



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Hodnotící škály v ošetrovatelském procesu u dětí

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Anna Benediktová

**Vedoucí práce:** Mgr. Milena Mágrová

České Budějovice 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Hodnotící škály v ošetrovatelském procesu u dětí*“ 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 8.8.2023

.....

*podpis*

### **Poděkování**

V první řadě bych chtěla velmi poděkovat vedoucí této bakalářské práce paní Mgr. Mileně Mágrové. A to především za trpělivost, ochotu, energii a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině za podporu a pevné nervy během bakalářského studia na JČU.

# **Hodnotící škály v ošetrovatelském procesu u dětí**

## **Abstrakt**

### **Současný stav**

Ošetrovatelský proces je nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče v pediatrii. Tento proces obsahuje mnoho jednotlivých složek, které dovedou společně vytvořit celek, který nejen napomáhá sestřím, ale také zpřijemňuje pacientům pobyt v nemocničních zařízeních. Jednou ze složek jsou hodnotící a měřící škály. Ty mohou být zaměřené na bolest, vědomí, nutrici či riziko pádu.

### **Cílem práce**

Bylo zorientovat se v hodnotících a měřících škálách v pediatrii a zjistit jejich uplatnění v ošetrovatelském procesu na vybraných pracovištích dětských odděleních. Nejprve jsme zjišťovali, jaké hodnotící škály lze uplatnit v ošetrovatelském procesu u dětí. Poté následovaly rozhovory, ve kterých jsme se zaměřili na hodnotící škály používané na vybraných pracovištích a jak sestry nahlízejí na používání hodnotících škál.

### **Metodika**

Výzkum probíhal ve dvou fázích. V první fázi jsme vyhledávali v odborné literatuře hodnotící a měřící škály v pediatrii. V druhé fázi jsme prováděli hloubkové rozhovory, které se uskutečnily se sestrami, které pracujícími na standardních odděleních nebo na JIP. Výzkumné šetření bylo zpracované formou vyhledávání informací z literatury a také za pomoci hloubkových rozhovorů se sestrami na námi vybraných odděleních. Sběr dat probíhal od ledna do června roku 2023. Všechny rozhovory byly nahrány na diktafon a následně přepsány do programu MS Word. K analýze a kódování dat byla použita metoda „tužka papír“. Následně byla data rozčleněna na celky, ke kterým byly přiřazeny příslušné kódy a ty byly seskupovány do kategorií. Tyto kategorie a podkategorie byly následně zpracovány do přehledných schémat a podrobně popsány.

### **Výsledky**

Z výzkumu jsme zjistili, že na hodnocení bolesti je mnoho škál, a ne všechny lze aplikovat na stejný věk. Na každou ze škál je navíc potřebné vyhledat správnou tabulku či techniku a každá je ve výsledku jinak hodnocená. Sestry znají hodnotící škály, které využívají na odděleních a vědí, k čemu slouží, ale neznají jejich přesné názvy, nýbrž



spíše obecné k dané hodnotící problematice. Většina sester mluvila na obecné rovině, jako například „hodnocení bolesti“, „hodnocení rizika pádu“, „hodnocení vědomí“. Ne všechna pracoviště využívají stejné hodnotící techniky a ani všechny stejné hodnotící oblasti.

### **Závěr**

Z výsledků vyplývá, že hodnotící škály jsou nezbytnou součástí ošetrovatelské dokumentace. Bylo použito již mnoho hodnotících škál, tudíž si většina oddělení dovede vybrat jednu, která jim na danou problematiku bude vyhovovat a také to tak námi vybraná pracoviště učinila. Důležité je však zvolit tu správnou s ohledem na věk a psychomotorický vývoj dítěte.

Tato bakalářská práce může být využita v teoretické i praktické části výuky v Pediatrickém ošetrovatelství. Hodnotící techniky lze využít při odborné praxi na daných pracovištích nebo můžeme nabídnout hodnotící škálu na hodnocení bolesti, kterou jsme vymysleli. Mohla by pomoci sestrám v diagnostikování a určování stupně bolesti u všech věkových kategoriích.

### **Klíčová slova**

Hodnotící škála; pediatrie; ošetrovatelský proces; ošetrovatelská dokumentace; dítě; dětská sestra

# **Scale assessment in nursing process for children**

## **Abstract**

### **Introduction**

The nursing process is an integral part of quality nursing care in paediatrics. This process contains many individual components that can work together to create a whole that not only assists nurses, but also makes patients' hospital stays more enjoyable. One of the components is assessment and measurement scales. These can be focused on pain, consciousness, nutrition or fall risk.

### **Objectives of the work**

The aim was to become familiar with assessment and measurement scales in paediatrics and to find out their application in the nursing process in selected paediatric wards. First, we investigated which assessment scales can be applied in the nursing process in children. This was followed by interviews in which we focused on the assessment scales used in the selected wards and how nurses view the use of assessment scales.

### **Methodology**

The research was conducted in two phases. In the first phase, we searched the literature for assessment and measurement scales in paediatrics. In the second phase, we conducted closely interviews, which were conducted with nurses working in standard wards or in the ICU. The research investigation was developed by searching information from the literature and also using closely interviews with nurses in our selected wards. Data collection was conducted from January to June 2023. All interviews were recorded on a dictaphone and then transcribed into MS Word. The "pencil paper" method was used to analyse and code the data. Subsequently, the data was broken down into units, which were assigned appropriate codes and these were grouped into categories. These categories and subcategories were then worked into clear diagrams and described in detail.

### **Results**

From the research we found that there are many scales for assessing pain, and not all can be applied to the same age. In addition, for each of the scales the correct tally or technique needs to be found and each is rated differently in the result. Nurses are

familiar with the assessment scales they use on the wards and know what they are used for, but do not know their exact names, but rather a general one for the assessment issue. Most nurses spoke in general terms such as 'pain assessment', 'fall risk assessment', 'consciousness assessment'. Not all units use the same assessment techniques, nor do they all use the same assessment domains.

### **Conclusion**

The results show that rating scales are an essential part of nursing documentation. So many assessment scales have been used that most wards are able to choose one that suits their particular issue and the department we selected did so. However, it is important to choose the right one with respect to the age and psychomotor development of the child.

This bachelor's thesis can be used in the theoretical and practical part of teaching in Paediatric Nursing. The assessment techniques can be used in professional practice in the respective departments or we can offer a pain assessment scale that we have devised. It could assist nurses in diagnosing and determining the degree of pain in all ages.

### **Key words**

Rating scale; paediatrics; nursing process; nursing documentation; child; paediatric nurse

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>11</b>
1.1 OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PEDIATRII .....	11
1.1.1 <i>Pediatric</i> .....	11
1.1.2 <i>Historie ošetřovatelství</i> .....	11
1.1.3 <i>Ošetřovatelský proces</i> .....	12
1.1.4 <i>Kompetence sester pro diagnostiku</i> .....	14
1.2 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY .....	15
1.2.1 <i>Hodnocení bolesti</i> .....	16
1.2.1.1 Vizuální Analogová Škála (VAS).....	16
1.2.1.2 Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC).....	17
1.2.1.3 Melzackova škála.....	18
1.2.1.4 Neonatal/Infant Pain Scale (NIPS).....	18
1.2.2 <i>Hodnocení soběstačnosti</i> .....	20
1.2.2.1 Hodnocení dle Gordonové .....	20
1.2.2.2 Barthelův test základních všedních činností.....	21
1.2.2.3 Test ošetřovatelské zátěže.....	23
1.2.3 <i>Hodnocení pádu</i> .....	23
1.2.3.1 General Risk Assessment For Pediatric Inpatient Falls Scale (GRAF PIF) .....	23
1.2.3.2 Humpty Dumpty Falls Scale (HDFS) .....	24
1.2.3.3 Changes, History, Age, Mobility, Parental, Safety (CHAMPS Tool) .....	25
1.2.4 <i>Hodnocení vědomí</i> .....	26
1.2.4.1 Glasgow Coma Scale (GCS).....	26
1.2.4.2 Adapation To Intensive Care Environment (ATICE).....	27
1.2.4.3 Vancouver Interaction And Calmness Scale (VICS) .....	28
1.2.5 <i>Hodnocení výživy</i> .....	29
1.2.5.1 Body Mass Index (BMI) .....	29
1.2.5.2 Percentilové grafy pro růst.....	30
<b>2 PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
2.1 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
2.1.1 <i>Cíl výzkumu</i> .....	32
2.1.2 <i>Výzkumné otázky</i> .....	32
2.2 METODIKA .....	33
2.2.1 <i>Použité metody</i> .....	33
2.2.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	34
2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
2.3.1 <i>Hodnotící škály využívané v pediatrii</i> .....	37
2.3.1.1 Bolest.....	37
2.3.1.1.1 Využívané hodnotící škály na bolest v pediatrii .....	37
2.3.1.2 Vědomí .....	38

2.3.1.2.1	Využívané škály na hodnocení vědomí v pediatrii .....	38
2.3.1.3	Hodnocení výživy .....	39
2.3.1.3.1	Využívané škály na hodnocení výživy v pediatrii.....	39
2.3.1.4	Riziko pádu.....	39
2.3.1.4.1	Využívané škály na hodnocení rizika pádu v pediatrii.....	40
2.3.1.5	Hodnocení soběstačnosti.....	40
2.3.1.5.1	Využívané hodnotící škály na soběstačnost v pediatrii .....	40
2.3.2	<i>Hodnotící škály využívané na zkoumaných pracovištích</i> .....	42
2.3.2.1	Bolest.....	42
2.3.2.1.1	Využívané škály na hodnocení bolesti na vybraných pracovištích .....	42
2.3.2.1.2	Názor sester na využívání hodnotících a měřících škál na bolest .....	43
2.3.2.2	Vědomí .....	43
2.3.2.2.1	Využívané škály na hodnocení vědomí na vybraných pracovištích.....	43
2.3.2.2.2	Názor sester na využívání hodnotících a měřících škál na vědomí .....	44
2.3.2.3	Výživa.....	44
2.3.2.3.1	Využívané hodnotící škály na výživu na vybraných pracovištích .....	44
2.3.2.3.2	Názor sester na využívání hodnotících a měřících škál na stav výživy .....	44
2.3.2.4	Riziko pádu.....	45
2.3.2.4.1	Využívané hodnotící škály na hodnocení rizika pádu na vybraných pracovištích .....	45
2.3.2.4.2	Názor sester na využívání hodnotících a měřících škál na riziko pádu .....	45
2.3.2.5	Škály nalezené během dotazování sester.....	45
<b>3</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>54</b>
<b>5</b>	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>56</b>
<b>6</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>12</b>

## Úvod

Kvalitní a profesionální ošetrovatelský proces je neoddělitelnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče o dětského pacienta. Je velmi důležité tuto oblast zdravotnictví nepodceňovat a pochopit, že bez ošetrovatelské péče by nemohla být poskytnuta kvalitní, komplexní a individuální péče o pacienta. Díky ošetrovatelskému procesu je možné odhalit mnoho potřeb, které při samotné lékařské péči není možno objevit. Ošetrovatelská péče se neustále, stejně jako medicína, vyvíjí a pokrok nelze zastavit. Z tohoto důvodu je velmi důležité průběžné vzdělávání nelékařského personálu, který zajišťuje kvalitnější a profesionálnější péči o dětského pacienta.

Jednou z mnoha součástí pro kvalitní péči o pacienta je hodnocení pomocí hodnotících škál. Díky těmto hodnotícím technikám se ošetrovatelský proces posouvá na vyšší úroveň. Pomocí hodnotících škál dovedeme předejít rizikům, nalézt potencionální či již vzniklé komplikace. Hodnotící škály jsou součástí každé ošetrovatelské dokumentace, slouží k potřebné ošetrovatelské péči a napomáhají nám k vytyčování cílů při ošetrovatelském procesu. Tyto techniky se používají jak při první, tak při následné péči o dětského pacienta. Výsledné hodnoty hodnotících škál mohou být ukazatelem kvality ošetrovatelské péče, která je či již už byla poskytována. Dále se také díky těmto technikám může řídit v následně podávané medikaci při spolupráci s lékařem.

V této bakalářské práci se budeme bavit o ošetrovatelském procesu a hodnotících technikách, které se využívají v pediatrii. Obsahem teoretické části je důkladný popis ošetrovatelského procesu a hodnotících škál, které je možné uplatňovat v pediatrii.

V praktické části se zaměříme na zkoumání používaných škál v oblasti pediatrie. Analyzujeme škály, které jsou běžně využívány na námi vybraných pracovištích a zároveň získáme názory a postupy od informantek týkajících se jejich používání.

# 1 Současný stav

## 1.1 Ošetřovatelství a ošetřovatelský proces v pediatrii

### 1.1.1 *Pediatric*

Jedná se o základní medicínský obor, který zkoumá jedince během jejich vývoje od narození až do dosažení 18 let. Tento obor se zaměřuje jak na fyzický, tak i na psychický a sociální rozvoj dětí, a to vše s ohledem na jejich zdraví a nemoci. Velký důraz je kladen na prevenci a podporu zdravého stylu života. Dříve existovaly pouze nemocnice všeobecné. První dětská nemocnice byla založena roku 1802 v Paříži. Přibližně o čtyřicet let později byla založena první dětská nemocnice v Praze, ta však měla německé vedení. V roce 1902 se otevřena první česká dětská klinika, a tím začala éra dětského lékařství a ošetřovatelství jako jednoho z hlavních oborů v rámci medicíny, což je platné dodnes. (KLÍMA, J. et. al., 2016.) V pediatrii je potřebné se zaměřovat na kategorizaci dětského věku. Jako první zde máme období novorozenecké. Tato životní fáze je od narození do 28. dne života. Dále rozdělujeme novorozenecké období na časné, které je do 7. dne života dítěte. Poté navazuje období kojenecké, které trvá do jednoho roku. V této fázi se objevuje dynamický tělesný rozvoj a psychomotorický vývoj. Následuje období batolecí, které zahrnuje děti od 2. do 3. roku života. Dítě se zde nadále rozvíjí v pohybových dovednostech, v řeči a lokomoci. Avšak tempo růstu a psychomotorického vývoje klesá. Předškolní období je charakteristické v období 4. až 6. roku. V tomto období začíná dítě navštěvovat školní zařízení, dochází k rozvoji myšlení a dosažení školní zralosti. Školní období je od sedmého roku života dítěte až do počátku dospívání. Dítěti se postupně mění konkrétní a abstraktní myšlení. Poslední období je adolescence neboli období dospívání, jehož začátek je spojen s rozvojem puberty a konec s dosažením pohlavní zralosti a zastavením tělesného růstu. (FREMUTH, J., et. al., 2021)

### 1.1.2 *Historie ošetřovatelství*

První zachované záznamy o ošetřování dětí jsou z dob starověku na území Mezopotámie a Indie. Tyto záznamy obsahují různé postupy, rady a doporučení, jak správně zacházet s dětmi. Z Babylonie, kolem 2. tisíciletí před naším letopočtem, pochází nejstarší dochovaná písemná zpráva o péči o děti. Tyto texty obsahovaly "Pokyny kojným". Jiří Klíma (2016) ve své knize zmiňuje, že v minulosti neexistovaly

téměř žádné oficiální dokumenty nebo dokumentace, které by se týkali péče o děti. Jediné zmínky o dětech byly spojovány s útulky pro nemanželské, osiřelé a odložené děti, kterým se tehdy říkalo nalezince. První takový nalezinec vznikl v Itálii v 8. století. Nalezince se postupně rozšířily po celé Evropě. Nalezince sehrály klíčovou roli ve zkoumání dětského vývoje, ale i v léčbě specifických onemocnění. Tyto komunity byly často provozované církvemi a přispěly k rozvoji péče o nemocné i zdravé děti. Zejména pokud šlo o choroby rozšířené mezi dětskou populací. Později, ve výjimečných případech, byly děti léčeny v nemocnicích pro dospělé. (KLÍMA, J. et. al., 2016.) Jak již bylo v práci zmíněno, tak první výhradně dětská nemocnice byla zřízena v Paříži roku 1802 a do České republiky se dostal tento progres až v roce 1842. Dále je také potřebné se zmínit o tzv. „Chartě dítěte“. Jednalo se o německou vyhlášku vydanou v roce 1975, která se zabývala právy hospitalizovaných dětí. (SLEZÁKOVÁ, L., et. al., 2012) Ošetřovatelství bylo během historie ovlivňováno třemi vývojovými liniemi. Byli zde tři hlavní směry v péči o nemocné. Neprofesionální ošetřovatelství, charitativní ošetřovatelství a dnešní profesionální ošetřovatelství. (PLEVOVÁ, I., a kol., 2018.)

### ***1.1.3 Ošetřovatelský proces***

Ošetřovatelský proces nám představuje metodu, která je zaměřena na systematické a komplexní řešení dané problematiky. To vše s důrazem na biologické, psychologické a sociální potřeby pacienta s cílem řešit a předcházet následujícím komplikacím. Tento proces nám připomíná sérii propojených kroků. Tyto kroky se vzájemně doplňují a jsou prováděny sestrou ve prospěch nemocného. Skládá se z pěti navazujících a cyklicky se opakujících kroků. Při nichž aktivní spolupráce není automatická, ale pouze se předpokládá. (KNAPOVÁ, J., 2019.) Tento systém lze charakterizovat jako logický a systematický přístup k zajištění komplexní péče o pacienta. Klíčovou součástí je respektování individuálních potřeb každého pacienta. Nejprve potřeby pečlivě zhodnotíme a na jejich základě následně plánujeme péči tak, aby byly jeho potřeby uspokojeny. (KELNAROVÁ, J., et. al., 2015)



Ošetřovatelský proces probíhá v již zmíněných pěti fázích:

1. Posouzení pacienta
2. Diagnostika a stanovení ošetřovatelské diagnózy
3. Plánování ošetřovatelské péče
4. Realizace plánu
5. Vyhodnocení efektu poskytované péče

Všechny fáze se vzájemně propojují a vytvářejí celistvý proces. Všechny z těchto fází jsou vzájemně závislé, a proto musí každá sestra nejprve pečlivě prozkoumat pacienta. Je důležité zjistit, co pacienta trápí, důkladně ho poznat a na základě vyzkoumaných poznatků společně s pacientem naplánovat péči. Vztah mezi sestrou a pacientem má klíčový význam pro kvalitní ošetřovatelskou péči. Napomáhá k efektivní spolupráci a podporuje poskytování profesionální ošetřovatelské péče. (KNAPOVÁ, J., 2019.)

První krok v posuzování a zhodnocení stavu pacienta hraje podstatnou roli. Jde o předpoklad pro plánování individuální ošetřovatelské péče. Důležité je zvolit vhodnou metodu pro získávání dat. Při špatném odběru dat o pacientovi se může stát, že získané informace nebudou validní. Předpokládaným výsledkem této fáze je nalézt potencionální či již akutní zdravotní problém pacienta. Druhým krokem je diagnostika, při které se ohlížíme na první krok. Čerpáme z informací získaných z prvního kroku a reagujeme na ně „ošetřovatelskou diagnózou“, která nám slouží jako úsudek či závěr pro výsledek sesterského posouzení. Po diagnostice následuje plánování ošetřovatelské péče, kdy plánujeme ošetřovatelské strategie pro dosažení ošetřovatelského cíle. Předposlední fází je samotná realizace. Součástí je přímá spolupráce s pacientem a nemocný se tímto stává aktivním účastníkem péče. Nakonec přichází vyhodnocení. Na základě výsledku hodnocení sestra dostane zpětnou vazbu ohledně vykonané péče. Ukáže se zde, zda byly všechny vytyčené cíle beze zbytku splněny či v které oblasti nedošlo ke 100% poskytnutí ošetřovatelské péče. (TÓTHOVÁ, V., 2014) Během získávání ošetřovatelské diagnózy, bere sestra v úvahu rozdělení problémů na: akutní, potencionální a edukační. (KELNAROVÁ, J., et. al. 2015)

Ošetřovatelská dokumentace neboli chorobopis je automatickou součástí při pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení. V každém chorobopisu jsou různé druhy anamnéz

např. osobní, rodinná, farmakologická, gynekologická, epidemiologická a mnoho dalších. Nedílnou součástí dokumentace je ošetrovatelský plán, zápis o jeho realizaci a hodnocení, záznamy o edukacích pacienta, překladová či propouštěcí zpráva a také hodnotící škály. Ošetrovatelská dokumentace obsahuje mnoho dalších cenných informací. Každá vložená zpráva má určitou váhu a odůvodnění např. odborné informace, které jsou zaznamenávány do dokumentace. V dokumentaci jsou zaznamenány podrobné informace, které se týkají pacienta. Mezi tyto informace patří např. datum přijetí, typ přijetí, zda se jedná o plánované nebo akutní, kontaktní osoby, přítomnost cenností u pacienta, dietu pacienta, alergie, fyziologické funkce při příjmu, psychický stav, kvalita spánku, stupeň a charakter bolesti, používané pomůcky při práci s pacientem, stupeň soběstačnosti, obtíže při vyprazdňování a používané invazivní vstupy. Dále jsou do chorobopisu zaznamenávány podrobnosti o patologických nálezech na kůži, o stavu výživy a další relevantní informace. Součástí dokumentace jsou také hodnotící tabulky, které slouží ke zhodnocení a sledování zdravotního stavu pacienta v průběhu léčby a hospitalizace. Tyto tabulky umožňují lékařům a sestřím efektivně hodnotit stav, pokrok a reakci pacienta. Ty hrají velmi podstatnou roli v následující péči o pacienta, vyhodnocování rizik, předcházení komplikací a taktéž v prevenci. Při příjmu pacienta na oddělení se nejprve poskládá celý chorobopis. Poté přichází na řadu ošetrovatelský plán, kterého jsou součástí hodnotící škály. A závěrem je propouštěcí, překladová anebo zpráva o úmrtí, které obsahují shrnutí celé ošetrovatelské dokumentace. (SCHNEIDEROVÁ, M., 2014)

#### ***1.1.4 Kompetence sester pro diagnostiku***

Slovo kompetence lze v českém překladu nejlépe chápat jako schopnost či způsobilost vykonávat dané činnosti. Chápeme to jako souhrn určitých vědomostí, schopností, zručností a postojů. Za nejdůležitější kompetenci sestry je považováno vedení ošetrovatelské dokumentace, jelikož v této činnosti probíhá vlastní právní ochrana. Sestry během práce vytvářejí takzvané ošetrovatelské diagnózy. Ty vznikají z posouzení situace a musí být jasné a stručné. Obsahují pouze takové stavy, které jsou sestry samy či za pomoci rodičů nebo specializovaného personálu, jako jsou terapeuti, vychovatelé či učitelé, zvládnou bez pomoci lékaře vyřešit. Toto vzniká pouze po precizním procesu získávání informací o pacientovi. (VÖRÖSOVÁ, G., et. al. 2015)

## 1.2 Hodnotící škály

Hodnotící škály jsou nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace. Jak již z názvu vyplývá, jde o hodnocení, a to nejčastěji jedince. Je ale také možné hodnotit rodinu, skupiny i komunity. Při postupech se shromažďují subjektivní i objektivní údaje. Objektivním posuzováním je myšleno fyzikální vyšetřování sestrou ať už pohmatem, poslechem, pohledem, poklepem nebo čichem, dále také pozorováním či za pomoci diagnostických testů. Díky pozorování je možné zhodnotit vztahy a pozici dítěte v rodině, obraz těla, stravovací a hygienické návyky, ale i reakci na bolest a řešení problémů. Subjektivní posuzování záleží už jen na pacientovi nebo na jeho blízké osobě, která dovede posoudit jeho momentální stav. Ošetrovatelský personál se zaměřuje na intenzitu, lokalizaci, bolest, svědění, nevolnost, úzkosti a mnoho dalšího. Účelem hodnocení je sesbírat nejpodrobnější a nejpodstatnější informace a data, která jsou následně zanášena do předem vytvořených tabulek. Hodnotící škály, měřicí techniky a dotazníky jsou důležitými nástroji přizpůsobenými aktuálním potřebám a individuálním problémům pacientů. Jedna z nejvíce hodnocených oblastí je bolest, která je sledována jak u dospělých pacientů, tak i v pediatrii. K hodnocení bolesti se často používají škály jako VAS (vizuální analogová škála) a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Kromě bolesti se také hodnotí další aspekty, jako jsou např. příjem a výdej tekutin, stav nutrice, vědomí, riziko pádu, riziko vzniku dekubitů, soběstačnost atd. Tato hodnocení jsou podstatná nejen pro sledování stavu pacienta, ale také pro určení vhodné léčby a plánování ošetrovatelských intervencí. Díky těmto hodnotícím nástrojům je možné lépe monitorovat a rychleji reagovat na změny ve zdravotním stavu pacienta, a tím automaticky zvýšit úroveň poskytované péče. Škály napomáhají lékařskému i nelékařskému personálu lépe určit potřeby pacienta či již vzniklou patologii. Při úspěšném hodnocení a vyhodnocení slouží škály jako návod při řešení vzniklého problému nebo deficitu. (KUDLOVÁ, P., 2015)

### ***1.2.1 Hodnocení bolesti***

Bolest je dle světové zdravotnické organizace (WHO) a mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) definována jako negativní zkušenost spojená s poškozením tkání. Je vždy subjektivní a dělí se na dva základní druhy dle jejího původu. Na bolest nociceptivní a neuropatickou. Nociceptivní bolest je vnímána pomocí určitých vnějších mechanismů. Ať už je to tlak, chlad či teplo. Neuropatická bolest je způsobena poškozením nervového systému. Bolest je možné dále dělit na akutní a chronickou. Akutní bolest je lépe rozpoznatelná a spočívá v tom, že je známá její příčina. Jedná se tedy o bolest krátkodobou. Chronická bolest je bolestí dlouhodobou. Bývá komplikovanější a příčiny mnoha chronických bolestí jsou nám neznámé. Velmi často graduje a postihuje přibližně 30 % populace. Hodnocení bolesti je velmi podstatné v péči o pacienta. Již víme, jak ji zhodnotit a zaznamenávat. Pomáhají nejen k nastavení léčby, ale také k porovnávání a zhodnocování léčby. Musíme dát pozor na vnímání bolesti u pacientů, protože každý jedinec má jiný práh bolestivosti. Musí se brát také v potaz předchozí zkušenosti s bolestí. (ROKYTA, R., et. al., 2017)

#### ***1.2.1.1 Vizualní Analogová Škála (VAS)***

Nejčastěji využívaná hodnotící škála se nazývá VAS (Visual Analogue Scale) – vizuální analogová škála. Používá se u pacientů nad 5 let života. Jedná se o úsečku, u které je slovně vysvětleno, že na levé straně pacient nepocituje bolest a na pravé straně je bolest nesnesitelná. Pacient vyznačí místo, které momentálně odpovídá jeho aktuálně prožívané intenzitě bolesti. Pro děti je výhodné nakreslit „teploměr bolesti“. Jejich úkolem je pak zakreslit, kde se jejich bolest nachází. Také to lze nazvat “sloupeček bolesti”. Pro děti je tato metoda snadno pochopitelná a nečiní problémy. Lze to pojmut také formou hry. Starší děti mohou využít variantu například užitím posuvného měřidla. Nejčastěji se ale jedná o úsečku o délce 10 cm s označením bodů škály. Může se jednat o slovní či grafické označení, kde nebývají popsány pouze krajní body. Jsou označeny i další úseky škály: žádná bolest, malá bolest, střední bolest... Toto označení je vhodné pro děti ve věku 8-17 let. U starších dětí a dospělých je lepší využívat označení s čísly. Již se nepoužívá úsečka, ale stačí slovní vysvětlení, že 0 znamená žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest. Pacient si pak sám vybere číslo odpovídající jeho bolesti. (PLEVOVÁ, I., A KOLEKTIV, 2012)

### 1.2.1.2 Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

Tato škála je zkratkou pojmů, které se zde hodnotí a těmito pojmy jsou: face (obličej), legs (činnost nohou), activity (aktivita), cry (pláč) a consolability (utišitelnost). Jedná se o prověřenou a nejvíce využívanou škálu u dětí s kognitivním postižením a u dětí po operacích. Ideální je použití v kombinaci se self-reportingem. Interpretace behaviorální složky je obtížná. Škála se skládá z pěti kategorií. V první se hodnotí výraz tváře. Jak se pacient tváří a pohybuje obličejem. Druhou je pohyb dolních končetin. Zde se zaměřujeme na to, zda pacient s končetinami hýbe nebo jestli má hypertonus. Třetí je celková aktivita těla pacienta. Čtvrtá spočívá ve verbálním projevu pláčem. Pátá, poslední kategorie, je utišitelnost, zdali je pacienta možné zklidnit různými technikami a metodami. Poslední dvě kategorie (pláč, utišitelnost) nejsou použitelné u intubovaných pacientů. Pokud tedy pacient při sečtení skóre dosáhne 0–1 bodů, tak je relaxovaný, nic ho nebolí, 1–3 body pociťuje mírný diskomfort, 4–6 bodů středně silnou bolest a 7–10 bodů výrazný diskomfort a bolest. (HEROLD, I., 2013)

Kategorie	Popis	Scóre
Obličej	Žádný určitý výraz nebo úsměv	0
	Příležitostná grimasa nebo zamračený obličej	1
	Často nebo neustále třesoucí se brada, sevřené čelisti	2
Činnosti nohou	Normální poloha nebo uvolněné	0
	Neklidný, nepokojný, napětí	1
	Kopání nebo mávání nohama	2
Aktivita	Leží v klidu, v běžné poloze, uvolněně se pohybuje	0
	Napjatý, kroutí se, posouvá se vzad a vpřed	1
	Napjatý, ztuhlý nebo s sebou hází	2
Pláč	Nepláče (spí nebo je vzhůru)	0
	Naříká, sténá, příležitostné stěžování	1
	Vytrvalý pláč, křik nebo vzlykání, časté stěžování	2
Utišitelnost	Spokojený, uvolněný	0
	Uklidní se občasným dotykem, pohlazením nebo slovní útěchou, dá se odvést pozornost	1
	Lze jen obtížně utěšit nebo uklidnit	2
Celkové skóre		

(PLEVOVÁ, I., a kol., 2012. str.195)

### 1.2.1.3 *Melzackova škála*

Melzackova škála je velmi podobná škále VAS. Její princip je obdobný a spočívá v hodnocení bolesti podle číselné stupnice. Jedná se o klasifikaci intenzity bolesti na stupnici od 0 do 5 stupňů. Význam spočívá v numerické stupnici a ve slovním vyjádření bolesti. Je nevhodná pro předškolní děti, kteří nedovedou porozumět významu číselné škály, ale na druhou stranu je vhodná pro děti, kteří plní povinnou školní docházku a vědí, jaký význam se pod číselným označením skrývá. Správné obodování je triviální, 0 – žádná, 1 – mírná, 2 – nepříjemná, 3 – intenzivní, 4 – krutá, 5 – nesnesitelná. (POKORNÁ, A., 2013)

### 1.2.1.4 *Neonatal/Infant Pain Scale (NIPS)*

Tento systém hodnocení je specifický tím, že je zaměřen pouze na projevy bolesti. Využívá ho zdravotnický personál, který nemá možnost se orientovat podle slovního vyjádření pacienta. Po překladu do českého jazyka tato hodnotící technika zní jako „Škála novorozenecké/kojenecké bolesti“. První pozorování probíhá v 2. a 1. minutě před určitým bolestivým výkonem. Projevy sledujeme také během výkonu a v 1. a 2. minutě po výkonu. V této škále se hodnotí: výraz obličeje (uvolněné svaly, grimasy), pláč (žádný, pláč, fňukání, silný pláč), typ dýchání (uvolněné, změna v dýchání), paže (uvolněné, v křeči), nohy (uvolněné, v křeči), stav vědomí (bdí, neklid). (FENDRYCHOVÁ, J., 2013.) NIPS škála se nevyužívá pouze na novorozence, ale je vhodná i pro kojence. (BELTRAMINI, A., et. al., 2017.)

Hodnocení bolesti	Upřesnění	Body
<b>Výraz obličeje</b>		
Uvolněné svaly	Klidná tvář, neutrální výraz	0
Grimasa	Napjaté mimické svaly; svraštělé obočí, brada, zaťatá čelist (negativní výraz obličeje - nos - ústa, obočí)	1
<b>Pláč</b>		
Žádný pláč	Dítě je klidné, nepláče	0
Fňukání	Mírně, intermitentně kňourá, sténá	1
Silný pláč	Hlasitý křik, přidává na intenzitě, trvalý pláč (podle výrazu obličeje je možné počítat i bezhlasy pláč intubovaného dítěte)	2
<b>Typ dýchání</b>		
Uvolněné	Obvyklý typ dýchání pro dané dítě	0
Změny v dýchání	Zatahuje, dýchá nepravidelně, dává se, zadržuje dech	1
<b>Paže</b>		
Uvolněné/mírné pohyby	Bez svalové ztuhlosti, občasné pohyby nohou	0
Skrčené/natažené	Natažené dolní končetiny, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe	1
<b>U pacientů na JIP:</b>		
<b>Akce srdeční</b>		
Odchylka 10 %	Odchylka do 10% od normální klidové hodnoty	0
Odchylka 11 % - 20 %	Odchylka 11-20%	1
Odchylka nad 20 %	Nad 20%	2
<b>Saturace O2</b>		
Bez přidaného O2	Dobrá saturace i bez zvýšeného O2	0
S přidaným O2	K zachování dobré saturace je třeba přidat O2	1
<b>SOUČET</b>		
0-2 body = bez bolesti, 3-6 bodů = střední bolest, nad 6 bodů = silná bolest		

(KALOUSOVÁ, J., et. al., 2008. str. 9)

### ***1.2.2 Hodnocení soběstačnosti***

Hodnocení soběstačnosti s ohledem na věk pacienta se neobejde bez znalosti zdravotních determinantů soběstačnosti a způsobů, jakými ovlivňují pacienta. Až poté je možné zhodnotit soběstačnost, která pomůže ošetřovatelskému personálu vyjádřit se k tomu, jaké funkce a jakým způsobem je možné se kompenzovat k zajištění funkčního optima. Může být i možnost, že se na hodnocení soběstačnosti bude podílet interprofesionální tým, který dovede ošetřovatelskému personálu dát doporučení, která se týkají dalších opatření i služeb pro pacienta. U hodnocení soběstačnosti je velmi důležité vždy přihlídnout k psychomotorickému vývoji dětského pacienta. Od toho se odvíjí následné hodnocení. Hodnocení soběstačnosti se využívá u dospělých pacientů, ale můžeme se s ním setkat také v pediatrii, ale spíše jen u větších dětí. (KUCKIR, M., et. al., 2016.)

#### ***1.2.2.1 Hodnocení dle Gordonové***

V této hodnotící metodice se využívá hned několik aspektů ke zhodnocení soběstačnosti pacienta. Mezi ně patří schopnost se najíst, umýt se, dojít si na WC, pohyb v rámci lůžka, nakoupit si, uvařit si, udržení pořádku v domácnosti, a celková pohyblivost. Každý z těchto aspektů je hodnocen na škále od 0 do 5. Výsledné hodnoty nám značí: 0 = Pacient je nezávislý a soběstačný, zvládá všechny činnosti sám. 1 = Pacientovi je poskytnuta minimální pomoc, zvládá 75 % činností sám. 2 = Potřebuje lehkou pomoc, zvládá 50 % činností sám. 3 = Potřebuje velkou pomoc, zvládá 25 % činností sám. 4 = Pacient je zcela závislý na pomoci a potřebuje dohled. 5 = Pacient má absolutní deficit sebezpečí a je plně závislý na zdravotnickém personálu nebo doprovázejících osobách. (POKORNÁ, A., 2013)

Tímto hodnocením je možné stanovit míru závislosti pacienta na pomoci a navrhnout vhodnou péči a podporu, která mu pomůže zvládnout denní činnosti. (TRACHTOVÁ, E., et. al. 2013.)



#### 1.2.2.2 *Barthelův test základních všedních činností*

Tato hodnotící škála hodnotí položky podle potřeby a míry asistence v daných oblastech. Skóre se pohybuje v rozmezí 0 až 100 bodů. V testu se objevuje 10 položek. Příjem jídla a pití, přesuny, osobní hygiena a koupání, vyprazdňování (použití WC, kontrola močení a stolice), chůze po rovině, po schodech a oblékání. Hodnocení probíhá následující formou. 10–15 bodů je v případě samostatného provedení, 5 bodů při dopomoci a 0 bodů při nevykonání dané aktivity. Při získání 100 bodů je pacient zcela nezávislý, 65–95 bodů je pacient lehce závislý, 45–60 bodů středně závislý a při dosažení 0–45 bodů je pacient vysoce závislý. (TRACHTOVÁ, E., et. al. 2013.)

<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové scóre</b>
<b>1. najedení, napití</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>2. oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>3. koupání</b>	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
<b>4. osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
<b>5. kontinence moči</b>	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
<b>6. kontinence stolice</b>	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
<b>7. použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>8. přesun lůžko - židle</b>	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
<b>9. chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
<b>10. chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>HODNOCENÍ :</b>		
0-40 bodů - vysoce závislý		
45-60 bodů - závislost středního stupně		
65-95 bodů - lehká závislost		
100 bodů - nezávislý		

(CETLOVÁ, L., et. al. 2012 str. 7)

### 1.2.2.3 *Test ošetrovatelské zátěže*

V tomto testu se hodnotí činnosti pacienta jako je pohybová schopnost, osobní hygiena, jídlo, inkontinence moči a stolice, návštěva toalety, dekubity a spolupráce s nemocným. Všechny aspekty až na inkontinenci stolice a dekubitů jsou rozdělené do 3 podskupin a obodované 1, 3, 5. Čím menší počet bodů je, tím větší soběstačnost. Inkontinence stolice a dekubity jsou rozdělené do 2 podskupin. Minimální počet bodů je 0 a to znamená, že pacient je soběstačný. Maximální počet je 38 bodů. Pacient je zcela závislý na pomoci druhých. Test není vhodný pro malé děti. Lze ho využít spíše pro adolescenty. (VEVERKOVÁ, E., et. al. 2019.)

### 1.2.3 *Hodnocení pádu*

Pády pacientů jsou důležitým ukazatelem kvality ošetrovatelské péče. Proto je důležité uplatňovat preventivní opatření k minimalizaci rizika pádu. A to zejména aktivní vyhledávání pacientů, kteří mají větší riziko pádu. To vše za pomoci screeningových hodnotících metod. Existuje mnoho různých škál a metod pro hodnocení rizika pádu. Jednou z těch, která je vhodná pro určení rizika pádu u dětí již od jednoho roku věku, je General Risk Assessment for Pediatric Inpatient Falls Scale (GRAF PIF). Tato škála je velmi známá a hodně používaná po celém světě k hodnocení rizika pádu v pediatrii. A to zejména při jejich hospitalizaci. Umožňuje identifikovat rizikové pacienty a poskytnout jim adekvátní preventivní opatření, která vedou ke snížení nebezpečí pádů a potenciálních zranění. (SIKOROVÁ, L. a CMORJAKOVÁ, M., 2021). Hodnocení rizika pádu hraje velmi podstatnou roli v prevenci pádů. Je to jedna z nejefektivnějších preventivních metod, kterou zmiňuje Jana Horová (2020) ve své článku.

#### 1.2.3.1 *General Risk Assessment For Pediatric Inpatient Falls Scale (GRAF PIF)*

GRAF PIF lze přeložit do českého jazyka jako „Obecná škála pro hodnocení rizik pádů v pediatrii v nemocnicích“. Tento nástroj se používá u dětí od jednoho roku věku a hodnotí se zde sedm parametrů: 1. délka hospitalizace, 2. nepřítomnost intravenózního vstupu nebo heparinové zátky, 3. přítomnost fyzioterapie nebo ergoterapie, 4. antikonvulzivní léčba, 5. ortopedické nebo muskuloskeletální diagnózy, 6. historie pádu

během současné hospitalizace a 7. historie pádu v předchozím měsíci. (CHROMÁ, J., 2016.)

Graf je uspořádán v bodovém systému, kde jsou délka hospitalizace, pády za uplynulý měsíc a pád během současné hospitalizace hodnoceny 0-2 body, zatímco zbývající parametry jsou hodnoceny 0-1 bodem. Celkový maximální počet bodů k dosažení je 10 bodů. Pokud pacient dosáhne 2 nebo více bodů, můžeme začít hovořit o riziku pádu. Bohužel nelze tuto škálu aplikovat na celý okruh pacientů. Velmi nevhodná je pro pacienty na psychiatrickém oddělení. Zde riziko vychází již z primární diagnózy. Bohužel škálu GRAF PIF není možné distribuovat bez souhlasu autorů, protože podléhá licenci. Zajímavostí je, že větší riziko pádů bylo u dětí, které byly hodnoceny touto škálou a byly hospitalizované bez rodičů. Jednalo se spíše o chlapce, děti na JIP a s handicapem. (SIKOROVÁ, L. a CMORJAKOVÁ, M., 2021. str. 241)

#### 1.2.3.2 *Humpty Dumpty Falls Scale (HDFS)*

Humpty Dumpty Falls Scale neboli HDFS, je jedna z dalších hodnotících škál, která je zaměřená na riziko pádů. Při hodnocení sledujeme sedm parametrů s různým bodovým ohodnocením. Věk, pohlaví, diagnózu, kognitivní poruchy, faktory prostředí, reakci na chirurgický výkon/sedaci/anestézii a užívání léčiv. Bodové rozpětí se pohybuje od 7 do 23 bodů. V momentě, kdy pacient dosáhne dvanácti a více bodů, můžeme začít hovořit o vysokém riziku pádů. A o nízkém riziku pádů zas při bodovém rozpětí 7 až 11. (SIKOROVÁ, L. a CMORJAKOVÁ, M., 2021. str. 241) Jak se zmiňuje Jana Horová (2020) ve svém článku, tak je tato škála určena pro děti od 3 do 18 let v sekundární zdravotní péči.

Parametry	Kritéria	Scóre
Věk	Méně než 3 roky	4
	Od 3 do 7 let	3
	Od 7 do 13 let	2
	Nad 13 let	1
Pohlaví	Muž	2
	Žena	1
Diagnóza	Neurologická	4
	Změny v oxygenii (respirační dg., dehydratace, anémie, synkopa, závratě)	3
	Psychické a behaviorální poruchy	2
	Ostatní dg.	1
Kognitivní zhoršení	Nemá povědomí o omezení	3
	Zapomenutá omezení	2
	Orientován na vlastní schopnosti	1
Faktory prostředí	Historie pádu nebo kojeneček/batole uložené v posteli	4
	Pacient používající pomocná zařízení nebo kojeneček/batole v postýlce nebo nábytek, osvětlení	3
	Pacient v posteli	2
	Ambulantní zařízení	1
Reakce na operaci, sedativa, anestezii	V průběhu 24 hod	3
	V průběhu 48 hod	2
	Více jak 48 hodin / žádné	1
Užití medikamentů	Současné užití sedativ (kromě pacientů na JIP kteří jsou v analgosedaci) hypnotika, barbituráty, diuretika, antidepressiva, laxativa, narkotika	3
	Jeden z uvedených výše	2
	Jiné medikamenty / žádné	1
Minimální scóre 7 Maximální scóre 23, Riziko pádu = nad 11	Celkem	

(HILL – RODRIGUEZ, D., et. al..2009., str 25)

### 1.2.3.3 *Changes, History, Age, Mobility, Parental, Safety (CHAMPS Tool)*

CHAMPS Tool byl vyvinut speciálně pro hodnocení rizika pádu dětské populace. Název je také poskládán z iniciálu zkoumaných faktorů v anglickém jazyce. Změny “Changes” duševního stavu nebo závratě, anamnéza předchozích “History” pádů doma nebo v nemocnici, věk “Age” více než tři roky, problémy s mobilitou “Mobility” při chůzi nebo pohybu, zapojení rodičů nebo primární “Parental” pečovatelské péče, bezpečnostní “Safety” opatření na místě. (CHROMÁ, J., 2016.)

#### ***1.2.4 Hodnocení vědomí***

Základem pro posuzování stavu vědomí je schopnost popsat odezvu. A to buď na verbální pokyn anebo bolestivý podnět. Poruchy vědomí dělíme na kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní poruchy rozdělujeme do tří stupňů podle schopnosti reakce. Somnolence – slovem, sopor – cíleným pohybem, kóma – necíleným pohybem nebo nijak. (ROZSYPAL, H., 2015.) Kvalitativní poruchy se však dělí jinak. Nejčastější chápání je amentní stav (zmatečnost), obnubilace (mrákoty) a delirium. Dezorganizační myšlení, poruchy paměti či dezorientací je charakterizována amence. Na rozdíl od deliria se zde neobjevuje psychomotorický neklid a halucinace. Snu podobná je obnubilace. Jedná se o změnu vědomí, při které je často zachovaná schopnost konat. Má různé varianty od stuporózní formy přes stavy promítající situace. Tato fáze provází psychiatrické poruchy. Její doba není přesně daná. Trvá sekundy až týdny, ale od deliria ji odlišujeme rychlejším začátkem a koncem. Při tomto stavu se nemocný nedovede koncentrovat, není schopen myšlení a vnímání je zpomalené. Dochází k patologickému impulzivnímu jednání. (HAVLÍČEK, R. a VOLDŘICH, M., 2017.) Delirium lze charakterizovat jako narušení obsahu vědomí. Při tomto stavu není zeslabena ani utlumena duševní činnost, jako je při kvantitativních poruchách. Projevuje se jako zmatený obsah duševní činnosti. Vznik je náhlý, bouřlivý a porucha vědomí je kolísavá. (DUŠEK, K. a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015)

##### *1.2.4.1 Glasgow Coma Scale (GCS)*

Nejčastěji se setkáváme v hodnocení hloubky bezvědomí se stupnicí GCS (Glasgowské skórovací schéma, Glasgow Coma Scale). Aplikováním GCS je omezené pouze na konkrétní situace. Pro běžnou praxi je číselná kvantifikace však zbytečná. Jednotlivé položky slouží jako inspirace pro vyšetření. Existují různé faktory, které nám mohou znemožnit odpověď na zkreslující skutečné stavy. Tyto faktory jsou například afázie, kvadruplegie, intubovaný pacient atd. Dle slov pana Rozsypaka (2015) „*Posouzení účasti poškození kmene na poruše vědomí dovoluje vyšetření reflexů kmenových (okulocefalického, okulovestibulárního, korneálního, zornicového). Pacientovi v bezvědomí se vyšetřuje okulomotorika, držení, pohyb a tonus končetin, reflexy, pyramidové iritační jevy a meningeální příznaky.*” (ROZSYPAL, H., 2015.str. 334)

Body	Projevy
Otevření očí	
1	neotevívá
2	na bolest
3	na oslovení
4	spontánně
Nejlepší hlasový projev	
1	žádná odpověď
2	nesrozumitelné zvuky
3	neadekvátní slova
4	dezorientován
5	orientován
Nejlepší motorická odpověď	
1	žádná odpověď
2	extenze na bolest
3	spastická flexe na bolest
4	normální flexe na bolest
5	lokalizuje bolestivý podnět
6	vyhoví příkazům
Součet	
15 bodů - plné vědomí	
13 - 14 bodů - lehká porucha vědomí	
9 - 12 bodů - střední porucha vědomí	
3 - 8 bodů - závažná porucha vědomí	

(CETLOVÁ, L., et. al. 2012 str. 22)

#### 1.2.4.2 *Adapation To Intensive Care Environment (ATICE)*

Tato zkratka vznikla ze složení slov: Adapation to Intensive Care Environment. Slouží zde také bodový systém, který je rozdělen do dvou hodnotících oblastí. První hodnotící oblastí je vědomí, ve které se hodnotí bdělost a vnímání. Druhou hodnotící oblastí je tolerance, ve které se objevuje klid, synchronizace s ventilátorem a relaxace mimického svalstva. Jak již bylo zmíněno, jedná se o techniku založenou na bodovém systému. Rozpětí bodů je 0–20, přičemž nula je extrémně špatná tolerance a 20 je maximální adaptace. U této hodnotící škály nezáleží na věku. (HEROLD, I., 2013.)

Vědomí			
Bdělost (0-5)		Vnímání ( 1 bodové odpovědi)	
Zavřené oči, žádná mimika	0	Otevřené/zavřené oči	1
Zavření očí, mimika reaguje na nocicepci	1	Otevřená ústa	1
Otevřené oči na silnou nocicepci	2	Podívejte se na mě	1
Otevřené oči i při lehké nocicepci	3	Kývněte hlavou, jestli rozumíte	1
Otevře oči na oslovení	4	Zavřete oči a otevřete ústa	1
Spontánně otevře oči	5	Součet	

Tolerance					
Klid (0-3)		Synchronie s UPV (součet)		Mimika	
Extrémně neklidný	0	Neinterferuje s inspiriem	1	Nermanentní grimasování	0
Agitovaný, nereaguje na slovní výzvu	1	Dechová frekvence			
(RR) > 30/min	1	Grimasy na silný podnět	1		
Agitovaný, reaguje na slovní výzvu	2	Nekašle	1	Grimasuje a mírný podnět	2
Klidný	3	Nezapojuje pomocné dýchací svaly	1	Relaxovaná tvář	3

(HEROLD, I., 2013. str. 359)

#### 1.2.4.3 Vancouver Interaction And Calmness Scale (VICS)

Vancouver Interaction and Calmness Scale je další škálou na hodnocení vědomí. Je rozdělená do dvou menších škál. První se nazývají interakční škály a druhé škály v klidu. V každé je 5 kategorií a z každé kategorie je možné dostat maximální počet bodů 30. V interakční části se hodnotí interakce, komunikace, smysluplná konverzace, spolupráce, nutnost probouzení ke spolupráci. Ve škále klidu se hodnotí, zda je pacient klidný, neklidný, stresovaný, jeho motorický neklid nebo zda si tahá za cévky a kanyly. U této škály taktéž nezáleží na věku. (HEROLD, I., 2013.)



### 1.2.5 Hodnocení výživy

Výživa je základní lidskou potřebou a je nezbytnou součástí pro lidský organismu, bez které člověk není schopen přežít. Slouží jako zdroj energie a stavebních látek pro tvorbu tělesných tkání a orgánů. Z těchto důvodů je výživa nezbytná pro udržení života jedince. Při příjmu potravy hraje podstatnou roli kultura, sociální vlivy a globalizace. Neřídíme se pouze osobními potřebami, jako je například pocit hladu nebo nálada. V momentě, kdy chceme, aby nám děti správně rostly, rozvíjela se jim imunita, měly v pořádku tělesný a duševní vývoj, je potřeba jim dodávat vyváženou stravu. Je dokázáno, že děti, které měly vyvážený příjem stravy, mají nižší riziko nemoci a to nejen v dětském věku, ale také v dospělosti. Nejzásadnější období na naučení správných stravovacích návyků je od 3. roku života. Stravovací návyky se během života neustále upravují a mění se priority. Další velký zlom nastává v pubertě. (TOMNOVÁ, J., 2019)

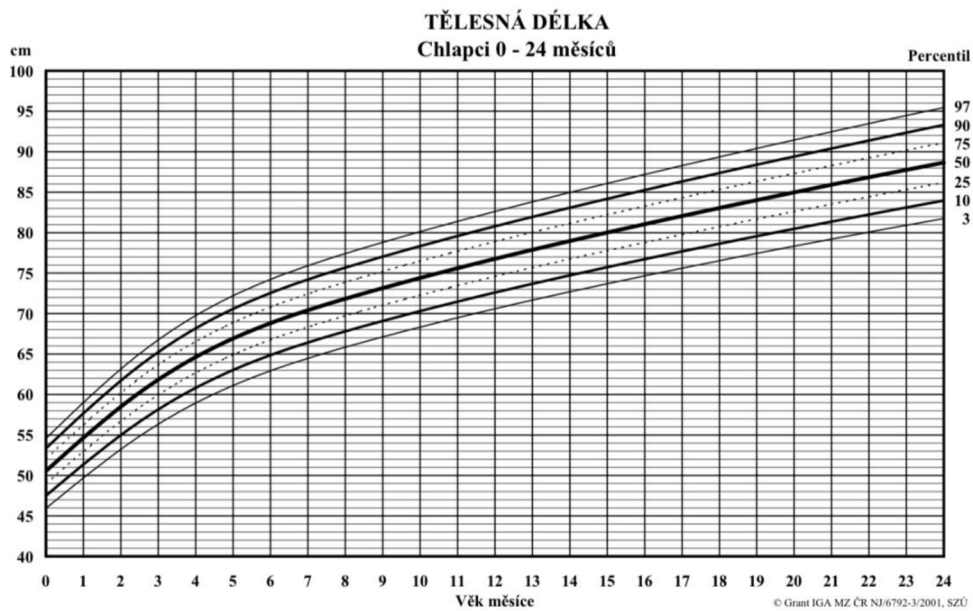
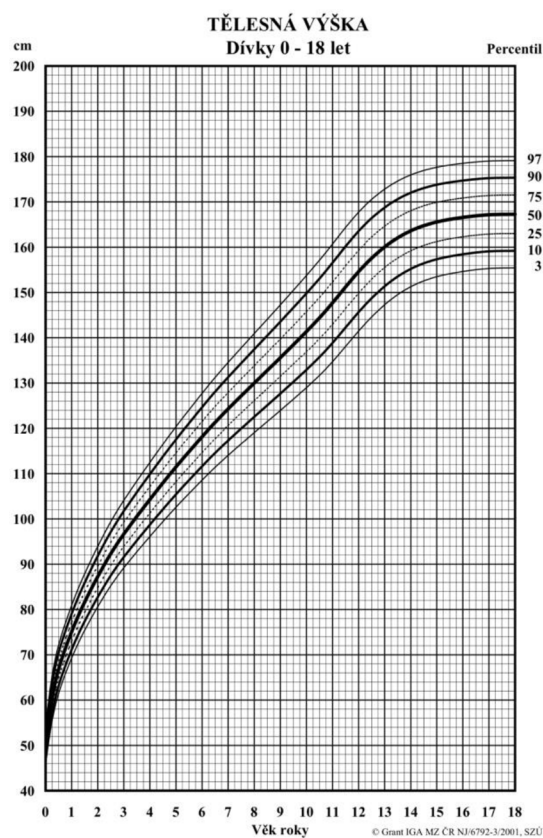
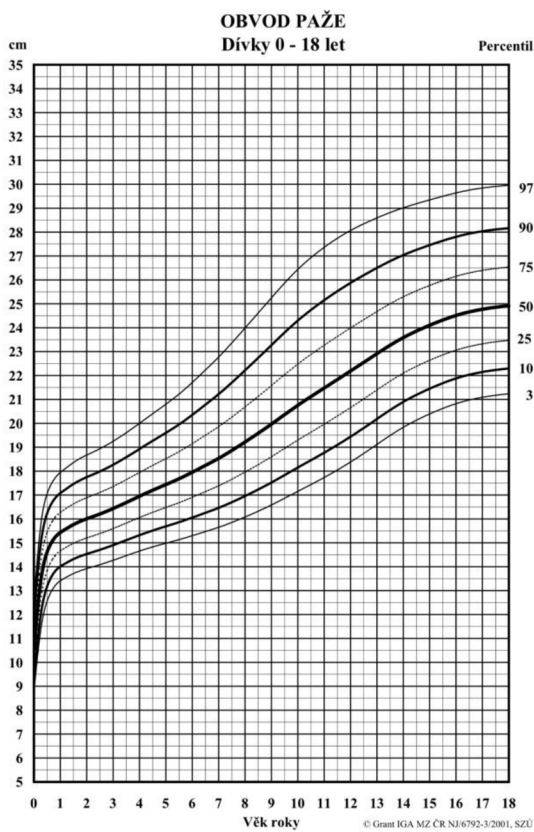
#### 1.2.5.1 *Body Mass Index (BMI)*

BMI nebo také jako index tělesné hmotnosti je technika, která se momentálně používá pro definování antropometrických charakteristik hmotnosti a výšky a pro jejich klasifikaci. Nejčastější interpretace je představení indexu tloušťky jedince. Díky této technice se také hodnotí rizikové faktory pro vznik nebo výskyt zdravotních problémů. Další oblast při využívání techniky BMI je při určování politiky v oblasti veřejného zdraví a populačních studiích. Bohužel nám ale neukazuje procenta tělesného tuku, což bývá někdy zavádějící. BMI není vhodné měřit u malých dětí. Vhodné je jej začít měřit v období puberty či adolescence. (NUTTALL, F. Q., 2015)

Výpočet BMI se počítá v kilogramech a délka v centimetrech. Vzorcem pro výpočet je hmotnost dělena výškou na druhou. Výsledek se pak rovná BMI jedince. K definování rozdělujeme výsledky do sedmi skupin. Těžká podváha, podváha, normální hmotnost, nadváha, I. třída obezity, II. třída obezity a III. třída obezity. (WEIR, C. B. a JAN, A., 2022.)

### 1.2.5.2 *Percentilové grafy pro růst*

Percentilové grafy pro růst jsou základní pomůckou pro měření správného vývoje jedince. Nejčastěji používaný percentilový graf je váha/výška. Do grafu se zakreslí výška s váhou dítěte a okamžitě můžeme vidět, porovnávat a propojovat jeho vývoj. Důležité je průběžné zakreslování. Pro lepší představu je dobré tyto body propojovat v průběhu let a vidět křivku růstu, která nám ukazuje individuální růst dítěte. V ideálních případech by měla být rovnoběžná s percentilovými křivkami. Existují dále percentilové grafy s obvody, nedominantní paže, hlavy atd. Nejideálnější rozpětí je mezi 25. a 75. percentilem. V grafu je zaznamenáno nejčastěji 7 křivek (3., 10., 25., 50., 75., 90., a 97. percentil). (HONZÍK, T. a MAGNER, M., 2020.) Pásmem střední tělesné výšky nazýváme rozmezí mezi 25. až 75. percentilem, kde je 50 % všech naměřených hodnot. (KLÍMA, J. et. al., 2016.) Při pravidelných preventivních prohlídkách u PLDD si lékař zaznamenává hodnoty do grafu a vyobrazuje se mu individuální křivka růstu každého dětského pacienta. (MUNTAU, A., 2014.)



(VIGNEROVÁ, J., et. al. 2006. str. 103)

## **2 Praktická část**

### **2.1 Výzkumná část**

#### **2.1.1 Cíl výzkumu**

Cíl 1: Zmapovat hodnotící a měřicí škály u dětí v ošetrovatelském procesu.

Cíl 2: Zjistit uplatnění nebo využití vybraných škál v ošetrovatelském procesu v praxi na dětském oddělení.

#### **2.1.2 Výzkumné otázky**

VO1: Jaké hodnotící a měřicí škály se nejčastěji používají v pediatrii v českém zdravotnictví?

VO 2: Jak nahlíží sestry na možnosti používání hodnotících a měřících škál na odděleních?

VO 3: Jaké názory mají sestry na hodnotící a měřicí škály využívané na pracovištích dětského oddělení?

## 2.2 Metodika

### 2.2.1 Použité metody

Bakalářská práce pod názvem „Hodnotící škály v ošetrovatelském procesu u dětí“ byla prováděna kvalitativní formou. Nejprve jsme vyhledávali již existující hodnotící škály v odborné literatuře následně analyzovali a sumarizovali. Ve druhé části jsme se zaměřili na využívání hodnotících s měřících škál v pediatrii jak na standardních odděleních, tak na JIP. Sbíráni těchto dat probíhalo technikou hloubkových rozhovorů se sestrami na námi vybraných odděleních.

Při výzkumné části jsme se nejprve zaměřili na vyhledávání hodnotících škál v literatuře. K tomu nám z velké části dopomohla naše teoretická část, která obsahuje nejvíce využívané hodnotící škály v pediatrii. Tyto hodnotící škály jsme vyhledali za pomoci odborné literatury, která byla v knižní podobě či v elektronické. Zdroje byly jak české, tak cizojazyčné a při jejich vyhledání nám pomohla národní lékařská knihovna, a to hlavně díky zakoupeným rešerším. Následně jsme používali knihy dostupné v knihovně Jihočeské univerzity a knihy přístupné v online podobě na bookportu. Cizojazyčné zdroje byly nejčastěji vyhledávány pomocí databází pubmed a google scholar. Záměrně jsme vybírali hodnotící škály, které lze využívat v pediatrii. Z literatury, kterou jsme dohledali, jsme použili jen 37 zdrojů. Ostatní nebyly pro naši práci dostatečně relevantní. Při vyhledávání nám pomáhala klíčová slova: hodnotící škála, pediatrie, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace, dítě a dětská sestra. Po vyhledání informací jsme si škály roztřídili do kategorií a následně do podkategorií. Jak v teoretické části, tak v té výzkumné jsme se zaměřili na 5 hodnocených oblastí. Hodnocení bolesti, hodnocení soběstačnosti, hodnocení pádu, hodnocení vědomí a hodnocení výživy. K těmto jednotlivým kategoriím jsme následně přiřazovali hodnotící škály, které spadají do určité oblasti. Tuto část bakalářské práce jsme prováděli v rozmezí od listopadu 2022 do května roku 2023.

Po zajištění teoretických informací jsme přistoupili k hloubkovým rozhovorům s informantkami na dané téma. Na začátku rozhovorů proběhl osobní kontakt s vrchními sestrami vybraných oddělení, jehož hlavním účelem bylo důsledné objasnění tématu bakalářské práce a představení návrhu vytvořených otázek, na které bychom se chtěli dotazovat. Výzkum byl zahájen následně po písemně schválené žádosti vrchními sestrami daných oddělení a hlavními sestrami nemocnic, které žádost podepsaly.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 9 zdravotních sester, které pracují na námi vybraných dětských odděleních. Veškeré rozhovory probíhaly osobně s předem vysloveným souhlasem s nahráváním a použitím jejich odpovědí. Všechny informantky však uvedly podmínku, že pro použití rozhovorů se dožadují absolutní anonymity. Informantky byly následně seznámeny s tématem bakalářské práce a byly jim kladeny předem vytvořené otázky. Otázek bylo celkem 21. Rozhovory probíhaly na vybraných odděleních a během osobního volna informantek, za předem domluvených podmínek. V prvních čtyřech otázkách jsem se zaměřil na identifikační údaje jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe na dětském oddělení. Na tyto základní otázky navazovalo sedmáct otázek, které se zaměřily na hodnotící škály. Byly zde otázky na znalost hodnotících škál, které škály se využívají, edukace ohledně hodnotících škál atd. Dotazované sestry byly ze dvou nemocnic a obě nemocnice byly z jihočeského kraje. Délka jednoho rozhovoru trvala v průměru 15 minut. Jak již bylo zmíněné, vždy se slovním souhlasem sestry. Rozhovory jsme nahrávali do diktafonu, který byl po celou dobu rozhovoru položený před dotazovanou informantkou. Nahrávky byly doslovně přepsané do programu MS Word a až po doslovném přepsání smazané. Veškerá data byla následně analyzována za pomoci metody „tužka-papír“. A poté jsme vytvořili také kategorie a podkategorie, které se zaměřují na zkoumání našich výzkumných otázek a cílů. Samotné dotazování a využívání odpovědí do bakalářské práce probíhalo do dubna do června roku 2023.

### **2.2.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Ve výzkumném souboru jsme se zaměřili na dvě oblasti. První oblastí bylo vyhledávání relevantních článků. To probíhalo v internetové formě za pomoci vědeckých databází, jako jsou pubmed a google scholar. Tyto databáze obsahovaly převážně odborné články. Odbornou literaturu jsme vyhledávali dvojím způsobem. Nejprve v knihovně Jihočeské univerzity a následně knihy dostupné online na bookportu. S vyhledáváním odborných článků nám velmi pomohlo zakoupení rešerši z národní lékařské knihovny. Při vyhledávání nám taktéž pomáhala klíčová slova jako jsou např.: hodnotící škála, pediatrie, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace, dítě a dětská sestra. Analyzovaly jsme články a odbornou literaturu od roku 2013 až do roku 2023. Výsledky byly kategorizovány do pěti kategorií: hodnocení

bolesti, hodnocení soběstačnosti, hodnocení vědomí, hodnocení pádu a hodnocení výživy. Ty následně obsahují podkategorie v podobě určených hodnotících technik.

Druhým výzkumným souborem bylo devět dotazovaných sester, které pracují na dětském oddělení ve dvou jihočeských nemocnicích. Všechny rozhovory proběhly osobně. Pro tyto rozhovory se nám podařilo vybrat sestry různých věkových kategoriích, s různou délkou praxe na dětském oddělení, a dokonce i s různým stupněm vzdělání. K tomuto výběru sester došlo zcela nezáměrně.

	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe	Délka praxe na DEO
S1	Žena	30	Mgr. - Všeobecná sestra	6 let	3 roky
S2	Žena	50	SZŠ	28 let	28 let
S3	Žena	46	VOŠZ	26 let	24 let
S4	Žena	40	SZŠ	20 let	1 rok
S5	Žena	21	SZŠ	3 roky	1 rok
S6	Žena	23	SZŠ	4 roky	1,5 roku
S7	Žena	40	SZŠ	20 let	10 let
S8	Žena	52	SZŠ	15 let	15 let
S9	Žena	35	Bc. - Všeobecná sestra	10 let	5 let
S1-S9 – sestra 1 až 9; SZŠ – Střední zdravotnická škola; VOŠZ – Vyšší odborná zdravotnická škola; Mgr. - Magisterský titul; Bc. - Bakalářský titul					

Součástí výzkumu bylo devět sester z námi vybraných dětských oddělení. Věk sester se pohybuje od 21 do 52 let. Délka jejich praxe na dětském oddělení se pohybuje od 1

roku do 28 let. Většina sester dříve pracovala i na jiných odděleních krom informantky S2. Ta vždy pracovala pouze na dětském oddělení. Nejvyššího vzdělání dosáhla informantka S1 v magisterském oboru se zaměřením na chirurgii. Dále informantka S3, která vystudovala vyšší odbornou zdravotnickou školu, respondentka S2 má středoškolské vzdělání a dodělaný ARIP, informantka S4 si udělala specializační vzdělání v oboru psychiatrie a v paliativní péči. Zbylé informantky S5, S6, S7 a S8 mají vystudovanou střední zdravotní školu. Všechny informantky byly ženy. Informantky S1, S2 a S3 pracovaly na dětské JIP a zbylé informantky S4, S5, S6, S7, S8 a S9 pracovaly na standardních dětských odděleních.



## 2.3 Výsledky výzkumného šetření

### 2.3.1 Hodnotící škály využívané v pediatrii

#### 2.3.1.1 Bolest

Základ této bakalářské práce s názvem „*Hodnotící škály využívané v ošetrovatelském procesu u dětí*“, spočíval ve vyhledávání různých hodnotících metod. Na to jsme se zaměřili v teoretické části bakalářské práce. Jako první jsme se zaměřili na okruh hodnocení bolesti v pediatrii. Díky výzkumu jsme se dozvěděli, že hodnocení bolesti je nejčastěji hodnotící se oblastí. Všechny informantky se minimálně jedenkrát o hodnocení bolesti zmínily a všechny se shodly, že znají na škálu VAS. Informantka S3, S5, S6, S7 a S9 se dále shodují na hodnotící škále FLACC. Dále také informantky S2 a S5 zmiňují škálu faces pain scale, která se používá u malých dětí, kteří ukazují pouze na řadu smajlíků, kteří vyjadřují jejich aktuální bolest. A informantka S9 ještě zmínila škálu NIPS.

##### 2.3.1.1.1 Využívané hodnotící škály na bolest v pediatrii

Během vyhledávání informací jsme v teoretické části zjistili, jaké hodnotící techniky jsou vhodné pro využívání v pediatrii a jak s nimi zacházet. Jako první jsme našli škálu VAS. Z dostupných literatur jsme zjistili, že tato škála slouží k hodnocení bolesti a že je jednou z nejvyužívanějších škál. Nejen že je o ní nejvíce dostupné literatury, ale také se o ní zmiňovaly všechny informantky v rozhovorech. Tato škála si zakládá na principu hodnocení pomocí stupnice od 0-10, kdy 0 nám značí, že pacient nepociťuje žádnou bolest a 10 tu největší bolest. Ať už za pomoci různých pomůcek, jako je například zakreslovací teploměr či nakreslený smajlíci. Děti se díky těmto pomůckám dovedou lépe orientovat ve významu předem daných hodnot.

Velmi podobnou škálou je Melzackova škála pro hodnocení bolesti. Škála funguje na velmi podobném principu, ale její ohraničení je menší. Nejedná se tedy o hodnocení 0-10, ale o hodnocení 0-5. Přičemž 0 opět značí, že pacient nepociťuje bolest a 5 značí bolest nesnesitelnou. Při hodnocení pomocí tohoto systému je výhodné používat připodobňování, aby děti oznámkovaly svou pociťovanou bolest jako ve škole. Dále u této hodnotící techniky lze využít jako pomůcky teploměr na zakreslování či předem připravené smajlíky, na které dítě jen ukáže po jednoduchém vysvětlení významu všech smajlíků.

U dětí v novorozeneckém, kojeneckém a batolecím věku spíše volíme hodnocení bolesti pozorováním. Hodnotící škálou, kterou lze využít na tyto věkové kategorie je škála FLACC. Tato hodnotící škála je zkratkou pojmů, které v této škále hodnotíme a jimi jsou „Face, legs, activity, cry, consolability“ a v překladu z anglického jazyka tyto pojmy znamenají „Tvář, končetiny, aktivity, křik/pláč, utišitelnost“. Využívá se hodnocení pomocí bodového systému a abychom dosáhli výsledné hodnoty, všechny tyto body se sečtou a určí nám výslednou hodnotu.

A poslední nejčastěji využívanou škálou v pediatrii, na hodnocení bolesti je neonatal infant pain scale, známá pod zkratkou NIPS. Tato hodnotící škála se nejčastěji využívá v neonatologii, ale lze jí aplikovat také v pediatrii u kojenců. Opět, jako u předchozí škály, se jedná o škálu, která se řídí bodovým systémem a po sečtení všech získaných bodů z hodnotících oblastí nám vyjde výsledná hodnota, podle které se nadále řídíme.

#### 2.3.1.2 *Vědomí*

Další oblastí, kterou lze hodnotit je hodnocení vědomí. Tato hodnotící oblast se nám méně vyskytovala ve výsledném šetření. V teoretické části jsme se zaměřili na tři hodnotící škály využívané v pediatrii zaměřené na tuto oblast. První hodnotící škálou bylo GCS. Tato hodnotící technika je nejvíce známá na hodnocení vědomí. Dále jsme se také zaměřili na hodnotící škály ATICE a VISC.

##### 2.3.1.2.1 *Využívané škály na hodnocení vědomí v pediatrii*

V dostupných literaturách jsme našli tři hodnotící škály, které lze uplatnit v pediatrii. Větší využití nalezneme spíše na více akutních odděleních než na standardních odděleních. První hodnotící škálou je GCS, které je nejčastěji využívanou a nejvíce rozšířenou škálou na hodnocení vědomí jak už v pediatrii, tak na odděleních, kde jsou dospělí pacienti. Výsledná hodnota je určena díky bodovému systému hodnotící tabulky.

Další využívané škály v pediatrii jsou škála ATICE, která je také jako GCS založena na bodovém hodnocení. Je rozdělena do dvou oblastí, přičemž první je vědomí a druhá tolerance.

A třetí škálou, kterou lze aplikovat na dětské pacienty v hodnocení vědomí je hodnotící tabulka VICS. Jako u předchozích technik hodnocení vědomí se jedná o hodnocení

pomocí bodového systému. Je rozdělena do dvou oblastí. První je interakční škála a druhá škála v klidu.

### 2.3.1.3 *Hodnocení výživy*

Další hodnotící oblastí je nutriční. Ta je velmi podstatná pro správný vývoj a růst jedince. Hodnotící škály, které máme na hodnocení nutriční, jsou například percentilové grafy, BMI, procento tělesného tuku a mnoho dalších. V naší práci jsme se zaměřili pouze na dvě nejčastěji používané hodnotící techniky v pediatrii a těmi jsou percentilové grafy a BMI.

#### 2.3.1.3.1 *Využívané škály na hodnocení výživy v pediatrii*

V pediatrii se nejčastěji využívají dvě hodnotící techniky, a to percentilové grafy a BMI. Hodnotící technika pomocí percentilových grafů je založena na principu zakreslování spojnice výšky a váhy dítěte do předem určených tabulek, ve kterých jsou již předem určené hodnoty. Vyhodnocení je v rozmezí 0–100 percentilem a optimální výsledek je v rozmezí 25-75 percentilem. Percentilové grafy se využívají již od narození.

Další velmi užívanou hodnotící stupnicí v pediatrii je BMI. Výsledná hodnota z této hodnotící techniky se odvíjí od dvou hodnot. Nejčastěji od tělesné váhy v kilogramech a tělesné výšky v metrech. Vzor je tělesná váha dělena tělesnou výškou na druhou. Na spočítání BMI existuje spousta programů. Je to však pouze orientační. Neurčuje nám přesný obsah svalstva, tuku ani vody v těle. BMI lze používat až u starších dětí. Pro malé děti je nejvhodnější užívat percentilové grafy.

#### 2.3.1.4 *Riziko pádu*

Riziko pádu představuje ohrožení pacientova bezpečí a zdraví. To je jedním z hlavních důvodů, proč se dělá opatření v podobě hodnocení rizika pádu. Jedná se o hodnotící systém, který se zaměřuje na rizikové faktory a následně zdravotnickému personálu napomáhá předcházet potencionálnímu pádu. Jde nám především o zvýšení bezpečnosti a předcházení vzniku poranění. Hodnocení pádu se využívá častěji v geriatrii, ale lze aplikovat i na dětskou populaci. Hovoříme zde o dětech, které jsou například po operačním výkonu, při poruchách psychomotorického vývoje a mnoho dalších. Ne všechny pracoviště tyto hodnotící škály využívají.

#### 2.3.1.4.1 Využívané škály na hodnocení rizika pádu v pediatrii

Díky teoretické části bakalářské práce jsme zjistili, že v pediatrii se tyto škály také využívají. Zaměřili jsme se na tři a jimiž jsou, GRAF PIF, HDFS a škála CHAMPS.

První škála GRAF PIF je využívána od jednoho roku dítěte a hodnotí se zde sedm parametrů. Jedná se o škálu, která je založená opět na sčítání bodů a součet všech bodů nám určí výslednou hodnotu rizika pádu. Maximální počet bodů, kterého lze dosáhnout, je 10. V momentě, kdy nám při sčítání bodů vyjde hodnota větší jak dva body, můžeme začít hovořit o riziku pádů.

Humpty dumpty fall scale jinak řečeno HDFS je další škálou na hodnocení rizika pádu u dětí. Hodnotí se zde také sedm parametrů, jimiž jsou věk, pohlaví, diagnóza, kognitivní poruchy, faktory prostředí, reakce na chirurgický výkon/sedaci/anestezii a užívání léčiv. Vše je to zahrnuto do bodového systému a následně se sčítají body, které nám opět určí, jak velké riziko pádu hrozí. Minimální počet bodů je 7 a maximální 23. Zde začínáme hovořit o riziku pádu při dosažení 12 bodů v předem vytvořené hodnotící tabulce.

Škála, kterou lze využívat v pediatrii na hodnocení rizika pádu, je škála CHAMPS. Byla vytvořena speciálně na hodnocení rizika pádu u pediatrických pacientů a název byl poskládan z iniciálů zkoumaných faktorů v anglickém jazyce. Jedná se zde od změny duševního stavu nebo závratě, historie pádů doma či v nemocničním zařízení, věk dítěte, problémy s mobilitou, zapojování rodičů nebo primární pečovatelské péče a bezpečí pacienta.

#### 2.3.1.5 *Hodnocení soběstačnosti*

Poslední hodnocenou oblastí, o které jsme se zmiňovali v teoretické části, bylo hodnocení soběstačnosti. S hodnocením soběstačnosti se spíše setkáme u dospělých pacientů, ale i u adolescentů. Hodnotící škály na hodnocení soběstačnosti, které lze využít v pediatrii, je hodnocení dle Gordonové, Barthelův test základních všedních činností a test ošetřovatelské zátěže.

##### 2.3.1.5.1 Využívané hodnotící škály na soběstačnost v pediatrii

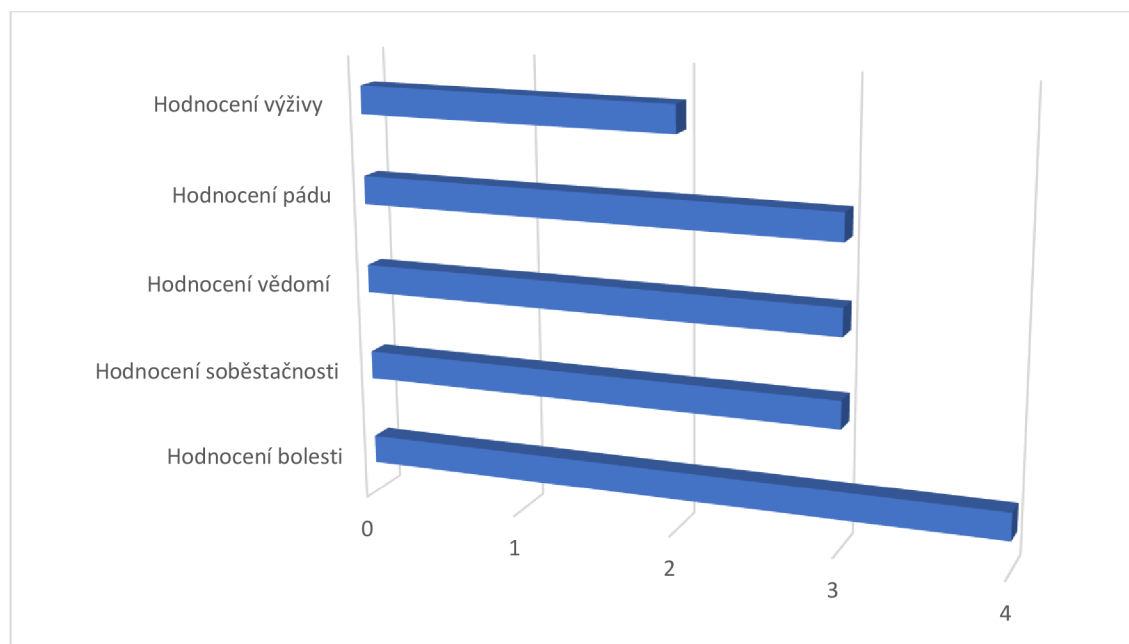
Hodnotící technika, která se nazývá hodnocení dle Gordonové, je souhrn různých každodenních činností, které jsou potřebné pro plnohodnotný život a jsou hodnoceny

bodovým systémem 0-5. Přičemž 0 nám označuje nezávislé a soběstačné pacienty a 5 v momentě, kdy pacient má absolutní deficit sebezpečí.

Barthelův test základních všedních činností je stejně jako hodnotící technika dle Gordonové hodnocena bodovým systémem a také obsahuje běžné každodenní činnosti, které by měl zdravý jedinec zvládat a vykonávat sám. Jediný rozdíl je v udělovaných bodech a výsledném hodnocení. Maximální počet bodů, kterého je možné dosáhnout, je 100 a minimum 0. Přičemž při dosažení maximálního počtu bodů je pacient plně nezávislý a u minimálního počtu je plně závislý.

A jako poslední zde máme test ošetrovatelské zátěže. Stejně jako předchozí hodnotící techniky na soběstačnost spočívá v hodnocení za pomoci bodového systému. Opět se zde objevují každodenní činnosti, ale také například hodnocení dekubitů a inkontinence. Maximální dosažený počet je 38 bodů a to nám stačí k určení, že pacient je plně závislý na pomoci druhých. 0 však ukazuje to, že pacient je plně soběstačný.

### **Graf 1 Počet nalezených hodnotících technik v daných oblastí**



Zdroj: Vlastní

Tento graf nám znázorňuje, jaké námi vybrané oblasti obsahují nejvíce nalezených hodnotících škál a které zas nejméně. Na hodnocení bolesti jsme našli nejvíce

hodnotících škál a to čtyři, na hodnocení pádu, soběstačnosti a vědomí tři a nejméně dvě, na hodnocení výživy.

### **2.3.2 Hodnotící škály využívané na zkoumaných pracovištích**

#### 2.3.2.1 *Bolest*

##### 2.3.2.1.1 Využívané škály na hodnocení bolesti na vybraných pracovištích.

Hodnotící škály, které se využívají na dětských odděleních zkoumaných nemocnic, nejsou zcela identické. Na obou pracovištích se využívá na hodnocení bolesti VAS. Avšak na jednom zkoumaném oddělení se navíc používá ještě hodnotící škála FLACC. Jak tvrdí informantka S1 „*VAS, máme tu vlastně tři, jeden je od nula až tři let, druhý nula až šest a poslední je šest až osmnáct. A většinou si to řídíme podle věku.*“.

Při kladené otázce ve znění „*Které hodnotící škály jsou nejrelevantnější?*“ se nejčastěji opakovaly škály na hodnocení bolesti. Tyto škály zmínily informantky S1, S2, S6, S7 S8 a S9. Informantka S6 zmiňuje, že „*Nejdůležitější je smajlíková škála bolesti, protože děti dobře chápou a dovedou ji i správně určit.*“ Ale s tímto názorem se již žádná informantka neztotožňovala.

Informantky S1, S2, S4 a S9 se nezmiňují konkrétně o jedné určité škále na bolest, ale v obecném pojmu. „*Za mě tyto škály, co využíváme, jsou všechny relevantní. To je hlavní důvod, proč je využíváme. Ale škála na hodnocení bolesti nám velmi pomáhá v provozu. Díky ní dovedeme určit, kdy je třeba potřebně dát medikaci na bolest.*“ jak řekla informantka S9. S tímto názorem se ztotožňují informantky S1 a S4.

Zatím co informantky S7 a S8 konkretizují hodnotící škálu. Informantka S8 zareagovala: „*abych řekla pravdu, tak moc nevím, ale VAS je za mě jedna z nejpoužívanějších a má to i svůj důvod, protože vystihuje nejlépe svou realitu.*“.

Na různých odděleních se hodnotící škála na bolest již automaticky přikládá do ošetrovatelské dokumentace. Vždy přiloží správnou hodnotící škálu dle věku a mentálního stavu pacienta.

Informantky jsou spokojené s využíváním hodnotících škál. Samy říkají, že jim hodnotící škály pomáhají v ošetrovatelském procesu. Informantka S4 říká: „*pomáhají vzniknout profesionálnímu ošetrovatelskému procesu, vyhnout se pochybení a prevence*

*rizik.*“. Dále také informantky S1 a S2 tvrdí, že jim používání hodnotících škál v ošetrovatelském procesu usnadňuje péči o pacienta.

#### 2.3.2.1.2 Názor sester na využívání hodnotících a měřících škál na bolest

Hodnocení bolesti je velmi ověřenou a často aplikovanou technikou. Využívá se na obou zkoumaných pracovištích. Při hodnocení bolesti se vše zapisuje do přiložené hodnotící škály, která se následně zakládá do dokumentace. Informantky S1, S3 a S9 udávají, že ne vždy se automaticky hodnocení bolesti přikládá do dokumentace. Jak tvrdí informantka S9: *„individuálně poté přikládáme hodnocení bolesti. V momentě, kdy pacient nemá bolest, tak hodnocení bolesti nepřikládáme.“*. Z toho vyplývá, že hodnocení bolesti není na všech pracovištích automaticky přikládáno do ošetrovatelské dokumentace. Přikládá se pouze v momentech, kdy pacient začne pociťovat bolest nebo na žádost lékaře. Ale informantky S2, S4, S5, S6, S7 a S8 tvrdí, že při zakládání ošetrovatelské dokumentace, přikládají hodnotící škály na bolest dle věku do ošetrovatelské dokumentace automaticky.

Hodnotící škály na bolest pomáhají sestřám ve více oblastech. Nejčastěji však používají výsledné hodnoty například na následující podání medikace. Informantka S1 řekla: *„usnadňuje nám to hodnocení, když řeknu tu bolest, tak abychom věděli jakoby, jak silná je ta intenzita, kdy můžeme dát analgetika a jestli to zabralo.“*

#### 2.3.2.2 Vědomí

##### 2.3.2.2.1 Využívané škály na hodnocení vědomí na vybraných pracovištích

Z nasbíraného materiálu od informantek jsme zjistili, že znají a využívají jednu hodnotící škálu na vědomí a tou je GCS. Všechny respondentky tuto škálu znají a v případě potřeby by jí dovedly použít. Není však automaticky přiřazována do ošetrovatelské dokumentace, ale vždy na žádost lékaře, jak řekl informantka S1 *„Když to po nás vyloženě chtějí, tak GCS a jinak, když máme vědomí, tak jestli nám to dítě reaguje, odpoví, zareagují adekvátně na podnět.“*. Jiné hodnotící škály na vědomí informantky ani na jednom pracovišti nepoužívají. Všechny informantky po položené otázce *„Jaké hodnotící škály na vědomí využíváte na vašem oddělení?“* odpověděly *„GSC“*.

#### 2.3.2.2.2 Názor sester na využívání hodnotících a měřících škál na vědomí

Většina informantek, se kterými byly vedené rozhovory, byly sestry ze standardních oddělení. Pouze informantky S1, S2 a S3 byly sestry z JIP. Na standardních odděleních se s hodnocením vědomí dle informantky S9 příliš často nesetkávají. Jak tvrdí informantka S9: *„na standardním oddělení se s ní nesetkáváme, ale vím, že na JIP ji u některých pacientů využívají. Spíše však používají hodnocení pouze pohledem. Hodnotí to, zda pacient reaguje, komunikuje, jestli není zahleděný nebo jestli třeba vnímá.“*

#### 2.3.2.3 Výživa

##### 2.3.2.3.1 Využívané hodnotící škály na výživu na vybraných pracovištích

Při hodnocení nutriční informantky S1, S2, S3, S4 a S9 uvedly, že používají percentilové grafy a zde hodnotí dvě oblasti. První je váha k výšce a druhá obvod nedominantní paže k věku pacienta. Informantky S5, S6, S7 a S8 zas uvedly, že se na hodnocení nutriční příliš velkým způsobem nezaměřují. Hodnotí BMI, které se jim samo vygeneruje. Jak tvrdí informantka S5 *„BMI, které se však automaticky generuje a je zapsáno v příjmovém listu.“*

##### 2.3.2.3.2 Názor sester na využívání hodnotících a měřících škál na stav výživy

Ať informantky využívají jakoukoliv hodnotící škálu na nutriční, je vždy zakládána do dokumentace. Buď jako speciální příloha v podobě nutričního screeningu nebo pouze poznamenaná výsledná hodnota v příjmovém listu. Při hodnocení BMI je sestřím hodnota automaticky vygenerována a zaznamenána. Zatím, co u hodnocení pomocí percentilových grafů je potřeba vědět, jak správně určit správnou výslednou hodnotu. Jak řekla informantka S9 *„Všechny hodnoty si samy hledáme v předem vytvořených grafech.“* Informantky, které hodnotí nutriční stav dítěte byly všechny správně a důkladně edukovány. Jak tvrdí informantky S2 a S4, tak edukace v určení správné hodnoty probíhala následujícím způsobem. Nejprve se graf vysvětlil na teoretické úrovni a poté se aplikoval do praxe.



#### 2.3.2.4 Riziko pádu

##### 2.3.2.4.1 Využívané hodnotící škály na hodnocení rizika pádu na vybraných pracovištích

Hodnotící škály na riziko pádu se nepoužívají na všech zkoumaných pracovištích. Jak uvedla informantka S2 „*Riziko pádu zde nehodnotíme. Děti jsou v zavřených postýlkách většinou s rodiči a velké děti mají postranice.*“ S touto informací se shodly i informantky S1, S2, S4 a S9. Informantky S6, S7 a S8 však odpověděly, že na hodnotící používají tabulku na rizika pádu a informantka S5 navíc hodnotící tabulku MFS.

##### 2.3.2.4.2 Názor sester na využívání hodnotících a měřících škál na riziko pádu

Informantky, které hodnotící škály na riziko pádu nepoužívají, tak jim ani nepřijde podstatné toto hodnotit v pediatrii. Jak řekla informantka S3 „*Na dětském oddělení se většinou hodnotící škály na riziko pádu nepoužívají. Je to škála za mě spíše zaměřená na oddělení následné péče.*“

#### 2.3.2.5 Škály nalezené během dotazování sester

V této kapitole bychom jsme se chtěli věnovat všeobecné znalosti hodnotících škál u sester pracujících na dětských odděleních ve vybraných jihočeských nemocnicích. Zkoumal jsem, jaké hodnotící škály sestry znají a jaké se využívají v pediatrii. Zda znají ještě nějaké jiné hodnotící škály nebo jen ty, které se využívají na jejich odděleních.

Během výzkumu jsme vyzkoumali, že hodnotící škály jsou poměrně známá technika, která pomáhá zdravotnickému personálu orientovat se v daném problému, který pacient má. Nemusí však jít ihned o řešení daného problému, ale také o předcházení rizik a pacientovu prevenci.

Vyzkoumal jsem, že všem sestřám se při vyslovení sousloví „hodnotící škály“ vybaví jako první hodnocení bolesti a některé si vzpomněli jen a pouze na ně. „*Abych řekla pravdu tak nevím, ale jediné, co mě teďka napadají, tak jsou dvě a ty jsou na bolest VAS, FLACC*“ říká informantka S6 a s jejím názorem se shoduje také informantka S7. Zatím co informantce S4 se jich vybavilo hned několik, ale ne všechny je možné uplatnit v pediatrii „*Tak já znám monitorace bolesti, riziko pádu, nutriční screening, BMI, monitorace fyziolog. funkcí, P+V tekutin, Glasgow Coma Scale, Barthelův test, test kognitivních funkcí, Apgar scóre, škála hodnotící riziko vzniku dekubitů, screening*

*demence, geriatrická škála deprese, hodnocení soběstačnosti“.* Dále se informantka S3 zmínila „*Z předchozích studuji ještě znám stupnici dle Finegannové a stupnici dle Northonové, které lze v pediatrii také využívat*”.

Abychom to shrnuli, tak veškeré škály, na které si informantky vzpomněly a dají se uplatnit v pediatrii, tak jsou hodnotící škály na bolest, jako je VAS, FLACC, face pain scale a NIPS, GCS, bodovací schéma dle Beneše, na hodnocení nutrice BMI a percentilové grafy, Barthelův test, hodnotící škály na riziko pádu a soběstačnosti. Na škály, které se nepoužívají v pediatrii si vzpomněla také informantky S2, S3, S4, S5 a S9. Informantka S2 si navíc vzpomněla na hodnotící škálu na dekubity, informantka S3 na hodnotící škálu dle Northonové a hodnotící škálu Apgar, která se využívá v neonatologii ihned po porodu, informantka S4 také na Apgar score a hodnocení rizika vzniku dekubit, ale navíc ještě na screening demence a geriatrickou škálu deprese. Informantka S5 a S9 si také vzpomněly na Apgar score a informantka S9 ještě na hodnocení dekubitů a geriatrickou škálu deprese.

### 3 Diskuse

Tato bakalářská práce pojednává o hodnotících škálách, které jsou využívány v pediatrii. Jako první jsme hledali hodnotící škály, které lze využít v pediatrii.

Nejprve jsme se zaměřili na **bolest**, kde jsme našli čtyři hodnotící techniky. První jsme našli v knize od Plevové (2012) VAS, další v knize od Herolda (2013) FLACC, NIPS od Fendrychové (2013) a hodnocení dle Melzacka z literatury od Pokorné (2013). Jak z této části, tak z rozhovorů nám vyšlo, že hodnocení bolesti je nejčastější hodnotící oblastí. Nejen, že se o ní zmiňuje mnoho literatury a článků, ale také informantky se nejčastěji zmiňovaly o této problematice. Ať už při kladení konkrétní otázky na bolest nebo všeobecné, opíraly se informantky o obecné hodnocení bolesti. Při dotazování informantek na jednotlivé oblasti a jejich hodnocení se sestry ve většině případů shodovaly. První otázkou na určenou oblast jsme měli číslo 19, jejíž text byl „*Jakou hodnotící škálu používají na bolest?*“. Nejen, že bolest byla nejvíce zmiňovanou oblastí, ale také o této hodnotící technice jsme našli nejvíce informací. V této otázce se shodují informatiky S5, S6, S7 a S8 ve svých odpovědích zmínily že používají hodnotící škály na bolest VAS a FLACC. Informantka S1 zas zmiňuje, že hodnotící škálu VAS a mají zde tři. První je od nula až 3 let a jsou to body. Další je nula až 6 let a ty obsahují smajlíky a jako poslední škála je určena pro děti od 6 let, kteří jsou schopni bolest lépe popsat. Dle mého názoru by si děti měly samy moct vybrat vlastní hodnotící metodu, které budou rozumět. Není správné děti rozřazovat do skupin dle věku, ale dle vývoje psychomotorického vývoje. Toto tvrzení nám značí, že informantka nezná správné pojmenování hodnotících škál a veškeré hodnotící škály, které existují na bolest, tak je pojmenovává „VAS“. Z popisování tří škál jsme pochopili, že se jedná o FLACC, smajlíkovou škálu bolesti a škálu dle Melzacka. Zkreslování však může mít pro nové zaměstnance matoucí význam. Dále také informantka S1 uvádí, že při hodnocení bolesti používají hodnotící škálu VAS a vysvětlila nám, že dávají dětem možnost, aby bolest ohodnotili na stupnici od 1 do 5. Avšak jak víme z teoretické části, tak se Plevová (2012) ve svém článku zmiňuje o tom, že hodnotící škála VAS je od 0 do 10. O hodnotící škále 0 až 5 píše ve své knize Pokorná (2013), ta se zmiňuje o hodnotící škále dle Melzacka. Žádná hodnotící škála na hodnocení bolesti 1 až 5 neexistuje. Tyto škály jsou si velmi podobné. Jediné, v čem se liší, tak je délka stupnice, díky které se bolest hodnotí. Může to být poté zavádějící,

když někdo udá, že používají hodnotící škálu VAS, ale nedovysvětlí celý princip jimi využívané škály. Může jednoduše dojít k nedorozumění. Toto se vše odvíjí od správné edukace ohledně vyhodnocování hodnotících škál. Setry jsou ve většině zařízení zvyklé na hodnocení bolesti od nula do deseti, která se nazývá VAS. Informantka S9 zmiňuje hodnotící škálu FLACC a informatika S3 obličejovou škálu. Informantka S4 ještě navíc verbální škálu bolesti. Pod tímto označením hodnocení bolesti si dovedu představit, že se sestra ptá pacientů, kde je to bolí, jak ta bolest vypadá, zda někam nevystřeluje atd. Dle mého názoru mají informatiky povědomí o možnostech využívání různých druhů hodnotících škál, ale sami neznají jejich správný název, a i v některých případech mají problém s jejich správným vysvětlením. Ve výsledku používají všechny stejné hodnotící techniky, ale každá pro ně užívá jiného názvu. V průběhu pokládání otázek, jsme se postupně ujistili v tom, co jsme již zjistily v teoretické oblasti. Bezesporně je nejčastěji hodnocenou oblastí bolest. Jako nejčastěji používaný styl hodnocení je znám jak mezi zdravotnickým personálem, tak i širokou veřejností. Hodnocení bolesti pomáhá zdravotnickému personálu v mnoha směrech. Nejčastěji však s nastavením a upravením medikace, jak se zmiňuje Rokyta (2017), ale také se zajištěním pacientova komfortu. Abych shrnula hodnocení bolesti, tak dle mého názoru je to nejméně podceňovanou oblastí, která se nejen v pediatrii nejvíce a nejpocitivěji hodnotí. Má jasně určená pravidla, ale jsou zde neustálé nedostatky, jako je například správná edukace v používání. Informantky jsou dle potřeby orientované a k vykonávání jejich práce je to dostačující.

Další nejčastěji se opakující oblastí je hodnocení **nutrice**. Tato oblast je zcela určitě velmi podstatná pro vývoj jedince. Udává nám, zdali dítě prospívá, jsou uspokojené bio-psycho-sociální-spirituální potřeby. Na základě tohoto zjištění, je potřeba oblast nutrice kvalitně a pravidelně hodnotit a zapisovat. Tomnová (2019) ve svém článku dokonce zmiňuje, že děti, které měly vyvážený příjem potravy, tak mají menší pravděpodobnost, že onemocní. V naší teoretické části jsme se zaměřili na dvě nejčastěji používané hodnotící škály. První bylo hodnocení pomocí BMI a druhý za pomoci percentilových grafů. Informantky opět zmínily alespoň jednu hodnotící škálu na hodnocení výživy. Čtyři informantky, přesněji informantky S5, S6, S7 a S8, se zmínily o hodnocení výživy pomocí BMI. A informantky S1, S2, S3, S4 a S9 zmínily hodnocení pomocí percentilových grafů. Informantka S6 se zmiňuje o tom, že BMI si nevyhodnocují samy, ale za pomoci programu. Jiné hodnocení nutrice nevyužívají. Dle

informantky S5 se jim daná hodnota percentilových grafů automaticky generuje do příjmového listu. Od Wiera a Jana (2022) víme, že na vypočítání BMI je vzorec, který vypadá následovně. Hmotnost vydělíme výškou na druhou. Tato oddělení nejsou vyloženě určena pro pacienty s výživovými potížemi. Dělají to jen a pouze z orientačního hlediska. Dle mého názoru je hodnocení nutrice spíše v kompetencích pediatrických lékařů. Ti své pacienty velmi dobře znají a mohou se svými pacienty pracovat i mimo nemocniční prostředí. Tato bakalářská práce je zaměřena spíše na nemocniční prostředí. Dále si ale nemyslím, že by například BMI bylo adekvátní pro vyhodnocování reálné hodnoty. Například když má jedinec velké množství svalové hmoty a bude vypadat stejně jako jedinec, který má svalstva minimum, tak bude mít BMI vyšší a tato hodnotící technika může označit dotyčného s velkým množstvím svalstva jako za obézního. Informantky S1, S2, S3, S4 a S5 zas uvedly, že na oddělení využívají percentilové grafy. Opět z teoretické části víme, že hodnocení pomocí percentilu je lepší provádět v dlouhodobém intervalu. Lépe se nám po dlouhodobém zakreslování zobrazí křivka, která ukazuje růst a vývoj jedince. Proto jsou percentilové grafy součástí zdravotnické dokumentace u praktického lékaře.

Hodnocení **vědomí** není na každodenní bázi sester standardního oddělení. Je využíváno spíše na odděleních, kde je intenzivnější péče o pacienty. Objevuje se však také na standardních odděleních. Velmi záleží na nemocnicích, jak jsou vybaveny a jaké jsou jejich schopnosti zajistit dohled nad pacienty na standardních lůžkách. V našem výzkumu byly dotazovány informantky většinou ze standardních oddělení a pouze tři byly zaměstnány na jednotce intenzivní péče. Z toho důvodu informantky také uvedly, že se to u nich používá, ale informantka S9 uvedla, že „*dovedla bych to použít, ale ještě jsem se s tím tady nesečkala*“. Informantka S1, která však pracuje na dětské JIP uvedla, že tuto škálu využívají jen na výslovné požádání lékařem. Z tohoto tvrzení informantek mi vyplývá, že se s hodnocením vědomí informantky příliš často nesečkávají a závažnější stavy jsou situovány do větších nemocnic. Většinou jim stačí pouze označení, zda pacient vnímá a je schopný komunikovat. Však při dotazování, jakou hodnotící škálu využívají na hodnocení vědomí na jejich oddělení, odpověděly všechny informantky GCS. Informantky tudíž vědí, jaké hodnocení by v případě potřeby měly využít. Jiné škály, jako jsou ATICE a VISC, které lze využívat v pediatrii, jak víme od Herolda (2013), informantky nepoužívají ani neznají. Myslím si, že GCS je naprosto

dostačující a výstižná hodnotící metoda, kterou každý rychle dovede pochopit a naučí se s ní pracovat. A také dle slov Rozsypky (2015) je GCS nejčastěji využívaná škála na hodnocení vědomí.

O **riziku pádu** již víme, že se nejedná pouze o problematiku v geriatrii, ale také v pediatrii. A od Sikorové a Cmorjakové (2021) víme, že se s pády v nemocničních zařízeních v pediatrii setkáváme často a nejvíce u novorozenců a kojenců. I když v geriatrii je tato oblast častěji hodnocená. Informantky S1, S2, S3, S4 a S9 škálu na hodnocení rizika pádu nevyužívají. Spoléhají se více na selský rozum a samotnou prevenci. Dle jejich slov, tak edukují rodiče o postranicích na postýlkách a bezpečnosti dítěte, když je na vyvýšeném otevřeném prostoru. Zatímco informantky S5, S6, S7 a S8 na svých odděleních hodnotící škálu na riziko pádu využívají. Jak tvrdí informantka S6: *„používáme u nás hodnotící techniku na riziko pádu“*. Informantky, které hodnotící škálu nevyužívají, nemají potřebu jí vyplňovat. Dle jejich slov jsou opatření, která dělají, dostatečná. Dle mého názoru je to dostačující u dětí, které jsou hospitalizované s rodičem. U dětí, které jsou hospitalizované samy, je velmi amatérské intuitivně vyhodnocovat riziko pádu. Sestra nemusí správně odhadnout riziko a pacient je tím pádem v ohrožení a mohou vzniknout následné komplikace v podobě úrazu. Riziko pádu nesouvisí jen s věkem dítěte, ale také s neinformovaností rodičů po úrazech, pooperačních stavech, s různými doprovázejícími onemocněními atd. Jak zmiňuje Jana Horová (2020) ve svém článku, tak hodnocení rizika pádu je jednou z nejefektivnějších preventivních metod. Dle mého názoru je prevence obecně velmi důležitá část ošetrovatelské péče, ať se jedná o děti či dospělé. Neměla by být podceňována, ať to souvisí s jakoukoliv problematikou.

S rizikem pádu dle mého názoru souvisí i hodnocení **soběstačnosti**. Z teoretické i praktické části bakalářské práce jsme zjistili, že hodnocení soběstačnosti se však v pediatrii zas tak často nevyskytuje a ani na jednom z dotazovaných oddělení žádnou hodnotící škálu na hodnocení soběstačnosti v pediatrii informantky neznaly. A ani o hodnocení soběstačnosti nemluvily. Dle mého názoru hodnocení soběstačnosti v pediatrii není zas tak podstatné. Většina dětí vyrůstá s rodiči a nejsou plnoletí. Tím pádem se zde hodnocení soběstačnosti nemusí hodnotit. Lze ale hodnocení soběstačnosti využívat u adolescentů např. po úrazech, děti s handicapem či u jedinců, kteří vyrůstají bez dohledu rodičů či jiných zákonných zástupců nebo různých dozorů.

Zároveň lze využívat hodnocení soběstačnosti již na pobyt v nemocnici. Automaticky však vždy předpokládáme, že jinak soběstačný bude pacient, který má určitý handicap, ať už se jedná o trvalý či dočasný, jako může být například zlomená končetina. Tento pacient bude mít problém s každodenními činnostmi, těmi jsou například schopnost se sám najíst či si bez pomoci dojít na toaletu. Zatímco pacientovi, který je hospitalizovaný například pro gastroenteritidu, nebudou tyto činnosti činit potíže. A jak řekl Kuckir (2016), tak je podstatné brát v potaz psychomotorický vývoj jedince, od kterého se následně odvíjí. Proto je dle mého názoru tato oblast nevědomky automaticky hodnocená, a i je toto hodnocení dostačující.

Na otázkou číslo 13 ve znění „*kdo přináší návrhy na nové hodnotící škály u vás na oddělení?*“ odpověděly informantky S5, S6, S7 a S8 že nikdo, ale informantka S3 odpověděla, že vedení, informantka S4, že zatím nikoho nezaznamená, informatika S2 si myslí, že nové návrhy na hodnotící škály přichází ze směrnic a informantka S1, že ze standardů. Během své praxe jsem se také nesešla s příchodem nové hodnotící škály. Tudíž správnou odpověď na tuto otázku neznám. Myslím si ale, že tyto návrhy přichází ze směrnic, jak zmiňuje informantka S2. Určují, jaké oblasti se mají přesně hodnotit a při jakých komplikacích či situacích máme přikládat speciální hodnotící škály. Na tuto otázku navazovala otázka číslo 14 a ta zněla „*zda mají sestry možnost samy iniciovat nové hodnotící škály*“ Informantky S5, S6 a S7 odpověděly, že ano, informantka S4 a S8, že asi ano a informantka S1 a S9 odpověděly, že si myslí, že tuto možnost mají, ale nevyužily jí. Informantka S3 zas uvedla, že nemá žádnou potřebu vyhledávat nové hodnotící škály, které by šly využívat ošetrovatelském procesu na jejich oddělení. A dále informantky S1 a S2 shodují v názoru, že nemají zapotřebí vyhledávat nové hodnotící škály, protože jim tyto dosavadní stačí. S názorem sester o potřebě vyhledávání a vymýšlení nových hodnotících škál a technik částečně souhlasím. V ošetrovatelské dokumentaci se jich nachází mnoho, ale spíše se přikláním k zjednodušování a sjednocování dosavadních hodnotících technik. Například při orientaci ve věkových kategoriích a výsledný hodnotách. Z tohoto důvodu jsme inspirovali od Plevové (2013) a Kalousové (2008) a vymysleli jsme vlastní hodnotící tabulku na bolest, která je součástí bakalářské práce. (Příloha 2)

Následujícím bodem, kterým bychom se chtěli věnovat v diskusi, je odvozeno od výzkumné otázky číslo 8, která zní „*v čem si myslíte že jsou škály hodnotící*

*užitečné*“. Informantka S4 uvedla, že pomáhají vzniknout profesionálnímu ošetrovatelského procesu, napomáhají nám se vyhnout pochybení a slouží také jako prevence rizik. S tímto názorem naprosto souhlasím, a ještě bych k tomu přidala, že přináší pacientovi určitý komfort. Informantka S2 k tomuto tvrzení dále přidává, že se dovedeme lépe orientovat v dané problematice. Od Kudlové (2015) víme, že hodnotící škály napomáhají zdravotníkům při určování potřeb pacienta a případných patologií. Přičemž nám mohou při správném vyhodnocení sloužit jako návod při řešení vzniklého problému. Taktéž s názorem informantky S4 plně souhlasí. Je už jen a pouze na sestře, jak dovede s těmito hodnotícími technikami pracovat, zda jsou pro ni přítěží při práci nebo je dovede brát jako užitečnou součást její práce, která jí je následně ulehčována. Informantky S5, S6, S7 a S8 s těmito názory jen a pouze částečně souhlasí. Informantka S7 na tuto kladenou otázku nedokázala odpovědět. Dle mého názoru, nezanedbatelné množství sester nemá dostatečnou povědomost o tom, jak podstatnou mají hodnotící a měřící škály při diagnostice a následné péči o pacienty.

V další části bych se ráda vrátila na úplný začátek hodnotících škál a tím je samotná edukace v oblasti správného vyhodnocování a využívání hodnotících a měřících technik v pediatrii. Když jsme se informantek dotazovali, zda byly při nástupu na daná oddělení či při přiřazení novým hodnotících škál do ošetrovatelské dokumentace edukovány o správné využívání hodnotících a měřících technik, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace na jejich oddělení, tak všechny informantky odpověděly, že ano. Informantka S1 uvedla, že *„edukaci provádí někdo z vedení, jako například vrchní nebo staniční sestra“*. Informantka S3 zas uvedla, že spoustu těchto hodnotících škál, které jsou využívána na oddělení, kde pracuje zná již z dob svých studií, ale i v tomto případě jí pečlivě seznámili s principem využívaných hodnotících a měřících technik na jejich oddělení. Jak víme z knihy od Gurkové (2017), tak edukace je plánovaný, systematický a postupný proces učení a vzdělávání. Neměla by se tedy tato fáze podceňovat a banalizovat.

Sestry jsou poučené, jak co nejlépe využívat hodnotící a měřící techniky jako součást ošetrovatelské dokumentace v jejich běžné praxi. Nejpodstatnější je však samotná úroveň používání výsledků hodnotících a měřících škál. Informantky S5, S6, S7 a S8 neví, zatím co informantky S1, S2, S3, S4 a S9 se shodly v názoru, že se podle nich v ošetrovatelském procesu nadále orientují v péči o pacienta. Tato oblast je dle



mého názoru velmi podstatná. Jaký by byl jiný důvod, proč by měly být hodnotící a měřicí techniky součástí ošetrovatelské dokumentace. Tyto techniky pomáhají sestřám a sestry by se jejich výsledných hodnot měli i nadále držet. V ošetrovatelském procesu, jak již bylo dříve řečeno, hodnotící techniky sestřám pomáhají a usnadňují jim samotnou ošetrovatelskou péči.

## 4 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala „*hodnotícími a měřícími škálami u dětí v ošetrovatelském procesu*“. Prvním cílem bylo „*zmapovat hodnotící a měřící škály u dětí v ošetrovatelském procesu*“. Druhým cílem bylo „*zjistit uplatnění nebo využití vybraných škál v ošetrovatelském procesu v praxi na dětském oddělení*“. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky: „*Jaké hodnotící a měřící škály se nejčastěji používají v pediatrii v českém zdravotnictví?*“, „*Jak nahlíží sestry na možnosti používání hodnotících a měřících škál na odděleních?*“ a „*Jaké názory mají sestry na hodnotící a měřící škály využívané na pracovištích dětského oddělení?*“

Výzkumné šetření bylo zpracováno formou kvalitativní analýzy. Došlo k rešerši odborné literatury vztahující se k dané problematice a na základě podrobné analýzy jsme popsali nejčastěji využívané oblasti hodnocení problémů u dětí v ošetrovatelském procesu. Dále byly provedeny hloubkové rozhovory s devíti sestrami dětských oddělení. Zaměřili jsme se tedy na 5 nejčastěji využívaných oblastí hodnocení problémů u dětí v ošetrovatelském procesu v praxi. Prvním bylo hodnocení bolesti, druhý hodnocení výživy, třetí hodnocení rizika pádu, čtvrté hodnocení vědomí a páté hodnocení soběstačnosti.

U hodnocení bolesti jsme našli čtyři nejčastěji využívané hodnotící a měřící škály. FLACC, VAS, NIPS a hodnotící škálu dle Melzacka. V praxi se nejčastěji využívá škála VAS a FLACC pro rychlé a jednoduché vyhodnocení.

Dále jsme vymysleli vlastní hodnotící škálu na hodnocení bolesti. Dovede nám zhodnotit bolest u dětí od nula do 18 let. Primární význam této hodnotící techniky spočívá v tom, že výsledné hodnoty hodnocení bolesti budou mít předem určenou hodnotící stupnici od 1 do 5. Ať budeme hodnotit kojence či adolescenta. Obsahuje tři hodnotící škály. První hodnotící škála je od 0 do 3 let a je inspirována a založena na principu NIPS a FLACC. Zakládá se na bodovém systému. Při sečtení bodů dosáhne výsledku a ten je pak dle závažnosti ohodnocen body 1 až 5. Druhou oblastí, která je určena pro děti od 3 do 6 let. Obsahuje 5 různých smajlíků. Každý ze smajlíků má jinou barvu a jiný výraz obličeje. Děti, kteří dovedou rozpoznat a pochopit význam tohoto hodnocení, tak nám ukáží na jednoho smajlíka, který momentálně vyjadřuje jeho pocity. Jako poslední je hodnocení bolesti pro děti od 6 let. Je to jen číselná stupnice od 1 do 5 a funguje na principu známkování bolesti jako ve škole. U všech těchto škál nám jednička značí, že pacient nepocítuje bolest žádnou a při označení pětky pocítuje

pacient bolest nesnesitelnou. Tato hodnotící plachta vznikla na podkladě neorientovanosti ve výsledných hodnotách. Jiné výsledné hodnoty mají kojenci, jiné předškolní děti a jiné adolescenti. Cílem je usnadnit ošetřovatelskému týmu práci a sjednotit výsledné hodnoty bolesti. Při soukromém zkoušení této hodnotící techniky jsem dosáhla výsledků, které odpovídaly reálně pociťované bolesti.

Další hodnocenou oblastí bylo hodnocení nutrice. Hodnotící škály a techniky, které se využívají v pediatrii jsme našli dvě. Prvním bylo BMI a druhé percentilové grafy. Tyto hodnotící škály se v nemocničním prostředí využívají, ale pouze orientačně. Na toto hodnocení se bere zřetel, pokud má dítě problém s výživou. Percentilové grafy jsou nejčastěji využívány u PLDD.

Následovalo hodnocení rizika pádu a nemilé zjištění, že hodnocení rizika pádu se nepoužívá všude. Nejprve jsme našli hodnotící škály na riziko pádu a těmi jsou GRAF PIF, HDFS a CHAMPS Tool. Jediná, z těchto škál, která má uplatnění na námi vybraných oddělení, tak je HDFS. Takže hodnotící techniky na hodnocení rizika pádu se v pediatrii vyskytuje méně a všechny sestry tuto metodu neznají a nepoužívají.

Předposlední je hodnocení vědomí a my našli hodnotící techniky GCS, ATICE a VICS. Nejčastěji využívanou technikou na hodnocení vědomí je GCS, tuto škálu nejvíce využívají sestry na JIP, kde jsou děti hospitalizované po úraze nebo s krátkodobou amnézií v anamnéze. Běžně na standardním oddělení GCS se nevyužívá.

Poslední hodnocenou oblastí je soběstačnost. Na toto hodnocení jsme našli Barthelův test základních všedních činností, test ošetřovatelské zátěže a hodnocení dle Gordonové. U této hodnotící metody jsme zjistili, že se na žádném z vybraných oddělení nevyužívá a sestry ani tuto možnost hodnocení neznají.

Rozhovory také odhalily, že sestry jsou správně informovány o potřebě a důležitosti využívání hodnotících a měřících technik v pediatrii. Znájí rizika, která mohou nastat špatným vyhodnocením, či dokonce opomenutím vyhodnocení dané oblasti.

Tato bakalářská práce může být využita ve zkvalitnění ošetřovatelské péče u dětí nebo v rámci výuky oboru Pediatrického ošetřovatelství. Navrhovanou hodnotící škálu lze uplatnit v praxi nebo ve výuce.

## 5 Seznam literatury

1. BELTRAMINI, A., et. al., 2017. Pain Assessment in Newborns, Infants, and Children. *Pediatric Annals* [online]. 46(10), e387-e395 [cit. 2022-12-06]. DOI: 10.3928/19382359-20170921-03. ISSN 1938-2359. Dostupné z: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/19382359-20170921-03>
2. CETLOVÁ, L., et. al. 2012. *Hodnoticí a měřicí škály pro nelékařské profese*. Vydala Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, Jihlava, ISBN 978 – 80 – 87035 – 45 – 0
3. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
4. FENDRYCHOVÁ, J., 2013. *Hodnoticí metodiky v neonatologii*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 9788070135600
5. FRERMUTH, J., et. al. 2021. *Propedeutika dětského lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-245-4864-4
6. GUIGOZ, Y., VELLAS, B., 2021. Nutritional Assessment in Older Adults: MNA® 25 years of a Screening Tool & a Reference Standard for Care and Research; What Next?. *J Nutr Health Aging* 25, 528–583 (2021).[online]. [cit. 2022-12-06] Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1601-y>
7. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1
8. HAVLÍČEK, R. a VOLDŘICH, M., 2017. Poruchy vědomí, *Neurologie pro praxi*. [online]. [cit.2022-12-05] Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/02/03.pdf>
9. HEROLD, I., 2013. Skórovací schémata hodnocení sedace a výskytu deliria, *Anesteziologie a intenzivní medicína*. [online]. [cit. 2022-12-10] Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2013/05/13.pdf>
10. HEROLD, I., 2013. Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP. *Aktuální téma v intenzivní péči*, [online]. [cit. 2022-10-06] Dostupné z : <https://aimjournal.cz/pdfs/aim/2013/06/12.pdf>

11. HILL – RODRIGUEZ, D., et. al., 2009. The Hupmty Dumpty Falls Scale : A Case – Control Study, *JSPN Vol. 14*. [online]. [cit. 2023-04-23]. Dostupné z : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x>
12. HOROVÁ, J., et. al., 2020. Hodnocení rizika pádů, *Medicina pro praxi*. roč. 17, č. 3, s. 200-202, ISSN 1214-8687. [online]. [cit. 2022-12-01] Dostupné z : <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2020/03/12.pdf>
13. HONZÍK, T. a MAGNER, M., 2020. *Testové otázky z pediatrie*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4556-8.
14. CHROMÁ, J., 2016. Risk of falling in peditric nursing, *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. [cit. 2022-11-08] Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2016/04/06.pdf>
15. KALOUSOVÁ, J., et. al., 2008. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatrie pro praxi*, [online]. [cit. 2022-12-06] Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/02.pdf>
16. KELNAROVÁ, J., et. al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 1.ročník*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 970-80 – 247 – 9857-8
17. KLÍMA, J. et. al., 2016. *Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5014-9
18. KNAPOVÁ, J., 2019. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka*. [online], [cit. 2022–12-22]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page17.html>
19. KUCKIR, M., et. al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0054-5.
20. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5367-6
21. MUNTAU, C., A., 2014. *Pediatrie*. 6. Vydání. Praha: Grada ISBN 978-80-247-4588-6
22. NUTTALL, F. Q., 2015. *Body Mass Index*. 50(3): 117–128. [online]. [cit. 2022-12-03] Dostupné z : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890841/>
23. PLEVOVÁ, I., a kol., 2012. Hodnocení bolestí u dětí. Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelské praxi. *Pediatrie pro praxi*, [online]. [cit. 2022-11-23] Dostupné z : <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/12.pdf>
24. PLEVOVÁ, I., a kol., 2018. *Ošetrovatelství I*, 2. vydání. Praha: Grada. s. ISBN 978-80-271-0888-6

25. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
26. ROKYTA, R., et. al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0312-6.
27. ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2932-2
28. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
29. SIKOROVÁ, L., CMORJAKOVÁ, M., 2021. Hodnocení rizika pádů u hospitalizovaných dětí pomocí škály GRAF PIF (General Risk Assessment for Pediatric Inpatient Falls Scale). *Peditrie pro praxi*. [online]. [cit. 2022-12-06] Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2021/03/20.pdf>
30. SLEZÁKOVÁ, L., et. al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3602-0
31. TOMNOVÁ, J., 2019. *Výživa a dietetika v ošetrovatelské péči*. Olomouc: Univerzita Palackého. [online] ISBN 978-80-244-5632-4
32. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
33. TRACHTOVÁ, E., et. al. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2
34. VEVERKOVÁ, E., et. al. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2747-9.
35. GNEROVÁ, J., et. al. 2006. *Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001 Česká republika*. Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-86561-30-5
36. VÖRÖSOVÁ, G., et. al. 2015 *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0.
37. WEIR, C. B., JAN, A., 2022. *BMI Classification percentile And Cut Off Points*. [online]. [cit. 2022-11-15] Dostupné z : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31082114/>  
<https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/02/17.pdf>

## **6 Seznam příloh**

Příloha č. 1 Seznam otázek kladených při rozhovorech se sestrami

Příloha č. 2 Navrhovaná univerzální škála na hodnocení bolesti

## Příloha č.1 Seznam otázek kladených při rozhovorech se sestrami

1. Kolik je vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a v jakém oboru?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
4. Kolik let pracujete na DEO?
5. Jaké hodnotící škály znáte?
6. Jaké hodnotící škály se využívají na vašem odd?
7. Jaké hodnotící škály si myslíte, že jsou nejrelevantnější?
8. V čem si myslíte, že jsou škály užitečné?
9. V čem vám hodnotící škály pomáhají?
10. Jaké ošetřovatelské škály jsou automaticky přiřazovány do vaší ošetřovatelské dokumentace?
11. V jakých momentech přikládáte individuální hodnotící škály, které nejsou automatickou součástí vaší ošetřovatelské dokumentace?
12. Jak velká je potřebná edukace pacientů v případě vyplňování hodnotících škál pro získání relevantní odpovědi?
13. Kdo přináší návrhy na nové hodnotící škály u vás na odd?
14. Mate možnost se samy iniciovat v návrzích nových hodnotících škál?
15. Jak nakládáte s výsledkem hodnotících škál?
16. Jste seznámeni s významem hodnotících a měřících škál?
17. Myslíte si, že byste dovedli popsat některé z nich a jejich význam?
18. Jakým způsobem probíhá edukace hodnotících škál? Jak vás školí v používání?
19. Jakou škálu používáte na hodnocení bolesti?
20. Jakou škálu používáte na hodnocení vědomí?
21. Jakou škálu používáte na riziko pádu?

Zdroj: vlastní



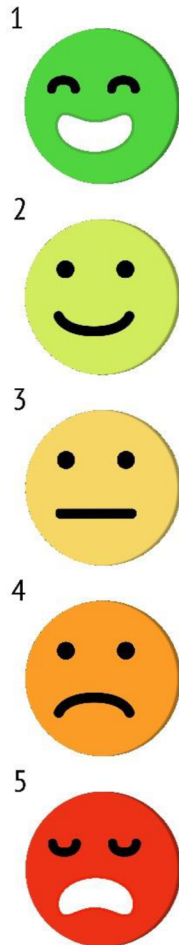
## HODNOCENÍ BOLESTI

### Děti do 3 let

Obličej	
Klidný	0
Grimasy	1
Pláč	
Nepláče	0
Fňuká	1
Pláče	2
Utišitelnost	
Nepotřebuje	0
Dotek / Pochování	1
Neutišitelný	2
Dýchání	
Fyziologické	0
Patofyziologické	1
Končetiny / Pohyb	
Klidný	0
Napjatý / V křeči	1
Součet	
<input type="text"/>	

0 - 1 bodů - Žádná bolest (1)  
 2 - 4 body - Mírná bolest (2 - 3)  
 Nad 5 bodů - Silná bolest (4 - 5)

### Děti do 6 let



### Děti od 6 let

- 1 - Výborně (v pohodě)
- 2 - Chvalitebný (nepříjemné)
- 3 - Dobře (docela to bolí)
- 4 - Dostatečné (hodně to bolí)
- 5 - Nedostatečné (už to nedám)

Výsledná hodnota:

Datum a čas: \_\_\_\_\_

Sestra: \_\_\_\_\_

## **7 Seznam zkratek**

Např. - Například

Atd. – A tak dále

Tzv. – Takzvaných

VAS – Vizuální analogová škála

NIPS – Neonatal/infant pain scale

GRAF PIF – General risk assessment for pediatric inpatient falls scale

HDFS – Humpty dumpty falls scale

GCS – Glasgow coma scale

ATICE – Adaption to intensive care environment

VICS – Vancouver interaction and calmness scale

BMI – Body mass index

JIP – Jednotka intenzivní péče

WHO – světová zdravotnická organizace a

IASP - mezinárodní asociace pro studium bolesti

PLDD – Praktický lékař pro děti a dorost

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

CHAMPS - Changes, History, Age, Mobility, Parental, Safety (CHAMPS)

ÚZIS ČR - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

P+V – Příjem + výdej

ARIP – Specializační vzdělávání v oboru intenzivní péče