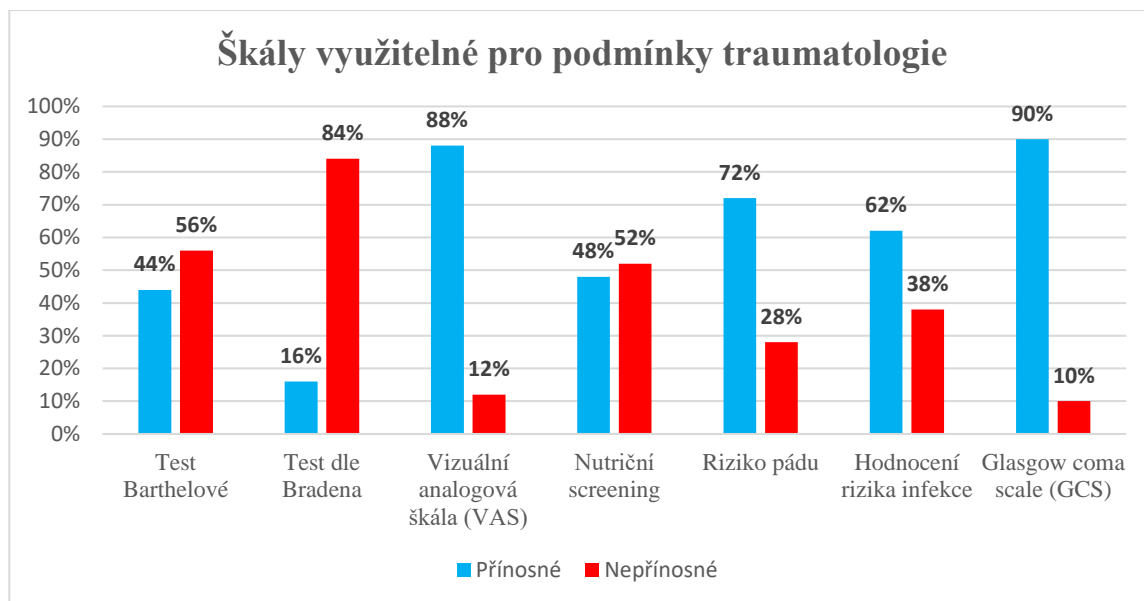
Na otázku, jaký mají hodnotící škály přínos při poskytování péče, odpovědělo 27 (54 %) dotázaných „spíše ano“, dalších 10 (20 %) dotázaných odpovědělo,

že jsou škály spíše nepřínosné. Přínos v hodnotících škálách spatřuje 8 (16 %) dotázaných a 5 (10 %) dotázaných je vidí jako nepřínosné.



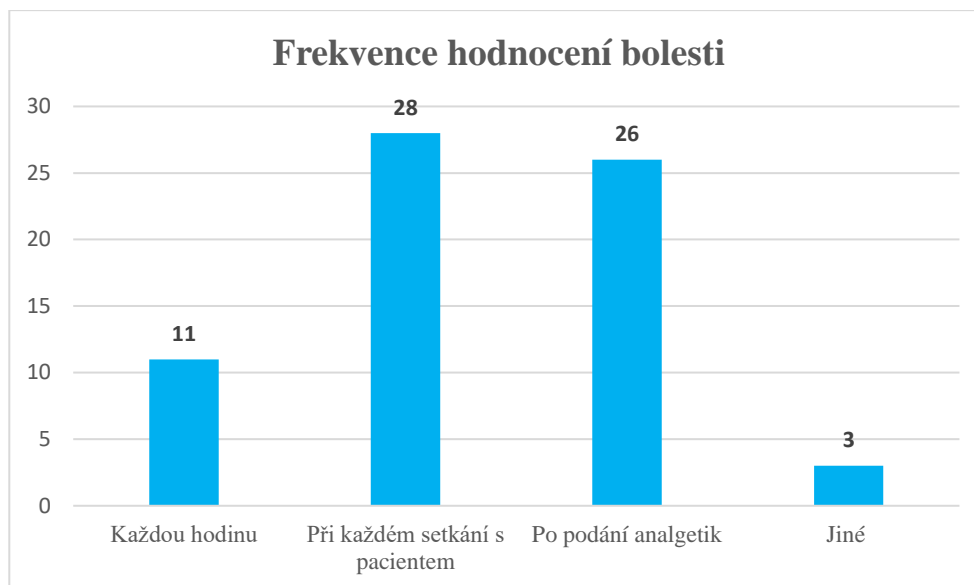
Graf 7: Využití hodnotících škál v traumatologii

Zde jsme zjišťovali názor na používání hodnotících škál v traumatologii. Také v tomto případě se nám nabízelo více možných odpovědí, z nichž vyplývá, že 24 dotázaných vyjádřilo názor ohledně nedostatku času na jejich vyplňování. S téměř vyrovnaným počtem 22 hlasů byla označena odpověď, že jsou škály pouze administrativním zatížením. Dalších 17 dotázaných označilo tyto škály jako důležitou součást ošetrovatelské péče.



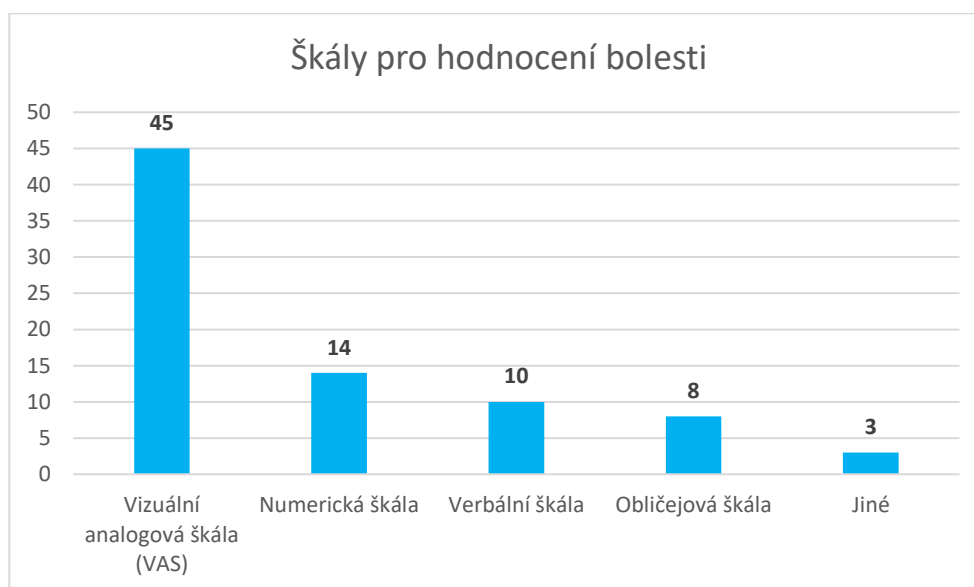
Graf 8: Škály využitelné pro podmínky traumatologie

Otázkou bylo, které hodnotící škály se jeví pro podmínky traumatologie jako přínosné. Z celkového počtu 50 (100 %) dotázaných uvedlo 45 (90 %) dotázaných jako nejvíce přínosnou škálu Glasgow Coma Scale, 44 (88 %) dotázaných vidělo přínos v používání vizuelní analogové škály pro hodnocení bolesti. Dalších 36 (72 %) dotázaných zaznamenalo největší přínos v hodnocení rizika pádu. Pro 31 (62 %) dotázaných bylo nejdůležitější hodnocení rizika infekce. Podobně na tom byly nutriční screening, pro který hlasovalo 24 (48 %) dotázaných, a test Barthelové, který získal 22 (44 %) hlasů. Nejméně hlasů ze všech hodnotících škál získal test dle Bradena s celkovým počtem 8 (16 %) hlasů.



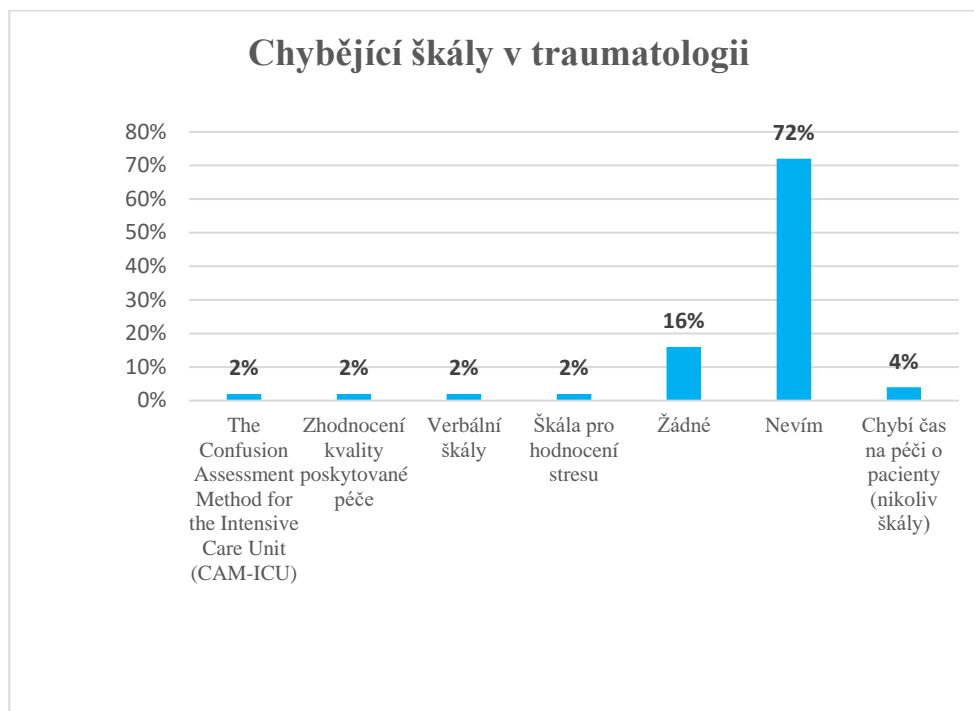
Graf 9: Frekvence hodnocení bolesti

Na otázku, jak často sestry hodnotí bolest u traumatologických pacientů, bylo nejčastější odpovědí, že bolest hodnotí při každém setkání s pacientem. Tato odpověď získala celkem 28 hlasů. Téměř stejný počet, 26 hlasů, získala odpověď s hodnocením bolesti vždy po podání analgetik. Hodnocení bolesti každou hodinu získalo 11 hlasů. I zde byla kromě nabídky více možností ještě možnost otevřené odpovědi, 2 hlasy získala odpověď „po přeložení pacienta“ a 1 hlas získalo hodnocení bolesti po operačním zákroku.



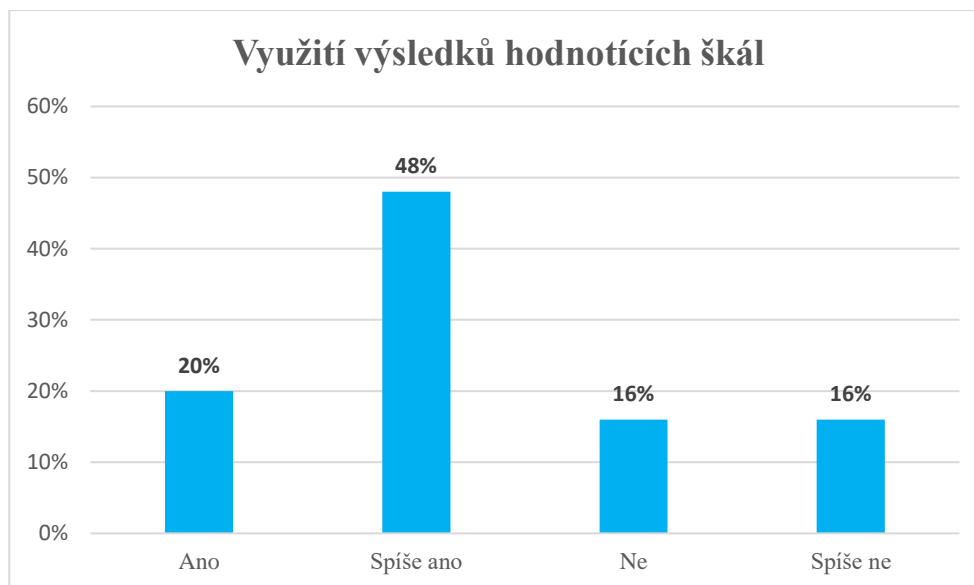
Graf 10: Škály pro hodnocení bolesti

Při dotazování sester, které škály využívají pro hodnocení bolesti, byla s největším počtem 45 hlasů označena vizuální analogová škála. Se 14 hlasy se na druhém místě umístila numerická škála a třetí místo získala verbální škála s celkovým počtem 10 hlasů. Další z uvedených odpovědí byla „obličejová škála“, tato varianta získala 8 hlasů. 2 hlasy pak získala škála Painad a 1 hlas získala škála PBS, které jsou obsaženy v možnosti „jiné“. Nutno upozornit na to, že také v této otázce bylo na výběr z více možných odpovědí.



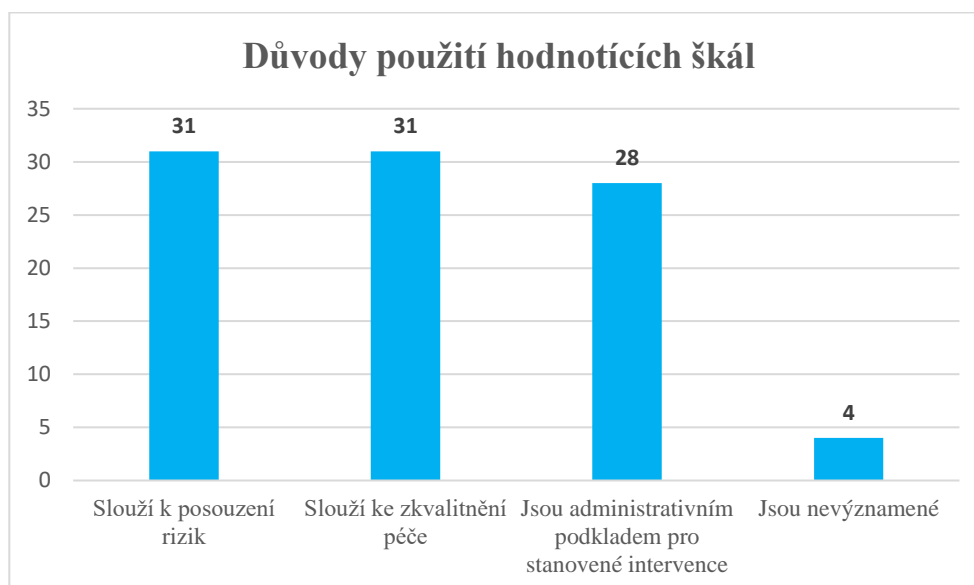
Graf 11: Chybějící škály v traumatologii

V případě této otázky byla nabízena pouze možnost otevřené odpovědi, 36 (72 %) dotázaných odpovědělo, že nevědí, 8 (16 %) dotázaných uvedlo, že jim žádné škály při poskytování péče nechybí, 2 (4 %) z dotázaných uvedli, že jim chybí spíše čas na pacienty, nikoli další hodnotící škály. Další odpovědi, a to vždy s 1 (2 %) hlasem, byly absence: škály pro hodnocení stresu, verbální škály, škály pro zhodnocení kvality poskytované péče a The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).



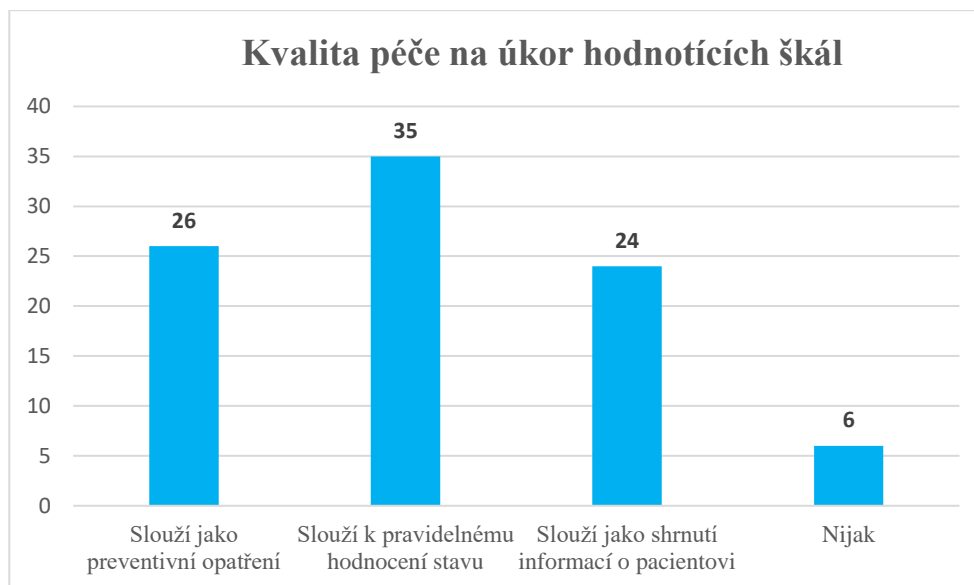
Graf 12: Využití výsledků hodnotících škál

Na dotaz, zda jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovené intervence, vybralo 24 (48 %) dotázaných možnost „spíše ano“ a 10 (20 %) dotázaných možnost „ano“. Možnost „ne“ a možnost „spíše ne“ zvolilo 8 (16 %) dotázaných.



Graf 13: Důvody použití hodnotících škál

U této otázky bylo na výběr z více možných odpovědí. Vyrovnaný počet 31 hlasů získaly odpovědi, jež tvrdily, že nám hodnotící škály slouží k posouzení rizik a ke zkvalitnění péče. Odpověď, v níž stálo, že nám škály slouží jako administrativní podklad pro stanovené intervence, získala 28 hlasů. Položka „nevýznamné“ byla nejméně častou odpovědí, a to s celkovým počtem 4 hlasy.



Graf 14: Kvalita péče na úkor hodnotících škál

Také v této otázce bylo na výběr z více možných odpovědí. Zajímalo nás, jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče. 35 hlasů získala odpověď, že nám slouží k pravidelnému hodnocení stavu, 26 hlasů získala odpověď, že nám slouží jako preventivní opatření, a 24 dotázaných vybralo jako odpověď „shrnutí informací o pacientovi“. Pro možnost „nijak“ hlasovalo 6 dotázaných.

5 DISKUSE

Tématem této diplomové práce byly hodnotící škály v traumatologii. Zajímalo nás především to, zda považují ošetrovatelské hodnotící škály v traumatologii za přínosné, které škály při své práci využívají a zda jim škály slouží jako podklad pro stanovení intervencí při poskytování péče o pacienta.

Veškerá zdravotnická zařízení jsou ze zákona povinna vést zdravotnickou dokumentaci, jež nám slouží k zachování informací. Musí však být vedena správně. Pak má ve zdravotnictví velký význam, a to jak pro zdravotníky, tak pro pacienty. Tento fakt potvrzují i Burda a Šolcová (2015), kteří uvádějí, že zdravotnická dokumentace plní svou funkci pouze v případě, že je vedena průkazně, pravdivě, čitelně a dle platných právních předpisů. Pro pacienta z toho pak plynou výhody v podobě návaznosti péče a popsání a nalezení řešení jeho problémů. Zdravotníci mohou s její pomocí sledovat vývoj pacientova zdravotního stavu, slouží jim jako prevence zdvojení činností a je také ochranou před spory a právníky. Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou mimo jiné právě hodnotící škály, které jsou předmětem mé diplomové práce. Tyto škály nám slouží k posouzení rizikových osob, máme díky nim možnost včas zavést preventivní opatření, naplánovat a poskytnout adekvátní péči. Kudlová (2015) uvádí, že nám škály slouží jako návod, jak vzniklý deficit či problém řešit. Existuje celá řada těchto škál, nejčastěji hodnotíme bolest, stav vědomí, výživu, riziko vzniku dekubitů a pádů, kognitivní funkce a soběstačnost.

Jak ve své knize zmiňuje Wendsche (2015), moderní rytmus života (technizace, zvyšující se intenzita sportu, motorismus) má za následek přibývání úrazů i jejich zvyšující se závažnost. Vzdůstá také počet těžkých úrazů a polytraumat. Tito pacienti mnohdy potřebují velmi intenzivní péči, která je náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce. To mohu sama potvrdit, protože na traumatologickém oddělení pracuji již třetím rokem. K tématu hodnotících škál v traumatologii nás zavedla nedostatečnost těchto škál při hodnocení rizik, která spočívá v nemožnosti objektivně zhodnotit některé skutečnosti. Snažili jsme se tedy zjistit, které ze škál jsou pro péči o traumatologické pacienty využitelné a které by bylo potřeba modifikovat tak, aby co nejvíce odpovídaly aktuálním potřebám a specifickým problémům těchto pacientů.

V kategorii číslo jedna jsme zjišťovali, které hodnotící škály se v tomto oboru využívají. Výsledkem je výčet těchto škál: test Barthelové, test dle Bradena, VAS škála pro hodnocení bolesti, nutriční screening, riziko pádu, riziko infekce, Glasgow Coma Scale a tíže tromboflebitis dle Madonna. Po jedné odpovědi získaly škála RASS (pro posouzení míry sedace), stupnice FLACC, která nám slouží k hodnocení intenzity bolesti u dětí, VIP score pro kontrolu místa vpichu periferní žilní kanyly a škála Nortonové pro hodnocení vzniku dekubitů. Použití jednotlivých škál se však liší zařízení od zařízení.

V kategorii číslo dvě nás zajímalo, jak často jsou sestrami jednotlivé hodnotící škály využívány. Všichni dotázaní uvedli, že je aktivně využívají vždy při příjmu a následně je přehodnocují při propuštění či překladu pacienta. Některé z nich používají u několikrát denně, což platí především pro hodnocení bolesti dle VAS a Glasgow Coma Scale. Tento názor zastává také Nazarko (2009), který ve své knize uvádí, že hodnocení je probíhající proces a mělo by být prováděno vždy při přijetí pacienta a vždy, když dojde k zásadní změně zdravotního stavu. Pouze jedna z dotázaných odpověděla, že hodnotící škály používá pouze při příjmu pacienta a dále s nimi již nepracuje, s čímž musím nesouhlasit, protože zdravotní stav pacientů se dynamicky mění a s ním se mění i jeho potřeby. Je tedy třeba tato vyhodnocení provádět průběžně, protože nám mohou pomoci vzniklý problém odhalit včas. Mikula (2008) také uvádí, že by hodnocení mělo probíhat vždy při příjmu, propuštění a změně zdravotního stavu pacienta, nejméně však jednou týdně a maximálně jednou denně.

V kategorii číslo tři nás zajímalo, jaký přínos mají hodnotící škály při poskytování péče u traumatologických pacientů. Většina dotázaných odpověděla kladně. Přínos vidí především v tom, že jim slouží jako rychlý přehled podstatných informací o pacientovi, zároveň ale dodávají, že základem péče je vždy jeho hlavní diagnóza. Dalším přínosem je objektivní zhodnocení stavu konkrétního pacienta. Také Palese (2014) uvádí, že zařazení hodnotících škál do denní praxe zajišťuje objektivní a standardizované hodnocení skutečných nebo rizikových problémů pacientů. Ti dotázaní, kteří odpověděli, že jsou pro ně hodnotící škály přínosné minimálně, vidí přínos pouze v některých z nich, protože ne všechny jsou dle jejich názoru vhodné pro všechny pacienty. Ti, kteří označili hodnotící škály jako nepřínosné, uváděli jako důvod nejčastěji skutečnost, že se jedná jen o další zatěžování administrativou, protože mnohdy založí pouze diagnózu bez dalších opatření.

Čtvrtá kategorie se týkala využití hodnotících škál v traumatologii. Ačkoli literatura uvádí jejich důležitost, jak již bylo několikrát zmíněno výše, odpovědi dotázaných vypovídají o tom, že pro velké pracovní vytížení a velký počet pacientů nezbývá na škály dostatek času. Někteří dokonce uvedli, že je škály zdržují od práce u lůžka. Výsledek je tedy takový, že je jejich využívání pro provoz na traumatologii bohužel pouze administrativním zatížením. Sestry tyto škály využívají pouze proto, že musí, a mnohdy jsou pro ně pouze „bezmyšlenkovitým křížkováním“. V jednom z rozhovorů zazněl návrh, že by východiskem v tomto případě mohlo být omezení jejich počtu, s čímž se jako traumatologická sestra ztotožňuji. Našli se zde ale i tací, kteří i navzdory nedostatku času a administrativní zátěži vidí hodnotící škály jako důležitou součást ošetrovatelské péče. Takoví však byli bohužel v menšině. Jako důvod uvedli, že vše, co hodnotící škály sledují, přispívá ke kvalitní ošetrovatelské péči bez komplikací. Palese et al. (2014) dokonce uvádějí, že jejich systematické přijetí při posuzování potřeb pacientů usnadní zdravotnickým pracovníkům proces rozhodování. Kdyby byla, dle mého názoru, hodnotícím škálám věnována větší pozornost, mohlo by dojít k jejich zjednodušení a k takové úpravě, aby vždy odpovídaly potřebám a požadavkům daného oddělení. Sestry by pak mohly být spokojenější, měly by více času na pacienty, a tím by se změnil jejich celkový postoj k vedení dokumentace jako takové. Nutno dodat, že je také jistě zbytečné vyplňovat hodnotící škály u pacienta, který má „pouze zlomený prst“ a druhý den bude propuštěn domů.

Velice důležitou kategorií byla kategorie číslo pět, s názvem „Škály využitelné pro podmínky traumatologie“. Tuto kategorii jsme zvolili proto, abychom zjistili, které z hodnotících škál se jeví sestřím v oboru traumatologie jako vyhovující. Na základě odpovědí dotázaných bylo zjištěno, že nejvíce využitelnými škálami jsou VAS, GCS a hodnocení rizika pádu. Akutní bolest je diagnózou, která se týká všech traumatologických pacientů, a proto je její hodnocení nesmírně důležité, avšak ještě důležitější je její samotná léčba. Tento fakt potvrzuje i Streitová (2015), která uvádí, že je nutné dbát na adekvátní léčbu bolesti, která pak minimalizuje pacientovo utrpení, usnadňuje zotavení a umožňuje časné propuštění ze zařízení. GCS je škála pro určení kvantitativního stavu vědomí. Jak uvádí Bloch (2015), slouží k rychlému vyhodnocení stavu pacientova vědomí a závažnosti poranění po traumatických, ale i netraumatických akutních událostech. Tímto jen potvrzuje fakt, že je GCS vhodná pro podmínky traumatologie, čehož dokladem jsou také odpovědi dotázaných.

Na co si dát pozor? Jelikož se obor traumatologie týká všech věkových kategorií, může být mnohdy toto hodnocení obtížné. Jak Bloch (2015) dále uvádí, je dokázáno, že na základě zkušeností je interpretace této škály u některých pacientů obtížná. Jedná se například o pacienty s demencí, u kterých není pochyb o tom, že jejich skóre může být chronicky abnormální, a o těžce poškozené starší pacienty, protože přesnost některých informací může být ovlivněna například intubací, ztrátou sluchu, ospalostí či kognitivními poruchami. Bylo by tedy vhodné upravit například složku slovní odpovědi tak, aby byl při hodnocení zohledněn výchozí stav pacienta, aby bylo jasné, že případné abnormality souvisí s akutním stavem, a nikoli s již existujícím chronickým stavem postižení pacienta. Dalším příkladem, který uvádí, jsou dětská oddělení, kde je použití GCS kvůli ještě nezralému mozku dětí velmi subjektivní a také náchylný k nesprávné interpretaci, avšak přesto je toto hodnocení využíváno. Hodnocení rizika pádu u traumatologických pacientů je důležitou součástí péče o ně, protože jak říká Jenšovský (2018), pády trpí ročně kolem 30% osob starších 65 let a 42 % osob starších 70 let. Polovina všech pádů vede ke zraněním, 10–15 % z nich se týká závažných zranění a 1–2 % zahrnují zlomeniny proximálního femuru. To má za následek skutečnost, že značnou část osob starších 65 let vede strach z pádu k omezení fyzické aktivity. Z toho důvodu bychom na základě výsledků testu měli zahájit patřičná opatření, a to nejlépe zlepšováním fyzické kondice ohrožených osob. Brabcová et al. (2017) uveřejnili výzkum s cílem zjistit souvislost mezi vybranými rizikovými faktory pádů hospitalizovaných pacientů a okolností těchto pádů. Na jeho základě bylo zjištěno, že nejčastější příčinou je předchozí pád v anamnéze, dále nezabezpečená postranice či naopak užití postranic po celé délce lůžka. Proto je vhodné zvážit efektivnost vytažení obou postranic po celé délce lůžka. Jako alternativa se jeví snížení výšky lůžka, vytažení pouze jedné z postranic, případně jen horní části postranice. Na čtvrtém místě se umístila škála pro hodnocení rizika infekce.

Jelikož jsme se přesvědčili, jak moc důležité je bolest u traumatologických pacientů hodnotit, rozhodli jsme se jí věnovat ještě dvě kategorie. V první z nich nás zajímalo, které škály při hodnocení bolesti (kategorie č. 6) dotázaní využívají nejvíce, a ve druhé (kategorie č. 7) jsme se věnovali tomu, kdy a za jakých situací hodnocení probíhá. Možností, jak bolest hodnotit, je spousta. Jak uvádí Pokorná (2012), v první řadě nás zajímá, jaký údaj o bolesti zjišťujeme, zda hodnotíme lokalizaci (mapy bolesti), intenzitu (škály) či její kvalitu (dotazníky). Nejčastěji se však zaměřujeme pouze na jeden rozměr bolesti, jímž je její intenzita, kterou hodnotíme právě pomocí škál. Z odpovědí je patrné, že

dotázaní označili jako nejvíce používanou škálu pro hodnocení bolesti škálu VAS. Tento fakt potvrzuje i Pokorná (2012), která uvádí, že vizuální analogová škála je nejčastěji využívaným způsobem měření. Pokorná (2013) také vyzdvihuje její výhodu, která spočívá v tom, že tento způsob hodnocení nezatěžuje administrativu, protože nám zabere pouhých 5 minut času. S tím by však dotázaní na základě předešlých odpovědí jistě nesouhlasili. Na druhém místě se pak umístila numerická škála bolesti, která je obdobou škály VAS. Nejméně využívanou byla obličejová škála, která slouží k hodnocení bolesti především u dětí, ale v současné době se začala využívat i u osob se sníženou kognitivní schopností.

Co se týče frekvence hodnocení bolesti, záleží nejvíce na její intenzitě, která se neustále mění a reaguje na různé podněty. Nejvíce dotázaných odpovědělo, že hodnotí bolest buď přímým dotazem na pacienta, nebo sledováním jeho verbálních a neverbálních projevů, a to několikrát denně a zejména vždy po podání analgetik, aby tak zjistili jejich účinnost. Názory na hodnocení frekvence bolesti jsou různé. O'connor (2005) říká, že na bolest je potřeba ptát se pravidelně a často a hodnotit ji systematicky. Vorlíček (2012) již ve své publikaci hodnocení bolesti více konkretizuje. Uvádí, že u středně silné bolesti je třeba aktivně zahájit farmakologickou léčbu a její efekt zhodnotit nejpozději do 24–72 hodin. Silná bolest, kdy pacient hodnotí svoji nejhorší bolest v rozmezí 7–10 bodů, už vyžaduje rychlé zahájení léčby silnými opioidy. Zde hodnotíme efekt analgetik již nejpozději za 24 hodin. V tomto případě považuji za nutné upozornit také na to, že vnímání bolesti se v průběhu dne liší, v ranních hodinách bývá bolest méně intenzivní než v hodinách nočních a odpoledních.

V kategorii číslo osm s názvem „Škály nevyužitelné pro podmínky traumatologie“ nás zajímalo, ve kterých hodnotících škálách vidí sestry naopak nedostatky nebo jim pro obor traumatologie nevyhovují. Nejhůře dopadly test Barthelové, test Bradena a také nutriční screening, protože výsledek bývá často zkreslený či falešně pozitivní. Jedna z dotázaných uvedla, že důvodem je to, že jsou pacienti často přijímáni z plného zdraví, a proto jsou výsledky prováděných testů neobjektivní. Je to zejména tím, že například test Barthelové nám neřekne nic o pacientovi, který má zlomený kotník, protože kvůli svému úrazu není schopen ujít ani 50 m, není schopen chůze po schodech nebo se vykoupat, a přitom je zcela soběstačný. To samé se děje v případě hodnocení rizika dekubitů dle Bradenové. Zde se jedná především o dvě hodnocené oblasti, kterými jsou stupeň fyzické

aktivity a pohyblivost. Když budeme totiž hodnotit riziko dekubitů u téhož člověka se zlomeným kotníkem, který, jak už jsme zmínili, nemůže jít ani na krátkou vzdálenost nebo sedět, musíme ho označit jako trvale ležícího na lůžku, v důsledku čehož získáme v testu falešně nízký počet bodů. Tento test by měl jistě své využití například u zlomenin krčku kosti stehenní, jež se týkají převážně starších ročníků, kde smysl hodnocení vidím. Mnohem lepší volbou při hodnocení rizika dekubitů u traumatologických pacientů by mohla být stupnice dle Nortonové, která je zaměřena na schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další nemoci, tělesný stav, vědomí, pohyblivost, inkontinenci a aktivitu, a tudíž nahlíží na pacienta z celostnějšího pohledu. Jak však uvádí Nazarko (2009), je nejdůležitější uvědomit si, že i přestože mají dva jedinci stejné rizikové faktory a stejnou léčbu, může jeden z nich jevit časné známky poškození tkání, a proto musíme kontrolovat predilekční místa a ujistit se, že si je ošetřující personál vědom toho, jak je důležité jakékoliv známky poškození okamžitě hlásit. U hodnocení nutričního screeningu narážíme spíše na problém podceňování stavu výživy ze strany personálu, kdy je veškerá péče zaměřena víceméně na úraz samotný. Dle uvedených odpovědí je totiž zřejmé, že i navzdory pozitivnímu výsledku testu nutriční terapeut kontaktován není. Důvodem byla odpověď, že to nemá žádný význam. Wichsová (2013) uvádí, že sestra má při péči o pacienta vždy uplatňovat holistický přístup, kdy při plánování a vyhodnocování výsledků vychází z pacientových individuálních potřeb, k čemuž v tomto případě bohužel nedochází. Podle předchozích studií vykazuje prevalence podvýživy mezi hospitalizovanými staršími osobami rostoucí trend nejen lokálně, ale i celosvětově. Nedostatečné rozpoznání podvýživy způsobuje, že počet podvyživených hospitalizovaných starších osob zůstane v průběhu let vysoký. Vývoj nástrojů pro screening a hodnocení výživy byl proto široce studován a tyto nástroje jsou v dnešní době snadno dostupné. K dnešnímu dni však neexistuje jediný nástroj, který by mohl být považován za univerzální „zlatý standard“ pro diagnostiku nutričního stavu u hospitalizovaných pacientů. (Abd Aziz, 2017)

Kategorie číslo 9 byla nazvána „Chybějící škály v traumatologii“. V této kategorii nás zajímalo, zda existuje některá z hodnotících škál, která by sestřám při poskytování péče scházela. Některé ze sester by viděly přínos v hodnotících škálách, které by se týkaly duševního stavu pacienta. Jako jeden z důvodů byl uveden příbytek geriatrických pacientů, dalším z nich bylo, vzhledem k polytraumatu, dlouhodobé upoutání na lůžko. Možným řešením by mohla být škála pro hodnocení úzkosti a deprese při hospitalizaci,

tzv. HADS škála (Hospital Anxiety and Depression scale), která obsahuje celkem 14 položek, z nichž 7 zjišťuje úzkost a 7 je zaměřeno na depresi. (Bužgová, 2015) Ta souvisí převážně s tělesnými potížemi, závažností nemoci a přítomností bolesti, která se u traumatologických pacientů objevuje ve velké míře. Deprese je, jak uvádí Shuler (2010), hlavním rizikovým faktorem sebevražedného jednání, a proto bychom tuto oblast rozhodně neměli podceňovat. Největší část dotázaných však uvedla, že nevědí, protože jiné škály než ty, které využívají, neznají. Část z nich také uvedla, že jim žádné další škály při poskytování péče nechybějí, protože už tak mají málo času na své pacienty. Jeden z dotázaných uvedl škálu CAM-ICU (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), která slouží pro hodnocení deliria v intenzivní péči.

V kategorii číslo deset nás zajímalo, zda jsou výsledky aktivně využívány pro stanovení intervencí. Většina dotázaných odpověděla, že ano, nebo že se o to alespoň snaží. Někteří však také odpověděli, že se tak děje pouze v některých případech, a to konkrétně jen u hodnocení VAS a GCS a v případě rizika vzniku dekubitů. Jeden z dotázaných odpověděl, že výsledky těchto škál nevyužívá, protože významnější je kontakt s pacientem, který nejlépe stanoví intervence pro další péči. Mikula (2008) také uvádí, že je důležité uvědomit si, že ať už se použije jakákoli hodnotící škála, nejdůležitější je věnovat ohroženým pacientům maximální ošetrovatelskou péči.

V kategorii číslo jedenáct nás zajímalo, proč si dotázaní myslí, že je dobré hodnotící škály využívat. Setkali jsme se však s negativními názory, a to hned z několika důvodů. Dle odpovědí dotázaných by kvalita péče byla stejná jak s nimi, tak bez nich. Další z důvodů byl ten, že údajně zdržují od péče o pacienta. Přitom Slezáková (2014) uvádí, že jednou z předností hodnotících škál je relativně krátký čas administrace. Další z dotázaných se vyjádřil, že si nemyslí, že na odděleních akutní péče mají tyto škály nějaký význam, ale na následné péči či interně nebo neurologii by své využití našly určitě lépe. Tyto názory však svým počtem překonaly odpovědi kladné, dotázaní jako nejčastější důvod uváděli, že nám slouží ke zkvalitnění péče a k posouzení rizik či jsou nám podkladem pro stanovení intervence.

Slezáková (2014) uvádí, že je používání hodnotících a měřicích škál základní podmínkou posuzování. Charakterizují behaviorální, emocionální, sociální a symptomovou oblast, a tak nám podávají celkový obraz pacienta. Na základě informací

získaných z těchto škál sestry zajišťují kvalitní individualizovanou péči, dokumentují její úroveň a objektivizují její problémy. V kategorii číslo dvanáct jsme se ptali, jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče. Většina dotázaných odpověděla, že je péče kvalitnější z toho důvodu, že nám škály pomáhají k pravidelnému hodnocení pacientova stavu. Další část dotázaných odpověděla, že je to díky tomu, že nám slouží jako preventivní opatření. Někteří z dotázaných odpověděli, že nám ke zkvalitnění péče přispívají shrnutím informací o pacientovi. Nejmenší část dotázaných odpověděla, že nám ke zkvalitnění péče nijak nepřispívají.

6 ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se zabývali pohledem sester na hodnotící škály v traumatologii. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje informace týkající se oboru traumatologie, její historie a traumacenter České republiky. Dále obsahuje informace týkající se ošetrovatelské dokumentace, jejíž součástí hodnotící škály jsou. Převážně jsme se zde však věnovali jednotlivým hodnotícím škálám. První celek empirické části diplomové práce byl realizován formou kvalitativního šetření na základě polostrukturovaných rozhovorů. Pro druhý celek byl zvolen kvantitativní výzkum prováděný formou anonymního šetření – ankety s celkovým počtem 50 dotázaných. Tato technika byla vybrána jako podpora pro získaná kvalitativní data. V empirické části byly stanoveny dva cíle. Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že na základě používání hodnotících škál dochází ke zkvalitnění péče, že nám škály slouží k pravidelnému hodnocení pacientova stavu a k posouzení rizik, kterými je pacient během hospitalizace ohrožen. Ačkoli vnímají sestry hodnotící škály jako přínosné, jsou pro ně na traumatologickém oddělení pouze dalším administrativním zatížením. Přesto jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovení intervencí. Naše stanovené cíle byly splněny, názory sester na danou problematiku byly zmapovány a zhodnoceny.

V diplomové práci jsme dále chtěli poukázat na to, že některé škály nejsou kvůli svému obsahu využitelné pro všechny pacienty, a proto nelze objektivně zhodnotit některé skutečnosti. Je tedy nutné věnovat hodnotícím škálám větší pozornost, aby došlo k jejich zjednodušení, aby byly výstižné, aby nedocházelo k duplicitám v dokumentaci a aby byly celorepublikově sjednocené pro každý obor zvlášť. Sestry by pak mohly být spokojenější, měly by více času na pacienty, a tím by se změnil jejich celkový postoj k vedení dokumentace jako takové.

Diplomová práce bude sloužit jako studijní materiál pro sestry pracující na traumatologickém oddělení. Poukazuje také na oblast používání ošetrovatelských hodnotících škál v tomto oboru. Výstupem práce je souhrnný přehled hodnotících škál, které jsou vhodné k péči o traumatologického pacienta.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BANU A., SIA WS., KHUPANTAVEE N., 2014. *Evaluation of the Braden Scale Implementation by nurses: A Case Study in a Specialized Hospital in the Dhaka Cit.* Bangladesh Journal of Medicial Science. 13(4), 411-414. ISSN 2223-4721
- BAŇAŘ P., KRAUS J., 2011. Osteosyntéza. In: KRŠKA Z. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4
- BARTŮŇEK P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1
- BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8
- BLOCH, Frédéric. 2015. *Is the Glasgow Coma Scale appropriate for the evaluation of elderly patients in long-term care units?* Journal of Evaluation in Clinical Practise. 22, 455-456. ISSN 1365-2853
- BRABCOVÁ et. al., 2017. *Souvislosti mezi pády pacientů a vybranými rizikovými faktory*. Praktický lékař. 97(4), 163-167, ISSN 1803-6597
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. 2015. *Ošetrovatelská péče 1. Díl*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-9803-5
- BUŽGOVÁ, Radka. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7
- DENT E. et al., 2014. *Performance of nutritional screening tools in predicting poor six-month outcome in hospitalised older patients*. Asia Pac J Clin Nutr. 23(3), 394-399, DOI: 10.6133/apjcn.2014.23.3.18
- DUNGL P. et al., 2014. *Ortopedie. 2. přeprac. a dopln. vyd.* Praha: Grada. 1192 s. ISBN: 978-80-247-4357-8

- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 601 s. ISBN 978-80-247-4826-9
- GUNES Arik. 2015. *Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish holder adults*. Arch Gerontol Geriatr. 61(3). 344-350, DOI: 10.1016
- GUPTA, Abhaya. 2008. *Measurement Scales Used in Elderly Care*. Radcliffe Publishing. 154 s. ISBN-13: 978 184619 2661
- HÁLA, Martin. 2011. *Ošetrovatelská péče u pacienta s pooperačním deliriem*. Florence. 7(12), 18-21. ISSN 2570-4915
- HAVLÍČEK, R., VOLDŘICH, M., 2017. *Poruchy vědomí*. [online]. Neurologie pro praxi. 18(2), 84–86. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/02/03.pdf>
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9
- JENŠOVSKÝ, Jiří a Valér DŽUPA. 2018. *Diagnostika a léčba osteoporózy a dalších onemocnění skeletu*. Praha: Karolinum. 218 s. ISBN 978-80-246-3741-9
- KAISER Matthias J. et al. 2010. *Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment*. [online]. Journal of the American Geriatrics Society. [Cit.2019-10-2]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x>
- KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- KALVACH, Zdeněk. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3
- KELNAROVÁ, Jarmila. 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 180 s. ISBN 978-80-247-2830-8
- KELNAROVÁ, Jarmila. 2012. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-247-4199-4

- KLEVETOVÁ, Dana. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3
- KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3
- KUCKIR M. et al., 2017. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5
- KUDLOVÁ, Pavla. 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing. 216 s. ISBN 978-80-247-5367-6
- LESHEM – RUBINOW et al., 2013. *Norton Scale, Hospitalization Length, Complications, and Mortality in Elderly Patients Admitted to Internal Medicine Departments*. *Gerontology*. 59(6), 507-513, DOI: 10.1159/000353710
- MAHONEY F., Barthel D. 1965. *Functionalevaluation: TheBarthel index*. [online]. Maryland State Medical Journal. 14, 56-61. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
- MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2016. *Traumacentra*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit.2018-26-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/traumacentra_3496_3.html
- MITCHELL Alex J. 2009. *A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment*. *J Psychiatr Res*. 43(4), 411-431, DOI: 10.1016
- MLÝNKOVÁ, Jana. 2010. *Pečovatelsví*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3184-1
- MORSE, Janis M. 2008. *Preventing Patient Falls*. Springer Publishing Company. 192 s. ISBN 978-0-8261-0389-5

- MUMENTHALER, Marco, Claudio L. BASSETTI a Christof J. DAETWYLER. 2008. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. 369 s. ISBN 978-80-247-2298-6
- MURPHY M. et al., 2009. *Critical care transport*. Jones and Bartlett Publishers. 1034 s. ISBN 978-7637-1223-5
- MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2
- NAS Abd Aziz et. al., 2017. *Assessing the nutritional status of hospitalized elderly*. [online]. [Cit.2019-10-2]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29042762>
- NAZARKO, Linda. 2009. *Nursing in Care Homes*. Blackwell Publishing. 416 s. ISBN 978-0-632-05226-0
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4
- PALESE A. et al., 2014. *Clinical assessment instruments validated for nursing practice in the Italian context: a systematic review of the literature*. *Ann Ist Super Sanita*. 50(1), 67-76, DOI:10.4415/ANN_14_01_11
- POKORNÁ, Andrea. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5
- POLICAR, Radek. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
- RICCI, Susan Scott a Terri KYLE. 2009. *Maternity and pediatric nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. 680 s. ISBN-13: 978-0-7817-8055-1
- ROKYTA R. et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0312-6

- ROZSYPAL, Hanuš. 2015. *Základy infekčního lékařství*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 572 s. ISBN 978-80-246-2932-2
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 2014. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
- SIMMONS, Catherine a Peter LEHMANN. 2012. *Tools for Strengths-Based Assessment and Evaluation*. Springer Publishing Company. 525 s. ISBN 978-0-8261-0765-7
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 2014. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9
- STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ. 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada. 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8
- ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. 290 s. ISBN 978-80-246-2628-4
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3
- VYTEJČKOVÁ R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7

WEBSTER Joan et al. 2013. *Validity of the Waterlow scale and risk of pressure injury in acute care*. [online]. British Journal of Nursing [cit.2019-10-2]. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2010.19.Sup2.47246>

WENDSCHE, Peter a Radek VESELÝ. 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén. 360 s. ISBN 978-80-7492-211-4

WICHSOVÁ, Jana. 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6

8. PŘÍLOHY

Příloha 1: Polostrukturovaný rozhovor s respondenty

Příloha 2: Jednotlivé anketní otázky

Příloha 3: Souhrnný přehled hodnotících škál, které jsou vhodné k péči o traumatologického pacienta

Příloha 1:

Polostrukturovaný rozhovor se sestrami pracujícími na traumatologickém oddělení

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jaká je délka Vaší praxe na traumatologii?
3. Které hodnotící škály využíváte pro hodnocení pacienta při poskytování péče?
4. Jaký přínos vidíte v jejich využívání?
5. Kdy a jak často jednotlivé škály využíváte?
6. Jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče o pacienta?
7. Jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovení intervencí při péči o pacienta?
8. Jaký je Váš názor na používání hodnotících škál v traumatologii?
9. Které hodnotící škály z těch, jež využíváte, hodnotíte jako vyhovující a přínosné?
10. Ve kterých hodnotících škálách naopak vidíte pro využití v traumatologii nedostatky nebo Vám nevyhovují?
11. Jaké hodnotící škály Vám zde naopak chybějí?
12. Proč si myslíte, že je dobré tyto hodnotící škály využívat?

Příloha 2:

Jednotlivé anketní otázky

1. Pohlaví
2. Nejvyšší dosažené vzdělání
3. Délka praxe na traumatologii
4. Které hodnotící škály při své práci využíváte?
5. Kdy jednotlivé škály využíváte?
6. Jaký mají hodnotící škály přínos při poskytování péče u traumatologických pacientů?
7. Jaký máte názor na používání hodnotících škál v traumatologii?
8. Které hodnotící škály se Vám jeví pro podmínky traumatologie jako přínosné?
9. Chyběla Vám v předchozí otázce nějaká škála? Prosím doplňte.
10. Jak často hodnotíte bolest u traumatologických pacientů?
11. Které škály využíváte pro hodnocení bolesti?
12. Jaké hodnotící škály Vám v traumatologii naopak chybějí?
13. Jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovení intervencí při péči o pacienta?
14. Proč si myslíte, že je dobré tyto hodnotící škály při poskytování péče využívat?
15. Jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče o pacienta?

Příloha 3:

Souhrnný přehled hodnotících škál, které jsou vhodné v péči o traumatologického pacienta

1. VAS pro hodnocení bolesti
2. GCS pro hodnocení stavu vědomí
3. Hodnocení rizika pádu
4. Hodnocení rizika infekce

9 SEZNAM ZKRATEK

GCS (Glasgow Coma Scale): škála pro hodnocení stavu vědomí

RTS (Revised Trauma Score): škála k podrobnějšímu posouzení stavu vědomí

RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale): škála pro posouzení míry sedace

ADL: test základních denních činností podle Barthelové

IADL: test instrumentálních aktivit každodenního života

FIM: test funkční míry nezávislosti

VAS: vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti

DIBDA: dotazník interference bolesti s denními aktivitami

BMI (Body Mass Index)

MNA (Mini Nutritional Assessment): malý výživový test

MNA-SF (Mini Nutritional Assessment short-form): je zkrácenou formou malého výživového testu

CNS: centrální nervová soustava

MMSE (Mini-Mental State Examination): Folsteinův test ke zjištění narušení kognitivních funkcí

CDT (Clockdrawing test): test kreslení hodin

CDR (Clinical Dementia Rating): test ke zjištění přítomnosti demence