



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Využití hodnotících škál na oddělení následné péče

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Lenka Jindrlová

**Vedoucí práce:** doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem Využití hodnotících škál na oddělení následné péče jsem vypracoval/a 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 bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2017.....

### **Poděkování**

Zvláštní poděkování bych ráda věnovala paní doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za trpělivost, vstřícnost, ochotu a cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Další poděkování patří mé rodině za podporu, kterou mi poskytla. Poděkování patří i hlavní sestře Mgr. Márii Vyhlídalové za umožnění výzkumného šetření v Nemocnici Český Krumlov a.s. a sestřám, které se podílely na výzkumu.

## Využití hodnotících škál na oddělení následné péče

### **Abstrakt**

**Současný stav:** Hodnotící škály napomáhají sestřám k objektivnímu posouzení zdravotního stavu pacienta. Pomocí hodnotících škál je možné určit oblasti pacientových potřeb a plánovat intervence vedoucí k řešení jeho problémů. Na oddělení následné péče jsou hospitalizováni pacienti po stanovení základní diagnózy a stabilizaci jejich zdravotního stavu. Na tomto oddělení je poskytována ošetrovatelská péče a rehabilitační ošetrovatelství, fyzická a mentální aktivizace, nutriční péče, rehabilitace a odborná ergoterapie (Doležalová, 2011).

**Cílem** výzkumného šetření bylo určit rozsah využití hodnotících škál na oddělení následné péče, popsat obsah jednotlivých hodnotících škál, zjistit názor sester na přínos hodnotících škál pro praxi a vyhodnotit úplnost a komplexnost práce sester s hodnotícími škálami.

**Metodika a výzkumný soubor:** Výzkum byl realizován metodou kvalitativního výzkumného šetření provedeného technikami hloubkového rozhovoru, obsahové analýzy hodnotících škál a obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace. Rozhovory byly vedeny s pěti sestrami pracujícími na oddělení následné péče. Obsahová analýza byla zaměřena na 5 hodnotících škál, které sestry využívají při plánování ošetrovatelské péče a 10 vybraných komplexních ošetrovatelských dokumentací.

**Z výsledků** vyplývá, že sestry využívají hodnotící škály Bartelův test základních všedních činností k posouzení soběstačnosti pacienta při vykonávání denních činností. Přepracovaná stupnice Nortonové slouží k určení rizika vzniku dekubitu, Rizikové faktory pádu k identifikaci rizika pádu, Hodnocení nutričního stavu ke stanovení rizika malnutrice a Bolest – hodnocení a monitorace. Screening je prováděn u všech pacientů přijatých na oddělení do 24 hodin po příjmu, při změně stavu pacienta a v pravidelných intervalech jednou týdně. Bolest je hodnocena denně. Názor sester je pozitivní na první screening, avšak rescreening hodnotí participantky negativně především u soběstačných pacientů. Výsledky také ukazují, že práce sester s hodnotícími škálami je neúplná a nekomplexní. Bylo zjištěno, že nejsou dodržovány formální náležitosti záznamu, především opravy chybných záznamů, označení všech bodů hodnotících škál a správně sečteny body. K rescreeningu nedochází vždy v pravidelných intervalech a plánování

ošetřovatelských intervencí v návaznosti na zjištěná rizika a rescreening jsou nedostatečná.

**Závěr a využití pro praxi:** Výsledky předkládaného kvalitativního výzkumu nemohou být zevšeobecnovány. Pro verifikaci našich závěrů by bylo vhodné realizovat kvantitativní studii, jejíž cíle by bylo na širším souboru uzavřených nebo otevřených ošetřovatelských dokumentací vyhodnotit úplnost a komplexnost vedení hodnotících škál. Vzhledem ke zjištění chybného vyhodnocování hodnotících škál proběhl na Oddělení následné péče odborný seminář, prostřednictvím kterého byly sestry seznámeny s hodnotícími škálami, jejich využitím a prací s nimi. Součástí školení byla i prezentace výsledků výzkumného šetření.

#### **Klíčová slova**

Hodnotící škála; posouzení zdravotního stavu; ošetřovatelský proces; oddělení následné péče

## **The use of Rating Scales in the Department of Subsequent Care**

### **Abstract**

**Current Situation:** Rating scales help nurses judge the patient's health condition objectively. Via rating scales it is possible to state the areas of a patient's needs and plan interventions leading to solutions of his or her problems. In after-care departments, patients who have already had their basic diagnosis set and their health-condition stabilized, are hospitalized. In this department, nursing care as well as rehabilitation nursing, physical and mental activation, nutrition care, rehabilitation, and professional ergotherapy, are provided (Doležalová, 2011).

**The aim** of this research was to determine the range of use of rating scales in after-care departments, to describe the content of individual rating scales, to find out about the nurses' perspectives on the advantages of rating scales for practical use, and to evaluate the complexity of nurses' work with rating scales.

**Methodology and Research File:** The research was implemented via the method of a qualitative survey using in-depth interview, rating scale content analysis, and nursing documentation content analysis. Interviews were carried out with five nurses working in the after-care department. Content analysis was focused on 5 rating scales used by the nurses when planning nursing care, and 10 chosen complex pieces of nursing documentation.

**The results** prove clearly that the nurses use Bartel's test of basic every-day activities to evaluate the patient's self-sufficiency when carrying out everyday activities. Norton's redesigned scale serves the determination of decubitus formation, risky factors of a fall to identify the risk of the fall, evaluation of nutritional status to determine malnutrition risk, and pain – evaluation and monitoring. Screening is carried out in all patients accepted at the department up to 24h after having been accepted, at a change of health-situation in a patient, and in regular intervals once a week. Pain is evaluated daily. The nurses' point of view is positive towards the first screening, but rescreening is evaluated negatively by the participants, especially in self-sufficient patients. The results also prove that nurses' work with rating scales is incomplete and not complex. It was found out that formal recording requirements were not followed, concerning corrections of record errors, marking all points in rating scales and a correct point sum. Re-screening is not always done in regular intervals, nursing intervention planning in relation to the

observed risks and re-screening are insufficient.

**Conclusion and Practical Use:** The results of the submitted qualitative research may not be generalized. To verify our conclusions it would be suitable to implement a quantitative study the aim of which would be to evaluate the complexity of rating scales, based on a wider file of closed or open pieces of nursing documentation. With regard to findings of an incorrect evaluation of rating scales, there was an expert seminar held in the after-care department, through which the nurses were introduced to rating scales, their use and working with them. Survey result presentation was a part of the educating programme.

**Key Words:** Rating scale; after care; nursing documentation; nursing proces; health condition evaluation

## Obsah

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV .....	11
1.1 Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi .....	11
1.1.1 Posouzení soběstačnosti a sebeděče pacienta .....	12
1.1.1.1 Hodnotící škály pro posouzení soběstačnosti a sebeděče .....	12
1.1.2 Posouzení nutričního stavu pacienta .....	14
1.1.2.1 Hodnotící škály k posouzení nutričního stavu a rizika vzniku malnutrice .....	14
1.1.3 Posouzení bolesti u pacienta .....	15
1.1.3.1 Hodnotící škály k posouzení bolesti .....	16
1.1.4 Posouzení psychických funkcí pacienta .....	17
1.1.4.1 Hodnotící škály k posouzení kognitivních funkcí a demence .....	19
1.1.4.2 Hodnotící škály k posouzení deliria.....	20
1.1.4.3 Hodnotící škály k posouzení deprese.....	21
1.1.5 Posouzení mobility a rizika pádů u pacienta .....	21
1.1.5.1 Hodnotící škály pro posouzení mobility a rizika pádů .....	22
1.1.6 Posouzení rizika vzniku dekubitu u pacienta .....	23
1.1.6.1 Hodnotící škály pro posouzení rizika vzniku dekubitu .....	23
1.1.7 Posouzení rizika vzniku hluboké žilní trombózy a plicní embolie u pacienta .....	24
1.1.8 Posouzení rizika neefektivního dýchání u pacienta .....	24
1.2 Ošetrovatelský proces.....	25
1.2.1 Vývoj ošetrovatelského procesu .....	26
1.2.2 Sestra v ošetrovatelském procesu .....	27
1.2.3 Fáze ošetrovatelského procesu .....	27
1.2.4 Ošetrovatelská dokumentace .....	29
1.3 Oddělení následné péče .....	30
1.3.1 Specifika péče o pacienty na oddělení následné péče .....	31
1.3.2 Problematika pacienta s potřebou geriatrické péče .....	32
1.3.3 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA- Comprehensive Geriatric Assessment) .....	33
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	35
2.1 Cíle práce .....	35
2.2 Výzkumné otázky .....	35



2.3 Operacionalizace základních pojmů.....	35
3 METODIKA .....	37
3.1 Použité metody.....	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....	40
4.1 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů se sestrami.....	40
4.1.1 Znalost hodnotících škál .....	40
4.1.2 Názor sester na výhody a nevýhody hodnotících škál .....	42
4.1.3 Způsob a technika sběru dat .....	44
4.1.4 Názor sester na posouzení dalších oblastí zdravotního stavu pacienta .....	45
4.1.5 Plánování intervencí.....	46
4.1.6 Názor sester na přínos hodnotících škál .....	48
4.2 Obsahová analýza vybraných hodnotících škál .....	49
4.2.1 Bartelův test základních všedních činností .....	49
4.2.2 Přepracovaná stupnice Nortonové.....	50
4.2.3 Rizikové faktory pro vznik pádu .....	50
4.2.4 Hodnocení nutričního stavu .....	51
4.2.5 Bolest – hodnocení a monitorace .....	51
4.3 Obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace .....	52
5 DISKUSE .....	58
6 ZÁVĚR .....	64
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	66
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	76
9 SEZNAM ZKRATEK .....	78

## ÚVOD

Ošetrovatelství jako samostatný vědní obor se neustále vyvíjí a prochází mnoha změnami. Zatímco dříve sestry pracovaly jen v rámci rozhodnutí lékaře, dnes se jejich kompetence rozšiřují a svou činnost vykonávají samostatně pomocí metody ošetrovatelského procesu. K dosažení kvalitní ošetrovatelské péče je nutné, aby sestry dokázaly komplexně posoudit zdravotní stav pacienta, aktivně se podílely na vyhledávání a uspokojování potřeb pacienta stejně jako na vyhledávání jeho problémů a rizikových faktorů. Sestry by měly k pacientům přistupovat holisticky, hodnotit nejen jejich fyzický stav, ale také psychickou a sociální stránku, které často ovlivňují jejich celkový zdravotní stav.

K objektivnímu hodnocení zdravotního stavu pacienta napomáhají sestřím měřicí techniky a hodnotící škály, které jsou nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace. Hodnotící škály mohou být pomůckou usnadňující nejen diagnostiku, ale také prostředek k zachycení efektivity léčby v čase. Pravidelným hodnocením a posouzením zdravotního stavu pacientů je možné plán ošetrovatelské péče upravovat podle jejich aktuálních potřeb a problémů. Díky tomu může být dosaženo kvalitní a individuální ošetrovatelské péče. Ke správnému zpracování hodnotících škál je třeba nejen odborných znalostí, praktických zkušeností, pozorovacích a komunikačních schopností sester, ale také jejich aktivní přístup aktivního přístupu k individuálnímu posuzování stavu pacienta.

Tématem práce je využití hodnotících škál na oddělení následné péče. K výběru tohoto tématu vedly časté diskuze sester o nutnosti vykonávání screeningu při příjmu a pravidelného rescreeningu u pacientů, kteří jsou hospitalizováni na tomto oddělení. Předkládaná práce se skládá z teoretické a empirické části. Cílem empirické části bylo zaznamenat daná pravidla, která by měla být dodržována při práci s hodnotícími škálami, náhled sester na využití hodnotících škál v praxi a na daná pravidla a následně zjištění, zda jsou tato pravidla dodržována.

V návaznosti na tento výzkum byl uspořádán na Oddělení následné péče odborný seminář, prostřednictvím kterého byly sestry seznámeny s hodnotícími škálami, jejich využitím a prací s nimi.

# 1 Současný stav

## 1.1 Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi

Dle Taliánové et al. (2013) v současnosti nabývá na významu posouzení stavu pacienta sestrami. Po zhodnocení vstupních informací a současného stavu pacienta sestra pomocí měřících a hodnotících škál určuje oblasti pacientových potřeb, ve kterých budou nutné ošetrovatelské intervence (Staňková, 2001). Škály určené k hodnocení a měření zjednodušují sestram práci (Pokorná et al., 2013), pomáhají objektivizovat údaje a přinášejí celkové a holistické výsledky (Vörösová et al., 2015a).

Výhody využívání hodnotících škál spočívají v možnosti získání velkého množství údajů, které mohou být porovnány a zdokumentovány (Taliánová et al., 2013). Porovnání údajů umožňuje sledovat vývoj stavu pacienta v čase a účinek použitých léčebných metod, pomocí vyhodnocování škál v pravidelných intervalech (Pokorná et al., 2013). Kladem hodnotících škál je také jejich přístupnost, proveditelnost, srozumitelnost (Vörösová et al., 2015a), relativně krátký čas administrace (Slezáková, 2014) a možnost předávání dat o pacientovi v rámci multidisciplinárního týmu (Pokorná et al., 2013). Mikula a Müllerová (2008) uvádí jako jednu z výhod hodnotících škál včasné zavedení preventivních opatření u pacienta, který byl vyhodnocen jako rizikový.

Hodnotící škály vznikaly a postupně se standardizovaly ve větší míře v osmdesátých letech minulého století (Staňková, 2001), nicméně do českého ošetrovatelství jsou implementovány až po roce 2000 (Nováková, 2014). Autorkou první publikace v České republice, ve které byly shromážděny hodnotící a měřící techniky byla roku 2001 doc. Staňková (Staňková, 2001). Dle Vörösové et al., (2015a) by mělo být v ošetrovatelské praxi běžně využíváno hodnotících škál, zatímco jejich používání je prozatím jen sporadické.

Pomocí hodnotících škál je možné posoudit různé oblasti zdravotního stavu pacienta (Staňková, 2001) a lze je používat u dospělých i u dětí (Kubátová, 2010). V rámci teoretické i praktické části předkládané práce je náš zájem zacílen na popis hodnotících škál, které jsou sestrami nejvíce využívány při posouzení zdravotního stavu dospělých pacientů (nikoliv dětí). Staňková (2001), Cetlová et al. (2012) a Pokorná et al. (2013) uvádějí standardizované hodnotící škály, pomocí kterých lze hodnotit u pacientů soběstačnost, sebeděči, mobilitu, bolest, psychické funkce, demenci, delirium, stav výživy nebo riziko pádu, malnutrice popřípadě riziko vzniku dekubitů.

### ***1.1.1 Posouzení soběstačnosti a sebeděče pacienta***

Kalvach (2004) a Topinková (2005) uvádějí soběstačnost jako schopnost člověka uspokojovat své potřeby bez pomoci druhé osoby v daném prostředí. Udržení soběstačnosti pacienta je jedním ze základních cílů moderního ošetrovatelství (Staňková, 2001). Jestliže je tato schopnost porušena, mluvíme o závislosti (Topinková, 2005), která negativně ovlivňuje kvalitu života jedince ve fyzické, psychické, ekonomické i sociální oblasti (Poledníková, 2009). Sebeděče je úzce spjata se soběstačností. Dle Trachtové et al. (2013) je sebeděče schopnost vykonávat denní aktivity vlastními silami. Posouzení a zhodnocení schopnosti vykonávání denních činností je důležité pro stanovení vhodné individuální ošetrovatelské péče (Staňková, 2001). Trachtová et al. (2013) uvádějí, že pro podporu nezávislosti pacienta je nezbytně nutné klasifikovat jeho funkční úroveň.

Dle Poledníkové (2009) je přesné a správné zhodnocení úrovně soběstačnosti a sebeděče pacientů základním předpokladem pro určení ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelských intervencí. V rámci posouzení a zhodnocení funkčního stavu pacienta a prostředí, ve kterém se pohybuje, je možné určit vhodné kompenzační pomůcky k ulehčení vykonávání denních aktivit (Bóriková a Tabaková, 2008).

#### ***1.1.1.1 Hodnotící škály pro posouzení soběstačnosti a sebeděče***

Barthelové test základních všedních činností (ADL- Aktivita of Daily Living) vznikl v Marylandu roku 1965 ve spolupráci D. W. Barthel a F. I. Mahoney k posouzení soběstačnosti pacientů (Pokorná et al., 2013). Dle Mahoneyové a Barthelové (1965) by měl být test zhodnocen u každého pacienta před zahájením a opakovaně během léčby v přesně stanovených intervalech. Posuzovaných oblastí je deset a týkají se schopnosti vykonávání denních činností a chůze. Každý úkon se hodnotí 0, 5 nebo 10 body. Pacient, který získá 10 bodů v dané oblasti je schopen tyto činnosti vykonávat sám, při hodnocení 5 body vykonává aktivity s pomocí a pokud je hodnocen 0 body, aktivity neprovede. Vysoce závislý je pacient, který je hodnocen po součtu bodů 0-40, závislost středního stupně je hodnocena 45-60 body, lehká závislost 65-95 body a nezávislý je pacient se 100 body (Mahoney a Barthel, 1965; Staňková, 2001).

Modifikovaný test Barthelové (Modified Barthel Index) vytvořili v Austrálii S. Shahová, F. Vanclay a B. Cooperová úpravou ADL testu v roce 1989. Pomocí testu

se hodnotí stejné oblasti každodenních činností jako v testu ADL (Shah et al., 1989). V tomto testu dochází ke zvýšení citlivosti původního ADL díky možnosti využití pětibodové škály (Pokorná et al., 2013). Zcela soběstačný pacient po zhodnocení získá 100 bodů (Kubátová, 2010), viz příloha 1 CD ROM.

Funkční míra nezávislosti (FIM- Functional Independence Measures) je test sestavený roku 1984 americkými institucemi a v roce 1986 ji modifikoval Granger et al. (1993). Vychází z testu Barthelové a hodnotí fyzické, kognitivní schopnosti a sociální vztah jedince k prostředí (Granger et al., 1993). Dle Kalvacha a Švestkové (2004) je tato škála vhodná k posouzení prospěšnosti zvolené medikamentózní, rehabilitační, léčebné ergoterapeutické léčby a ošetrovatelské péče. Hodnotí se oblast sebeobsluhy, kontrola svěračů, mobilita, lokomoce, komunikace a sociální adaptabilita. Každá oblast je hodnocena 1-7 body, kdy 7 bodů je vyhodnocení úplné samostatnosti. Tuto škálu lze hodnotit v podobě tabulky nebo grafického protokolu (Kalvach a Švestková, 2004; Pokorná et al., 2013), viz příloha 2 CD ROM.

Test instrumentálních všedních činností (AIDL –Instrumental Activities of Daily Living) vytvořili M. P. Lawton a E. M. Brodyová (1969) k posouzení a zhodnocení míry zvládnutí složitějších činností širší soběstačnosti. Posuzuje se dovednost pacienta - telefonovat, jezdit dopravním prostředkem, nakupovat, vařit, zvládat domácí práce a práce kolem domu, užívat léky a hospodařit s financemi. Hodnotí se 0,5 nebo 10 body. Pacient, který dosáhne 76-80 bodů je nezávislý, částečně závislý je při 41-75 bodech a závislý při získání 0-40 bodů (Staňková, 2001), viz příloha 3 CD ROM.

Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou) hodnotí schopnosti pohybové - najít se, vykonávat osobní hygienu, návštěvu toalety, inkontinenci moči a stolice, dekubity a spolupráci s pacientem. Hodnotí se 1-5 body. Pacient zcela soběstačný je hodnocen 0 body a 38 body zcela závislý (Staňková, 2001), viz příloha 4 CD ROM.

Test vývoje soběstačnosti (TVS) byl dle Staňkové (2001) sestaven v Geriatric Unit at Hospital v Bolzanu k hodnocení pohyblivosti, spánku a odpočinku, vyprazdňování, osobní hygieny výživy, orientace, oblékání a verbální komunikace. Hodnocení se provádí v pravidelných intervalech a zaznamenává do stejného tiskopisu pokaždé jinou barvou (Zrubáková et al., 2016), viz příloha 5 CD ROM.

### **1.1.2 Posouzení nutričního stavu pacienta**

Výživa je jednou ze základních biologických potřeb člověka. Dle Svačiny (2008) je strava zdroj energie pro fyzickou aktivitu, základní životní pochody a stavební materiál pro tvorbu orgánů i tkání. Faktory ovlivňující výživu jsou biologické, kulturně sociální, psychické či faktory životního prostředí (Trachtová et al., 2013). Zpracování a využití přijímané stravy zajišťují vedle trávicího traktu klíčové metabolické orgány, jako jsou játra a pankreas, neurohumorální regulace a řízení energetiky organismu, tedy funkce mozku, štítné žlázy a dalších žláz s vnitřní sekrecí (Svačina, 2008). Mezi základní složky výživy řadíme cukry, tuky, bílkoviny, stopové prvky, minerální látky, vitamíny a vodu (Sedlářová, 2011). Nedostatek či nadbytek jakékoliv základní složky výživy ovlivňuje celkový stav pacienta a může vést k rozvratu vnitřního prostředí, rozvoji různých onemocnění, změnám psychického stavu či prodlužování hojení ran (Svačina, 2008).

Součástí hodnocení nutričního stavu je antropometrické měření, laboratorní vyšetření séra a moče, klinické vyšetření a nutriční anamnéza (Zanovitová, 2008a). Dle Pokorné et al. (2013) musí sestry pro správné vyhodnocení stavu výživy pacientů znát pojmy jako je hyponutrice, který značí celkové snížení výživy, malnutrice jako porucha výživy ve smyslu plus nebo minus, karence, což je nedostatek určité složky ve výživě, marasmus označující podvýživu s vyváženým nedostatkem základních živin a kwashiorkor, kterým je označována podvýživa se závažným nedostatkem bílkovin ve stravě. Je důležité si uvědomit, že péče o výživu je základní péčí o pacienty, kterým musí být podávána strava pro ně přiměřená a v souladu s jejich zdravotním stavem (Sedlářová, 2011).

#### **1.1.2.1 Hodnotící škály k posouzení nutričního stavu a rizika vzniku malnutrice**

Základní nutriční screening, který uvádí Cetlová et al. (2012) je test, hodnotící neúmyslné hubnutí pacienta za poslední 3 měsíce a zda pacient v současné době jí či trpí nechutenstvím, zvracením a průjmem. Bodové skóre je v rozmezí 0-3 body, informovat lékaře a nutričního terapeuta je doporučeno při 3 a více bodech, viz příloha 6 CD ROM.

Index tělesné hmotnosti (BMI) určuje, zda má pacient podváhu, váhu normální, nadváhu či obezitu I. - III. stupně ve spojitosti míry zdravotního rizika. Cetlová et al. (2012) uvádějí výpočet BMI jako výsledek vzorce  $\text{hmotnost (kg) / výška}^2 \text{ (m)}$ .

Mini Nutritional Assessment (MNA) je dotazník, který dle Guigoz et al. (1994) slouží k detekci přítomnosti či rizika vzniku malnutrice. Český překlad tohoto testu je nazýván Škála pro orientační hodnocení stavu výživy (Topinková, 2005). Škála zahrnuje celkem 18 otázek z oblasti antropometrického měření, stravovacích návyků, celkového a subjektivního posouzení vlastního zdraví a výživy pacientem. Hodnocení je v rozmezí 0-29 bodů, kdy 24 bodů znamená normální nutriční stav pacienta, 17-23,5 bodu svědčí pro riziko poruchy výživy a hodnocení počtem bodů 17 a méně prokazuje malnutrici (Gupta, 2008), viz příloha 7 CD ROM.

Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) je modifikovaná, zkrácená verze MNA z roku 2009, která obsahuje 6 otázek zaměřených na příjem potravy, hubnutí, mobilitu, psychický stres nebo akutní onemocnění, přítomnost demence či deprese a Body Mass Index (Kaiser et al., 2009). Hodnocení je 0-14 bodů, kdy 12-14 bodů znamená normální nutriční stav pacienta a při hodnocení 11 a méně bodů je nutné učinit další zhodnocení nutričního stavu (Pokorná et al., 2013).

Nottinghamský screeningový systém je využíván především u hospitalizovaných pacientů k posouzení míry rizika malnutrice. Obsahuje 4 okruhy posouzení - Body Mass Index, nechtěný úbytek hmotnosti a snížení příjmu potravy v posledních 3 měsících a stresový faktor. Hodnotí se 0-2 body a 0 znamená, že je pacient bez rizika malnutrice (Topinková, 2005), viz příloha 8 CD ROM.

Nutritional Risk Screening 2002 (NTS 2002) byl publikován v roce 2003 European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, jehož součástí je primární screening zaměřený na Body Mass Index v souvislosti s věkem pacienta a určení rizika, které vyplývá ze základního onemocnění a jeho léčby. Hodnotí se 0-6 body a u pacientů se 3 body a více je stanoveno riziko podvýživy (Kondrup et al., 2003).

### ***1.1.3 Posouzení bolesti u pacienta***

Bolest je individuální a subjektivní prožitek vznikající při skutečném či potenciálním poškození tkání nebo psychologickými podněty (Topinková, 2005). Vždy je důležité pacientovi věřit, že bolest má, pokud ji udává (Pokorná et al., 2013).

Receptorem bolesti je nociceptor, který je stimulovaný přímým poškozením receptorové buňky nebo uvolněnými chemickými látkami v organizmu vázajícími se na receptory bolesti, což způsobí jejich aktivaci, tedy vzruch (Mikšová et al., 2006). K pocitu bolesti dojde, pokud se tento vzruch přenesení přes spinální míchu (Zanovitová 2008b) do prodloužené míchy, thalamu a mozkové kůry

(Pokorná et al., 2013). Nociceptory jsou uloženy v periferních tkáních a vyšších etážích centrálního nervového systému a podle reakce na bolestivé podněty a způsobu vedení vzruchu se dělí na mechanoreceptory a polymodální nociceptory (Trachtová et al., 2013). K podráždění nociceptorů dochází na základě chemických, tepelných nebo mechanických podnětů (Mikšová et al., 2006).

Bolest lze dělit podle délky trvání na akutní a chronickou, lokalizace na somatickou, viscerální, kolikovitou, ischemickou a zánětlivou dále podle intenzity na bolest malé, střední a velké intenzity (Pokorná et al., 2013). Zanolitová (2008b) uvádí bolest procedurální vyvolanou terapeutickými a diagnostickými výkony a fantomovou bolest, kterou pacient udává v neexistující končetině. Sestra musí mít vždy na paměti, že bolest negativně ovlivňuje psychiku pacienta, sociální a ekonomickou sféru (Trachtová et al., 2013).

V rámci hodnocení bolesti sestra posuzuje délku trvání bolesti, lokalizaci, charakter, intenzitu a vyvolávající, zhoršující či úlevné faktory (Zanolitová 2008b). Staňková (2001) řadí mezi nejčastější hodnotící metody bolesti verbální škály a neverbální škály, které pomáhají hodnotit paralingvistické projevy - mimiku, pohyby končetin a projevy nervového systému při bolesti, dále pak vizuální škály a dotazníky.

#### ***1.1.3.1 Hodnotící škály k posouzení bolesti***

Vizuální analogová škála bolesti (VAS- Visual Analogue Scale) je nejčastěji využívaná škála a poskytuje informace o intenzitě bolesti (Pokorná et al., 2013). Jde o úsečku dlouhou 10 cm, označenou čísly 0-10, kdy 0 znamená žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest (Topinková, 2005), viz příloha 9 CD ROM.

Funkční škála bolesti (FPS - Functional Pain Scale) je také využívaná k hodnocení intenzity bolesti v rozmezí 0-5 s pomocí klíče: 0 žádná bolest, 1 mírná bolest, 2 obtěžující bolest, 3 silná stresující bolest, 4 velmi silná až nesnesitelná bolest, 5 zničující, šoková bolest (Topinková, 2005).

Stupnice grafických symbolů (obličejová – výrazová škála, Face Scale) je v dnešní době využívána u pacientů se sníženou kognitivní funkcí (Pokorná et al., 2013). Pomocí této škály je možné určit intenzitu bolesti podle výrazu obličeje (Staňková, 2001), viz příloha 10 CD ROM.

Krátký inventář bolesti (BPI – Brief Pain Inventory) mapuje bolest během posledních 24 hodin a zaměřuje se na lokalizaci bolesti, hodnocení bolesti a reakce pacienta na podané léky (Pokorná et al., 2013), viz příloha 11 CD ROM.



Mapa bolesti dle Margolese z roku 1983 je obrazová forma lidské postavy, na které pacient označuje místa bolesti, určuje stupeň bolesti pomocí čísel 0 – 5 a pocity spojené s bolestí pomocí barvy (Pokorná et al., 2013). Obdobou je mapa bolesti podle Kreschema, na které pacient označuje místo bolesti (Cetlová et al., 2012), viz příloha 12 CD ROM.

Melzackova škála je využívána k verbálnímu hodnocení intenzity bolesti pomocí přídavných jmen a zaznamenávána čísly 0 – 5 (Pokorná et al., 2013). Záznam lze provádět během dne opakovaně do tabulky, kde je zapsán datum, čas, intenzita a lokalizace bolesti, úlevový zákrok, podaná analgetika, jejich síla a kdy byly podány (Staňková, 2001).

McGillovský dotazník bolesti (MPQ – McGillov Pain Questionary) je považovaný za nejučelnější dotazník ke zhodnocení bolesti (Pokorná et al., 2013). Pomocí tohoto testu je možné hodnotit mnoho dimenzí neuropatické bolesti, slovně poskytuje popis k měření sensorické, afektivní a hodnotící oblasti bolesti (Melzack, 1975), viz příloha 13 CD ROM.

Hodnocení bolesti dle Hospital Broussais bylo sestaveno roku 1998 v Paříži a zahrnuje tabulky k hodnocení fyziologických funkcí, léčbu analgetiky, nežádoucí účinky, pozorování sestrou, projevy bolesti a numerickou škálu bolesti (Staňková, 2001).

Měření bolesti u pacienta s pokročilou demencí (PAINAD – Pain Assessment In Advanced Dementia) zahrnuje hodnocení oblasti dýchání, bolestivé vokalizace, výrazu obličeje, řeč těla a utěšování a hodnotí se 0 – 2 body (Pokorná et al., 2013), viz příloha 14 CD ROM.

#### ***1.1.4 Posouzení psychických funkcí pacienta***

K poskytování kvalitní individuální péče je nutné uvědomění si, že v průběhu nemoci nedochází u jedince jen k somatickým problémům, ale též ke změnám psychického stavu (Zacharová, 2013). Poznání psychického stavu pacienta je pro sestru důležité k rozpoznání jeho reakcí, do jaké míry jsou kvalitní jeho myšlenkové procesy a jak dokáže komunikovat (Staňková, 2001). Jiráček (2004a) řadí mezi psychické funkce kognitivní, tedy poznávací a emoční funkce.

Kognitivní funkce jsou veškeré myšlenkové procesy, které umožňují jedinci výběr a zpracování informací napomáhajících k přizpůsobení se okolí a prostředí, ve kterém žije (Jiráček, 2004a). Mezi tyto procesy se řadí paměť, koncentrace, pozornost,

rychlost myšlení, porozumění informacím a exekutivní funkce zahrnující schopnost řešení problémů, plánování, organizace, náhledu a úsudku (Válková, 2015). Poruchou kognice dochází ke snížení soběstačnosti a sebepečce, které ovlivňují celkový stav pacienta a kvalitu jeho života (Pokorná et al., 2013). Příčinou poruchy kognice jsou traumatická, toxická nebo infekční poškození mozku, centrální mozkové příhody, subarachnoidální krvácení, neurodegenerativní a psychiatrická onemocnění (Válková, 2015).

Demence je jednou z nejvýznamnějších poruch kognitivních funkcí (Pokorná et al., 2013). Tuček a Chodura (2005) uvádějí, že demence je soubor poruch psychiky souvisejících s organickým poškozením mozku, při kterých dochází k narušení veškerých kognitivních funkcí, následnému zhoršení jednání, řeči a poruše emotivity. Demence je ireverzibilní, trvale progredující negativně ovlivňující pacienta v rámci aktivity denního života a jeho behaviorální, psychickou a kognitivní stránku (Pokorná et al., 2013).

Delirium je další z psychických stavů, který výrazně ovlivňuje kognitivní funkce (Holmerová et al., 2002). Je to rychle vyvíjející se stav s poruchou vědomí, myšlení, pozornosti (Pokorná et al., 2013), vnímání a paměti s přítomností agresivity, neklidu, halucinací a bludů (Holmerová et al., 2002). Dle Topinkové (2005) dochází k rozvoji příznaků delirativního stavu během několika hodin až dnů a jejich intenzita v krátkém čase kolísá. Jiráček (2004b) a Topinková (2005) řadí mezi rizikové faktory vyvolávající delirium vysoký věk, abúzus alkoholu, komorbidní somatické choroby, organické mozkové poškození s poruchou kognice, rizikovou medikací, malnutricí, spánkovou deprivací, psychické trauma a jiné.

S psychickým stavem pacienta souvisí i emoční funkce (Jiráček, 2004a). Deprese je významným onemocněním, které nepříznivě ovlivňuje myšlení, chování a jednání jedince (Pokorná et al., 2013). Holmerová et al. (2002) a Topinková (2005) definují depresi jako stav patologického afektu, kdy se jedná o dlouhodobě smutnou náladu. Dle Holmerové et al. (2002) a Jiráčka (2004c) během deprese dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, změně subjektivního hodnocení, poruchám spánku, změně chuti k jídlu, poruše soustředění spojených s pocity nicotnosti, beznaděje, opuštěnosti a bezvýznamnosti. Dále Holmerová et al. (2002) stejně jako Jiráček (2004b) a Topinková (2005) uvádějí, že deprese je často spojena s myšlenkami na sebevraždu a se suiciduálním jednáním.

Cílem hodnocení psychických funkcí je časné rozpoznání změny či poškození kognitivních funkcí, hodnocení individuálních kognitivních schopností a monitorování individuální kognitivní reakce na terapeutické přístupy (Pokorná et al., 2013). Důležitost hodnocení deprese spočívá v odlišení od demence zvláště proto, že deprese je možno léčit (Jirák, 2004a).

#### ***1.1.4.1 Hodnotící škály k posouzení kognitivních funkcí a demence***

Zkrácený mentální bodovací test podle Gainda slouží k hodnocení psychického stavu. Skládá se z devíti otázek a úkolů, které jsou bodovány 1 bodem a pokud pacient nedosáhne 7 bodů, jedná se o zmatenost (Staňková, 2001).

Stupnice hodnocení psychického zdraví sestavena Savage a Brittonem roku 1967 a následně v roce 1993 Kolibiášem a spol. zahrnuje 15 otázek, na které pacient odpovídá ano či ne a za každou odpověď může získat 1 bod. Pokud je dosažené skóre vyšší než 6 bodů, svědčí pro psychickou poruchu (Savage a Britton 1967).

Folsteinův test (MMSE - Mini Mental State Examination) byl sestaven Folsteinem et al. roku 1975 k posouzení kognitivních funkcí (Folsteinem et al., 1975). Je nejužívanějším testem k posouzení orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, výbavnosti paměti, pojmenování předmětu, opakování věty, třístupňového příkazu, psaní, obkreslování podle předlohy, čtení a vyhovění příkazu. Dohromady jde o 30 úkolů a každý je ohodnocen jedním bodem. Pokročilá forma demence je skórována 10 a méně body (Jirák, 2004a; Topinková, 2005), viz příloha 15 CD ROM.

Nasreddinův test (MoCA test – Montreal Cognitive Assessment) obsahuje 13 bodovaných položek zaměřených na zručnost, prostorovou orientaci, zrakovou konstrukční zručnost, pojmenování zvířete, paměť, pozornost, opakování písmen, odečítání, opakování vět, vybavování slov, abstrakce, pozdější výbavnost slov s nepovinným testem a orientace (Nasreddine et al., 2005). Pomocí testu lze detekovat mírnou poruchu kognitivní funkce či lehkou formu demence při skóre nižším než 26 bodů. Při čemž maximální skóre je 30 bodů (Pokorná et al., 2013), viz příloha 16 CD ROM.

Test kreslení hodin (CDT – Clock Drawing Test) vytvořili Schulman et al. (1986) a je běžně používaný k hodnocení paměti, vizuálně konstrukční schopnosti a exekutivní funkce. Pacient je požádán o nakreslení ciferníku s číslicemi a ručičkami tak, aby ukazovaly předem určený čas (Jirák, 2004a). Hodnotí se správnost zakreslení a bodování dle Schulmana se pohybuje 0 – 6 bodů, kdy 0 znamená správně nakreslené

hodiny. Pokud je skóre 3 a více, obvykle svědčí pro demenci (Pokorná et al., 2013). Dle Topinkové (2005) je pro přesnější diagnostiku doporučeno provést s testem kreslení hodin také MMSE, viz příloha 17CD ROM.

Sedmiminutový screeningový test (7MST – 7Minute Screen) napomáhá hodnotit orientaci, paměť, vizuospaciální funkce a řeč. Test umožňuje rozlišení kognitivně intaktní osoby od pacienta s Alzheimerovou demencí (Solomon et al., 1998).

Clinical Dementia Rating (CDR) je prováděn rozhovorem s pacientem a pečovatelem pacienta. Hodnotí se paměť, orientace, soudnost a řešení problémů, společenský život, péče o sebe sama, práce doma a koníčky. Hodnocení je skórováno 0 – 3 body, kdy 0 znamená neporušenou funkci. Tato metoda je využívána ke zjištění přítomnosti demence a mírné poruchy kognitivních funkcí (Jirák, 2004a), viz příloha 18 CD ROM.

Škála celkové deteriorace podle Reisberga (GDS - Global Deterioration Scale) je využívána u pacientů s Alzheimerovou či jinou formou demence. Hodnotí se subjektivní a objektivní potíže v rámci kognitivních funkcí (Reisberger et al., 1982).

Alzheimers Disease Assessment Scale - kognitivní (ADA – cog) pomocí tohoto testu je možné u pacienta porovnávat změny kognitivních funkcí před zahájením léčby a v jejím průběhu (Jirák, 2004a).

Ischemické skóre podle Hachinského hodnotí příznaky demence. Výsledné skóre 0 - 4 body určuje pravděpodobnost Alzheimerovy demence, 5 - 6 bodů je nediskriminující skóre, kdy může jít o smíšenou demenci, při 7 a více bodech jde pravděpodobně o demenci vaskulárního typu (Cetlová et al., 2012), viz příloha 19 CD ROM.

#### ***1.1.4.2 Hodnotící škály k posouzení deliria***

Škála pro hodnocení deliria (CAM – Confusion Assessment Method) podle Inouye, van Dyck, Alessi et al., z roku 1990 je sestavena z otázek týkajících se akutní změny psychického stavu a jeho kolísání, nesoustředěnosti a nepozornosti, roztříštěného myšlení a alterace vědomí (Inouye et al., 1990). Při hodnocení je nutno uvažovat o deliriu, pokud je odpověď na první a druhou oblast pozitivní současně alespoň s jednou další oblastí (Topinková, 2005), viz příloha 20 CD ROM.

The Delirium Observation Screening (DOS) byl vyvinut Schurmannsem, Schortridge-Baggettem a Luursmanem a poprvé publikován v roce 2003. Je to škála

složena ze 13 položek, kterou mohou využívat pečující osoby k identifikaci časných známek deliria (Schurmmans et al., 2003), viz příloha 21 CD ROM.

Neelson, Schampagne (NEECHAM) je test, který byl vytvořen za pomoci všeobecných sester a jejich zkušeností z klinické praxe k hodnocení stavů akutní zmatenosti (Pokorná et al., 2013), viz příloha 22 CD ROM.

#### ***1.1.4.3 Hodnotící škály k posouzení deprese***

Škála deprese pro geriatrické pacienty podle Yessavage byla sestavena z 15 otázek, na které lze odpovídat ano či ne (Yessavage a Sheikh, 1986). České standardizované hodnocení podle Tošnerové je v rozmezí 0 – 5 bodů norma, 6 a více bodů značí suspektní depresi (Jirák, 2004a), viz příloha 23 CD ROM.

Beckova škála deprese (BDI - Beck Depression Inventory) je samo hodnotící dotazník, zahrnující posouzení nálady, pesimismu, pocitu neúspěchu, neuspokojení z činností, vinu, nenávisť k sobě samému, myšlenky na sebevraždu, sociální izolaci, nerozhodnost, vlastní vzhled, potíže při práci, únavnost a nechutenství (Beck et al., 1961). Každá oblast je hodnocena 0 - 3 body, při skóre 9 – 24 body jde o lehkou až střední depresi a 25 a více bodech o těžkou depresi (Jirák, 2004c).

#### ***1.1.5 Posouzení mobility a rizika pádů u pacienta***

Pohyb je jednou z dalších základních biologických potřeb každého člověka. Dle Trachtové et al. (2013) je pohyb zajištěn souhrou aktivního a pasivního pohybového aparátu řízeného centrální nervovou soustavou. Bóriková (2008) rozlišuje v rámci pohybové aktivity lokomoci, kterou je chůze, běh a skákání, manipulaci s předměty, verbální a neverbální projevy a antigravitaci, v rámci níž jde o udržování vzpřímené polohy těla. Pohyb významně přispívá ke zlepšení zdravotního stavu, ochraně před nemocemi, zvýšení výkonnosti orgánů, navození pozitivní emoce, zlepšení duševního zdraví a prodloužení délky života (Trachtová et al. 2013). V České republice se v nemocničních zařízeních používá klasifikace pacientů podle pohybového režimu, kdy nulou je označen pacient na propustce, jedničkou soběstačný pacient, dvojkou pacient částečně soběstačný, trojkou pacient lucidní, neschopný pohybu mimo lůžko, čtyřkou pacient imobilní a pětikou pacient v bezvědomí (Zrubáková et al., 2016).

Při porušení mobility dochází ke zvýšení rizika ohrožení pacientů pády a úrazy (Holmerová et. al., 2002; Topinková, 2005). Topinková (2005) definuje pád změnou polohy, kdy výsledkem je dotek těla se zemí. Hodnocením mobility je možné určit

intervence vedoucí k prevenci pádu a určit možné kompenzační pomůcky ke zlepšení mobility (Bóriková, 2008).

#### ***1.1.5.1 Hodnotící škály pro posouzení mobility a rizika pádů***

Screeningový test mobility - Mobility Screening test podle Topinkové a Neuwirtha z roku 1993 se používá ke zhodnocení pohyblivosti, stability, svalové síly a dovednosti pacienta. Zahrnuje schopnost chůze a otáčení, sednout si a vstát, stoje a rovnováhy, předklon a záklon. Hodnotí se, zda provedení aktivity je normální či abnormální, při abnormálním hodnocení je nutné navrhnout bezpečnostní opatření k zajištění bezpečí pacienta (Topinková a Neuwirth, 1993), viz příloha 24 CD ROM.

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové z roku 1986 se skládá ze dvou částí. V první části se hodnotí rovnováha, pacient sedí na pevné židli bez opěrek pro ruce a následně je požádán o provedení úkonů. Druhou částí testu je posouzení chůze, pacient stojí vedle vyšetřujícího a je požádán, aby přešel místnost či chodbu napříč. Při testu je možné použít běžně využívané kompenzační pomůcky (Tinetti, 1986). Maximální celkové skóre je 28 bodů, při 26 a méně bodech je výsledek abnormální, 19 a méně bodů značí vysoké riziko pádu (Topinková, 2005), viz příloha 25 CD ROM.

Riziko pádu pacienta/klienta podle Conleyové upraveno v roce 2006 Juráškovou je škála, která hodnotí rizikové faktory pro vznik pádu dle anamnézy, soběstačnosti, schopnosti spolupráce, přímým dotazem pacienta na závratě, noční nucení na močení a problémy s usínáním (Svobodová, 2007).

Posoudit mobilitu a riziko pádu lze také pomocí výkonnostních testů (Kalvach, 2004).

Get up and go test podle Mathias aj. z roku 1986 je test, při kterém je pacient vyzván, aby vstal ze židle, ušel 3 m, otočil se, došel zpět a posadil se (Mathias et al., 1986).

Gaitův funkční test probíhá ve čtyřech fázích. Pacient je požádán o posazení na židli na 60 vteřin, poté vstane a bude stát 30 vteřin, následně přejde místnost, otočí se a vrátí k židli, na kterou se posadí. Pokud nedojde ke ztrátě rovnováhy nebo přidržování se předmětů je test negativní (Škrála a Škrlová, 2008).

Test síly svalového stisku (hand grip, grip strength) podle Fredriksena z roku 2002 uvádí Kalvach (2004) jako jeden z nejvýznamnějších ukazatelů pádů.

### ***1.1.6 Posouzení rizika vzniku dekubitu u pacienta***

Dekubitus je poškození kůže a hlubších vrstev tkáně následkem tlaku, který zabraňuje v přísunu živin a okysličení tkáně, tím dochází k její ischemii (Mikula a Müllerová, 2008). Mezi faktory, které ovlivňují vznik dekubitů, patří vlhkost a macerace kůže, tření, stříhové síly, věk, malnutrice, porušená mobilita, inkontinence moči a stolice, zhoršená periferní cirkulace, některá farmaka a mnohá onemocnění (Topinková, 2005).

Vzhledem k nákladnosti a náročnosti hojení dekubitů a tím i prodlužování hospitalizace pacienta je vždy nutné dodržovat veškeré zásady prevence jejich vzniku (Mikula a Müllerová, 2008). Zásady prevence spočívají v časně mobilizaci, aktivních či pasivních změnách polohy k omezení působení tlaku, stříhových sil a tření pomocí správné techniky polohování pacienta v pravidelných intervalech, využívání antidekubitárních matrací a pomůcek (Topinková, 2005). Mezi další preventivní opatření vzniku dekubitů patří udržování čistého a upraveného lůžka, hygiena a péče o pokožku, péče o výživu, hydrataci, kompenzace celkového stavu pacienta a pravidelná kontrola predilekčních míst (Topinková, 2005; Mikula a Müllerová, 2008).

Hodnotící škály pro posouzení rizika vzniku dekubitu napomáhají sestře určit rizikové pacienty a naplánovat péči tak, aby se předešlo jejich vzniku. Dle Mikuly a Müllerové (2008) se hodnocení provádí při příjmu a dále dle stavu pacienta v rozmezí jednou denně až jedenkrát týdně.

#### ***1.1.6.1 Hodnotící škály pro posouzení rizika vzniku dekubitu***

Škála podle Bradenové zahrnuje oblasti hodnocení smyslového vnímání, vlhkosti kůže, stupně fyzické aktivity, pohyblivosti, výživy, tření a stříhové síly (Bergstrom et al., 1987) Hodnocení 6 – 9 body značí vysoké, 9 – 16 střední, 16 – 20 malé a 20 a více velmi nízké riziko vzniku dekubitu (Mikula a Müllerová, 2008).

Škála podle Waterlowa byla sestavena na základě výzkumu roku 1985 ve Velké Británii. Okruhy posuzované v této škále jsou tělesná konstituce, hmotnost, kontinence, typ kůže, mobilita, pohlaví, věk a chuť k jídlu (Waterlow, 1985). Jako velmi rizikové faktory jsou uvedeny chirurgický výkon, vliv léků, věku a nemocí. Hodnocení 15 – 20 body svědčí pro vysoké a nad 20 pro velmi vysoké riziko vzniku dekubitu (Mikula a Müllerová, 2008), viz příloha 26 CD ROM.

Škála podle Nortonové vznikla již v roce 1962 a je nejrozšířenější (Kalvach et al., 2004). Pomocí této škály se hodnotí tělesný stav, duševní stav, aktivita,

mobilita a inkontinence pacienta. Vysoké riziko představuje skóre 12 a méně bodů, 12 – 13 střední a 14 a více nízké riziko vzniku dekubitu (Norton et al., 1962).

Rozšířená stupnice dle Nortonové obsahuje navíc položky posouzení schopnosti spolupráce, věku, stavu pokožky a přidružená onemocnění. Hodnocení 25 a méně body značí zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu (Cetlová et al., 2012).

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle L. Shannona z roku 1984 obsahuje oblast posuzování duševního stavu, kontinence, mobility, aktivity, cirkulace, tělesné teploty a medikace. Výrazné riziko dekubitů je při součtu bodů 16 a nižším (Shannon a Skorga, 1989).

### ***1.1.7 Posouzení rizika vzniku hluboké žilní trombózy a plicní embolie u pacienta***

Hluboká žilní trombóza je způsobena vznikem krevní sraženiny v hlubokém žilním systému dolních končetin a pánve (Topinková, 2005). Příčinou vzniku žilní trombózy je oblenění krevního řečiště, poškození endotelu cévy, malignity, hormonální antikoncepce či zvýšená srážlivost krve (Valenta, 2007). Velmi závažný je stav, kdy dojde k utržení trombu, jeho zanesení krevním řečištěm do plic a způsobí embolii plicnice (Topinková, 2005; Valenta, 2007). Topinková (2005) uvádí plicní embolii jako třetí nejčastější důvod kardiovaskulární smrti.

Pomocí hodnotících škál je možné identifikovat rizikové pacienty, plánovat intervence k předcházení rizika vzniku hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Topinková (2005) řadí mezi preventivní opatření kvantifikaci rizika trombembolie, včasnou mobilizaci pacienta, pohyb, kompresi dolních končetin, dostatečnou hydrataci a profylaktické podávání antikoagulancia.

Cetlová et al. (2012) uvádějí Škálu k hodnocení rizika vzniku žilní trombózy zahrnující posouzení oblasti mobility, operačních výkonů, věk, různých onemocnění, popálenin, mateřství a medikaci, viz příloha 27 CD ROM. Nebezpečí vzniku žilní trombózy je při skóre 6 a více bodů. Cetlová et al. (2012) dále uvádějí škálu Riziko plicní embolie, která hodnotí příznaky plicní embolie a podle dosažených bodů je možné určit výši rizika v procentech, viz příloha 28 CD ROM.

### ***1.1.8 Posouzení rizika neefektivního dýchání u pacienta***

Dýchání je vitální funkce, bez které nelze existovat (Trachtová et al., 2013). K tomu, aby v organismu probíhaly metabolické procesy, je nutný přívod kyslíku, který je zajišťován pomocí dýchání řízeného centrem v prodloužené míše (Maskálová, 2008).



Jestliže dojde k porušení dýchání a nedostatečnému přívodu kyslíku do organismu, dochází k ohrožení života provázeného úzkostí a strachem ze smrti (Trachtová et al., 2013). Maskálová (2008) řadí mezi faktory ovlivňující dýchání demografické a psychické faktory, prostředí, ve kterém jedinec žije, životní styl, nemoci a diagnostické či terapeutické postupy.

Sestra při hodnocení dýchání posuzuje frekvenci, hloubku, pravidelnost a charakter dýchání dále respirační problémy, anamnézu respiračního onemocnění, současné a dřívější kardiovaskulární onemocnění, životní styl, kašel, sputum, bolesti na hrudníku, rizikové faktory a užívanou medikaci (Trachtová et al., 2013).

Biensteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání je dotazník posuzující oblast ochoty spolupracovat, plicní onemocnění, poruchy imunity, kouření, protracheální manipulace, polykání, omezení pohybu, povolání, použití intubační narkózy či respirátoru, stav vědomí, hloubku dechu, dechovou frekvenci a léky tlumící dýchání. Hodnotí se 0 – 4 body každá položka. Při skóre 7 – 15 bodů je pacient ohrožen, při 16 a více bodech je pacient vysoce ohrožen rizikem v oblasti dýchání (Cetlová et al., 2012), viz příloha 29 CD ROM.

Downes score je využíváno k hodnocení stupně dechové nedostatečnosti při obstrukci horních dýchacích cest. Hodnotí se příznaky, výsledné skóre určuje sníženou průchodnost horních dýchacích cest nebo projevy akutní dechové nedostatečnosti, které jsou indikací k endotracheální intubaci a umělé plicní ventilaci (Cetlová et al., 2012), viz příloha 30 CD ROM.

## ***1.2 Ošetrovatelský proces***

Sestry vykonávají ošetrovatelskou činnost metodou ošetrovatelského procesu, jehož součástí je hodnocení stavu pacienta, při kterém jsou využívány mimo jiné i hodnotící škály (Tothová, 2014a). Ošetrovatelský proces dnes tvoří globální koncept, který je implementován v mnoha zemích (Habermann a Yus, 2006). V České republice se do ošetrovatelské praxe zavádí od druhé poloviny devadesátých let minulého století (Tothová, 2014a). Kozierová et al. (1995), Tomagová, (2011) a Tothová (2014a) definují ošetrovatelský proces jako systematickou, komplexní, plánovanou činnost za účelem poskytnutí individuální ošetrovatelské péče, umožňující reagovat na problémy jedince. Tothová (2014a) dále uvádí, že v souvislosti s právy pacienta a respektováním holistického (celostního) přístupu, je nutné respektovat jeho přání a na celém procesu a rozhodování o péči by se měl podílet. Ošetrovatelský proces je často charakterizován

jako proces, který je vykonáván postupně, ale skutečností je, že sestry se musí v procesu umět pohybovat o krok dopředu nebo zpět (Herdman a Kamitsuru 2015). Dle Tothové (2014a) nejsou fáze ošetřovatelského procesu od sebe izolovanými jednotkami, vzájemně se překrývají, prolínají a opakují.

### ***1.2.1 Vývoj ošetřovatelského procesu***

Příznivé podmínky pro změny a rozvoj v oboru ošetřovatelství byly v padesátých letech minulého století ve Spojených státech amerických, kdy se projevovala potřeba samostatnosti v práci sester a diskutovalo se o tom, jaké úkony by měly sestry na základě určení ošetřovatelského problému vykonávat samostatně (Tomagová, 2011).

S rozvojem ošetřovatelství souvisel vývoj metody, kterou poprvé pojmenovala ošetřovatelským procesem Hallová v roce 1955 (Mastiliáková, 2014). Během následujících let se ošetřovatelským procesem zabývalo mnoho sester (Habermann a Yus, 2006; Tomagová, 2011), například roku 1959 Johnsonová popisuje ošetřovatelský proces jako hodnocení situace vedoucí k rozhodnutí a následnému vykonávání plánovaných činností, směřujících k řešení a vyhodnocení ošetřovatelských problémů (Kozierová et al., 1995). Orlandová roku 1961 viděla ošetřovatelský proces jako interaktivní proces, který zahrnuje chování pacienta, reakci sestry a ošetřovatelskou činnost (Tothová, 2014a). Wiedenbachová v roce 1963 popisovala ošetřovatelský proces fázemi pozorování, poskytnutí pomoci a přesvědčení se o výsledku (Kozierová et al., 1995). Roku 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání uvedla fáze percepce, komunikace, interpretace, intervence a vyhodnocení jako ošetřovatelský proces (Tothová, 2014a). Jako standard ošetřovatelské praxe uveřejnila roku 1973 Americká asociace sester, která rozlišuje pět fází ošetřovatelského procesu, posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a zhodnocení (Mastiliáková, 2014).

V souvislosti s rozvojem ošetřovatelského procesu se začal používat pojem ošetřovatelská diagnóza jako pojmenování problému či potřeby pacienta (Tothová, 2014a). První oficiální definice ošetřovatelské diagnózy autorem Gebbieové a Lavinové byla přijata roku 1973 na Národní konferenci o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz v St. Louis (Vörösová et al., 2015b). Roku 1982 bylo založeno Severoamerické sdružení pro ošetřovatelskou diagnostiku (NANDA- North American Association for Nursing Diagnosis), které v roce 1990 přijalo následující definici diagnózy: *Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích*

*jednotlivce, rodin či komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy či životní proces. Ošetřovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetřovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná.* (Tothová, 2014c, s. 65). Dnes NANDA v publikaci Ošetřovatelské diagnózy definice a klasifikace 2015-2017 předkládá 235 diagnóz seskupených do 13 domén a 47 tříd (Herdman a Kamitsuru, 2015).

### ***1.2.2 Sestra v ošetřovatelském procesu***

K aplikaci ošetřovatelského procesu musí mít sestra rozumové, interpersonální a technické schopnosti (Kozierová et al., 1995). Mezi rozumové schopnosti se řadí kritické myšlení. Na základě informací a informovanosti sestra samostatně posoudí a zhodnotí pacientovy problémy, hledá jejich řešení, dokáže revidovat svá rozhodnutí a být za ně zodpovědná (Vörösová et al., 2015a). Schefferová a Rubenfeldová (2000) řadí mezi kognitivní zručnosti považované za významné pro ošetřovatelskou praxi - analýzu, aplikaci standardů, rozlišování, vyhledávání informací, logické zdůvodňování, vyhledávání a transformování vědomostí. Dále v Delfské studii Schefferová s Rubenfeldovou (2000) uvádějí způsoby myšlení jako sebejistotu, kontextovou perspektivu, kreativitu, flexibilitu, zvědavost, intelektuální integritu, intuici, otevřenost, vytrvalost a reflexi.

Interpersonální schopnosti sestry zahrnují komunikační schopnosti. Dle Kozierové et al. (1995) k získávání informací o pacientovi a jeho důvěry napomáhá naslouchání, empatie, vědomosti a informace, projevování zájmu a soustrastí. Technické schopnosti sester jsou nezbytné k vykonávání práce s různými přístroji a pomůckami, potřebných při realizaci ošetřovatelského plánu (Tomagová, 2011; Tothová, 2014a). Rozhodnutí, která sestra při své práci přijímá, ovlivňuje její osobnost a zkušenosti (Vörösová et al., 2015a).

### ***1.2.3 Fáze ošetřovatelského procesu***

Dle Tóthové (2014b) první fáze ošetřovatelského procesu spočívá v posouzení stavu pacienta a skládá ze sběru, ověření platnosti a třídění údajů, kontroly správnosti prvního dojmu, hlášení a zaznamenávání údajů, souvisejících s aktuálním stavem pacienta. Zdrojem k získání informací je sám pacient, jeho rodina a blízcí, ostatní členové zdravotnického týmu, zdravotní dokumentace či jiné záznamy a zprávy

(Mastiliaková, 2014). Cílem této fáze je vytvoření databáze, která zahrnuje sesterskou anamnézu, fyzikální vyšetření, fyzikální posouzení, výsledky diagnostických a laboratorních testů (Kozierová et al., 1995; Tothová, 2014b). Mezi hlavní metody sběru údajů patří pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření (Poledníková et al., 2009). K objektivnímu posouzení stavu pacienta se také využívají hodnotící škály (Tomagová, 2011). Marečková a Jarošová (2005) doporučují ihned zaznamenávat veškeré údaje, aby nedošlo k zahlcení informacemi a nedokonalému zápisu do ošetrovatelské dokumentace následkem opomenutí důležitých informací. K uspořádání údajů lze využít ošetrovatelských modelů nebo je řadit podle orgánových systémů (Tothová, 2014b).

Dle Meek (2017) je ve druhé fázi ošetrovatelského procesu tzv. diagnostiky možné, po získání údajů o pacientovi a jejich posouzení a uspořádání, identifikovat aktuální nebo potenciální problémy pacienta, které vznikají reakcí na nemoc. Důležité je zjistit, jak pacient tyto problémy vnímá sám a do jaké míry ovlivňují jeho schopnost uspokojovat vlastní potřeby (Tothová, 2014c). Porušením schopnosti uspokojovat potřeby péči o sebe sama v interakci ve svém přírodním a sociálním prostředí vzniká ošetrovatelský problém, což je stav nebo situace, kdy zdraví či pacient potřebuje pomoc k udržení a navrácení zdraví nebo podporu při klidném umírání (Mastiliková, 2014). Sestry v procesu diagnostikování používají taxonomii ošetrovatelských diagnóz NANDA-Internacional, Inc. (Herdman a Kamitsuru, 2015). Diagnózy mohou být zaměřené na problém, riziko, podporu zdraví nebo jde o soubor ošetrovatelských diagnóz, které jsou nazývány syndromem (Herdman a Kamitsuru, 2015).

Třetí fází je plánování. Dle Funnell et al., (2009) je v této fázi důležité po stanovení ošetrovatelských diagnóz, jejich seřazení podle priority a naléhavosti jejich řešení a následně sestavit individuální plán ošetrovatelské péče. Během procesu plánování se určí ošetrovatelské strategie a intervence, cílené na preventivní opatření a saturaci potřeb pacienta (Tomagová, 2011). Výsledkem plánování je plán ošetrovatelské péče, který je zaznamenaný v této posloupnosti: seřazené ošetrovatelské diagnózy podle priority, stanovené cíle, výsledná kritéria, ošetrovatelské intervence a zhodnocení (Tothová, 2014d).

Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu dochází k realizaci naplánovaných ošetrovatelských činností a zásahů, které pomáhají k dosažení stanovených cílů (Meek, 2017). Plánované intervence může provádět sestra nebo je může delegovat na jiného člena ošetrovatelského týmu kompetentního k vykonávání těchto činností

(Mastiliáková, 2014). K úspěšnému uskutečnění plánu péče je potřeba kvalifikovaného personálu a materiálního vybavení pracoviště, aktivní účast pacienta v péči o sebe sama a zapojení členů rodiny do péče o blízkého (Tothová, 2014e). V této fázi ošetrovatelského procesu se provádí opětovné posouzení pacientova stavu, kontrola jeho priorit, příprava prostředí a pacienta, prevence předvídaných možných komplikací a v případě potřeby aktualizace plánu péče (Kozierová et al., 1995; Tothová, 2014e).

Po realizaci plánovaných činností následuje pátá fáze ošetrovatelského procesu tzv. vyhodnocení. V této poslední nicméně velmi důležité fázi ošetrovatelského procesu sestra vyhodnotí výsledky, zhodnotí efektivitu intervencí a míru dosažení stanovených cílů (Funnell et al., 2009; Tomagová, 2011). K vyhodnocení efektivit ošetrovatelských intervencí sestře významně napomáhá sběr informací získaných od pacienta nebo jeho rodiny (Funnell et al., 2009), ostatních členů ošetrovatelského týmu pozorováním či pomocí hodnotících škál (Hudáčková, 2014a). Na základě těchto informací a znovu posouzení zdravotního stavu pacienta je možné zjistit, zda došlo ke stabilizaci, zlepšení nebo zhoršení zdravotního stavu pacienta (Funnell et al., 2009) nebo modifikovat ošetrovatelské diagnózy, cíle, výsledná kritéria a intervence (Meek, 2017).

#### **1.2.4 Ošetrovatelská dokumentace**

Hodnotící škály jsou součástí ošetrovatelské dokumentace, která společně s dokumentací vedenou lékařem a provozní dokumentací tvoří celek (Vondráček a Wirthová, 2008). Nutnost jejího řádného vedení je zakotvena v Koncepci ošetrovatelství České republiky (Metodické opatření MZČR, 2004). Dalším právním předpisem týkající se ošetrovatelské dokumentace je vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou veškeré informace o pacientovi, ošetrovatelská anamnéza, posouzení jeho zdravotního stavu a potřeb, plán péče obsahující ošetrovatelské diagnózy a plánované intervence, způsob vykonávání plánu péče a hodnocení provedených intervencí ke stavu pacienta (Hudáčková, 2014b). Dále ošetrovatelská dokumentace zahrnuje ošetrovatelskou, propouštěcí či překládovou zprávu sepsanou při přeložení pacienta do jiného zařízení nebo na jiné oddělení stejného zařízení. Jde o souhrn informací poskytnuté péče, o aktuálních a potenciálních problémech (Burda, 2015), o posledním podání léčiv a shrnutí ošetrovatelské anamnézy (Hudáčková, 2014b). Dalšími náležitostmi ošetrovatelské dokumentace jsou teplotní tabulka, záznam o ošetrování ran, záznam sledující rizika dekubitů, pádů, bolesti a výživy, edukační záznam, ve kterém jsou

popsány metody edukace a reakce pacienta na ně, bilance tekutin, fotodokumentace využívané především u ošetřování kožních defektů (Burda, 2015).

Sestra provádějící záznam do dokumentace přebírá zodpovědnost za jeho pravdivost, čitelnost i obsah (Vondráček a Wirthová, 2008). Záznam musí obsahovat datum, čas a identifikaci osoby provádějící zápis (Burda, 2015). Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci stanovuje, že v případě opravy v dokumentaci musí původní záznam zůstat čitelný a nový být opatřen datem, časem a identifikačními údaji osoby, která jej provedla.

### ***1.3 Oddělení následné péče***

Protože cílem studie je zmapování aktuální situace ohledně využívání hodnotících škál na oddělení následné péče, považujeme za nutné toto oddělení charakterizovat. Následná lůžková péče je dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, poskytována pacientovi po stanovení základní diagnózy a stabilizaci jeho zdravotního stavu, kdy byla zvládnuta jeho náhlá nemoc nebo náhlé zhoršení chronické nemoci. Poskytována je především léčebně rehabilitační péče a doléčení. Dále dle zákona o zdravotních službách následná lůžková intenzivní péče zahrnuje péči o pacienty, kteří jsou částečně nebo zcela závislí na podpoře základních životních funkcí.

Na oddělení následné péče je vedle lékařské péče poskytována ošetrovatelská péče a rehabilitační ošetrovatelství, fyzická a mentální aktivizace, nutriční péče, rehabilitace a odborná ergoterapie (Doležalová, 2011). K přijetí na lůžko zdravotní následné péče jsou indikováni pacienti z jiného oddělení zdravotní lůžkové péče s propouštěcí (překládovou) zprávou nebo pacienti s doporučením ošetřujícího lékaře z vlastního sociálního prostředí (Metodické opatření MZČR č. 12, 1998). Přijímáni jsou pacienti k rehabilitační a infuzní terapii pro bolesti zad a kloubů, po cévních příhodách, traumatech, operačních výkonech, k terapii dekompenzovaného onemocnění, dialyzovaní pacienti nebo se zažívacími, urologickými problémy. Dále také k hojení chronických ran, dekubitů a bércových vředů a v neposlední řadě i pacienti s nepříznivou prognózou (Následná péče, © 2017). Dle akčního plánu MZČR č.8A (2015) v současné době čerpají služby následné péče všechny věkové skupiny, avšak největší část tvoří senioři ve věku 65 let a starší.

### ***1.3.1 Specifika péče o pacienty na oddělení následné péče***

Péči o pacienty na oddělení následné péče provádí multidisciplinární zdravotnický tým, do kterého se řadí lékaři, psychologové, všeobecné sestry, sestry specialistiky, zdravotně sociální pracovníci, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, ošetřovatelky, sanitáři a sanitářky (Vytejková, 2011).

Dle Doležalové (2011) musí být sestra na oddělení následné péče profesním odborníkem, schopným koordinovat činnosti jednotlivých odborných členů týmu a spolupracovat s nimi, umět určit problémy pacientů a nacházet jejich řešení. Ošetřovatelský tým poskytující ošetřovatelskou péči pracuje metodou ošetřovatelského procesu a k pacientům přistupuje holisticky (Vytejková, 2011). Tato metoda a přístup umožňují týmu realizovat individualizovanou, systematickou a komplexní ošetřovatelskou péči (Tothová, 2014a).

Náplní ošetřovatelské péče je uspokojování základních biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacientů (Nováková, 2014). Uspokojování základních potřeb pacientů zahrnuje péči o dýchání, výživu, tekutiny, vyprazdňování, spánek a odpočinek, aktivitu, tělesnou hygienu, potřebu být bez bolesti, potřebu bezpečí, jistoty, úcty, sebeúcty, autonomie, lásky, sociálního kontaktu, informovanosti, komunikace, respektu a v neposlední řadě i respektu pacientovi víry, jeho hodnotového systému a náboženských tradic (Trachtová et al., 2013). Nováková (2014) uvádí znalost sester veškerých potřeb pacientů, jejich aktivní vyhledávání, posouzení a uspokojování jako jeden z nejdůležitějších stěžejních prvků moderního ošetřovatelství.

Vedle uspokojování základních potřeb jsou sestrami na oddělení následné péče vykonávány i diagnosticko-terapeutické, administrativní a výchovně vzdělávací činnosti (Vytejková, 2011). Vytejková (2011) řadí mezi diagnosticko-terapeutické činnosti sledování základních životních funkcí a psychického stavu, odběry biologického materiálu, ošetřování dekubitů a chronických ran, drénů, kanyl, stomií, provádění převazů, oxygenoterapie, aplikace léků a infuzí. Do administrativní činnosti zahrnuje povinnost vedení ošetřovatelské dokumentace, vyplňování žádanek na vyšetření a objednávání diet a výchovně - vzdělávací činnost jako je edukace pacientů a členů jeho rodiny (Vytejková, 2011).

Sestra v čele zdravotnického týmu se také podílí na jedné z metod léčebné rehabilitace, kterou je rehabilitační ošetřovatelství. Cílem je nácvik pohybu ke zvládnutí denních činností a zabránění vzniku možných komplikací ve spojitosti se základním

onemocněním pomocí aktivního a pasivního cvičení, polohování, využívání léčebných poloh, včasné vertikalizace a mobilizace pacienta (Holubová, 2011).

### ***1.3.2 Problematika pacienta s potřebou geriatrické péče***

Největší část pacientů čerpajících zdravotní služby na oddělení následné péče, jsou senioři starší 65 let (Akční plán MZČR č.8A, 2015). Stárnutí je přirozený proces, při kterém dochází k funkčním a morfologickým involučním změnám organismu (Krajčík, 2008). Následkem involučních změn je snížená fyzická zdatnost, která je projevem křehkosti tělesné schránky seniorů (Berková et al., 2013). Dle Topinkové (2005) je křehkost způsobena především úbytkem svalové a kostní hmoty, snížením pevnosti kosti, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, poruchou imunity, kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. Pokles fyzické zdatnosti ovlivňuje nepříznivě schopnost pacienta provádět běžné denní a sebe obslužné činnosti bez pomoci druhé osoby, což vede ke snížení kvality života (Berková et al., 2013).

Vedle somatických problémů dochází ve stáří častěji i k psychickým obtížím jako jsou poruchy chování, deprese, úzkosti a rozvoj demence (Haškovcová, 2002). Dalším významným faktorem ovlivňujícím zdravotní stav pacienta ve vyšším věku je farmakoterapie, při které se u seniorů častěji vyskytují nežádoucí účinky či vznikají lékové interakce při podávání více léků různých indikačních skupin (Zrubáková et al., 2016). Také jsou pro tyto pacienty často charakteristická chronická onemocnění, komorbidita (přidružená onemocnění) a polymorbidita, kdy trpí více nemocemi současně (Kalvach et al., 2008a). Topinková (2005) uvádí, že je obvyklé i příčinné řetězení nemocí či sduřování nemocí bez kauzálních souvislostí. Dle Krajčíka (2008) a Topinkové (2005) se u seniorů může lišit průběh nemoci a to především atypickou symptomatologií. Klinická zkušenost vedla na přelomu 60. a 70. let 20. století k vyjádření pojmu geriatrický syndrom, kdy se jedná o typické, časté a geriatricky významné symptomy či jejich soubory mající multikauzální příčinu (Kalvach et al., 2008b). Zatímco dříve byly velké geriatrické syndromy označovány jako 5I, imobilita, instabilita, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenie, která zahrnuje nebezpečnou polyfarmakoterapii nebo neadekvátní úroveň péče, v současné době jsou častěji označovány syndrom hypomobility, dekonidice a svalové slabosti nazývané sarkopenií (Pokorná et al, 2013). Kalvach et al. (2008b) uvádí syndrom anorexie a malnutrice, syndrom instability s pády, syndrom inkontinence, syndrom imobility, syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování, syndrom



duálního senzoričkého deficitu (zraku a sluchu), syndrom maladaptace, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka a syndrom terminální geriatrické deteriorace (postupně se zhoršující výkonnost v určité oblasti). Topinková (2005) dělí geriatrické syndromy na somatické, psychické a sociální. Mezi somatické řadí poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, instabilitu, pády a úrazy, inkontinenci moči a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy, tekutin a dekubity. Mezi psychické geriatrické syndromy zahrnuje demenci, depresi, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace a k sociálním syndromům řadí ztrátu soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolaci, týrání, zneužívání a dysfunkci rodiny (Topinková, 2005).

### ***1.3.3 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA- Comprehensive Geriatric Assessment)***

Dle Hudákové a Majerníkové (2013) je nutná diagnostika komplexních zdravotních a sociálních potřeb u pacientů vyššího věku. Holmerová et al. (2014) uvádějí, že je potřebné hodnocení zdravotního stavu staršího pacienta zaměřit holisticky a nesoustředit se jen na jednotlivé oblasti. Rubenstein (1995) vidí komplexní geriatrické vyšetření jako multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřující se na určení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých seniorů, jehož cílem je stanovení komplexního plánu pro léčbu a dlouhodobé sledování.

V rámci komplexního geriatrického hodnocení je zahrnuto posouzení osobnosti pacienta, týkající se životní situace, ve které se nachází, jeho priorit, rozhodnutí a vnímání vlastní kvality života, dále tělesného zdraví, kdy se posuzuje nemoc, komorbidita a funkční závažnost nemocí (Kalvach a Rychlý, 2004). Další z posuzovaných dimenzí je funkční výkonnost, u které se hodnotí stabilita a chůze, výkonnost a soběstačnost, tělesná kondice, výživa a funkční klasifikace zdraví (Pokorná et al., 2013). Kalvach a Rychlý (2004) uvádějí oblasti zájmu posouzení při komplexním geriatrickém hodnocení i duševní zdraví, do kterého řadí kognitivní, fatické a afektivní poruchy, psychickou rovnováhu, projevy maladaptace a vliv psychosociálních stresorů a sociální souvislosti ve spojitosti se sociálními rolemi, vztahy, bytovými podmínkami, sociálními potřebami a službami.

Při posouzení stability, chůze, výkonnosti, soběstačnosti a tělesné kondice lze využít popsaných hodnotících škál a testů jako je hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové, screeningového testu mobility podle Topinkové a Neuwirtha (Topinková, 2005), Get up and go testu, Testu síly svalového stisku, ADL - Aktivity of Daily Living, AIDL - Instrumental Activities of Daily Living, FIM- Functional

Independent Measures, TVS - Testu vývoje soběstačnosti (Kalvach, 2004), Testu ošetrovatelské zátěže (Staňková, 2001) a Gaitova funkčního testu (Škrla a Škrlová, 2008). K posouzení výživy pak napomáhají MNA - Mini Nutritional Assessment a jeho zkrácená forma, Nottinghamský screeningový systém či NTS 2002 - Nutritional Risk Screening 2002 (Pokorná et al., 2013). Hodnocení duševního zdraví lze provádět pomocí Folsteinova testu, Testu kreslení hodin, CDR - Clinical Dementia Rating, Škály celkové deteriorace podle Reisberga, Beckovy škály deprese, Škály deprese pro geriatrické pacienty podle Yessavage (Jirák, 2004a), Nasreddinova testu, Sedmiminutového screeningového testu, ADA - cog - Alzheimers Disease Assessment Scale - kognitivního, Ischemického skóre podle Hachinského, Škály pro hodnocení deliria, DOS - The Delirium Observation Screening nebo NEECHAM - Neelson, Schampagne (Cetlová et al., 2012; Pokorná et al., 2013).

Základním postupem při CGA - Comprehensive Geriatric Assessment je klinické vyšetření zahrnující anamnézu, fyzikální vyšetření a pomocná vyšetření u lůžka, zhodnocení duševního stavu pomocí testů, speciální hodnocení výkonnosti pomocí škál, testů a laboratorních metod a objektivní šetření v místě pobytu (Kalvach a Rychlý, 2004). Provádí se ve třech úrovních, empirické, kdy jde o expertní odhad daného parametru pomocí klinického vyšetření, orientační, uskutečňované s využitím screeningových testů a podrobné, při kterém se využívá speciální vybavení (Kalvach a Rychlý, 2004; Pokorná et al., 2013).

## 2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2.1 Cíle práce

Cíl 1: Určit rozsah využití hodnotících škál na oddělení následné péče.

Cíl 2: Popsat obsah jednotlivých hodnotících škál.

Cíl 3: Zjistit názor sester na přínos hodnotících škál pro praxi.

Cíl 4: Vyhodnotit úplnost a komplexnost práce sester s hodnotícími škálami.

### 2.2 Výzkumné otázky

V1: Jaké jsou hodnotící škály využívány sestrami na oddělení následné péče?

V2: Jaké jsou náležitosti jednotlivých hodnotících škál využívaných na oddělení následné péče?

V3: Jaké jsou názory sester na využití hodnotících škál v ošetrovatelské praxi?

V4: Jakým způsobem sestry v praxi vyplňují hodnotící škály?

### 2.3 Operacionalizace základních pojmů

**Hodnotící škála** je měrný nástroj, pomocí kterého je možné posoudit či identifikovat rizika v určené oblasti, týkající se zdravotního stavu pacienta. Hodnotí se na základě objektivního zhodnocení stavu a znalosti pacienta (Vörösová et al., 2015a).

**Oddělení následné péče** je oddělení ve zdravotnickém zařízení, na které jsou dle zákona 372/2011 sb., o zdravotních službách přijímáni pacienti se stanovenou diagnózou a po stabilizaci zdravotního stavu, kdy došlo ke zvládnutí náhle vzniklého onemocnění nebo náhlého vzplanutí chronického onemocnění. Poskytované služby na tomto oddělení jsou zaměřeny na doléčení či léčebně rehabilitační péči.

**Geriatrická péče** je komplexní péče poskytována pacientům vyššího věku, 65 let a více, zaměřující se na jejich potřeby v souvislosti s jejich nemocemi. Důležitými aspekty péče o tyto pacienty je individuální a holistický přístup, nutnost brát v potaz polymorbiditu a omezení funkční rezervy. Cílem geriatrické péče je dosáhnouti co nejlepšího stupně zdraví, funkční zdatnosti a soběstačnosti (Topinková, 2005).

**Ošetrovatelská péče** je souhrn odborných činností, které se zaměřují především na udržení, podporu a navrácení zdraví, uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných či vzniklých ve spojitosti se změnou zdravotního stavu,

rozvoj a navrácení soběstačnosti, zmírnění utrpení nevyléčitelně nemocného pacienta, zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Metodické opatření MZČR, 2004).

**Ošetrovatelský proces** je pracovní metoda zahrnující sérii činností, které vedou k individuálnímu poskytování ošetrovatelské péče. Tyto činnosti jsou prováděny racionálně, systematicky, komplexně a plánovitě s možností reagovat na problémy pacienta. Proces zahrnuje pět fází - posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a zhodnocení, které se navzájem prolínají, opakují a překrývají (Tothová, 2014a).

## 3 METODIKA

### 3.1 Použité metody

K empirické části této bakalářské práce byl zvolen sběr dat pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Byla použita metoda hloubkového rozhovoru, obsahové analýzy vybraných hodnotících škál a obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace. Výzkum byl prováděn na Oddělení následné péče Nemocnice Český Krumlov, a.s., s písemným svolením Mgr. Márie Vyhlidalové, hlavní sestry (viz Příloha 31). Výzkum v nemocnici probíhal během měsíce března a dubna 2017.

Technika hloubkového rozhovoru nám umožnila získat ucelený názor oslovených sester na přínos hodnotících škál pro praxi. Tato metoda je časově náročná, avšak umožňuje proniknout do hloubky problému daného tématu (Vojtíšek, 2012). Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na oddělení následné péče a jediným kritériem pro výběr výzkumného souboru byla ochota spolupracovat. Podkladem k rozhovoru bylo 21 předem stanovených otevřených otázek (viz Příloha 32) zaměřených na identifikační údaje sester, jejich znalosti ohledně hodnotících škál a názory sester na využití hodnotících škál v ošetrovatelské praxi. Během rozhovorů došlo k doplnění otázek občasným dotazováním. Celkem bylo provedeno 5 rozhovorů. Výběr sester byl ukončen v momentě dosažení saturace zjišťovaných skutečností a další vzorkování by již neposkytlo nové informace. Rozhovory byly vedeny individuálně mimo pracovní dobu sester, aby nebyla narušena péče o pacienty a v úvodu rozhovoru byla osobně přislíbena každé sestře anonymita. Odpovědi oslovených sester byly nahrávány na diktafon, při čemž každá ze sester s tímto postupem ústně souhlasila. Posléze byly rozhovory doslovně přepsány do písemné formy (viz Příloha 33 CD ROM). Následně byly rozhovory a sestry očíslovány číslem například S1 (sestra 1), abychom na ně mohli odkazovat v textu. Analýza získaných dat z rozhovorů probíhala metodou kódování v ruce, tedy metodou tužka a papír (viz Příloha 34) a jednotlivé odpovědi byly shromážděny do kategorií a podkategorií. Podkategorie byly následně zpracovány pomocí programu SmartArt.

Obsahová analýza vybraných hodnotících škál byla zaměřena na nejčastější hodnotící škály, které sestry využívají při plánování ošetrovatelské péče o pacienty na oddělení následné péče.

Obsahová analýza byla provedena u 5 hodnotících škál:

1. Bartelův test základních všedních činností (viz Příloha 35)
2. Přepřacovaná stupnice Nortonové (viz Příloha 36)
3. Rizikové faktory pro vznik pádu (viz Příloha 37)
4. Hodnocení nutričního stavu (viz Příloha 38)
5. Bolest – hodnocení a monitorace (viz Příloha 39)

Ke zpracování obsahové analýzy hodnotících škál byla stanovena tato 4 kritéria:

1. zaměření hodnotící škály
2. obsahové náležitosti – oblasti hodnocení zdravotního stavu
3. rozsah hodnotící škály
4. způsob vyhodnocení rizika.

V rámci analýzy interních předpisů nemocnice byly následně zjišťovány tyto doplňující údaje: kompetentní osoby k vyhodnocení rizika dle dané hodnotící škály, skupina pacientů, u kterých se provádí vyhodnocení rizik dle dané škály, čas prvního vyhodnocení rizika a pravidla rescreeningu.

K provedení obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace byl nejprve vytvořen záznamový arch obsahující 23 kontrolních kritérií (viz Příloha 40), pomocí kterého byla data zaznamenána. Následně byla provedena vlastní analýza, porovnání a kategorizace získaných údajů a byly zpracovány do tabulek s využitím programu Microsoft Office Word 2007. Obsahová analýza dat byla učiněna u 10 ošetrovatelských dokumentací a výběr byl ukončen po dosažení saturace zjišťovaných dat. Při zpracování údajů byla zachována anonymita pacienta. Pro výběr výzkumného souboru byla zvolena tato 3 kritéria:

1. Ošetrovatelská dokumentace byla vedena u pacientů hospitalizovaných minimálně 30 dní na Oddělení následné péče.
2. Během hospitalizace na Oddělení následné péče došlo ke změně zdravotního stavu pacienta.
3. Ošetrovatelská dokumentace obsahuje souhlas pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a s poskytováním informací.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Prvním výzkumný soubor tvoří 5 sester pracujících na Oddělení následné péče Nemocnice Český Krumlov, a.s. Tento soubor zahrnuje všeobecné sestry, diplomovanou sestru a sestry bakalářky. S délkou praxe 2 – 37 let. Ve věku 25 - 54 let. Tyto sestry byly vybrány záměrně, aby bylo možné porovnat znalosti a zkušenosti dané problematiky v souvislosti se vzděláním a délkou praxe. Opakovaně byla přislíbena každé sestře anonymita.

Druhý výzkumný vzorek zahrnuje 5 hodnotících škál, které sestry na Oddělení následné péče v Nemocnici Český Krumlov, a.s. nejčastěji využívají. Jsou to škály, které se týkají posouzení schopnosti vykonávání denních činností, určení rizika vzniku dekubitu, určení rizika vzniku pádu, zhodnocení nutričního stavu a posouzení bolesti pacienta.

Třetím výzkumným souborem je komplexní ošetrovatelská dokumentace vedená u pacientů na Oddělení následné péče v Nemocnici Český Krumlov, a.s. Na základě zvolených kritérií (viz kapitola 3.1 Použité metody) bylo vybráno 10 ošetrovatelských dokumentací.

## 4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

### 4.1 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů se sestrami

#### 4.1.1 Znalost hodnotících škál

Z analýzy hloubkových rozhovorů se sestrami vyplývá znalost hodnotících škál (dále jen škál) využívaných v praxi (viz schéma 1). Zatímco S1 uvádí pouze čtyři škály využívané v praxi: „...*Bartelův test ten nám pomáhá zjistit stupeň sebeobsluhy. Pak tam máme hodnotící škálu dle Nortonové ke stanovení dekubitů, riziko pádu a hodnocení nutričního stavu k hodnocení stavu výživy u pacienta*“. Sestry (S2-S5) rozšiřují tento výčet škál o škálu k posouzení bolesti a S4 a S5 uvádějí k posouzení výživy také BMI.

Dále bylo zjišťováno, zda mají sestry povědomí o jiných škálách, které nejsou zavedeny na oddělení následné péče. S1 se vyjádřila: „*Jiné škály neznám. Pracuji celou dobu na stejném oddělení a používáme jen tyto.*“ S2 a S5 uvedly škálu, se kterou se seznámily v praxi Glasgow Coma Scale k posouzení vědomí a S5 dále Ramsayho škálu k posouzení narkózy, Geriatrickou škálu deprese a Mini Mental test k hodnocení kognitivních funkcí, který zmiňuje i S4. Tato respondentka také udává znalost Apgar Score. Sestra S3 pak v rozhovoru sděluje: „*V praxi jsem se setkala se škálou k posouzení vědomí, když jsem dělala na ARO. ...vím, že jsou i jiné škály, které se používají k hodnocení psychiky a deprese.*“

Součástí rozhovoru byl dotaz na podmínky, které musí být splněny při zpracování škál, aby došlo ke správnému a platnému vyhodnocení a žádost o popis jednotlivých využívaných škál. Všechny sestry komplexně popsaly položky nutričního screeningu. V ostatních škálách i přesto, že popis nebyl úplný, musíme konstatovat dobrou schopnost sester vyjmenovat několik položek a zařadit je ke škále, jejíž jsou součástí. Tím oslovené sestry prokázaly znalosti obsahových náležitostí škál, se kterými pracují. Ke správnému a platnému vyhodnocení se vyjádřily shodně S1, S3 a S4. Dle jejich mínění musí být záznam označen datem, otiskem razítka, podpisem a správným součtem bodů. Komplexně shrnula podmínky platného a správného vyhodnocení třetí sestra, která uvedla: „*Vyplněné musí být vše. V každé kolonce musím zaškrtnout vybranou možnost, správně spočítat body, označit datem a pak razítkem a podpisem.*“ Dále respondentka doplňuje: „*Aby bylo správně vyhodnocené riziko, musím označit všechna políčka podle získaných informací o stavu pacienta. Někdy zjistím, že je*



*ve škále špatně označené onemocnění, které pacient má. Nebo je označen střední faktor stresu v nutričním screeningu, ale pacient má nádorové onemocnění a sestra by měla označit vysoký faktor stresu. Při takovém vyhodnocení dojde k chybě i ve výsledku a může se stát, že pacient s rizikem je po vyhodnocení škály bez rizika.“ S2 uvedla pouze: „Aby bylo vyhodnocení správné, tak musí být body správně spočítané.“*

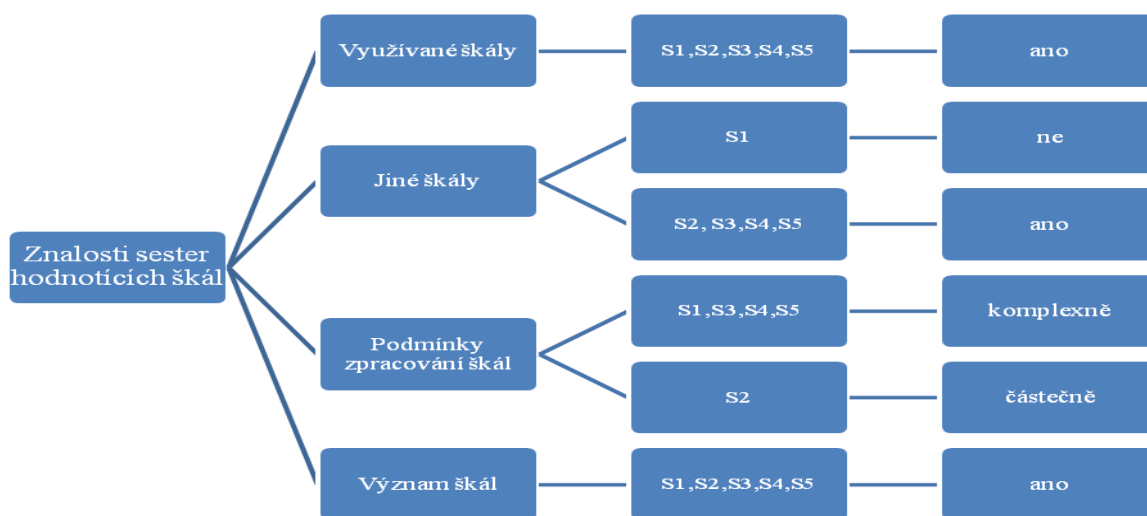
Další znalosti ohledně škál byly zjišťovány dotazováním na význam škál, který S1 a S2 vidí ve stanovení rizik a posouzení soběstačnosti pacienta, S2 dodává možnost plánování intervencí k zabránění rizika vzniku dekubitů. Dle sester S3, S4, S5 spočívá význam škál v posouzení zdravotního stavu pacienta a vyhotovení plánu ošetrovatelské péče. Přehlednost v záznamu o vývoji zdravotního stavu pacienta během hospitalizace udávají S3, S4 a S5, stanovení ošetrovatelských diagnóz S1 a S4, a pomoc při vyhledávání problémů pacienta S5.

Výběr participantek byl záměrný, abychom mohli porovnat jejich znalosti a zkušenosti se škálami. Byly vybrány dvě sestry bakalářky s délkou praxe 2 a 8 let. Všeobecné sestry byly vybrány dvě s délkou praxe 4 roky a delší než 10 let a jedna diplomovaná sestra, která působí v praxi 5 let. Z výsledků šetření vyplývá, že sestry bakalářky S4, S5 mají mnohem širší znalosti v oblasti škál a to nejen škál využívaných na oddělení následné péče. Dále uvádějí oslovené sestry s vysokoškolským vzděláním podstatně více benefitů, které škály sestřám poskytují.

Všeobecné sestry S2, S3 mají znalosti využívaných hodnotících škál a uvádí, že se v minulosti setkaly se škálou Glasgow Coma Scale. O dalších škálách měla jedna ze všeobecných sester S3 povědomí, avšak nedokázala je pojmenovat. Sestra S1 s vyšším odborným vzděláním prokázala dostatečné znalosti škál, které v praxi využívá. Jiné škály však nezná a zastává negativní postoj k využívání škál na oddělení následné péče.

Dle zjištěných výsledků lze tedy konstatovat, že sestry bez vysokoškolského vzdělání mají dostatečné znalosti škál, které vyhodnocují v praxi. Naproti tomu sestry s vysokoškolským vzděláním mají mnohem širší rozhled v rámci škál používaných při posuzování zdravotního stavu. Délka praxe neovlivňuje znalosti v této oblasti. V závěru rozhovoru byly sestry dotazovány na zájem o rozšíření znalostí ohledně škál. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že sestry nemají zájem o další vzdělávání v této oblasti.

## Schéma 1 Znalosti sester v oblasti hodnotících škál



Zdroj: Vlastní výzkum

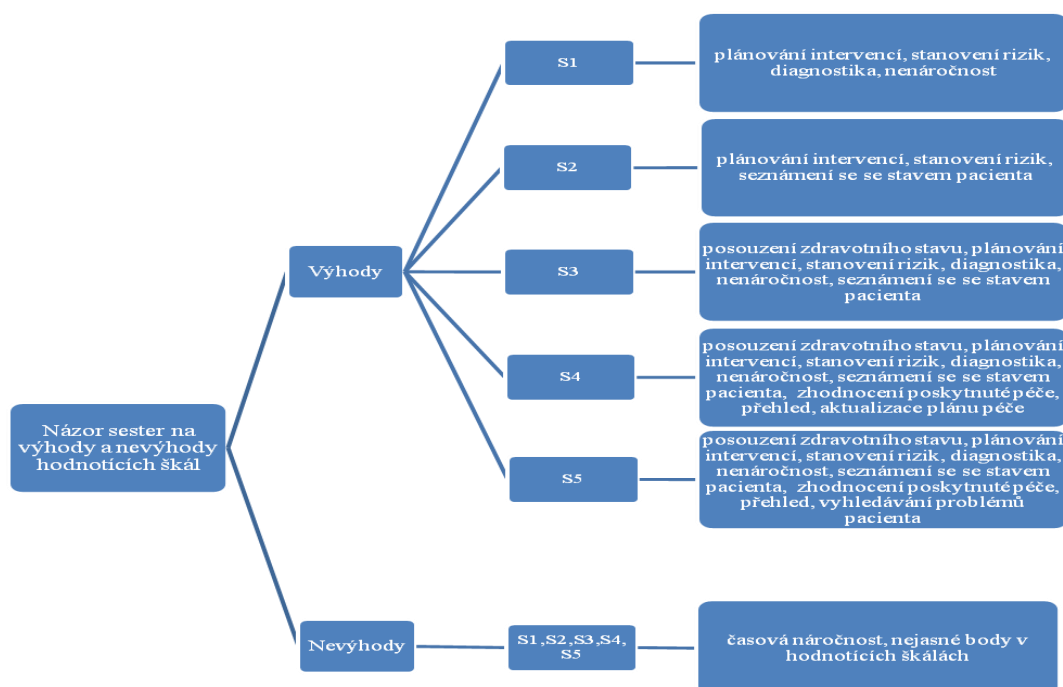
### 4.1.2 Názor sester na výhody a nevýhody hodnotících škál

Výsledky z analýzy rozhovoru (viz schéma 2) ukazují, že výhodou využívaných škál je dle oslovených sester pomoc při plánování ošetrovatelských intervencí (S1-S5). Dalším kladem je dle názoru sester využití škál k detekci rizikových pacientů (S1-S5), při diagnostice (S1, S4, S5) a posouzení zdravotního stavu pacienta (S3, S4, S5). Sestry S2 a S3 považují za benefit možnost rychle se seznámit se stavem pacienta. Sestra S3 pokládá škály za vhodnou pomůcku, aby vzala v potaz veškeré faktory ovlivňující vznik rizika. Nenáročné zpracování škál uvádí S1, S3, S4 a S5. Dle sestry S4 je výhodou: „... také zaznamenání změn zdravotního stavu u pacientů v čase, které je přehledné a pohromadě. Díky škálám mohu snadno posoudit stav pacienta a kvalitu poskytnuté péče. Navíc usnadňují práci. Plánuji podle toho, co mi ve škále vyjde a aktuálně měním plán péče podle vývoje stavu pacientů.“ Podobně se vyjádřila i S5: „Přehlednost a rychlá orientace, stejně jako pomoc při plánování péče a zhodnocení péče. Jejich vypracování je nenáročné. Pomohou při posouzení zdravotního stavu pacienta a vyhledání jeho problémů a oblastí, ve kterých je nutné pomáhat pacientovi nebo udělat nějaká preventivní opatření, aby nedošlo k dekubitu, pádu nebo nedostatečné výživě. A stejně tak pomohou i při stanovení ošetrovatelských diagnóz.“

Jako nevýhodu vnímají sestry časovou náročnost (S1, S2, S4, S5). Následně se však vyjadřují, že škály zpracují během několika minut. Časově náročné je dle jejich mínění vypracování rescreeningu u více pacientů během jedné směny. Sestra S2 uvádí

nesoulad výsledku hodnotících škál s kategorií, do které byl pacient zařazen lékařem. Tento problém řeší podhodnocením soběstačnosti pacienta v Bartelově testu základních všedních činností. Jako jeden z problémů oslovené sestry uvádí nejasnost některých bodů ve škálách. Dle sestry je obtížné vyhodnotit inkontinenci u pacienta, který přichází se zavedeným permanentním močovým katétre (S1, S3, S4, S5). Zhodnotit soběstačnost pacienta při použití WC pokud pacient používá WC křeslo u lůžka (S3, S5). Dle sestry S1 je nesnadné posoudit zvládnutí chůze bez pomoci u pacienta, který používá chodítko a BMI, pokud nelze pacienta změřit a zvážit. K problematickým bodům ve škálách se S2 vyjádřila: „... u stavu kůže, u pacientů s papírovou kůží, nevím, co zaškrtnout....“ a dále uvádí: „... u hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové jsou zmíněny jen některá přidružená onemocnění. Ale pokud má pacient jinou nemoc, musím označit možnost „žádné“. Nemyslím si, že je to správně, protože jsou i další onemocnění, která by mohla ovlivnit vznik dekubitů. Možná kdyby bylo slovo „jiné“ na místo „žádné“, tak bych s tím problémem neměla.“ S problémem posouzení přidružených onemocnění se potýkají i S3, S4 a S5.

**Schéma 2** Názor sester na výhody a nevýhody hodnotících škál

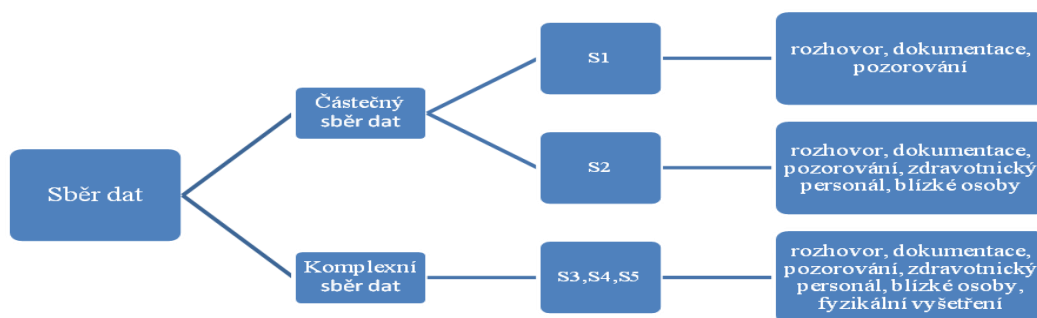


Zdroj: Vlastní výzkum

### 4.1.3 Způsob a technika sběru dat

Všechny oslovené sestry provádí sběr subjektivních dat rozhovorem s pacientem a objektivních dat pozorováním pacienta (viz schéma 3). Primárním zdrojem k získání informací je pro sestry pacient (S1-S5). Sekundárními zdroji jsou rodinní příslušníci či blízké osoby, ostatní zdravotníci (S2-S5) a dokumentace (S1-S5), kterou mají k dispozici. Do této dokumentace zahrnují ošetrovatelskou překládovou zprávu (S1-S5). Sestra S5 získává další data z lékařské překládové zprávy a S1 z příjmového listu zpracovaného lékařem, který pacienta přijímá na oddělení. Komplexní ošetrovatelskou dokumentaci a lékařské zprávy během rozhovoru zmínila S4 a dokumentaci od praktického lékaře, s nímž pacient přichází k hospitalizaci S3. Další údaje o pacientovi a jeho zdravotním stavu sestry získávají fyzikálním vyšetřením S3, S4 a S5. Při hodnocení bolesti se všechny sestry dotazují, zda pacient pociťuje bolest a jaké je intenzity. Intenzitu určuje pacient pomocí Vizuální analogové škály na stupnici od nuly do pěti. Sestry S2, S3 a S5 posuzují bolest nejen na základě rozhovoru s pacientem, ale také sledováním výrazu obličeje. Sestra S5 komplexně shrnula způsoby sběru dat tímto vyjádřením: „Fyzikálním vyšetřením a rozhovorem s pacientem. Pozorováním pacienta jak se dokáže pohybovat a zvládat běžné činnosti.... ...Také jak komunikuje, reaguje na lidi kolem sebe a prostředí. Z dokumentace si zjišťuji další informace. Dost se dozvím z překládové zprávy od lékaře a ze sesterské překládové zprávy. Další informace mi mohou poskytnout osoby, které pacienta znají například příbuzní, ošetrovatelský personál nebo jiné sestřičky.“

Schéma 3 Způsob a technika sběru dat



Zdroj: Vlastní výzkum

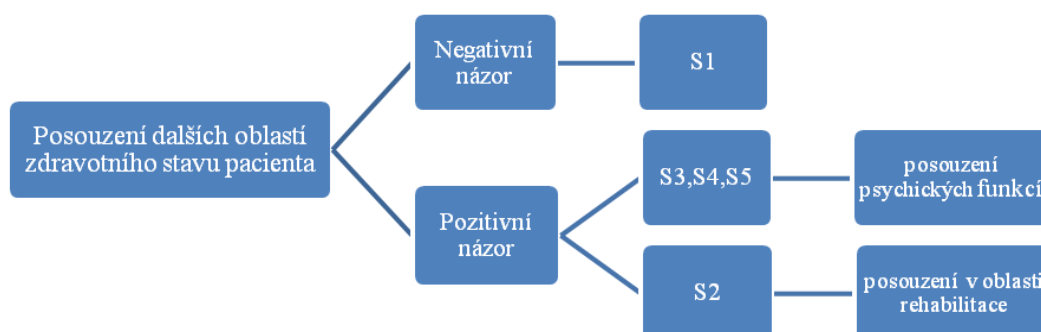
#### 4.1.4 Názor sester na posouzení dalších oblastí zdravotního stavu pacienta

Výsledky v této kategorii zahrnují názor sester na zavedení dalších hodnotících škál do příjmové ošetrovatelské dokumentace (viz schéma 4). Sestra S1 vyjádřila zcela negativní názor: „Rozhodně bych žádné další posuzování nedělala. Nevidím v tom žádný smysl. Dokážu posoudit stav pacienta i bez používání škál.“

Sestra S2 vidí potřebu posuzování pomocí škály v oblasti rehabilitace. Uvádí: „Určitě by, podle mě, měla význam nějaká škála na zhodnocení dovedností, které pacient bude potřebovat doma... Myslím si, že by bylo dobré se na tomto oddělení zaměřit na rehabilitaci a hodnotit, jak je pacient zrehabilitovaný, zaměřovat se hlavně na tyto oblasti. Aby byl záznam o tom, co už zvládá a co by měl ještě cvičit.“

Sestry S3, S4 a S5 se shodují v potřebě posuzování psychických funkcí. Sestra S5 uvádí: „Myslím si, že není dostatečně posuzována psychika pacienta. Přitom psychický stav pacienta hodně ovlivňuje, jak se uzdravuje. Používání škály k určení deprese a Mini Mental testu by nám pomohlo. Dalo by se lépe zjistit, v jakém je pacient právě rozpoložení a jak se orientuje v čase a místě.“ Podobně se vyjádřila S3: „Vzhledem k tomu, že pracujeme se seniory, kteří bývají často zmatení a někdy i depresivní, tak něco na posouzení psychiky a na zjištění toho, jak se orientují v čase a místě.“ a sestra S4: „Není na našem oddělení žádné hodnocení kognitivních funkcí. Ale myslím si, že by bylo využité. Především proto, že máme na oddělení hodně seniorů a u těch by bylo vhodné posoudit, jak se orientují v čase nebo prostoru a jestli jsou schopni si zapamatovat, co jim říkáme“.

Schéma 4 Názor sester na posouzení dalších oblastí zdravotního stavu pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4.1.5 Plánování intervencí

V této kategorii jsou shrnuty intervence, které plánují oslovené sestry na základě výsledku zpracovaných škál (viz schéma 5). V podstatě se všechny sestry shodují, že pomocí Bartelova testu základních všedních činností plánují intervence k podpoře pacienta při vykonávání denních úkonů. S2 se vyjádřila: „*U Bartelova testu zjistím, jak se pacient pohybuje a jak zvládá denní činnosti. Vím, jestli se pacient nají sám, dojde si na jídlo do jídelny nebo na toaletu. Jestli se umyje, nebo mu musíme s hygienou pomáhat.*“ S3 dodává: „*...jestli potřebuje WC křeslo u lůžka...*“, a tak dále: „*Také jestli mu dáme jídlo na jídelnu, pokoj nebo až k posteli a také vím, jestli mu musím pomoci při jídle, nebo se nají sám.*“ S5 rozšiřuje tento výčet odpovědí: „*...musím dát věci tak, aby je měl po ruce.*“

Na základě zpracování Přepřacované stupnice Nortonové detekují pacienty inklinující k riziku vzniku dekubitu. Sestry poté indikují polohování pacienta, zavedení polohovacího záznamu (S1-S5) a využití antidekubitárních pomůcek (S1, S2, S4). Mezi preventivní opatření řadí pravidelnou kontrolu predilekčních míst S3, S5 a S4, která uvádí: „*Když je pacient trochu pohyblivý na lůžku a jsem na pokoji, řeknu mu, ať se otočí. Při převlékání nebo hygieně hodnotím místa, kde nejčastěji vznikají dekubity, a používám polohovací pomůcky.*“

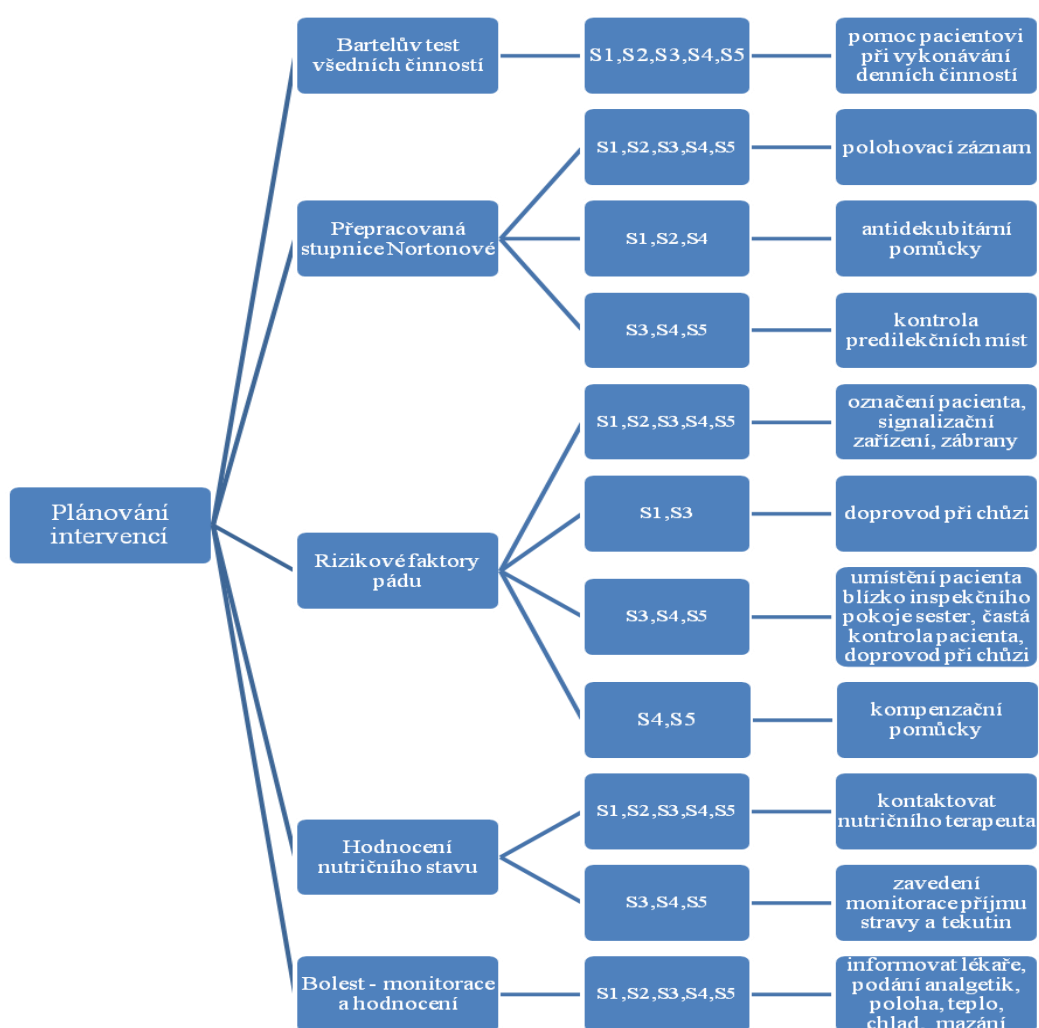
Po vyhodnocení škály Rizikové faktory pádu a stanovení rizika pádu, indikují sestry použití zábran u lůžka. Sestra S4 se k využívání zábran u lůžka vyjádřila: „*... zábrany, ale nepoužívám u všech pacientů s rizikem pádu. Musím zhodnotit nutnost jejich použití podle stavu pacienta. Například u zmatených lidí, kteří by je dokázali přelézt, je riziko pádu a zranění mnohem větší. Zmatené pacienty musím často kontrolovat a dohlížet na ně. Dobré je uložit si tyto pacienty na pokoj blízko sesterny. A někteří pacienti jsou zase orientovaní a dost rozumní, aby zábrany nepotřebovali.*“ Umístění pacienta na pokoj blízko inspekčního pokoje sester zmiňují i S3 a S5. Dále všechny oslovené sestry označí pacienta se stanoveným rizikem pádu náramkem na zápěstí a umístí signalizační zařízení na dosah ruky. Sestra S2 udává označení pacienta na tabuli příslušnou barvou. Častou kontrolu pacienta uvádějí S3, S4, S5 a doprovod na toaletu a při chůzi S1, S3, S4 a S5. Zapůjčení kompenzačních pomůcek k usnadnění pohybu a zabránění riziku pádu podotýkají S4 a S5.

Pokud byl pacient identifikován jako rizikový v oblasti nutričního stavu, kontaktují sestry nutričního terapeuta (S1-S5). Sestra S2 uvádí: „*... mohu zavést monitoraci příjmu stravy a tekutin.*“ Tento záznam v rozhovoru zmínily i S4 a S5.

K řešení bolesti pacienta uvádí sestra S5 tyto intervence: „Podávání analgetik dle ordinace, informovat lékaře. Pomoci pacientovi při hledání úlevové polohy, provádět mazání analgetickou masťou a přikládat teplé nebo studené obklady.“ S tímto vyjádřením se ztotožňují i ostatní sestry.

Sestry také sdělují, že veškeré změny v plánu péče oznamují všem, kteří se podílejí na péči o pacienta (S1-S5).

### Schéma 5 Plánování intervencí



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4.1.6 Názor sester na přínos hodnotících škál

Z analýzy hloubkových rozhovorů vyplývá každodenní využívání škál v praxi sester (viz schéma 6). Sestry (S1-S5) uvádějí vyhodnocování škál vždy při přijetí pacienta na oddělení, pravidelným rescreeningem jedenkrát za týden a při změně zdravotního stavu.

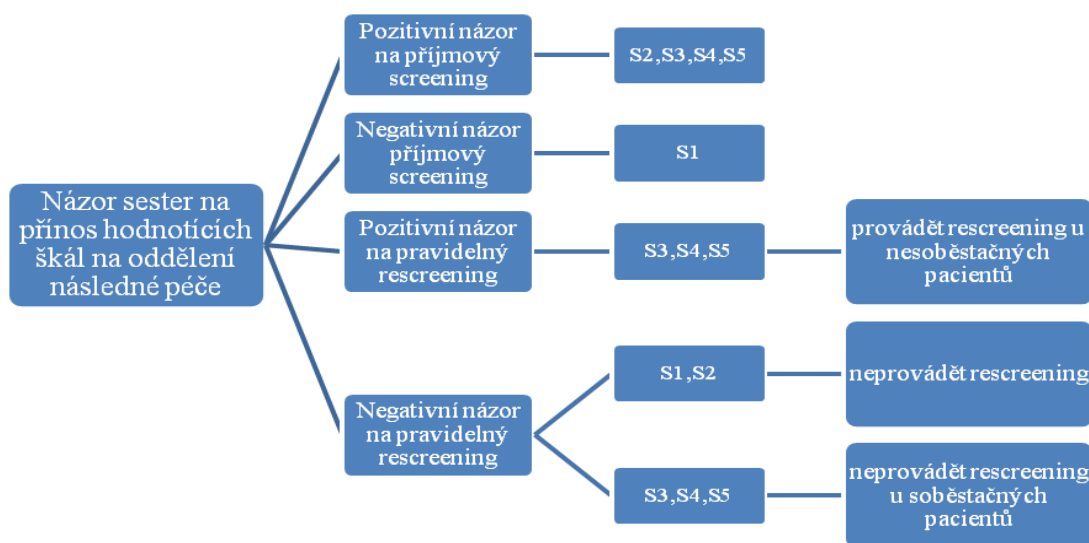
Názor sester na využívání škál v praxi se liší. Zatímco sestra S1 uvedla zcela negativní názor: „*Přínosem podle mě nejsou. Jak už jsem řekla, myslím si, že je užitečný jen nutriční screening.*“ Následně navrhuje řešení: „*Takže bych jejich používání zrušila a nechala jen nutriční screening. Nic víc podle mě nemá smysl posuzovat podle škál. Zdržuje nás to od práce. Ten čas bych pak mohla trávit u pacientů a ne u papírů.*“ Dle mínění ostatních sester jsou škály přínosem (S2-S5) a to především, jejich využívání při příjmu pacienta na oddělení a při prvotním stanovení plánu ošetrovatelské péče. Sestra S2 udává: „*Při příjmu v tom přínos vidím. Pomůže mi to určit, co mám u pacienta dělat...*“. S3: „*Ulehčují mi práci. Hlavně při prvním plánování péče, když pacienta přijímám.*“ Dle sestry S4 jsou škály přínosem při rychlém a snadném plánování individuální péče během přijetí pacienta na oddělení. A možnost zhodnocení kvality poskytnuté péče. Sestra S5 sděluje, že: „*Přínos je v plánování péče a rychlém posouzení stavu. Ale řekla bych, že to pomáhá jen při příjmu. A hlavně jsou škály při příjmu zpracované dobře, protože se soustředím jen na přijímaného pacienta.*“

K rescreeningu S2 uvedla: „*U některých pacientů to zdržuje a nemá to žádný význam. Hlavně u pacientů, kteří zvládají péči o sebe sami. Přehodnocování je dohromady na nic, stejně to nikdo z nás nečte a jen se opisuje co už tam je. Když pak zjistím, že je ve škále něco špatně vyplněné, dělám zpětně opravy. Pak jsou ve škále samé přepsané záznamy a není v tom přehled... V přehodnocování nevidím nic užitečného.*“ Sestry S1, S4 a S5 vyslovily názor, neprovádět pravidelný rescreening u soběstačných pacientů s čímž souhlasí i S3, která se vyjádřila: „*Nastavila bych to trochu jinak. U schopných pacientů, kteří jsou u nás hospitalizováni kvůli bolestem a dostávají jen infuze, bych neprováděla pravidelné přehodnocení. Teda pokud by po prvním posouzení vyšli dle škály jako soběstačný a bez rizika a nedošlo by během hospitalizace ke zhoršení stavu.*“ Sestra S3 pak navrhuje jako řešení provádět screening u soběstačných pacientů pouze při příjmu a před ukončením hospitalizace. U pacientů s bolestí by navrhovala vždy zavádět monitoraci bolesti z důvodu posouzení efektu léčby.



Sestra S5 by pravidelný rescreening přenechala v kompetenci staniční sestry avšak za podmínky zvýšení počtu sester na oddělení. Sestry S2 a S3 se ztotožňují s tímto názorem a rescreening by převedly do kompetencí managementu. Rescreening je prováděn sestrami na noční směně, což nevyhovuje S3 a S5. Ostatní oslovené sestry nemají výhrady k vykonávání rescreeningu během noční směny.

**Schéma 6 Názor sester na přínos hodnotících škál**



Zdroj: Vlastní výzkum

## 4.2 Obsahová analýza vybraných hodnotících škál

### 4.2.1 Bartelův test základních všedních činností

Bartelův test základních všedních činností (viz Příloha 35) slouží k posouzení soběstačnosti pacientů. Vyhodnocení provádí sestra u každého pacienta vždy do 24 hodin po přijetí na oddělení. Posuzovaných oblastí je deset a týkají se schopností - příjmu potravy a tekutin, oblékání, koupání, osobní hygieny, kontinence moči, kontinence stolice, použití toalety, přesunu z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze po schodech. U každé oblasti je možno posoudit zda pacient tuto činnost zvládá sám, s dopomocí, či ji neprovede. Každý úkon je hodnocen body, které sestra označí

v poli bodové skóre a následně body sečte. Hodnocení stupně závislosti je dáno součtem bodů, kdy vysoce závislý je pacient s 0-40 body, závislost středního stupně je hodnocena 45-60 body, lehká závislost 65-95 body a nezávislý je pacient se 100 body. Rescreening se provádí pravidelně jedenkrát týdně a vždy, když dojde ke změně stavu pacienta. Při přehodnocení sestra použije jinou barvu zápisu, která je shodná s datem provedení rescreeningu, aby bylo patrné, v jaké oblasti soběstačnosti došlo ke zlepšení nebo zhoršení. Tiskopis je založen do ošetrovatelské dokumentace vedené u pacienta a musí obsahovat jeho identifikační štítek, datum provedení vyhodnocení, součet bodů, podpis a čitelný otisk razítka sestry, která provedla záznam.

#### **4.2.2 Přepracovaná stupnice Nortonové**

Přepracovaná stupnice Nortonové (viz Příloha 36) je využívána k posouzení rizika vzniku dekubitů. Vyhodnocení provádí sestra u všech pacientů vždy do 24 hodin po přijetí na oddělení. Škála zahrnuje posouzení schopnosti spolupráce, věku, přidružených onemocnění, fyzického stavu, stavu vědomí, aktivity, pohyblivosti a inkontinence. U každé z posuzovaných oblastí jsou nabízeny 4 možnosti ohodnoceny 1 až 4 body. Následně jsou body sestrou sečteny. Jestliže je součet 25 a méně bodů, je pacient v riziku vzniku dekubitů. U rizikové skupiny pacientů je zaveden polohovací záznam. Škála dále obsahuje popis dekubitu I-IV stupně, kterým se setra řídí při posouzení poškození kůže a obrázek lidské postavy, kam zaznamená křížkem červené barvy místo a stupeň poškození. Rescreening se provádí pravidelně jedenkrát týdně a při každé změně stavu pacienta. Tiskopis je součástí ošetrovatelské dokumentace a musí obsahovat identifikační štítek pacienta. Záznam je vždy opatřen datem vyhodnocení škály, součtem bodů, podpisem a čitelným otiskem razítka sestry, která jej provedla.

#### **4.2.3 Rizikové faktory pro vznik pádu**

Škála Rizikové faktory pro vznik pádu (viz Příloha 37) je určena ke stanovení rizika pádu u hospitalizovaných pacientů. Vyhodnocení provádí sestra u všech pacientů vždy do 24 hodin po přijetí na oddělení. Jednotlivé oblasti posouzení zahrnují – věk pacienta, pád v anamnéze, pooperační období, zda pacient trpí závratí, epilepsií, hypotenzí zrakovým problémem, celkovým zhoršením stavu, problémem s pohyblivostí, dezorientací či užívá léky ovlivňující somatický a psychický stav. U pacientů užívajících léky je nutné vyznačit lékovou skupinu. Nabízené možnosti se označují křížkem v určeném poli. Každé pole má hodnotu 1 bodu. Pokud je po vyhodnocení

součet 2 a více bodů, sestra naplánuje opatření, která minimalizují riziko pádu, a zaznamená je do příslušné kolonky. Pacienta opatří náramkem na pravé zápěstí, aby bylo zřejmé, že byl vyhodnocen jako rizikový. Rescreening se provádí pravidelně jedenkrát týdně dále při každé změně stavu pacienta, pokud dojde k pádu či změně medikace, která by mohla vést k riziku pádu. Škála je součástí ošetrovatelské dokumentace a musí obsahovat identifikační štítek pacienta, datum vyhodnocení, součet bodů, podpis a čitelný otisk razítka sestry, která provedla záznam.

#### **4.2.4 Hodnocení nutričního stavu**

Hodnocení nutričního stavu (viz Příloha 38) slouží ke stanovení možného vzniku rizika v oblasti výživy. Nutriční screening provádí sestra u všech pacientů vždy do 24 hodin po přijetí na oddělení. Před zahájením vyhodnocení tohoto testu je nutné, aby sestra vypočítala BMI pacienta. BMI je následně obodováno v souvislosti s věkem pacienta, dále se pomocí škály posuzuje nechtěné hubnutí za posledních 3 - 6 měsíců a další hubnutí, celkový příjem stravy za den a faktor stresu. Vysoký faktor stresu sestra stanovuje u pacientů s akutním dekompenzovaným onemocněním, po rozsáhlém operačním výkonu a při nádorovém onemocnění. Střední úroveň stresu je stanovena při chronickém onemocnění, po nekomplikovaném chirurgickém výkonu a v případě diabetu mellitu. Sestra vybere v každém poli jednu z možností, označí ji a následně provede bodové hodnocení. Při součtu bodů 0 – 2 se u pacientů neplánují další intervence. Pokud bylo dosaženo 3 a více bodů, pacient je v riziku malnutrice a sestra kontaktuje nutričního terapeuta, který do 72 hodin navštíví pacienta na oddělení. Přehodnocení nutričního screeningu se provádí u všech pacientů jedenkrát za týden a vždy při změně stavu pacienta. Tiskopis je součástí ošetrovatelské dokumentace a musí obsahovat identifikační štítek pacienta, datum provedení vyhodnocení, součet bodů, podpis a čitelný otisk razítka sestry, která provedla záznam.

#### **4.2.5 Bolest – hodnocení a monitorace**

Hodnocení a monitorace bolesti (viz Příloha 39) slouží k zaznamenávání intenzity bolesti u pacientů, kteří udávají na Vizuální analogové škále bolest vyšší než 3. Formulář obsahuje Škálu bolesti pro geriatrické a dětské pacienty, prostřednictvím obličejové škály pacient ohodnotí stupeň bolesti. Číselné označení nabízí i slovní popis intenzity - mírná, nepříjemná, intenzivní, krutá nebo nesnesitelná bolest. Jednu z těchto možností sestra označí kroužkem dle verbálního či neverbálního vyjádření

pacienta. Monitorace bolesti dále obsahuje obrázek lidské postavy, na které se vyznačí lokalizace bolesti. Tiskopis zahrnuje pole pro zaznamenání data, hodiny a intenzity bolesti, formy podání analgetika např. gtt, tbl. nebo inj. Tento záznam sestra označí podpisem a čitelným otiskem razítka. Přehodnocení bolesti se provádí do 1 hodiny po podání analgetika, zapíše se čas a změna intenzity bolesti. Záznam o přehodnocení bolesti musí obsahovat podpis a razítko sestry. Tiskopis musí být označen identifikačním štítkem pacienta a založen v jeho ošetrovatelské dokumentaci.

#### 4.3 Obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace

**Tabulka 1** Obecně platné normy

KONTROLNÍ KRITÉRIA	DOKUMENTACE									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Je na oddělení dostupný platný interní předpis pro vedení hodnotících škál?	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
2. Je proveden záznam v hodnotících škálách kompetentní osobou?	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
3. Využívají se hodnotící škály k posouzení všech oblastí zdravotního stavu pacienta?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Poznámka: ++ zcela splněno, + částečně splněno

Zdroj: Vlastní výzkum

Sestry na oddělení následné péče mají k dispozici platný interní předpis pro vedení hodnotících škál, který mohou dohledat v interním počítačovém systému. Během výzkumného šetření bylo zjištěno z vybraných ošetrovatelských dokumentací, že záznam v hodnotících škálách vždy provedla kompetentní osoba, tedy směnná sestra nebo staniční sestra. Dále bylo zjištěno, že jsou na oddělení využívány škály, týkající se posouzení schopnosti vykonávání denních činností, určení rizika vzniku dekubitu, určení rizika vzniku pádu, zhodnocení nutričního stavu a posouzení bolesti pacienta. Další oblasti zdravotního stavu pacienta nejsou na tomto oddělení posuzovány pomocí hodnotících škál (tab. 1).

**Tabulka 2 Příjmový screening**

KONTROLNÍ KRITÉRIA	DOKUMENTACE									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Používají se hodnotící škály u pacienta?	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
5. Vyhodnocují se hodnotící škály u pacienta nejpozději do 24 hod po příjmu pacienta na oddělení?	++	++	++	++	-	++	++	++	++	++
6. Jsou hodnotící škály vyplněny na základě informací získaných od pacienta (ve shodě se záznamy z ošetřovatelské anamnézy)?	++	++	+	+	+	+	++	+	++	++

Poznámka: ++ zcela splněno, + částečně splněno, - zcela nesplněno

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 2 jsou zaneseny výsledky týkající se screeningu při přijetí. Hodnotící škály jsou součástí dokumentace u každého pacienta. Bylo zjištěno, že součástí příjmového screeningu je Bartelův test základních všedních činností, přepracovaná stupnice Nortonové, rizikové faktory pro vznik pádu a hodnocení nutričního stavu. Tyto škály byly vyplněny ve všech dokumentacích vyjma dokumentace 5 do 24 hodin po přijetí pacienta na oddělení. V dokumentaci 5 došlo k posouzení zdravotního stavu pomocí hodnotících škál později. Informace získané z ošetřovatelské anamnézy byly ve shodě v dokumentacích 1, 2, 7, 9 a 10 s informacemi použitými v hodnotících škálách. Dokumentace 3, 4, 5, 6 a 8 obsahovaly informace o přidružených onemocněních, které nebyly použity při posouzení zdravotního stavu pacienta pomocí hodnotících škál, a v dokumentaci 6 byl chybně označen věk. Dále v hodnocení nutričního stavu nebylo v dokumentaci 5 a 6 vypočítáno BMI i přes to, že podklady k jeho výpočtu byly zahrnuty v ošetřovatelské anamnéze a byla stanovena střední úroveň stresu, avšak dokumentace obsahovaly informace vedoucí ke stanovení vysoké úrovně stresu. V dokumentaci 4 došlo k neshodě v oblasti posouzení soběstačnosti pacienta. Zatím co v ošetřovatelské anamnéze byla udána nutná dopomoc při vykonávání hygieny a chůze, Bartelův test všedních činností zahrnoval vyhodnocení zvládnutí těchto činností bez pomoci.

**Tabulka 3 Formální náležitosti záznamu**

KONTROLNÍ KRITÉRIA	DOKUMENTACE									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Je formulář hodnotících škál opatřen datem vyplnění?	++	+	+	++	++	++	++	++	++	++
8. Je záznam v hodnotících škálách opatřen podpisem a otiskem razítka?	++	++	++	+	++	++	++	++	+	++
9. Je otisk razítka čitelný?	++	+	++	/	-	+	++	+	++	++
10. Je proveden záznam do hodnotících škál propisovací tužkou?	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
11. Je oprava chybných záznamů prováděna rovnou vodorovnou čarou?	-	++	/	++	-	-	-	-	/	-
12. Jsou označena všechna pole v hodnotících škálách?	++	-	++	-	-	-	++	-	++	-
13. Je proveden správný součet bodů v hodnotících škálách?	++	/	++	/	/	/	++	/	-	/

Poznámka: ++ zcela splněno, + částečně splněno, – zcela nesplněno, / nelze hodnotit

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky formálních náležitostí záznamu jsou zpracovány v tabulce 3. Mezi tyto náležitosti bylo zahrnuto opatření každého záznamu datem, podpisem a razítkem sestry provádějící zápis, použití propisovací tužky, oprava chybného záznamu, označení všech polí hodnotící škály a správný součet bodů. K opatření záznamu datem došlo ve všech dokumentacích, avšak dokumentace 2 a 3 obsahovaly i škály, u kterých datum nebyl zaznamenán. Podpis sestry a otisk razítka byly součástí každého screeningu v dokumentacích 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10. V dokumentaci 4 chyběl otisk razítka, nelze tedy hodnotit jeho čitelnost. Dokumentace 9 zahrnovala otisk razítka, ale nedošlo k opatření záznamu podpisem. Otisk razítka byl částečně čitelný v dokumentaci 2, 6, a 8, zcela nečitelný v dokumentaci 5. Ostatní dokumentace obsahovaly čitelný otisk razítka. Záznamy byly vždy provedeny propisovací tužkou a v dokumentaci 2 a 4 byla jejich oprava v případě pochybení učiněna rovnou vodorovnou čarou. V dokumentaci 3 a 9 se chyby nevyskytovaly a v ostatních dokumentacích byly chybné záznamy několikrát přeškrtnuty. Označení všech polí a správně sečteny body v hodnotících škálách byly v dokumentacích 1, 3, 7. Dokumentace 9 sice obsahovala komplexní označení polí, avšak součet bodů byl chybný. Neoznačená pole se vyskytovaly především v hodnotících škálách sloužících k hodnocení nutričního stavu pacienta, ojediněle pak v přepracované stupnici Nortonové, které byly součástí dokumentace 2, 4, 5, 6, 8 a 10, nelze tedy ani hodnotit zda je součet bodů v správný.

**Tabulka 4 Pravidla rescreeing**

KONTROLNÍ KRITÉRIA	DOKUMENTACE									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Provádí se rescreeing u pacienta?	++	++	++	+	++	+	++	++	++	++
15. Provádí se rescreeing v pravidelných intervalech?	++	++	++	-	++	+	++	++	+	+
16. Provádí se rescreeing vždy při změně zdravotního stavu pacienta?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. Provádí se rescreeing všech využívaných hodnotících škál?	++	++	++	+	++	+	++	++	+	+

Poznámka: ++ zcela splněno, + částečně splněno, - zcela nesplněno

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4 obsahuje výsledky kritérií, která se týkají dodržování pravidel při rescreeingu. Při obsahové analýze ošetrovatelské dokumentace bylo zjištěno, že v dokumentaci 1, 2, 3, 5, 7 a 8 byl u pacienta prováděn rescreeing v pravidelných intervalech všech hodnotících škál využívaných při přijetí pacienta na oddělení. V dokumentaci 4 byl rescreeing učiněn jen částečně. Došlo k přehodnocení Bartelova testu všedních činností, přepracované stupnice Nortonové a rizika pádu, ale přehodnocení nutričního stavu a bolesti nebylo vypracováno. Přehodnocení v této dokumentaci nebylo pravidelné, spíše sporadické. Dokumentace 6 splňovala podmínku pravidelného rescreeingu avšak jen u Bartelova testu všedních činností a škály k hodnocení rizika pádu. Přepracovaná stupnice Nortonové byla v jednom případě vyplněna částečně a hodnocení nutričního stavu bylo vykonáno jen ojedinele. U dokumentace 9 a 10 bylo stanoveno částečné splnění kontrolního kritéria pravidelného dodržování rescreeingu a to z důvodu pravidelného přehodnocení pouze Bartelova testu všedních činností a přepracované stupnice Nortonové. Přehodnocení škály ke stanovení rizika pádu a posouzení výživy pacienta bylo realizováno v nepravidelných intervalech a v dokumentaci 9, ve které nedošlo ani k pravidelnému hodnocení bolesti a zaznamenání stupně bolesti. Škála k posouzení bolesti byla také součástí dokumentace 1, 3, 5 a 8, ve kterých byla bolest vždy zhodnocena před podáním a po podání analgetika a zaznamenán stupeň bolesti. Žádná z analyzovaných dokumentací neobsahovala rescreeing v případě změny zdravotního stavu i přesto,

že došlo u pacienta k pádu a součástí dokumentace 2, 6, 9 a 10 bylo mimořádné hlášení o této události. Stejně jako v případě zlepšení zdravotního stavu pacienta dle dokumentace 5 a 7 nebo zhoršení zdravotního stavu dle dokumentace 1, 3, 4, a 8, kdy se pacient stal zcela závislý na pomoci ošetřovatelského personálu.

**Tabulka 5 Ošetřovatelské intervence**

KONTROLNÍ KRITÉRIA	DOKUMENTACE									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Aktualizuje sestra plán ošetřovatelských činností v návaznosti na rescreening hodnotících škál?	-	+	++	-	-	-	-	++	-	-
19. Plánuje sestra u pacienta ošetřovatelské intervence v návaznosti na zjištěná rizika?	+	+	++	+	-	+	+	++	+	-
20. Je veden polohovací záznam u pacienta s rizikem vzniku dekubitu?	/	-	++	++	-	/	-	++	++	-
21. Je provedena nutriční intervence lékařem nebo nutričním terapeutem u pacienta s rizikem vzniku malnutrice?	-	/	++	++	-	/	/	++	++	-
22. V případě, že pacient udá na VAS škále bolest vyšší než 3, je zaveden sestrou záznam monitorace bolesti?	++	/	++	-	++	/	/	++	-	/
23. V případě, že je pacient v riziku pádu, navrhuje sestra preventivní ošetřovatelské intervence, které minimalizují riziko pádu?	+	++	++	+	-	+	+	++	+	-

Poznámka: ++ zcela splněno, + částečně splněno, - zcela nesplněno, / nelze hodnotit

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 5 jsou znázorněny výsledky, které se týkají plánování ošetřovatelských intervencí v návaznosti na provedení screening a rescreening. Během obsahové analýzy ošetřovatelské dokumentace bylo zjištěno komplexní plánování ošetřovatelských intervencí v návaznosti na zjištěná rizika a následná aktualizace ošetřovatelských činností po provedeném rescreeningu v dokumentacích 3 a 8. V dokumentaci 1, 2, 4, 6, 7, 9 byl navržen plán ošetřovatelských intervencí po provedení screeningu při přijetí pacienta na oddělení, avšak ani v jedné z těchto dokumentací nejsou opatření úplná vzhledem ke zjištěným možným rizikům a dokumentace 5 a 10 neobsahují sestrou navržená preventivní opatření ke snížení vzniku rizika. Aktualizace ošetřovatelského plánu nebyla vypracována v dokumentaci 1, 4, 5, 6, 7, 9 a 10 v těchto dokumentacích vyjma dokumentace 5 dochází k duplicitě záznamu u plánu ošetřovatelských intervencí,



které minimalizují riziko pádu. V dokumentaci 2 byla učiněna aktualizace pouze v případě rizika pádu. I přesto, že bylo v dokumentaci 2, 5, 7 a 10 vyhodnoceno pomocí přepracované stupnice Nortonové riziko vzniku dekubitů nebyl zaveden polohovací záznam a intervence nebyly navrženy ani v sesterském dekurzu. Toto riziko nebylo stanoveno v dokumentaci 1 a 6, proto nelze kritérium zavedení polohovacího záznamu hodnotit. Polohovací záznam byl součástí ošetrovatelské dokumentace 3, 4, 8 a 9. Intervence nutričním terapeutem nebyly provedeny v dokumentaci 1, 5 a 10. V dokumentaci 2 a 7 nebylo riziko vzniku malnutrice stanoveno a v dokumentaci 6 došlo k chybnému vyhodnocení nutričního screeningu, proto nelze v těchto dokumentacích toto kritérium hodnotit. Dokumentace 3, 4, 8 a 9 zahrnuje záznam intervencí ke snížení rizika malnutrice, lékařem a nutričním terapeutem. Záznam monitorace bolesti byl součástí dokumentace 1, 3, 5 a 8, ve kterých byla bolest vždy zhodnocena před podáním a po podání analgetika a zaznamenán stupeň bolesti. Z dokumentace 4 a 9 bylo zjištěno, že pacient udával stupeň bolesti vyšší než 3 na vizuální analogové škále, avšak záznam monitorace bolesti nebyl zaveden. Z dokumentace 2, 6, 7 a 10 pak bylo zjištěno, že pacient bolest neudával a proto nelze kritérium zavedení záznamu monitorace bolesti hodnotit.

## 5 DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo určit rozsah využití hodnotících škál na oddělení následné péče. Dalšími stanovenými cíly bylo popsat obsah jednotlivých hodnotících škál, zjistit názor sester na přínos hodnotících škál pro praxi a vyhodnotit úplnost a komplexnost práce sester s hodnotícími škálami. K dosažení námi stanovených cílů byl zvolen sběr dat pomocí kvalitativního výzkumného šetření a byly použity tři metody. První metodou byl hloubkový rozhovor vedený se sestrami, které pracují na Oddělení následné péče v Nemocnici Český Krumlov, a.s. Dalšími metodami byla obsahová analýza hodnotících škál a obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace.

*Prvním cílem bylo určit rozsah využití hodnotících škál na oddělení následné péče.* Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že je na tomto oddělení využíváno pět hodnotících škál. K posouzení stupně závislosti pacienta sestry používají Bartelův test základních všedních činností. Přepřacovanou stupnici Nortonové využívají ke stanovení rizika vzniku dekubitu a Rizikové faktory pádu ke stanovení rizika pádu. Pomocí Hodnocení nutričního stavu sestry posuzují stav výživy pacienta a k hodnocení bolesti využívají tiskopis Bolest – hodnocení a monitorace, viz schéma 5.

Názor oslovených sester se shoduje a Akčním plánem MZČR č.8A (2015), který uvádí, že senioři tvoří největší část pacientů čerpajících služby následné péče. Dle Holmerové a kol. (2014) je potřeba hodnotit zdravotní stav těchto pacientů holisticky, nejen jednotlivé oblasti. Výzkumným šetřením bylo zjištěno posuzování zdravotního stavu pacientů pomocí hodnotících škál zaměřených na stupeň závislosti při vykonávání denních činností, bolesti a stanovení rizika pádu, dekubitu a malnutrice. Avšak dle názoru sester S3, S4 a S5 a výsledků obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace nejsou na oddělení následné péče posouzeny psychické funkce pacienta sestrou. A to i přesto, že Pokorná et al. (2013) uvádějí, že je v současné době posouzení kognitivních funkcí seniorů obvyklým prvkem hospitalizace. K závěru, že jsou kognitivní funkce minimálně hodnocenou oblastí, došly ve svém výzkumu i Kubátová (2010), Handrejchová (2011) či Flaisigová (2013). Nicméně posouzení kognice je dle našeho názoru důležitým aspektem hodnocení seniorů. Jak uvádějí Pokorná et al. (2013) změny kognitivních funkcí u seniorů výrazně determinují schopnost sebezpěče, sebeobslužné činnosti a běžné denní aktivity, které následně nepříznivě působí na celkový stav a kvalitu života. Dle Pidrmana (2007) je možné odhalit dosud nepoznanou

kognitivní poruchu pomocí jednoduchého screeningového testu k posouzení kognice. Jiráček (2004) považuje hodnotící škály za významný doplněk psychiatrického vyšetření seniorů. V návaznosti na posouzení psychických funkcí, a to jak kognitivních tak emočních je možné přizpůsobit ošetrovatelské intervence stavu pacienta a stanovit individuální plán, díky kterému by došlo ke zkvalitnění péče. Samy sestry S3, S4, a S5 uvedly, že by uvítaly možnost hodnocení kognitivních funkcí a deprese pomocí hodnotících škál.

*Druhým stanoveným cílem bylo popsat obsah jednotlivých hodnotících škál.* Tento cíl byl stanoven, aby bylo možné v návaznosti vyhodnotit komplexnost a úplnost práce sester s hodnotícími škálami. Náležitosti nejčastěji užívaných hodnotících škál byly zjišťovány jejich obsahovou analýzou a analýzou interních předpisů nemocnice. Z výsledků vyplývá využití hodnotících škál k posouzení soběstačnosti pacienta, stanovení rizika dekubitu, pádu, malnutrice a hodnocení bolesti. Bartelův test základních všedních činností zahrnuje deset oblastí týkajících se schopnosti vykonávání denních úkonů a chůze. Jednotlivé body hodnotících škál k určení rizika se zaměřují na determinanty ovlivňující vznik rizika. Tiskopis Bolest – monitorace a hodnocení obsahuje tři škály, obličejovou škálu, vizuální analogovou škálu a mapu bolesti, k posouzení intenzity a místa bolesti. Hodnotící škály vyjma škály k posouzení bolesti mají být vyhodnoceny u každého pacienta a to vždy při přijetí na oddělení, pravidelným rescreeningem jednou za týden a při změně stavu. Záznam o hodnocení bolesti se zavádí u pacientů s bolestí intenzity od stupně 3 na vizuální analogové škále. Každý záznam musí být opatřen datem, otiskem razítka a podpisem osoby provádějící hodnocení. Ke korektnímu posouzení zdravotního stavu je nutné vyhodnocovat hodnotící škály ve shodě se záznamy z ošetrovatelské anamnézy a správně sečíst body, kterými byl pacient ohodnocen.

*Dalším cílem bylo zjistit názor sester na přínos hodnotících škál pro praxi.* V současné době je důležitým aspektem k poskytnutí efektivní a kvalitní ošetrovatelské péče posouzení zdravotního stavu pacienta (Taliánová et al., 2013). Jako důležitou pomůcku pro toto posuzování uvádějí Taliánová et al. (2013) hodnotící škály. S tímto tvrzením však nesouhlasí sestra S1, která vyjádřila negativní postoj k využívání hodnotících škál, s výjimkou nutričního screeningu i přesto, že je si vědoma významu a benefitů škál. Dle mínění této sestry jsou její schopnosti dostatečné k posouzení

zdravotního stavu pacienta, stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánování intervencí i bez použití hodnotících škál. V této souvislosti musíme vyjádřit nesouhlas s tvrzením sestry S1 a plně se ztotožňujeme s názorem Kubátové (2010), která tvrdí, že sebelepší hodnocení sestrou bude vždy subjektivní a může docházet k rozdílnému hodnocení jednotlivými sestrami. Dále považujeme za vhodné uvést výsledky studie Defloora a Grypdoncka (2005), jejichž závěrem byla sice nedostatečná efektivita při určení rizika vzniku dekubitu za použití škály dle Nortonové a Bradenové, avšak používání těchto nástrojů považují za vhodnější alternativu než se spoléhat na klinický úsudek sestry. K závěru nízké prediktivní hodnoty uvedených dvou škál došli i Šateková et al. (2016), ale i přes tato zjištění doporučují využívat hodnotící škály v ošetrovatelské praxi.

Dle našeho názoru je nutností využívat veškeré metody ke stanovení rizik, aby došlo k účinnému plánování preventivních intervencí. Park (2017) uvádí ve své studii prevenci pádu seniorů jako jednu z nejdůležitějších otázek veřejného zdraví. V této studii testoval 26 nástrojů (mimo jiné i Up and Go test nebo Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové) určujících rizikové seniory inklinující k pádu. Výsledným zjištěním byla nedostatečně vysoká prediktivní platnost jednotlivě používaných testovaných nástrojů pro diferenciaci vysokého či nízkého stupně rizika pádu. Proto doporučuje využívat k predikci pádu dvou nástrojů současně.

Ostatní oslovené sestry S2, S3, S4 a S5 vidí přínos hodnotících škál především při příjmu pacienta a prvotním plánování intervencí. Souhlasí s názorem Pokorné et al. (2013), že využití hodnotících škál vede k usnadnění práce a jejich zpracování je jednoduché a nenáročné.

Jako jeden z benefitů uvádějí Pokorná et al. (2013) zajištění přehledných informací o stavu pacienta a sledování jeho vývoje v čase s možností vyhodnocení efektivity použitých léčebných strategií. Tento fakt zmiňují i S3, S4 a S5, viz schéma 2.

Sestry S1 a S2 vyjádřily záporný názor na provádění rescreeningu u všech pacientů a neprováděly by jej. K rescreeningu u soběstačných pacientů zauímají negativní postoj všechny oslovené sestry. Dle jejich mínění je tento rescreening neopodstatněný a spíše zatěžující. Naproti tomu Mahoneyová a Barthelová (1965) doporučují provádět rescreening v pravidelných a předem stanovených intervalech. U soběstačných pacientů by sestry S3-S5 prováděly pouze ve chvíli, kdy dojde ke změně stavu a pacient by se stal nesoběstačným. Avšak jak sami během rozhovoru uvedly v případě změny stavu pacienta rescreening neprovádí, což bylo potvrzeno i obsahovou analýzou

ošetřovatelské dokumentace. Vzhledem k možnosti proměnlivosti stavu pacienta, zvláště seniorů považujeme provádění pravidelného rescreeningu nejen částečně či zcela závislých pacientů na pomoci ošetřovatelského týmu, ale také soběstačných za účelný.

Hodnotící škály přináší sestřím mnoho výhod, avšak S1-S5 vnímají některé body jako nejasně stanovené. Jedním z problémů, se kterým se sestry setkávají při práci s hodnotícími škálami, je nesoulad výsledku hodnotících škál s kategorií, do které byl pacient zařazen lékařem. Jestliže lékař určí kategorii 2, kdy je pacient částečně soběstačný, i přesto, že je pacient zcela soběstačný, nevyhodnocuje sestra S2 Bartelův test základních všedních činností v souladu s ošetřovatelskou anamnézou. Aby došlo ke shodě kategorie v lékařské a ošetřovatelské dokumentaci sestra S2 podhodnocuje schopnosti pacienta. Tím dochází k nesprávnému zpracování hodnotící škály, což může vést k poskytování nadbytečné péče. Výsledkem tohoto postupu je nesprávné zhodnocení zdravotního stavu pacienta a neefektivní využití hodnotících škál.

Dalším z problematických bodů hodnotících škál, je dle názoru sester S1, S3, S4 a S5 posouzení inkontinence u pacienta, který přichází se zavedeným permanentním močovým katétrem. Pokorná et al. (2013) řadí tuto problematiku mezi rizika subjektivizace hodnocených oblastí indexu Bartelové hodnotící osobou. Dále Pokorná et al. (2013) uvádějí, že je nezbytné zaznamenat, co jedinec zvládne vykonat, ne co by byl schopen vykonat. Závěrem je stanovení, že je pacient zcela závislým v této oblasti (Pokorná et al., 2013).

Dle sestry S1 je nesnadné posoudit BMI, pokud nelze pacienta změřit a zvážit. Topinková (2003) v této souvislosti uvádí, že byly vypracovány pro tyto situace antropometrické techniky umožňující výpočet výšky i hmotnosti u imobilních pacientů. Hodnota vzdálenosti pata - koleno (měříme u končetiny flektované v koleni 90 stupňů od podložky/paty na vrchol kolena) lze použít pro výpočet odhadované výšky. Výsledek se dosadí do vzorce muži =  $(2,02 \times \text{výška pata/koleno v cm}) - (0,04 \times \text{věk}) + 64,19$ , ženy =  $(1,83 \times \text{výška pata/koleno v cm}) - (0,24 \times \text{věk}) + 84,88$ . Hodnotu hmotnosti lze vypočítat, známe-li objem paže, objem lýtky, tloušťku kožní řasy subskapulárně a vzdálenost pata - koleno. U pacientů po amputaci dolní končetiny musí být navýšena naměřená hmotnost o 6 % u amputace pod kolenem nebo u vysoké amputace nad kolenem je nutné navýšit hmotnost o 15 %.

*Posledním cílem bylo vyhodnotit komplexnost a úplnost práce sester s hodnotícími škálami.* Jak již bylo dříve zmíněno, považovali jsme za vhodné popsat využívané hodnotící škály a veškerá pravidla, která jsou stanovena při jejich zpracování pomocí obsahové analýzy hodnotících škál. Dále jsme vedli hloubkové rozhovory se sestrami, abychom zmapovali jejich znalosti hodnotících škál a podmínek, které musí být dodrženy, aby došlo k adekvátnímu posouzení zdravotního stavu pacienta. V návaznosti na tyto dvě výzkumné metody byla provedena obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace.

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry (S1-S5) mají dostatečné znalosti ke komplexnímu zpracování hodnotících škál a znají formální náležitosti, které zahrnují opatření záznamu datem, podpisem, čitelným otiskem razítka, opravy prováděné rovnou vodorovnou čarou, označení všech polí hodnotících škál a správný součet bodů. Po provedení obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace se ukázalo, že v dokumentaci 2 a 3 není záznam opatřen datem, v dokumentaci 4 razítkem a dokumentaci 9 podpisem. Dokumentace 2, 6 a 8 obsahuje jen částečně čitelný a dokumentace 5 nečitelný otisk razítka. Oprava chybných záznamů byla nesprávně provedena v dokumentaci 1, 5, 6, 7, 8 a 10. Neoznačená pole v hodnotících škálách se vyskytovali v dokumentaci 2, 4, 5, 6, 8 a 10 a proto nelze v těchto případech hodnotit správný součet bodů. K nesprávnému sečtení bodů došlo v dokumentaci 9, viz tabulka 3.

Sestry (S1-S5) uvedly provedení prvního screeningu vždy při příjmu pacienta na oddělení, což se potvrdilo u devíti analyzovaných dokumentací. Pouze v dokumentaci 5 došlo k provedení prvního screeningu později. Sestra S3 během rozhovoru uvedla nutnost zpracování hodnotících škál na základě informací získaných od pacienta a ve shodě se záznamy z ošetrovatelské anamnézy. Nesoulad dat uvedených v hodnotících škálách a ošetrovatelské anamnéze byl zjištěn v dokumentaci 3, 4, 5, 6 a 8.

Dále sestry (S1-S5) uvádějí provádění pravidelného rescreeningu jednou týdně. Z výsledků však vyplývá, že v dokumentacích 6, 9, 10 došlo jen k částečnému pravidelnému rescreeningu a v dokumentaci 4 byl rescreening proveden jen sporadicky. V návaznosti na rescreening uvádí aktualizaci plánu ošetrovatelských intervencí jen jedna z oslovených sester (S4) a dle zjištění z ošetrovatelské dokumentace byla provedena aktualizace jen v dokumentaci 3 a 8. V těchto dokumentacích také došlo k plánování intervencí v návaznosti na zjištěná rizika. Lze tedy konstatovat, že práce sester s hodnotícími škálami není prováděna komplexně a úplně. Hodnotící škály by

měly být metodou k zajištění zvýšení kvality péče (Kubátová, 2010). Avšak nesprávným zpracováním hodnotících škál může docházet k nedostatečné péči, která nevede k vyřešení pacientových problémů nebo k péči nadbytečné, jejímž dopadem je demotivace pacienta ke zvládnutí se péče (Kubátová, 2010). Musíme tedy souhlasit s Taliánovou et al.(2013), že je důležité sestry systematicky a efektivně připravovat na práci s hodnotícími škálami již během studia. Vzhledem k již zavedenému používání hodnotících škál v českokrumlovské nemocnici by mohlo být vzdělávání sester v této oblasti prováděno v rámci celoživotního vzdělávání.

Abychom mohli porovnat znalosti a zkušenosti dané problematiky v souvislosti se vzděláním a délkou praxe, provedli jsme záměrný výběr sester. Můžeme konstatovat, že znalosti sester bakalářek jsou rozsáhlejší než všeobecných sester bez vysokoškolského vzdělání. Délkou praxe tyto znalosti nejsou ovlivněny. Z našeho pohledu je více než na délce praxe podstatný postoj oslovených sester k využívání a zpracování hodnotících škál.

## 6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce s názvem Využití hodnotících škál na oddělení následné péče bylo zmapovat rozsah využití hodnotících škál, zaznamenat daná pravidla, která by měla být dodržována při práci s hodnotícími škálami, náhled sester na využití hodnotících škál v praxi a na daná pravidla a následně zjištění, zda jsou tyto pravidla dodržována. Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny čtyři cíle.

Prvním cílem bylo určit rozsah využití hodnotících škál na oddělení následné péče. K tomuto cíli byla položena výzkumná otázka: Jaké hodnotící škály jsou využívány sestrami na oddělení následné péče? K dosažení saturace dat byla využita obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že sestry používají k posouzení zdravotního stavu pacienta škály: Bartelův test základních všedních činností, Přepřacovanou stupnici Nortonové, Rizikové faktory pádu, Hodnocení nutričního stavu a Bolest – hodnocení a monitorace, která obsahuje Vizuelní analogovou škálu, Obličejovou škálu a mapu bolesti.

Druhým cílem bylo popsat obsah jednotlivých hodnotících škál. Výzkumná otázka zněla: Jaké jsou náležitosti jednotlivých hodnotících škál využívaných na oddělení následné péče? K dosažení tohoto cíle byla zvolena metoda obsahové analýzy hodnotících škál. Byly popsány jednotlivé oblasti posouzení, které hodnotící škály obsahují. Dále jsme se zabývali podmínkami jejich komplexního vyhodnocení. Zpracování hodnotících škál by mělo být prováděno u všech pacientů do 24 hodin po přijetí na oddělení, pravidelným rescreeningem jednou týdně a při změně stavu. Formálními náležitostmi každého záznamu je označení datem, podpisem a otiskem razítka osoby provádějící zápis.

Třetím cílem bylo zjistit názor sester na přínos hodnotících škál pro praxi. K tomuto cíli byla formulována výzkumná otázka: Jaké jsou názory sester na využití hodnotících škál na oddělení následné péče? Aby došlo k naplnění tohoto cíle, použili jsme metodu hloubkového rozhovoru, pro který bylo podkladem 21 předem stanovených otevřených otázek. Během rozhovorů byly komunikačním partnerům kladeny doplňující otázky. Analýzou hloubkových rozhovorů bylo zjištěno, že sestry (S2-S5) zaujímají pozitivní a sestra (S1) negativní postoj k prvotnímu screeningu. Záporný názor vyslovily všechny oslovené sestry k provádění pravidelného rescreeningu soběstačných pacientů. Sestry S1 a S2 zaujaly negativní postoj k rescreeningu u všech pacientů.



Čtvrtým cílem bylo vyhodnotit úplnost a komplexnost práce sester s hodnotícími škálami. Výzkumná otázka zněla: Jakým způsobem sestry vyhodnocují hodnotící škály? K saturaci dat došlo za použití tří metod. Analýzou rozhovorů, obsahovou analýzou hodnotících škál a obsahovou analýzou ošetrovatelské dokumentace. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že práce sester s hodnotícími škálami není prováděna komplexně a úplně.

Vzhledem ke zjištění chybného vyhodnocování hodnotících škál proběhl na Oddělení následné péče odborný seminář (viz Potvrzení o provedení školení, příloha 41), prostřednictvím kterého byly sestry seznámeny s hodnotícími škálami, jejich využitím a prací s nimi. Součástí školení byla i prezentace výsledků výzkumného šetření.

Výsledky předkládaného kvalitativního výzkumu nemohou být zevšeobecňovány. Pro verifikaci našich závěrů by bylo vhodné realizovat kvantitativní studii, jejíž cíle by bylo na širším souboru uzavřených nebo otevřených ošetrovatelských dokumentací vyhodnotit úplnost a komplexnost vedení hodnotících škál.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. Akční plán č. 8A. *Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče*, 2015. [online]. MZČR [cit. 2016-10-20]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2008a\\_zaprac%20pripominek%20MPR\\_cervenec15.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2008a_zaprac%20pripominek%20MPR_cervenec15.pdf)
2. BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUGH, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4(6), 561-571, doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
3. BERGSTROM, N., BRADEN, B. J., LAGUZZA, A., HOLMAN, V., 1987. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*. 36(4), 205-210. ISSN 0029-6562.
4. BERKOVÁ, M., BERKA, Z., TOPINKOVÁ, E., 2013. Problematika seniorského věku: Stařecká křehkost, sarkopenie a disabilita. *Practicus*. 12(2), 13-17. ISSN 1213-8711.
5. BÓRIKOVÁ, I., 2008. Pohybová aktivita. In: BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. s. 89-100. ISBN 978-80-8063-270-0.
6. BÓRIKOVÁ, I., TABAKOVÁ, M., 2008. Sebeopatera. In: BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. s. 114-122. ISBN 978-80-8063-270-0.
7. BURDA, P., 2015. Zdravotnická dokumentace. In: BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. *Ošetrovatel'ská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. s. 81-83. ISBN 978-80-247-5333-1.
8. CETLOVÁ, L., DRAHOŠOVÁ, L., TOČÍKOVÁ, I., 2012. *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 121 s. ISBN 978-80-87035-45-0.
9. DEFLOOR, T., GRYPDONCK, M. F., 2005. Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*. 14(3), 373-382, doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01058.x.
10. DOLEŽELOVÁ, I., 2011. Sestra v následné péči včera a dnes. *Florence*. 7(4), 4. ISSN 1801-464X.
11. FLAISIGOVÁ, D., 2013. *Míra využívání testů a škál v ošetrovatel'ské praxi na interním oddělení*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZČU.

12. FOLSTEIN, M., FOLSTEIN S. E., MCHUGH P. R., 1975. Mini-Mental State a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12(3), 189-198, doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
13. FUNNELL, R., KOUTOUKIDIS, G., LAWRENCE, K., 2009. *Tabbner's Nursing Care. Theory and Practice* 5<sup>th</sup>ed. Saint Louise: Elsevier. 974 p. ISBN 9-780-7295-3857-2.
14. GRANGER, C. V., HAMILTON, B. B., LINACRE, J. M. et al., 1993. Performance profiles of the functional independence measure. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 70(2), 84 - 89. ISSN 0894-9115.
15. GUIGOZ, Y., LAUQUE, S., VELLAS, B. J., 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. 4(2), 15-59. ISSN 0738-3991.
16. GUPTA, A., 2008. *Measurement Scales Used in Elderly Care*. Oxford: Redcliffe. 154 p. ISBN 13: 978-184619 266-1.
17. HABERMANN, M., UYS, L. R. et al., 2006. *The nursing process*. London: Elsevier Health Science. 172 p. ISBN 0-443-10191-4.
18. HANDREJCHOVÁ, I., 2011. *Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
19. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *České ošetrovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
20. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S. (eds.), 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložila KUDLOVÁ, P. Praha: Grada. 434 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
21. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2002. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema. 110 s. ISBN nevedeno.
22. HOLMEROVÁ, I. a kol., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
23. HOLUBOVÁ, J., 2011. Rehabilitační ošetrovatelství. In: VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. s.78-105. ISBN 978-80-247-3419-4.

24. HUDÁČKOVÁ, A., 2014a. Vyhodnocení-5.fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. s. 123-134. ISBN 978-80-7387-785-9.
25. HUDÁČKOVÁ, A., 2014b. Dokumentace ošetrovatelské péče. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. s. 135-143. ISBN 978-80-7387-785-9.
26. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
27. INOUYE, S. K., VAN DYCK, C. H., ALESSI, C. A., BALKIN, S., SIEGAL, A. P., HORWITZ, R. I., 1990. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*. 113(12), 941-948. ISSN 0003-4819.
28. JIRÁK, R., 2004a. Hodnocení psychických funkcí seniorů. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 183-189. ISBN 80-247-0548-6.
29. JIRÁK, R., 2004b. Deliria u pacientů vyššího věku. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 258-263. ISBN 80-247-0548-6.
30. JIRÁK, R., 2004c. Poruchy afektivity ve stáří. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 554-557. ISBN 80-247-0548-6.
31. KAISER, M. J., BAUER, J. M., RAMSCH, C. et al., 2009. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 13(9), 782-788, doi:10.1007/s12603-009-0214-7
32. KALVACH, Z., 2004. Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 196-201. ISBN 80-247-0548-6.
33. KALVACH, Z., DRBAL, C., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., 2008a. Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. s. 21-33. ISBN 978-80-247-2490-4.
34. KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P., JURÁŠKOVÁ, B., ŠNEJDRLOVÁ, M., 2008b. Geriatrické syndromy. In: KALVACH, Z., ZADÁK,

- Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. s. 141-145. ISBN 978-80-247-2490-4.
35. KALVACH, Z., KOJANOVÁ, M., VOHRADNÍKOVÁ, O., 2004. Dekubity, proleženiny otlaky. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 233-240. ISBN 80-247-0548-6.
36. KALVACH, Z., RYCHLÝ, L., 2004. Pojetí komplexního geriatrického hodnocení. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 165-170. ISBN 80-247-0548-6.
37. KALVACH, Z., ŠVESTKOVÁ, O., 2004. Geriatrická ergoterapie. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 423-433. ISBN 80-247-0548-6.
38. KONDRUP, J., RASMUSSEN, H. H., HAMBERG, O., STANGA, Z. AN AD HOC ESPEN WORKING GROUP, 2003. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*. 22(3), 321-336, doi: 10.1016/S0261-5614(02)00214-5.
39. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., 1995. *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
40. KRAJČÍK, Š., 2008. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatricii*. Bratislava: Charis. 192 s. ISBN 978-80-88743-72-9.
41. KUBÁTOVÁ, J., 2010. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
42. LAWTON, M. P., BRODY, E. M., 1969. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3),179-186. ISSN 0016-9013.
43. MAHONEY, F. L., BARTHEL, D. W., 1965. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14, 56-61. ISSN 0025-4363.
44. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D., 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Zdravotně sociální fakulta. 86 s. ISBN 80-7368-030-0.

45. MASKÁLOVÁ, E., 2008. Dýchanie. In: BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. s. 41-47. ISBN 978-80-8063-270-0.
46. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
47. MATHIAS, S., NAYAK, U. S., ISAACS, B., 1986. Balance in elderly patients the “get-up and go” test. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 67(6), 387–389. ISSN 0003-9993.
48. MEEK, G., 2017. Nursing process: framework. In: KOUTOUKIDIS, G., STAITON, K., HUGHSON, J. et al. *Tabbner's Nursing Care. Theory and Practice 7<sup>th</sup>ed*. Australia: Elsevier. p. 322-329. ISBN 13: 978-0729542272.
49. MELZACK, R., 1975. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1(3), 275-299, doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5.
50. Metodické opatření č. 12. Koncepce následné lůžkové zdravotní péče, 1998. [online]. [cit. 2016-10-18]. In: *Věstník MZd*. částka 9. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf>
51. Metodické opatření MZČR. Koncepce ošetrovatelství, 2004. [online]. MZČR [cit. 2016-10-18]. In: *Věstník MZČR*, částka 9. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/koncepce-osetrovatelstvi\\_9584\\_3196\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/koncepce-osetrovatelstvi_9584_3196_3.html)
52. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 247 s. ISBN 80-247-1442-6.
53. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 91 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
54. Následná péče, © 2017. Nemocnice Český Krumlov, a.s. [online]. © 2011 - 2017 [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: <http://www.nemck.cz/index.php/cs/hospitalizace/nasledna-pece>
55. NASREDDINE, Z. S., PHILLIPS, N. A. et al., 2005. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 53(4), 695-699. ISSN 1532-5415.

56. NORTON, D., MCLAREN, R., EXTON-SMITH, A. N., 1962. Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. *National Corporation for the Care of Old People*. London: Churchill Livingstone. 248 p. ISBN 13: 978-0443012761.
57. NOVÁKOVÁ, D., 2014. Potřeby člověka a posuzování funkčních schopností člověka jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. s. 159-172. ISBN 978-80-7387-785-9.
58. PARK, S. H., 2017. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*. 29(2), 1-16, doi: 10.1007/s40520-017-0749-0.
59. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
60. POKORNÁ, A. a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
61. POLEDNÍKOVÁ, L. a kol., 2009. Sestra a senior při strate sebaopatery. *Kontakt*. 1(1), 124-130. ISSN 1212-4117.
62. REISBERG, B., FERRIS, S. H., DE LEON, M. J., CROOK, T., 1982. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*. 139(9), 1136-1139, doi: 10.1176/ajp.139.9.1136.
63. RUBENSTEI, L. Z., WIELAND, D., BERNABEI, R., 1995. Geriatric assessment technology: International research perspectives. *Aging clinical and experimental research*. 7(3), 157-158, doi: 10.1007/BF03324306.
64. SAVAGE, R. D., BRITTON P. G., 1967. A Short Scale for the Assessment of Mental Health in the Community Aged. *The British Journal of Psychiatry*. 113(498), 521-523, doi: 10.1192/bjp.113.498.521
65. SEDLÁŘOVÁ, P., 2011. Výživa a stravování nemocných In: VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. s. 168-191. ISBN 978-80-247-3419-4.
66. SHAH, S., VANCLAY, F., COOPER, B., 1989. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*. 42(8), 703 – 709, doi: 10.1016/0895-4356(89)90065-6.
67. SHANNON, M. L., SKORGA, P., 1989. Pressure ulcer prevalence in two general hospitals. *Decubitus*. 2(4), 38-43. ISSN 0898-1655.

68. SHEIKH, J. I., YESAVAGE, J. A., 1986. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 5(1-2), 165-173. ISSN 0731-7115.
69. SHULMAN, K. I., SHEDLETSKY, R., SILVER, I. L., 1986. The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1(2), 135-40, doi: 10.1002/gps.930010209.
70. SCHEFFER, B. K., RUBENFELD, M. G., 2000. A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*. 39(8), 352-359. ISSN 0148-4834.
71. SCHUURMANS, M. J., SCHORTRIDGE-BAGGETT, L. M., LUURSMAN, S. A., 2003. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument of delirium. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2003. 17(1), 31-50. ISSN 1541-6577.
72. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
73. SOLOMON, P. R., HIRSCHHOFF, A., KELLY, B., RELIN, M., BRUSH, M., DEVEAUX, R. D., PENDLEBURY, W. W., 1998. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimers disease. *Archives of Neurology*. 55(3), 349-355. ISSN 0003-9942.
74. STAŇKOVÁ, M., 2001. *České ošetrovatelství 6. Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCO NZO v Brně. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
75. SVAČINA, Š. a kol., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
76. SVOBODOVÁ, D., 2007. *Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. [online]. ČAS 2007 [cit. 2016-10-24]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2007\\_0003.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf)
77. ŠATEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., ZELENÍKOVÁ, R., 2016. Predictive validity of the Braden Scale, Norton Scale, and Waterlow Scale in the Czech Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 6(3), 283-290, doi: 10.15452/CEJNM.2015.06.0017.
78. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 196 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
79. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 375 s. ISBN 978-80-7367-313-0.



80. TALIÁNOVÁ, M., JEDLINSKÁ, M., MORAVCOVÁ, M., 2013. Využití měřících a hodnotících škál v ošetrovatelství. [online]. © 2016 Osveta [cit. 2016-11-9]. In: *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* 3(1), 25-30. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-osetrovatelstvi>
81. TINETTI, M. E., 1986. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 34(2), 119-126. ISSN 0002-8614.
82. TOMAGOVÁ, M., 2011. Ošetrovatelský proces. In: PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetrovatelství I: historie - vzdělávání - současné ošetrovatelství - role sestry a nemocného - ošetrovatelský proces - konceptuální modely a teorie - klasifikační systémy - výzkum - praxe založená na důkazech*. Praha: Grada. s. 105-128. ISBN 978-80-247-3557-3.
83. TOPINKOVÁ, E., 2003. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká gerontologická revue*. 1, 6-11. ISSN 1214-0732.
84. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
85. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J., 1993. Skriningový test mobility v diagnostice a prevenci pádů ve stáří. *Rehabilitácia*. 26(2), 97-102. ISSN 0375-0922.
86. TÓTHOVÁ, V., 2014a. Konspekt ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. s. 13-36. ISBN 978-80-7387-785-9.
87. TÓTHOVÁ, V., 2014b. Zhodnocení zdravotního stavu pacienta - 1.fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. s. 37-61. ISBN 978-80-7387-785-9.
88. TÓTHOVÁ, V., 2014c. Diagnostika - 2.fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. s. 63-88. ISBN 978-80-7387-785-9.
89. TÓTHOVÁ, V., 2014d. Plánování - 3.fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. s. 89-105. ISBN 978-80-7387-785-9.

90. TÓTHOVÁ, V., 2014e. Realizace - 4.fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. s. 107-120. ISBN 978-80-7387-785-9.
91. TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN-13: 978-80-7013-553-2.
92. TUČEK, J., CHODURA, V., 2005. *Psychiatrie*. 3. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 89 s. ISBN 80-7040-786-7.
93. VALENTA, J., 2007. Kardiovaskulární chirurgie. In: VALENTA, J. a kol. *Základy chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén. s. 181-195. ISBN 978-80-7262-403-4.
94. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 110 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
95. VOJTÍŠEK, P., 2012. *Výzkumné metody. Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní. 54 s. ISBN 978-80-905109-3-7.
96. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada. 87 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
97. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015a. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
98. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015b. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5304-1.
99. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012. [online]. MvČR [cit. 2016-10-18]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 39, s. 1666 – 1685. Dostupné z : [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=98/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=98/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
100. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. Organizace práce sestry. In: VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. s.13-26. ISBN 978-80-247-3419-4.
101. WATERLOW, J., 1985. Pressure sores: A risk assessment card. *Nursing Times* 81(48), 49-55. ISSN 0954-7762.
102. ZACHAROVÁ, E., 2013. *Základy zdravotnické psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita. 100 s. ISBN 978-80-7464-275-3.

103. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011. [online]. MvČR [cit. 2016-10-18]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 131. s. 4370–4801. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
104. ZANOVITOVÁ, M., 2008a. Výživa. In: BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. s. 89-100. ISBN 978-80-8063-270-0.
105. ZANOVITOVÁ, M., 2008b. Bolesť. In: BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. s. 107-114. ISBN 978-80-8063-270-0.
106. ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š. a kol., 2016. *Farmakoterapie v geriatrici*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.

## 8 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 CD ROM Modifikovaný test Barthelové
- Příloha 2 CD ROM Funkční míra nezávislosti
- Příloha 3 CD ROM Test instrumentálních všedních činností
- Příloha 4 CD ROM Test ošetrovatelské zátěže
- Příloha 5 CD ROM Test vývoje soběstačnosti
- Příloha 6 CD ROM Základní nutriční screening
- Příloha 7 CD ROM Mini Nutritional Assessment
- Příloha 8 CD ROM Nottinghamský screeningový systém
- Příloha 9 CD ROM Vizuální analogová škála bolesti
- Příloha 10 CD ROM Face Scale
- Příloha 11 CD ROM Krátký inventář bolesti
- Příloha 12 CD ROM Mapa bolesti dle Margolese
- Příloha 13 CD ROM McGillovský dotazník bolesti
- Příloha 14 CD ROM Pain Assessment In Advanced Dementia
- Příloha 15 CD ROM Mini Mental State Examination
- Příloha 16 CD ROM Montreal Cognitive Assessment
- Příloha 17 CD ROM Clock Drawing Test
- Příloha 18 CD ROM Sedmiminutový screeningový test
- Příloha 19 CD ROM Ischemické skóre podle Hachinského hodnotí příznaky demence
- Příloha 20 CD ROM Confusion Assessment Method
- Příloha 21 CD ROM The Delirium Observatin Screening
- Příloha 22 CD ROM Nelson, Schampagne - NEECHAM
- Příloha 23 CD ROM Škála deprese pro geriatrické pacienty podle Yessavage
- Příloha 24 CD ROM Mobility Screening test podle Topinkové a Neuwirtha
- Příloha 25 CD ROM Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové
- Příloha 26 CD ROM Škála podle Waterlowa
- Příloha 27 CD ROM Riziko vzniku žilní trombózy
- Příloha 28 CD ROM Riziko plicní embolie
- Příloha 29 CD ROM Biensteinova škála
- Příloha 30 CD ROM Downes score
- Příloha 31 Písemné svolení k výzkumnému šetření
- Příloha 32 Seznam otázek k rozhovoru

Příloha 33	CD ROM	Přepisy rozhovorů
Příloha 34		Metoda kódování v ruce
Příloha 35		Bartelův test základních všedních činností
Příloha 36		Přepřacovaná stupnice Nortonové
Příloha 37		Rizikové faktory pro vznik pádu
Příloha 38		Hodnocení nutričního stavu
Příloha 39		Bolest – hodnocení a monitorace
Příloha 40		Záznamový arch
Příloha 41		Potvrzení o provedení školení

## **9 SEZNAM ZKRATEK**

7MST	7Minute Screen
ADA – cog.	Alzheimers Disease Assessment Scale – cognitive
ADL	Aktiviy of Daily Living
AIDL	Instrumental Activities of Daily Living
BDI	Beck Depression Inventory
BMI	Body Mass Index
BPI	Brief Pain Inventory
CAM	Confusion Assessment Method
CDR	Clinical Dementia Raiting
CDT	Clock Drawing Test
CGA-	Comprehensive Geriatric Assessment
DOS	The Deliriu Observatin Screening
FIM	Functional Independente Measures
FPS	Functional Pain Scale
GDS	Global Deterioration Scale
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment Short Form
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MPQ	McGillov Pain Quetionary
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis
NEECHAM	Neelson, Schampagne
NTS 2002	Nutritional Risk Screening 2002
PAINAD	Pain Assessmant In Advanced Dementia

TVS      Test vývoje soběstačnosti

VAS      Visual Analogue Scale

## Příloha 31 Písemné svolení k výzkumnému šetření

Jindřlová Lenka  
Vyšehrad 183  
381 01 Český Krumlov

Český Krumlov 24. 2. 2017

Věc: Povolení k provedení výzkumu na oddělení následné péče k bakalářské práci.

Vážená p. Jindřlová,

na základě Vaší žádosti ze dne 23. 2. 2017, Vám povoluji provést na oddělení následné péče Nemocnice Český Krumlov a. s., výzkumné šetření k bakalářské práci na téma: Využití hodnotících škál na oddělení následné péče.

S pozdravem

Mgr. Mária Vyhřídálová  
NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s.  
Nemocniční 429, Horní Brána  
381 01 Český Krumlov  
Mgr. Mária Vyhřídálová  
hlavní sestra  
Tel. 380 761 168, mobil: 777 741 117

Zdroj: Nemocnice Český Krumlov, a.s.



## Příloha 32 Seznam otázek k rozhovoru

1. Jaký je váš věk?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je délka vaší praxe? Na kterých odděleních jste během své praxe pracovala?
4. Jaké hodnotící škály používáte v praxi a na které oblasti posouzení zdravotního stavu pacienta a vyhodnocení možného rizika jsou zaměřeny Vámi využívané hodnotící škály?
5. S jakými jinými hodnotícími škálami jste se v praxi seznámila?
6. V čem podle vás spočívá význam hodnotících škál?
7. U kterých pacientů používáte hodnotící škály?
8. Jakým způsobem sbíráte informace o pacientovi, na základě kterých pracujete s hodnotícími škálami?
9. V čem podle vás spočívají výhody a nevýhody hodnotících škál?
10. Jak je pro vás časově náročná práce s hodnotícími škálami a jak často s nimi pracujete?
11. Jaké jiné oblasti zdravotního stavu pacienta nejsou posuzovány pomocí hodnotících škál na vašem oddělení a dle vašeho mínění by měly?
12. U kterých hodnotících škál provádíte rescreening?
13. Jak často a kdy (v jakých situacích) provádíte rescreening pacientů?
14. Kdo na vašem pracovišti provádí rescreening a u kterých pacientů se provádí?
15. Jak vám jsou nápomocny hodnotící škály při plánování intervencí?
16. Pokud po přehodnocení hodnotících škál plánujete nové intervence a mění se ošetrovatelský plán, koho na tyto skutečnosti upozorníte?
17. Popište vámi využívané hodnotící škály. Jaké položky musí být vyplněny, aby došlo ke správnému a platnému vyhodnocení?
18. S jakými problémy jste se setkala při vyhodnocování hodnotících škál?
19. Jaké máte možnosti, rozšířit si znalosti ohledně hodnotících škál a máte zájem o to si je rozšiřovat?
20. Jakým způsobem hodnotíte bolest u pacienta? Kdy zavádíte záznam hodnocení bolesti u pacienta a jak často provádíte tento záznam?
21. Jaký přínos má pro vás využívání hodnotících škál na vašem oddělení? A co si myslíte o jejich využívání?

Zdroj: Vlastní výzkum

## Příloha 34 Metoda kódování v ruce

R3

to jde taky rychle. Jako není to časově náročné, spíš o těch nočních unavující a psát papíry mě moc nebaví.

11. Jaké jiné oblasti zdravotního stavu pacienta nejsou posuzovány pomocí hodnotících škál na vašem oddělení a dle Vašeho mínění by měly? **KATEGORIE 4**

Vzhledem k tomu, že pracujeme se starými lidmi a bývají často zmatení a někdy i depresivní, tak něco na posouzení psychiky a na zjištění toho jak se orientují v čase a místě. Kolikrát mi to přijde, že je člověk orientovaný, vypráví mi něco s takovým přesvědčením a pak přijde rodina, povídáme si a najednou zjistím, že se to stalo před lety nebo to ani není pravda. Tak to jo, to bych tam u nás něco takového uvítala.

NA ZBOR

PSYCHIKA  
-> ORIENTACE

12. U kterých hodnotících škál a pacientů provádíte rescreening?

To děláme u všech pacientů. Bartliv test, Nortonovu, Nutriční screening a pád. Pokud má pacient zavedenou bolest, tak tu taky přehodnocujeme.

13. Jak často a kdy (v jakých situacích) provádíte rescreening pacientů? **KATEGORIE 6**

Jednou týdně a potom pokud dojde k pádu nebo se změní něco u pacienta. Jako, že se zhorší nebolepší jeho stav. Tedy tak se to má dělat, ale přehodnocujeme jen pravidelně jednou týdně. Většinou, když se někdo zhorší, uděláme jen zápis do dekuru a u pádu se sepíše, mimořádně hlášení.

FAKTA

AKTIVNĚ  
PŘI ZHENĚ  
NEDELA!

14. Kdo na vašem pracovišti provádí rescreening?

Sestra, která má zrovna noční směnu, a vyjde to na ni. Ale je to dost nešťastný. Mělo by se to dělat přes den. Ale to zase nebývá dost času a při noční není zase dost síly. To si nevybereme. Je to tak, jak to je.

NA ZBOR

KATEGORIE 6

15. Jak Vám jsou nápomocny hodnotící škály při plánování intervencí? **KATEGORIE 5**

Po jejich vyhodnocení už plánuji péči automaticky. Když vyjde riziko dekabitu, zavedu polohování a kontroly předlékání místa. Pokud pacientovi vyjde index v nutričním screeningu nad 2, zadám to do počítače a tím pádem je informovaný nutriční terapeut. Při možnosti, že by pacient mohl spadnout, vezmu hned náramek a dám ho pacientovi na zápěstí. Také pokud se špatně pohybuje, domluvíme se s ním a na noc zvednu zábrany a dám mu zvonek tak, aby na něj dosáhl. A pacienty, kteří se špatně pohybuji, si ukládáme na pokoje blízko sesterny a snažím se u těchto pacientů o zvýšený dohled.

INTERVENCE

NOČNÍKA  
POLOHOVACÍ  
PŘEDLEKÁNÍ MÍST  
NUTRIČNÍ TERAPIE  
PÁD  
FRANČENÍ  
ZÁBRANY  
SIGNÁL  
DOHLED  
POLOŽKY U SESTER  
ČASTE! KONTROLY  
DOPROVOD PŘI CHŮZI

časté kontroly a doprovod při chůzi. Nemám ráda, když mi někdo na směně spadne.

Přidělává mi to práci, tak se snažím udělat všechno proto, aby k ničemu takovému nedošlo... No a podle Bärzela vím, v čem pacientovi pomoci. Jestli potřebuje WC kreslo u lůžka nebo pomoc s hygienou a oblékáním. Také jestli mu dáme jídlu na jídelnu, pokoj nebo až k posteli a taky vím, jestli ho musím nakrmit nebo se najít sám.

V podstatě podle škál mohu naplánovat většinu věcí, které budeme u pacienta dělat.

BÄRZEL  
JAKO  
PŘI DEKUR  
CI MOŽE!

16. Pokud po přehodnocení hodnotících škál plánujete nové intervence a mění se ošetrovatelský plán, koho na tyto skutečnosti upozorníte? **KATEGORIE 5**

Všechny, sanitáře, sanitárky, ošetrovatelky a sestry. Měly by o tom vědět všichni z personálu.

TAJNA

OŠETROVATEL  
PERSONAL

17. Popište Vám využívané hodnotící škály. Jaké položky musí být vyplněny, aby došlo ke správnému a platnému vyhodnocení? **KATEGORIE 1**

Tak v Bärzelově testu jsou to činnosti, které pacient zvládá jako je, najíst se a nepít, umýt se, obléknout, použít WC, přesehnout z postele na židli, chůze po rovině a po schodech. U dekabitu se hodnotí věk, jakou má pacient káči, přidružená onemocnění, psychický stav, aktivita, tam se vybere, jestli chodí nebo ne pak pohyblivost na posteli a inkontinence moči a stolice. U pádu se zaškrtnou, jestli pacient spall nebo je po operaci, pak věk myslím, že se tam píše 70 let a starší, užívání léků, hypotenze, závrte a epilepsie. Jo a pohyblivost a taky zmatenost. U nutriční se spočítá BMI a pak podle výsledku zaškrtnu u věku nebo když nejde spočítat, tak je tam na výběr možnost, nete spočítat. Hubnutí a faktor stresu. A pak máme bolest tam je nakreslený človíček, na kterém se označí křížkem místo, kde to pacienta bolí. Pak jsou tam obličejové výrazy, podle kterých se dá hodnotit nebo číselná stupnice od nuly do pěti. A ještě políčka kam se vypisuje datum, hodina a stupeň bolesti a co jsme mu podaly na bolest. Určitě jsem na něco zapomněla, ale asi jsem řekla většinu: toho co v nich je. Vyplněné musí být úplně vše. V každé kolonce musím zaškrtnout vybranou možnost, správně spočítat body, označit datem a pak razítkem a podpisem. A aby to bylo správné, tak musím všechny políčka označit taky přesně podle toho jak na tom ten pacient je, kolikrát je to špatné a pak není ani výsledek takový jaký by měl být.

BÄRZELOVA  
NORTONOVA  
PÁD  
NUTRIČNÍ  
SCREENING

Doplňující otázka: Co máte na mysli poslední zmíněnou větou?

Aby bylo správné vyhodnocené riziko, musím označit všechny políčka podle získaných informací o stavu pacienta. Někdy zjistím, že je ve škole špatně označené onemocnění.

PODÍVAT SE  
PŘI DEKURACI  
PLATNOST, SPRÁVNOST

Příloha 35 Bartelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activities of Daily Living)			
	činnost	provedení činnosti	bodové skóre*
1.	příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>CELKEM</b>			
<b>Hodnocení stupně závislosti:**</b>			
ADL 4	0 - 40 bodů	vysoce závislý	
ADL 3	45 - 60 bodů	závislost středního stupně	
ADL 2	65 - 95 bodů	lehká závislost	
ADL 1	96 - 100 bodů	nezávislý	
* zaškrtněte jednu z možností			
** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku			
Datum/ body			

Zdroj: Nemocnice Český Krumlov, a.s.

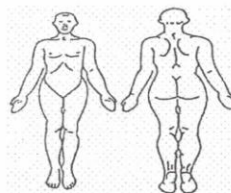
## Příloha 36 Přepřacovaná stupnice Nortonové



Nemocnice Český Krumlov, a.s.  
 Nemocniční 429  
 38127 Český Krumlov  
 Česká republika  
 T +420 380 761 111  
 F +420 380 711 464  
 www.nemck.cz

### Hodnocení rizika vzniku dekubitu

místo pro identifikační štítek



#### Dekubity

(stupeň zakreslit na příslušné místo červeně)

- I. Zarudnutí, lok. zduření, bolest
- II. Tvorby puchýřků, poškození kůže a podkoží
- III. Hluboké poškození kůže – nekróza
- IV. Dekubitální vřed

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

#### Další týdny

Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	BODY
BODY										

Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	BODY
BODY										

Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	BODY
BODY										

Zdroj: Nemocnice Český Krumlov, a.s.



Příloha 37 Rizikové faktory pro vznik pádu

Identifikační štítek	<b>RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK PÁDU</b>	
<input type="checkbox"/> věk 70 let a více <input type="checkbox"/> pád v anamnéze + pád na oddělení (datum) <input type="checkbox"/> pooperační období (prvních 24 hodin) <input type="checkbox"/> závratě, hypotenze <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> zrakový problém <input type="checkbox"/> celkové zhoršení stavu <input type="checkbox"/> problém s pohyblivostí <input type="checkbox"/> dezorientace <input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertenziva, laxantia)		
<b>CELKEM</b>		
0 - 1 BEZ RIZIKA		
2 - 10 RIZIKO VZNIKU PÁDU		
DATUM	OPATŘENÍ PROTI PÁDU	PODPIS

Zdroj: Nemocnice Český Krumlov, a.s.

Příloha 38 Hodnocení nutričního stavu



Nemocnice Český Krumlov, a.s.  
 Nemocniční 429  
 38127 Český Krumlov  
 Česká republika  
 T +420 380 761 111  
 F +420 380 711 464  
 www.nemck.cz

Identifikační štítek		HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU (vyšetření sestrou )		
DNE:	0 bodů	1 bod	2 body	hodnocení
<b>BMI:</b> mladší než 70 let starší než 70 let nelze spočítat	20 - 35 22 - 35 -	18,5-20,5, nad 35 20-22, nad 35 1 bod	pod 18,5 pod 20,0 -	
nechtěně zhubnutí za 3 - 6 měsíců a dále hubne	pod 5 kg	nelze zjistit 5 - 10 kg	více než 10 kg	
celkový příjem stravy za den	beze změny v obvyklém množství	mírné nechutenství	jí občas nebo nejlí	
faktor stresu	žádný	střední faktor stresu	vysoký faktor stresu	
<b>součet bodů</b>				
kontaktován NT dne		ANO	NE	jmenovka a podpis sestry


DNE:	0 bodů	1 bod	2 body	hodnocení
<b>BMI:</b> mladší než 70 let starší než 70 let nelze spočítat	20 - 35 22 - 35 -	18,5-20,5, nad 35 20-22, nad 35 1 bod	pod 18,5 pod 20,0 -	
dále hubne	pod 5 kg	nelze zjistit 5 - 10 kg	více než 10 kg	
celkový příjem stravy za den	beze změny v obvyklém množství	mírné nechutenství	jí občas nebo nejlí	
faktor stresu	žádný	střední faktor stresu	vysoký faktor stresu	
<b>součet bodů</b>				
kontaktován NT dne		ANO	NE	jmenovka a podpis sestry

\* součet bodů      0 - 2      bez intervence  
                          3 - 8      kontaktuj NT

\* střední faktor stresu - chronická onemocnění,DM,nekomplikovaný chirurgický výkon  
 \* vysoký faktor stresu - akutní dekompenzované onemocnění,rozsáhlý chirurgický výkon,  
 nádorové onemocnění

Zdroj: Nemocnice Český Krumlov, a.s.

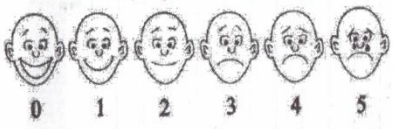
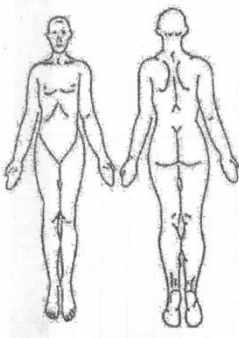
## Příloha 39 Bolest – hodnocení a monitorace



Nemocnice Český Krumlov

Nemocnice Český Krumlov, a.s.  
 Horní Brána 429  
 381 27 Český Krumlov  
 Česká republika  
 T: +420 380 761 111  
 F: +420 380 711 464  
 www.nemock.cz

místo pro nalepení štítku

<b>BOLEST - HODNOCENÍ A MONITORACE</b>	<b>Intenzita bolesti (škála 0-5)</b>																																																																																																																																																																																										
<p style="text-align: center; font-size: small;"><b>Škála bolesti pro geriatrické a dětské pacienty</b></p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>0 bez bolesti</b></li> <li><b>1 mírná bolest</b> (přivede pozornost, uvědomí si ji)</li> <li><b>2 nepříjemná bolest</b> (ze jí tolerovat, ignorovat)</li> <li><b>3 intenzivní</b> (ruší spánek, nelze se soustředit, nutí k častým změnám polohy)</li> <li><b>4 krutá bolest</b> (vyčerpává)</li> <li><b>5 nesnesitelná bolest</b> (pacient schvácen bolestí, hlasitě nařká, křičí)</li> </ul>																																																																																																																																																																																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 10%;">datum</th> <th style="width: 15%;">čas podání a stupeň</th> <th style="width: 15%;">analgetikum</th> <th style="width: 15%;">dávka</th> <th style="width: 15%;">čas zhodnocení a stupeň</th> <th style="width: 10%;">hodnota</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	datum	čas podání a stupeň	analgetikum	dávka	čas zhodnocení a stupeň	hodnota																																																																																																																																																																																				
datum	čas podání a stupeň	analgetikum	dávka	čas zhodnocení a stupeň	hodnota																																																																																																																																																																																						

Zdroj: Nemocnice Český Krumlov, a.s.

Příloha 40 Záznamový arch

DOKUMENTACE	1	2	3	4	5
	HODNOCENÍ				
<b>KONTROLNÍ KRITÉRIA</b>					
1. Je na oddělení dostupný platný interní předpis pro vedení hodnotících škál?					
2. Je proveden záznam v hodnotících škálách kompetentní osobou?					
3. Využívají se hodnotící škály k posouzení všech oblastí zdravotního stavu pacienta?					
4. Používají se hodnotící škály u pacienta?					
5. Vyhodnocují se hodnotící škály u pacienta nejpozději do 24 hod po příjmu pacienta na oddělení?					
6. Jsou hodnotící škály vyplněny na základě informací získaných od pacienta (ve shodě se záznamy z ošetřovatelské anamnézy)?					
7. Je formulář hodnotících škál opatřen datem vyplnění?					
8. Je záznam v hodnotících škálách opatřen podpisem a otiskem razítka?					
9. Je otisk razítka čitelný?					
10. Je proveden záznam do hodnotících škál propisovací tužkou?					
11. Je oprava chybných záznamů prováděna rovnou vodorovnou čarou?					
12. Jsou označena všechna pole v hodnotících škálách?					
13. Je proveden správný součet bodů v hodnotících škálách?					
14. Provádí se rescreening u pacienta?					
15. Provádí se rescreening v pravidelných intervalech?					
16. Provádí se rescreening vždy při změně zdravotního stavu pacienta?					
17. Provádí se rescreening všech využívaných hodnotících škál?					
18. Aktualizuje sestra plán ošetřovatelských činností v návaznosti na rescreening hodnotících škál?					
19. Plánuje sestra u pacienta ošetřovatelské intervence v návaznosti na zjištěná rizika?					
20. Je veden polohovací záznam u pacienta s rizikem vzniku dekubitu?					
21. Je provedena nutriční intervence lékařem nebo nutričním terapeutem u pacienta s rizikem vzniku malnutrice?					
22. V případě, že pacient udá na VAS škále bolest vyšší než 3, je zavedena sestrou monitorace bolesti?					
23. V případě, že je pacient v riziku pádu, navrhuje sestra preventivní ošetřovatelské intervence, které minimalizují riziko pádu?					
<b>Hodnocení plnění kritérií</b> Zcela splněno ++ Částečně splněno + Zcela nesplněno – Nelze hodnotit /					

Zdroj: Vlastní výzkum



## Příloha 41 Potvrzení o provedení odborného semináře

Jindřlová Lenka  
Vyšehrad 183  
381 01 Český Krumlov

Český Krumlov 20.4.2017

Věc: Potvrzení o provedení edukačního školení

Potvrzuji, že dne 20.4.2017 proběhlo na oddělení následné péče školení s využitím PowerPoint prezentace na téma: Hodnoticí škály, které vedla p. Jindřlová. Všeobecné sestry byly seznámeny s hodnoticími škálami, jejich využitím a práce s nimi. Součástí školení byla prezentace výsledků výzkumného šetření provedeného k bakalářské práci na téma: Využití hodnotících škál na oddělení následné péče.

S pozdravem

**NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s.**  
Nemocniční 429, Horní Brána  
381 01 Český Krumlov  
Mgr. Mária Vyhlídalová  
hlavní sestra  
Tel. 380 761 168, mobil: 777 741 117

*20.4.2017*

Zdroj: Nemocnice Český Krumlov, a.s.