



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Hodnotící škály v traumatologii

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Martina Prokopová

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

České Budějovice 2020

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Martina Prokopová

Poděkování

Největší poděkování patří mému vedoucímu práce Mgr. Františkovi Dolákovi, Ph.D. za ochotu, podporu a další cenné rady při zpracování diplomové práce. Poděkování patří také informantům, respondentům a zařízením, ve kterých jsem prováděla svůj výzkum. Dále bych ráda poděkovala také Mgr. Olze Dvořáčkové za statistické zpracování výsledků výzkumného šetření.

Hodnotící škály v traumatologii

Abstrakt

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Převážnou část obsahu teoretické části zaujímá popis jednotlivých škál a testů používaných pro různé oblasti. Stručně byla nastíněna i problematika oboru traumatologie, její historie, ošetrovatelské péče a traumacenter České republiky. V této části nalezneme i informace týkající se ošetrovatelské dokumentace, jejíž součástí hodnotící škály jsou.

První celek výzkumné části diplomové práce byl realizován formou kvalitativního šetření na základě polostrukturovaných rozhovorů se zdravotními sestrami pracujícími na traumatologickém oddělení. Po skončení tohoto šetření byly výsledky do detailu podrobeny zkoumání pomocí kódování a kategorizace. Nejdůležitější odpovědi dotázaných pak byly znázorněny ve schématech, která byla vytvořena dle stanovených kategorií. Pro druhý celek byl zvolen kvantitativní výzkum prováděný formou nestandardizovaného dotazníku s celkovým počtem 110 dotázaných. Výsledky dotazníkového šetření byly statisticky zpracovány. V souvislosti s výzkumným šetřením bylo stanoveno pět výzkumných otázek a dvě hypotézy.

Cílem této práce bylo zjistit využití škál pro hodnocení pacienta v traumatologii a zároveň zmapovat pohled sester na problematiku hodnotících škál a jejich využití v tomto oboru.

Dle statistických výsledků platí, že názor sester na hodnotící škály je v případě některých škál ovlivněn délkou praxe i výší dosaženého vzdělání. Výsledky výzkumného šetření dále přinesly závěr, že hodnotící techniky jsou sestrami vnímány pozitivně. S jejich pomocí je možné jednoduchým způsobem zhodnotit pacientovi dovednosti, potřeby a problémy související s ošetrovatelskou péčí. Dle výzkumného šetření však sestry některé ze škál nevnímají jako objektivní, v případě některých položek totiž dochází k promítání subjektivního vnímání do procesu hodnocení. Důvodem je však nedostatek informací, které sestram chybí při používání škál. Sestry jsou si vědomy výhod, které pramení z používání těchto škál, ale vadí jim čas strávený jejich vyplňováním. Zápasení s časem je, však neustálý problém se kterým se sestry při své práci potýkají, je to dáno neúměrným množstvím úkolů zapříčiněným nedostatkem personálu. To je také důvod, proč nelze očekávat větší zájem o jejich inovaci.

V traumatologickém oboru dle dostupných výsledků své největší uplatnění nalezne škála VAS a GCS.

Klíčová slova

traumatologie, hodnotící škály, ošetrovatelská dokumentace, sestra, pacient

Rating scales in traumatology

Abstract

This diploma thesis is split into two parts – a theoretical and an empirical one. Most of the content of the theoretical part is created by description of individual scales and tests, used for different areas. There are briefly mentioned phenomena of traumatology, the history of trauma centers in the Czech Republic and the nursing care. In this part there is also information regarding nursing documentation which the evaluation scales are part of.

The first unit of research part of the diploma thesis was realized in the form of quantitative survey on the basis of semi-structured interviews with nurses working at trauma department. The results of this survey were examined in details with help of categorization and coding. The most important answers of the people surveyed were shown in diagrams, which were created according to the defined categories. For the second unit was chosen quantitative research, performed in the form of non-standardized questionnaire with the total of 110 people surveyed. The results of the questionnaire survey were statistically processed. Regarding the questionnaire survey, five research questions and two hypothesis were identified.

The aim of this paper was to research the use of evaluation scales for patients in traumatology and at the same time to map the point of view of nurses on the issue of evaluation scales and their use in nursing.

According to the statistical results it is true that the opinion of nurses, regarding the scales, is affected by the length of their praxis and the level of education. The results of the research concluded that evaluation techniques are positively accepted by the nurses. With their help, it is possible to evaluate a patient's skills, needs and problems with nursing care, in a simple way. According to the survey, nurses did not see some of the scales as objective because in case of some items, there might occur projection of personal perception into the process of evaluation. The reason is the lack of information which nurses are missing when using the scales. The nurses are aware of benefits of using these scales but they do mind the time spent for filling it. The struggle with time is a common and constant problem the nurses have. It is given by the disproportionate

number of tasks caused by the lack of staff. That is the reason why no greater interest can be expected. In traumatology, according to the result, the greater application of scales will be found with VAS and CGS scales.

Key words: Traumatology, Rating scales, Nursing documentation, Nurse, Patient

Obsah

SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 Traumatologie	10
1.1.1 Historie české traumatologie.....	10
1.1.2 Traumacentra v České republice	11
1.1.3 Péče o pacienta na traumatologii.....	12
1.2 Hodnotící škály	17
1.2.1 Hodnotící škály jako součást ošetrovatelského procesu.....	17
1.2.2 Hodnotící škály pro posouzení stavu vědomí	19
1.2.3 Hodnotící škály pro hodnocení vzniku dekubitů.....	22
1.2.4 Hodnotící škály proměření stupně soběstačnosti	24
1.2.5 Hodnotící škály pro hodnocení bolesti.....	28
1.2.6 Hodnotící škály pro hodnocení stavu výživy	32
1.2.7 Hodnotící škály pro hodnocení rizika pádu.....	35
1.2.8 Hodnotící škály pro hodnocení kognitivních funkcí	37
1.2.9 Hodnotící škály v dalších oblastech	38
CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY	40
1.3 Cíle práce	40
1.4 Výzkumné otázky	40
1.5 Hypotézy	40
Metodika	41
1.6 Výzkumný soubor	42
VÝSLEDKY	43
1.7 Výsledky kvalitativního výzkumu	43
1.8 Výsledky kvantitativního výzkumu	56
1.9 Testování hypotéz	74
DISKUSE.....	80
ZÁVĚR	90
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	92
PŘÍLOHY	98
SEZNAM ZKRATEK.....	108

ÚVOD

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

Sestry od samého počátku sledovaly pouze hodnoty ordinované lékařem, nyní ale mají možnost uplatňovat i vlastní techniky. Z hlediska péče také většinu času trávily u lůžek svých pacientů. Ošetrovatelství však od té doby prošlo mnoha změnami. Měli bychom si uvědomit, že vedení dokumentace je pro sestry důležité také z hlediska právní ochrany. Avšak s přibývajícím množstvím těchto povinností se zřejmě vytrácí její původní smysl a to ten, že má sestřám pomoci. Jelikož nároky na kvalitu ošetrovatelské péče neustále rostou, je třeba využívat kvalitní postupy, materiály a nástroje. Používání nevalidních škál by totiž mohlo být pro pacienty rizikové. Hodnotící škály jsou standardním nástrojem a důležitou pomůckou ke stanovení individuálního plánu ošetrovatelské péče vycházející z objektivních údajů. Sestra na základě výsledků hodnotících škál volí vhodné postupy k předcházení či řešení daného problému. Jejich používání je ovlivněno vzděláním a zkušenostmi, sestry zde tedy mohou uplatnit své teoretické i praktické dovednosti. Jako každá technika, mají i hodnotící škály ale svá úskalí. Může za to subjektivní hodnocení každého jedince či snad tato skutečnost souvisí s jejich aktualitou? Nutno podotknout, že velká část těchto škál zůstala po mnoho let v nezměněné podobě i přesto, že ošetrovatelství se stejně jako ostatní vědy neustále rozvíjí. Sestry sice mnohdy zaujímají negativní postoje k jejich vedení, ale zároveň si uvědomují výhody využití těchto škál. Jejich obavy jsou však v otázce času, který by mohly jinak věnovat svým pacientům.

Zjišťovali jsme, které ze škál jsou pro péči o traumatologické pacienty využitelné a které by bylo potřeba modifikovat tak, aby co nejvíce odpovídaly aktuálním potřebám a specifickým problémům těchto pacientů. V době kdy administrativa spíše narůstá, mi toto téma přijde velice aktuální.

SOUČASNÝ STAV

1.1 Traumatologie

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

1.1.1 Historie české traumatologie

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

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

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

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

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

1.1.2 Traumacentra v České republice

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

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

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

1.1.3 Péče o pacienta na traumatologii

Stejně jako každý obor má i traumatologie svá specifika. Patří mezi obory chirurgické a zahrnuje v sobě převážně akutní případy. Na personál jsou zde kladeny vysoké nároky v podobě flexibilitnosti, zručnosti a zvládnání základních psychologických technik v pomoci pacientovi i jeho rodině (Luckarová et al., 2014).

Dle ÚZIS v roce 2006 počet úrazů ošetřených v rámci chirurgických ambulancí mírně vzrostl a dosáhl 1 856 000. Mezi nejčastější úrazy patřily školní, sportovní a pracovní. Nejvíce hospitalizovaní byli pacienti se zlomeninami končetin a nitrolebními poraněními důsledkem pádů a dopravních nehod. V nemocnicích v České Republice v roce 2006 bylo evidováno téměř 188 000 hospitalizací pro úrazy. Průměrná doba hospitalizace trvala 7,6 dne. Nejdelší 16,9 dne a to při zlomeninách postihujících více částí těla a zlomeniny kostí stehenních, naopak nejkratší dobou byla hospitalizace v důsledku otrav (ÚZIS ČR, 2008).

Na prvním místě se dle nejčastějších důsledků vnějších příčin umístily zlomeniny končetin (vyjma kosti stehenní). Zlomeniny jsou diagnostikovány za pomoci RTG vyšetření. Terapie zlomenin je dvojitá, konzervativní nebo operační. Při konzervativní léčbě, kdy je zvolena terapie sádrovým obvazem je nutné dodržovat zásady správného přiložení sádrového obvazu. Jedná se o lékařský výkon, u kterého sestra asistuje. Připraví si sádrový obvaz vhodné velikosti, podkladový materiál (vata, trikotový obvaz), nůžky, metr, igelitovou zástěru, pilu na sádro a nádobu s vodou. Z poraněné končetiny odstraníme šperky a přiložíme trikotový obvaz či vatu s přesahem cca 3 m na každém konci, důležité je správné vypodložení predilekčních míst, aby se zamezilo

vzniku otlaků pod sádrou. Potřebnou délku naměříme vždy na zdravé končetině. Sádrové obinadlo namočíme ve vlažné vodě a jemně ho vymačkáme, přikládáme vždy v několika vrstvách se začátkem na akrální části končetiny. Pokud se předpokládá, že může dojít k otoku končetiny, sádra se v celé délce musí nastříhnout a fixuje se elastickým obinadlem. Nezbytná je edukace pacienta včetně informací o možných komplikacích. Nutné je sledovat především citlivost a hybnost akrálních částí a barvu periferie končetiny. Pacient je poučen o zvýšené poloze poraněné končetiny, pro zabránění případného vzniku otoku a o častém a pravidelném cvičení volných kloubů včetně prstů, které je důležité pro zlepšení prokrvení. Pokud by se objevil některý z příznaků, jako jsou bledost končetiny, porucha citu, hybnosti, chlad a trvající otok značí to poruchu prokrvení a inervaci, v tomto případě je důležité ihned navštívit lékaře a to i v noci (LuckEROVÁ et al., 2014).

V případě zlomenin k péči o traumatologické pacienty patří i péče o zevní fixátér, který slouží ke stabilizaci zlomenin a napomáhá hojení měkkých tkání. Tito pacienti jsou ohroženi vznikem infekce, která může vzniknout oblastí vstupu kovových komponent do kůže a následně postihnout kost. Z tohoto důvodu se v zásadě klade důraz na jeho pravidelnou péči. Tato péče spočívá v důkladné hygieně končetiny s následnou mechanickou očištěnou a dezinfekcí jednotlivých vstupů i celé konstrukce fixatéru. Desinfikujeme běžnou bezbarvou dezinfekcí za pomoci pinzety a sterilních tamponů, místa kotevních prvků případně sterilně kryjeme. Každý den sledujeme, zda nedošlo v okolí vstupů k zarudnutí, v tomto případě pak místo ošetřujeme antiseptickým krytím (Idanine) či lokálně aplikujeme mast s Betadinem. Dále sledujeme, zda nedochází k výskytu sekrece. Pokud jsou rány v okolí fixatéru zhojeny a není-li porušen kožní kryt, je možné kůži promazávat. Důležitá je také kontrola pevnosti montáže. Pravidelně převazovány jsou i periferní a centrální žilní katétry, u kterých sledujeme jejich funkčnost a pravidelně sledujeme okolí místa vpich, k jehož zhodnocení je využívána klasifikace dle Maddona (LuckEROVÁ et al., 2014).

Na druhém místě se dle nejčastějších důsledků vnějších příčin umístila nitrolební poranění. Tyto úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtí po poraněních břicha. Patří sem otřesy mozku, zhmoždění mozku, jeho stlačení, epidurální a subdurální hematomy. Pacienti s úrazem hlavy jsou vždy hospitalizováni k observaci, kdy je pečlivě monitorován jejich klinický stav, protože i u lehkého poranění hlavy může dojít

k poúrazové nitrolební komplikaci. U těchto pacientů v pravidelných intervalech sledujeme tlak, pulz a stav zornic – jejich fotoreakci a velikost, změny v neurologickém obrazce, stav vědomí a dýchání. Všímáme si i dechové frekvence a rytmu, protože varovným signálem svědčícím pro lézi na různé úrovni CNS je tachypnoe (zrychlené dýchání) a dále různé typy nepravidelného či periodického dýchání. K hodnocení stavu vědomí se využívá Glasgow Coma Scale (GCS). U pacientů s těžkým kraniocerebrálním poraněním je nutné navíc monitorovat nitrolební tlak pomocí ICP čidla, invazivní měření arteriálního tlaku, měření saturace kyslíku, parciálního tlaku oxidu uhličitého, tělesné teploty, bilance tekutin a specifické váhy moči (LuckEROVÁ et al., 2014).

Na dalším místě s největším počtem případů se umístila jiná poranění. Hned dalším v pořadí byly zlomeniny kosti stehenní. Zlomeniny proximálního femuru celkově postihují ze 65-70% staré lidi. Jejich diagnostika je snadná, již na první pohled je často zřejmé zkrácení končetiny o několik cm, zevní rotace, částečné ohnutí v kyčli, nemožnost chůze a pohybu a přítomnost bolesti. V naprosté většině případů jsou pacienti přivezeni k ošetření po pádu. Zhruba polovinu všech zlomenin proximálního femuru tvoří zlomeniny krčku. Jejich léčba závisí na typu zlomeniny, věku, celkovém zdravotním stavu a mobilitě pacienta před úrazem. Dále sem patří zlomeniny diafýzy femuru a zlomeniny distálního femuru, obě tyto zlomeniny jsou vždy indikací k operačnímu řešení. Sestra kontroluje polohu operované končetiny a vše pečlivě zaznamenává do dokumentace. Po celou dobu hospitalizace kontroluje a zaznamenává také intenzitu bolesti pomocí VAS. Intenzivní rehabilitace je zahajována v dalším pooperačním období a to zejména nácvik chůze, izometrie a posilování svalů. Po operacích proximálního femuru, kdy se jedná zejména o seniory, je nutné dbát zvýšené ošetrovatelské péči a tím předcházet komplikacím. Snahou je tyto pacienty posazovat hned první pooperační den. Důraz je kladen také na pravidelné polohování a péči o kůži, využívání antidekubitárních pomůcek, dechovou rehabilitaci a péči o hydrataci a vyprazdňování (LuckEROVÁ et al., 2014).

Na pátém místě nejčastějších důsledků vnějších příčin se umístilo vymknutí a podvrtnutí kloubních vazů. O vymknutí neboli luxaci hovoříme, když hlavička kloubu opustí kloubní jamku. Při vymknutí může být vážně poškozeno kloubní pouzdro i vazy. V případě podvrtnutí neboli distorzi kloub zůstává stabilní, ale dochází k částečné

ruptuře nebo distenzi (roztažení) pouzdra, případně také vazů (Saveljev, 2014). Distorze je problémem převážně kolenního nebo hlezenního kloubu. V tomto případě je důležité kloub chladit a ovinout ho elastickým obvazem. Končetinu umístíme do zvýšené polohy, pro zmenšení přítoku krve, poté pacienta poučíme, aby kloub několik dní až týdnů šetřil. Luxace je poraněním především ramenního kloubu, dochází při něm k silnému otoku a velkým bolestem. V narkóze je nutné takto postižený kloub zreponovat (napravit) a znehybnit. U luxací například v hlezenním kloubu se končetina po repozici fixuje do sádrové fixace (přiložení sádrové fixace viz zlomeniny končetin) (Madian, Matthiessen, 2007).

Na posledním, šestém místě se umístily zlomeniny krku, hrudníku a pánve. Úrazy v oblasti krční páteře vznikají nejčastěji při pádech z výšky, skocích do mělké vody, autonehodách a cyklistice. Důležité je zvolení správné velikosti měkkého i tvrdého krčního límce, tak aby zajistily potřebnou fixaci páteře. Zejména pak tvrdý krční límec, který je nutné vypodložit, aby nedošlo k otlakům. K tomu jsou využívány gázové čtverce. Zvláštní pozornost je věnována hygienické péči o pokožku pod límcem. V tomto případě je možné límec v poloze vleže opatrně sejmout tak, aby nedošlo k rotaci páteře (LuckEROVÁ et al., 2014).

Mezi zlomeniny hrudníku řadíme infrakce (částečné nalomení) a zlomeniny jednotlivých žeber, dvířkové zlomeniny žeber a sériové zlomeniny žeber, u kterých hrozí rozvoj pneumothoraxu nebo hemothoraxu. V takovýchto případech je pak nutné zavedení hrudní drenáže (LuckEROVÁ et al., 2014). Hrudní drén zavedený do pohrudniční dutiny slouží k dlouhodobému odsávání nahromaděného vzduchu či tekutiny. Sestra musí dbát na to, aby byl drenážní systém vždy pod úrovní pacientova hrudníku a ve svislé poloze. Sestra dále sleduje stav okolí zavedeného hrudního drénu a známky případného vzniku komplikací (povytažení drénu, obtékání sekretu kolem drénu, bolestivost nebo zarudnutí). K tomu patří také pravidelné převazy se zápisem do dokumentace. Dále pravidelně kontroluje funkci odsávacího zařízení, funkci drenážního systému a průchodnost drénu, který nesmí být ohnutý, zalomený a stlačený. Zároveň se snaží zamezit rozpojení, v případě kterého je pacient ohrožen vznikem pneumotoraxu a kolapsem plic, proto spojky drenážního systému musí dobře těsnit. Při manipulaci s drenážní soupravou (odpojování, přepojování) je nutné provést zajištění zamezení zpětnému průniku vzduchu dvěma naproti sobě sevřenými peány. K další péči patří

sledování celkového stavu pacienta týkající se především febrilií, tepové a dechové frekvence, změn krevního tlaku, zbarvení kůže, dušnosti, kašle a zhoršení bolestí o kterých ihned po zjištění informujeme lékaře. Pacient je také edukováno významu dechové rehabilitace (Janíková, Zeleníková, 2013).

Zlomeniny pánve jsou často provázeny vysokým počtem komplikací, kterou mohou bezprostředně ohrožovat život. Jsou způsobeny přímým hrubým násilím a to zejména při autonehodách, úrazech v průmyslu a pádech z výšky. Po stránce ošetrovatelské vyžadují tato poranění náročnější péči. Pozornost věnujeme pravidelnému vyprazdňování moči a stolice, u zlomenin pánve totiž často dochází k oblenění střevní pasáže a vzniká zácpa. Důležitá je také prevence dekubitů, protože pacient leží v poloze na zádech několik dní až týdnů. V tomto případě používáme škálu dle Nortonové či Bradenové pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. Nutné je také pamatovat na časnou rehabilitaci, jejíž nezbytnou součástí je také psychorehabilitace (Luckarová et al., 2014).

Úrazy, které s sebou přináší dlouhodobé či trvalé následky výrazně zasahují do života každého pacienta včetně jeho rodiny a pracovního prostředí. Dochází ke změnám nejen somatickým a psychickým, často se setkáváme také se sociálními důsledky úrazu. Z tohoto důvodu je nutná neustálá potřeba spolupráce v rámci multidisciplinární péče (Hradecká, 2011).

Pouřazová ošetrovatelská péče vyžaduje široké psychologické poznatky, protože u pacientů s úrazem dochází k velkým psychickým změnám. V pouřazových stavech se jedná především o prožívání traumatu, adaptaci na nový stav a odraz tělesného postižení v duševním životě pacienta. Tělesného poškození působí vždy psychotraumaticky, vyvolává různé emoce, z nichž nejčastěji převládá strach, smutek, úzkost a deprese. Vyrovnání s vlastním úrazem přichází až později. Dalším přirozeným jevem je strach předoperační, který vyplývá především z obav, že nastanou komplikace a operace nebude úspěšná. Za pomoci zdravotnických pracovníků je možné tento strach redukovat pomocí pozitivních citů a rozumných vztahů pacienta k sobě, dále správnou informovaností, překonáváním bolesti a aktivním zapojením do psycho-rehabilitačního programu (Šrámková, Hermanová, Zacharová, 2007).

V případě operačního řešení úrazů je důležité, zajistit předoperační vyšetření pacienta. Toto vyšetření spočívá v odběru krevních vzorků dle ordinace lékaře a v provedení EKG záznamu. Spolu s výsledky odběrů a v závislosti na věku pacienta je poté provedeno interní předoperační vyšetření. Následně je zajištěno ještě předoperační vyšetření anesteziologem, který stanoví vhodnou premedikaci. Pokud je výkon plánovaný poučíme pacienta, aby od půlnoci nejel, nepil a nekouřil. V případě, že se jedná o výkon akutní, nutnost lačnění je 6h. Dále provedeme kontrolu operačního pole, v rámci které uděláme důkladnou očistu, případně pacienta oholíme a zajistíme periferní žilní vstup. Před odvozem na operační sál je nutné, aby se pacient vymočil, sejmul šperky a vyjmul zubní protézu (Luckarová et al., 2014).

Po operačním výkonu je pacient převezen na základě rozhodnutí lékaře na JIP nebo na standardní oddělení. Zde jsou mu v pravidelných intervalech sestrou monitorovány jeho fyziologické funkce a stav vědomí (GCS) až do stabilizace stavu. Zároveň se provádí kontrola operační rány a odpady do drénů. Pomocí vizuální analogové škály monitorujeme také intenzitu bolesti, kterou tlumíme analgetiky a využíváme lokálního chlazení a uložení končetiny do úlevové polohy. Pooperační péče zahrnuje i kontrolu vyprazdňování moči (nejpozději do 8 h) a stolice (Luckarová et al., 2014).

1.2 Hodnotící škály

1.2.1 Hodnotící škály jako součást ošetrovatelského procesu

Dokumentace má ve zdravotnictví a zvláště v chirurgii velký význam. Najdeme zde důležité informace o pacientovi, jako jsou jeho anamnestická data, a umožňuje nám zpětně dohledat již prodělaná onemocnění, vyšetření a terapie. Nedílnou součástí zdravotnické dokumentace tvoří dokumentace ošetrovatelské péče. Nalezneme zde datum přijetí do zařízení, kontakt na blízké osoby a také informaci o cennostech pacienta. Dále je zde uvedena příslušná dieta, pacientovy alergie, hodnoty fyziologických funkcí při přijetí a jeho psychický stav, hodnotí se kvalita spánku, bolest, soběstačnost, obtíže s močením, stolicí a invazivní vstupy. Po vyšetření pacienta se hodnotí a zaznamenává stav kůže a výživy a pomocí skórovacích systémů se boduje stupeň soběstačnosti v základních činnostech a schopnost spolupráce. K tomu využíváme test Barthelové a stupnici dle Nortonové (Schneiderová, 2014). Dělají se také záznamy týkající se vzniku možných rizik, a to včetně realizovaných opatření proti nim. Týká se to především dekubitů, pádů, výživy a bolesti. Dále zde najdeme edukační

záznamy a teplotní tabulku. Součástí této dokumentace může být i záznam o ošetřování ran (Policar, 2010). Na základě získaných informací se poté stanovuje ošetřovatelský plán, u kterého se při předání směny hodnotí jeho plnění a zaznamenávají se případné změny. Pokud byl pacient v průběhu hospitalizace operován, bude pak další součástí dokumentace operační složka (Schneiderová, 2014).

Veškerá dokumentace podléhá předpisům o ochraně osobních dat, je uchovávána po dobu několika let a platí zde přísný zákaz jejího vynášení mimo zdravotnické zařízení. Na vlastní žádost pacienta lze vyhotovit výpis či kopii jeho dokumentace. Je nutné upozornit na to, že se v dokumentaci nesmí škrtat a přepisovat – pokud je nutné záznam změnit, musí se udělat nový zápis, zdůvodnit neplatnost prvotního zápisu a opatřit jej podpisem provádějícího (Schneiderová, 2014).

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

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

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

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

1.2.2 Hodnotící škály pro posouzení stavu vědomí

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

V dnešní době je GCS využívána na jednotkách kritické a nouzové péče k rychlému vyhodnocení stavu vědomí a závažnosti poranění po traumatických a netraumatických akutních událostech. Bloch (2015) uvádí, že na základě zkušeností je dokázána obtížná interpretace této škály u některých pacientů. Jedná se například o pacienty s demencí, u kterých není pochyb o tom, že jejich skóre může být chronicky abnormální, a o těžce poškozené starší pacienty, protože přesnost některých informací může být ovlivněna např. intubací, ztrátou sluchu, ospalostí či kognitivními poruchami. Dalším příkladem, který uvádí, jsou dětská oddělení, kde je použití GCS kvůli doposud nezralému mozku dětí velmi subjektivní a náchylný k nesprávné interpretaci. Přesto je toto hodnocení využíváno. Číselné hodnoty jsou přiřazovány dle úrovně odezvy: čím méně děti reagují, tím je skóre nižší. Při posuzování GCS u dětí bereme v potaz, že dítě

nemusí reagovat na neznámé hlasy v neznámém prostředí, proto je velmi užitečná přítomnost rodičů, která může pomoci odpověď vyvolat (Ricci, Kyle, 2009). Její používání není vhodné ani na jednotkách dlouhodobé péče a v pečovatelských zařízeních. Bylo by tedy vhodné upravit například složku slovní odpovědi tak, aby byl při hodnocení zohledněn výchozí stav pacienta a aby bylo jasné, že případné abnormality souvisejí s akutním stavem, a nikoliv s již existujícím chronickým stavem postižení pacienta (Bloch, 2015).

Další škálou, která slouží k podrobnějšímu posouzení stavu vědomí, je *Revised trauma score* (RTS). Tato škála hodnotí dechovou frekvenci, systolický tlak krve a GCS. Celkové skóre se pak pohybuje v rozmezí od 0 do 13 bodů, kdy bude mít pacient v horším stavu logicky nižší skóre. Prahovou hodnotou jsou zde 4 body, které jsou známkou toho, že by měl být pacient transportován do některého z traumacenter (Murphy et al., 2009).

Hodnocení pooperačního deliria:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.3 *Hodnotící škály pro hodnocení vzniku dekubitů*

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

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

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

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

Hodnotící škála dle Shannona hodnotí duševní stav pacienta, cirkulaci krve, stav výživy, mobilitu (zda je chodící, upoutaný na lůžko či na invalidní vozík), tělesnou teplotu a medikaci (analgetika, steroidy, sedativa). Při bodovém hodnocení s výsledkem

16 a méně bodů se jedná o významné riziko vzniku dekubitů (Mlýnková, 2010; Slezáková 2014).

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

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

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

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

nutné dodat, že pro stanovení rizika vzniku dekubitů na základě škály Bradenové by měla být pacientům poskytnuta efektivní ošetrovatelská péče, aby se zabránilo tvorbě dekubitů.

1.2.4 Hodnotící škály pro měření stupně soběstačnosti

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

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

Pro měření soběstačnosti využíváme různé měřicí techniky. Například *test základních denních činností podle Barthelové (ADL)*. Jedná se o hodnotící stupnici, která je doplněna pozorováním pacienta. Informace o pacientovi získáváme jak od svých kolegů a kolegyně, tak od pacientů. Nejdůležitější je ale přímé pozorování některých činností. Hodnotíme pouze to, co pacient viditelně zvládne. Při posuzování pacienta se zaměřujeme na deset základních oblastí běžného života, které se týkají oblékání, najedení se, napití se, osobní hygieny, koupání, kontinence moči a stolice,

použití WC a chůze po rovině či po schodech (Kuckir et al., 2017). Tento test provádíme vždy na začátku hospitalizace, poté v průběhu hospitalizace a nakonec v době maximální úrovně dosažené soběstačnosti. Díky tomu lze určit, jak dobře a jak rychle pacient dospěl k nezávislosti. Jednotlivé činnosti jsou hodnoceny 0, 5, 10 nebo 15 body, kdy 15 bodů znamená, že je pacient v dané činnosti naprosto nezávislý na pomoci druhých, logicky tedy 0 bude znamenat plnou závislost. Z toho vyplývá, že jednotlivými body hodnotíme, zda danou činnost zvládne bez pomoci, s pomocí, nebo ji neprovede vůbec (Mahoney, Barthel, 1965). Nejvyšším možným dosaženým počtem bodů je 100, což znamená, že je pacient nezávislý na pomoci druhých. Dále 65–95 bodů znamená lehkou závislost, 45–60 bodů značí závislost středního stupně a bodové ohodnocení, které se pohybuje v rozmezí od 0 do 40, lze tedy považovat za závislost vysokou. (Klevetová, 2017) Výhodou tohoto testu je jeho jednoduchost. Je užitečný při hodnocení pacientova stavu závislosti před léčbou a v průběhu léčby. Celkový počet bodů není tak významný jako rozdělení testu do deseti oblastí, protože ty ukazují, kde se objevují jednotlivé nedostatky (Mahoney, Barthel, 1965). V případě prvního setkání s pacientem bude celkové vyhodnocení testu trvat přibližně 15–20 minut, protože je zapotřebí pečlivého pozorování a vedeného rozhovoru s pacientem. Naopak u pacientů, se kterými se setkáváme každý den, strávíme hodnocením méně času, protože jej hodnotíme na základě předešlého kontaktu a pozorování, což znamená, že test zabere pouze 2–5 minut (Kuckir et al., 2017).

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

Původní *Index nezávislosti v každodenních aktivitách* byl vytvořen v roce 1964 S. Katzem. Zkráceně je označován jako Katz ADL a je možné se s ním setkat ve více podobách, protože různá pracoviště jeho položky upravují a kombinují. Původní index se šesti položkami (koupání, oblékání, použití toalety, přemísťování, kontinence, jedení) však zůstává jednoduchým zlatým standardem. Sjednocuje zdravotníkův pohled na pacienta v úrovni sebeobsluhy a vytváří společný jazyk v péči o něj. Tento test se však nehodí pro jemnou diferenciaci funkčního stavu, nezachycuje

mírné změny ve funkčním výkonu ani podstatné změny týkající se vyšších pásem výkonnosti. Původní hodnocení bylo ano/ne, kdy 6 dosažených bodů znamenalo úplnou nezávislost a 0 bodů naopak úplnou závislost. Často se můžeme setkat i s trojúrovňovým provedením: provede sám – provede s dopomocí – neprovede. Klasifikace je prováděna samotnými respondenty či jim blízkými osobami (rodinní příslušníci, ošetřovatelé, zdravotnický personál), a to formou řízeného rozhovoru či dotazníkovou formou, která je využívána nejčastěji. Aby bylo posouzení přesné, vyžaduje vždy vztažení schopností k náročnosti prostředí. Určité nejasnosti vznikají například proto, že nevíme, zda hodnotit aktuální výkonnost v ADL, nebo potenciální kapacitu. Pro upřesnění: Katzův index hodnotí reálný výkon, nikoli potenciál (Kalvach, 2011).

Gunes et al. (2015) prováděli studii s cílem posoudit platnost a spolehlivost Katzova indexu u starších pacientů ve věku 65 let. Výsledek této studie ukazuje, že Katzův index je spolehlivým, platným, snadno proveditelným a křížově kulturně přístupným měřítkem. Posouzení funkční závislosti je totiž důležitou součástí komplexního geriatrického hodnocení. Ve své studii dále uvádějí, že měření úrovně závislosti v každodenních aktivitách běžného života je nezbytné pro klinické rozhodování, monitorování terapie a předvídaní výsledků, a proto jsou studie o platnosti a spolehlivosti, prováděné v různých kulturách, velmi potřebné. Nejvíce ze všech těchto studií poskytují výzkumy přesnější interpretaci výsledků při práci v různých jazycích a kulturách.

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

(nezávislost) pro ženy a od 0 do 5 pro muže, pokud jsou položky vynechány (Simmons, 2012).

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

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

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

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

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

1.2.5 Hodnotící škály pro hodnocení bolesti

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

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

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

bolesti, tento způsob má největší význam u pacientů léčených v domácím prostředí (Bezdičková, 2010).

Akutní bolest

Akutní bolest nám slouží jako určitý varovný signál a je součástí reakce našeho organismu na stres. Z toho vyplývá, že přítomnost této bolesti je účelná a pro zachování života nezbytná. Základním principem při léčbě akutního stavu je odstranění příčiny, která bolest způsobila, například odstranění červovitého výběžku při zánětu slepého střeva, stabilizace zlomeniny sádrou dlahou či její operativní řešení, extrakce zubu a další. V případě intenzivní a velmi kruté akutní bolesti je nutné zahájit její léčbu, jinak může nepříznivě ovlivnit vývoj akutního stavu a hrozí zde riziko přechodu do bolesti chronické. Je velice důležité, aby bylo na bolest včas reagováno, a my jsme tak zabránili jejímu rozvinutí do vysoké intenzity. Bolest je lépe zvládnána, když jí budeme předcházet včasným podáním analgetik (Čeledová, 2018).

Chronická bolest

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

Stupně intenzity bolesti

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

bodů, už vyžaduje rychlé zahájení léčby účinnými analgetiky, v tomto případě silnými opioidy. Zde hodnotíme efekt analgetik již nejpozději za 24 hodin (Vorlíček, 2012).

Faktory ovlivňující bolest

Naše bolest souvisí s mnoha vnějšími a vnitřními faktory, které je třeba vnímat. Obecně můžeme říci, že naši toleranci k bolesti a naše chování ovlivňuje práh bolesti a časový úsek, tzn. část dne či různé životní období. Dle psychologické praxe je zřejmé, že pokud se člověk nachází v náročné životní situaci nebo prožívá nadlimitní životní zátěž, vnímá pak bolest mnohem intenzivněji. Vnímání bolesti se liší také v průběhu dne, v ranních hodinách bývá bolest méně intenzivní než v hodinách nočních a odpoledních. Prah bolesti představuje určitou intenzitu podnětů, která je potřeba pro to, aby člověk cítil bolest. Každý jedinec vnímá určitý podnět jako bolest až od určitého momentu. Prah bolesti není ani u jednoho člověka vždy stejný, mění se i dle okolností. Pro vytvoření plánu managementu bolesti je určení prahu bolesti a tolerance velice důležité (Bartůněk, 2016).

Možnosti hodnocení bolesti:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Při využívání těchto prostředků k hodnocení bolesti je důležité nalézt „společný jazyk“ a vzájemné porozumění. K tomu nám napomáhá přesné vymezení požadavků například ve vztahu k předchozí zkušenosti nebo k míře ovlivnění schopnosti provádět běžné denní činnosti. V tomto případě je nejvhodnější užití *Dotazníku interference bolestí s denními aktivitami (DIBDA)*. Jedná se o škálu se šesti stupni v kombinaci numerického a verbálního hodnocení. V případě, že pacient označí nulu, znamená to, že je bez bolesti, naopak číslo pět znamená bolest nesnesitelnou natolik, že mu znemožňuje běžné denní aktivity, pacient je dále nucen hledat úlevovou polohu či vyhledat pomoc lékaře (Pokorná, 2012).

1.2.6 Hodnotící škály pro hodnocení stavu výživy

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

Stav výživy člověka je součástí celkového zdravotního stavu a jeho vyšetření spočívá v odběru anamnézy a v klinickém, funkčním, laboratorním a imunologickém vyšetření. Žádný z těchto přístupů však sám o sobě nepostačuje k tomu, aby mohl izolovaně sloužit k celkovému posouzení stavu výživy. Z anamnestických údajů nás nejvíce zajímají: rodinná anamnéza, chronická onemocnění, kouření, alkohol, stravovací zvyklosti a celkový životní styl. Když se nyní zaměříme na nutriční

anamnézu, bude se nejvíce týkat zjištění vývoje tělesné hmotnosti, stravovacích návyků, odhadu nutriční kvality a energetické kvantity navyklé stravy. Její součástí je i zjištění chuťových preferencí, pravidelnosti či nepravidelnosti v jídlu, eventuálně i dyspeptické obtíže a jiné (Müllerová, 2014).

Potřeba energie organismu se vypočítává z celkové tělesné hmotnosti. Pro většinu hospitalizovaných pacientů s normálním BMI se průměrná potřeba energie pohybuje mezi 25–35 kcal/kg, tedy 100–150 kJ/Kg. Toto rozmezí je však poměrně široké, proto je důležité brát v potaz věk a pohlaví pacienta. Je pravda, že mladší jedinci mají vyšší spotřebu energie než starší, muži mají vyšší spotřebu energie než ženy a hubení mají vyšší potřebu než obézní. U pacientů, kteří mají velké otoky či ascites nebo které nelze zvážit a je nám známa pouze jejich tělesná výška, lze potřebu energie vypočítat podle ideální tělesné hmotnosti, jež u dospělých odpovídá BMI 22 kg/m². U seniorů nad 65 let věku je hodnota BMI 24 kg/m².

Ideální hmotnost vypočítáme následujícím způsobem:

Dospělý jedinec: (výška v m)² x 22

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

(Vorlíček et al., 2012)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Podvýživa je hlavním problémem spojeným u starších lidí s hospitalizací a má značný dopad na jejich úmrtnost a nemocnost. Její výskyt je vysoký, a i přesto není často v nemocnicích rozpoznána. Nutriční screeningové testy jsou při diagnostice pacientů s podvýživou v popředí. V ideálním případě se však doporučuje kompletní nutriční hodnocení, které zahrnuje potvrzení diagnózy a identifikaci specifických výživových deficitů. Existuje mnoho nutričních screeningových nástrojů, avšak zatím není jisté, který z nich je nejlepší v předpovědi dlouhodobějších výsledků (Dent et al., 2014).

1.2.7 Hodnotící škály pro hodnocení rizika pádu

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

Ke zhodnocení rizika pádu nám slouží *Gaitiv funkční test*. Určuje rovnováhu pacienta, je jednoduchý a časově nenáročný. Pokud je tento test pozitivní, musí sestra podniknout určitá opatření, která riziko pádu vyloučí nebo sníží. Při provádění testu nejprve pacienta požádáme, aby se na 60 vteřin posadil na židli, poté ho vyzveme, aby

se postavil a stál 30 vteřin na jednom místě, dále aby se prošel místností a otočil se. Test ukončíme poslední výzvou, kdy ho požádáme, aby se vrátil ke své židli a opět se na ni posadil. Test je negativní v případě, že je pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by se potácel, upadl, ztratil rovnováhu nebo vyhledával předměty, o které by se mohl opřít. Pokud má pacient některý z výše uvedených problémů či není schopen test dokončit, je nutné, aby sestra vytvořila protokol pro prevenci pádu (Škrla, 2008).

K vyhodnocení rizika pádu využíváme také modifikovaný „*screeningový*“ test. Pacienta hodnotíme v 6 oblastech. První dvě se týkají schopnosti pohybu a vyprazdňování. Třetí oblast se věnuje medikaci, z níž nás zajímají převážně léky ze skupiny diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky či benzodiazepiny. Ostatní oblasti se týkají smyslových poruch (vizuální a sluchové smyslové deficity), mentálního statusu (orientace) a věku pacienta, kde je první hodnocenou hranicí věk 18–75 let a druhou je věk 75 let a výše. V každé oblasti lze získat maximálně jeden bod. Již při hodnocení 3 body je nutné provést následující opatření. Nad lůžko pacienta umístíme výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“, lůžko snížíme a zajistíme jej brzdami. Pacienty s vysokým rizikem pádu uložíme ideálně blízko sesterny a toalet. Signalizační zařízení umístíme na dosah ruky pacienta a vysvětlíme mu jeho funkci. Zajistíme vhodnou obuv a hygienický režim. Z pacientova okolí odstraníme veškeré překážky a noční stolek umístíme tak, aby byl na dosah ruky (Škrla, 2008).

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

Hodnotícíškála dle Morseové (*Morse FallScale*) je jednoduchá a rychlá metoda hodnocení pravděpodobnosti pádu. Skládá se ze šesti bodů, ve kterých hodnotíme

historii pádů v anamnéze, vedlejší diagnózu, pomůcky při chůzi (žádné, berle, chodítka ad.), žilní vstup, chůzi a duševní stav pacienta (Morse, 2008).

1.2.8 Hodnotící škály pro hodnocení kognitivních funkcí

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

Nejčastěji používaným testem ke zjištění narušení kognitivních funkcí je tzv. *Folsteinův test (MMSE – Mini-Mental State Examination)*. Je složen ze 30 bodů, které hodnotí 10 funkcí týkajících se orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, výbavnosti paměti, pojmenování předmětů a opakování vět. Dále hodnotí třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní a obkreslování podle předlohy. Za každou správnou odpověď získává testovaný jeden bod, plný počet bodů je tedy 30. Pokud se výsledek testu pohybuje mezi 27 až 30 body, neznamená to žádné organické mozkové poškození. Výsledek 10 a méně bodů už značí pokročilou formu demence (Kalvach, 2008). Výzkum (Mitchell, 2009) ukázal, že test MMSE je pro svou přesnost nejlepší volbou k vyloučení diagnózy demence v komunitě a primární péči.

Test kreslení hodin (CDT – Clockdrawing test): Pacient dostane za úkol, aby nakreslil hodinový ciferník s čísly a ručičkami a zaznamenal do něj určitý časový údaj. Hodnotí se jak celistvost ciferníku, tak správné postavení ručiček na zadaný časový údaj i správné vyznačení čísel (pořadí a umístění v ciferníku). Za správně nakreslený ciferník jsou 2 body, za neúplný kruh či ciferník jiného tvaru 1 bod. Pokud chybí kruh nebo má ciferník jiný tvar než obvyklý, hodnotíme jej 0 body. Za správně vyznačený časový údaj dostane pacient 4 body. V případě nakreslených ručiček stejné délky či v případě drobných nepřesností hodnotíme 3 body, při výskytu výrazných chyb, například v časovém údaji nebo směru ručiček, získá pacient 2 body, při absenci jedné z ručiček získá pouze 1 bod a v případě absence obou ručiček či jejich nadměrném množství hodnotíme 0 body. Při hodnocení vyznačených čísel hodnotíme čísla ve správné

lokalizaci a správném pořadí 4 body, čísla ve správném pořadí, ale v chybném rozestupu mezi sebou hodnotíme 3 body. V případě přidání nebo absence některých čísel, řazení čísel proti směru hodinových ručiček a lokalizaci čísel do jednoho kvadrantu hodnotíme výsledek 2 body. V případě chybějících nebo přidaných čísel či při poruše jejich pořadí dáváme 1 bod. 0 body hodnotíme absenci čísel nebo jejich psaní takovým způsobem, že jsou nesrozumitelná. Norma u starého zdravého člověka je 10 bodů. V případě 9 bodů je již podezření na postižení. Hranice osmi bodů značí organické postižení. Výsledné hodnocení 7 bodů a méně již znamená organické mozkové postižení (demenci). Někdy se také můžeme setkat pouze s šestibodovým hodnocením clock-testu, kde standardně nakreslený ciferník se správným vyznačením zadaného času hodnotíme 1 bodem a dezintegrovaný obrázek, který nemá žádnou souvislost s hodinami, hodnotíme 6 body (Kalvach, 2008).

Dalším testem je *Clinical dementia rating (CDR)*. Jedná se o hodnotící schéma kognitivních funkcí, které slouží ke zjištění přítomnosti demence, ale také pouze mírné poruchy kognitivních funkcí. Jde o strukturované vyšetření, které je prováděno za pomoci rozhovorů s pacientem, jeho pečovatelem a nejbližšími rodinnými příslušníky. Hodnotí se paměť, orientace, soudnost a schopnost řešení problémů, domácí práce, koníčky, společenský život a péče o sebe samého. Intenzita poškození jednotlivých funkcí je hodnocena takto: 0 = žádná porucha funkce, 0,5 = velmi mírná porucha funkce, 1 = mírná porucha funkce, 2 = střední porucha funkce, 3 = těžká porucha funkce. Abychom mohli vyslovit diagnózu lehké poruchy, nesmí být položka „paměť“ menší než jeden bod a položka „péče o sebe sama“ musí být hodnocena nulou (Kalvach, 2008).

1.2.9 Hodnotící škály v dalších oblastech

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

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

CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY

1.3 Cíle práce

C1: Zjistit využití škál pro hodnocení pacienta v traumatologii.

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

1.4 Výzkumné otázky

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

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

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

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

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

1.5 Hypotézy

H1: Názor sester na hodnotící škály je ovlivněn vzděláním.

H2: Názor sester na hodnotící škály je ovlivněn délkou praxe.

Metodika

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

Polovina rozhovorů byla realizována na oddělení standardního typu a druhá polovina na oddělení jednotky intenzivní péče. Před každým rozhovorem bylo dotázaným individuálně vysvětleno, čím se v práci zabýváme a co bude předmětem našeho zkoumání. Nikdo z dotázaných si nepřál být v průběhu rozhovoru nahráván, přestože byli ujištěni, že jejich anonymita zůstane zachována. Proto byl pořízen pouze písemný záznam. Při realizaci rozhovorů jsme byli dotázanými několikrát odmítnuti z důvodu časové tísně. V dalších případech jsme se však setkali s milým a vstřícným jednáním. Rozhovory probíhaly v klidném, ničím nerušeném prostředí a za velmi příjemné atmosféry. Rozhovory jsme zahájili obecnými otázkami, které se týkaly především délky praxe v oboru a výše dosaženého vzdělání. Zajímalo nás také, zda tázaní považují ošetrovatelské hodnotící škály v traumatologii za přínosné, které škály při své práci využívají a zda jsou tyto škály podkladem pro stanovení intervencí při péči o pacienta. Všechny rozhovory byly zaznamenány přímou transkripcí a následně přepsány do programu Microsoft Word. Pro analýzu dat byla zvolena metoda „papír-tužka“. Dále bylo vyčleněno celkem dvanáct hlavních kategorií týkajících se

stanovených cílů a otázek, které byly dále podrobně rozebrány ve výsledcích výzkumného šetření.

V případě druhého celku byl zvolen kvantitativní výzkum prováděný formou nestandardizovaného dotazníku (příloha č. 2) s celkovým počtem 110 dotázaných. Dotazník se skládal z 29 otázek. Obsahoval otázky převážně uzavřené, s výběrem několika alternativ v kombinaci s polozavřenými, dvěma otevřenými otázkami a sedmi otázkami u kterých bylo možné uvést více než jednu odpověď. Dotazníky byly rozdány ve vybraných zařízeních, které disponují traumatologickým a traumatologicko-ortopedickým oddělením. Získané výsledky byly statisticky zpracovány a vyhodnoceny.

1.6 Výzkumný soubor

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

Výběr pro stanovený výzkumný soubor kvantitativního šetření byl kvótní, tvořilo ho celkem 110 traumatologických sester pracujících na traumatologických a traumatologicko-ortopedických odděleních po celé ČR.

VÝSLEDKY

1.7 Výsledky kvalitativního výzkumu

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

Na začátek uvedeme seznam celkem 12 kategorií.

1. Ošetrovatelské hodnotící škály při poskytování péče
2. Frekvence užívání hodnotících škál
3. Přínos hodnotících škál
4. Využití hodnotících škál v traumatologii
5. Škály využitelné pro podmínky traumatologie
6. Možnosti hodnocení bolesti u traumatologických pacientů
7. Frekvence hodnocení bolesti
8. Škály nevyužitelné pro podmínky traumatologie
9. Chybějící škály v traumatologii
10. Využití výsledků hodnotících škál
11. Důvody použití hodnotících škál
12. Vliv hodnotících škál na kvalitu péče

Kategorie číslo 1 byla nazvána **Ošetrovatelské hodnotící škály při poskytování péče**. Zajímalo nás, které hodnotící škály sestry využívají pro hodnocení pacienta v traumatologii. Většina odpovědí dotázaných se shodovala. Na podporu tohoto tvrzení uvádím několik odpovědí dotázaných: „*U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, takzvaně když jejich hospitalizace přesáhne 4 dny, používáme Barthelové test, hodnotící škálu pro riziko vzniku dekubitů dle Bradenové, vizuální analogovou škálu bolesti, nutriční screening a v případě potřeby i riziko pádu.*“ (S3) Další odpovědi: „*Při péči používám Barthelové test, riziko vzniku dekubitů dle Bradenové, nutriční screening, riziko pádu a monitoring bolesti.*“ (S5) „*Já využívám test základních denních činností*

Barthelové, riziko vzniku dekubitů dle Bradenové, riziko pádu, nutriční screening a VAS.“ (S9) Některé odpovědi obsahovaly navíc hodnocení rizika infekce a Glasgow Coma Scale. Uvádím několik příkladů: „*U nás se nejvíce využívá GCS, VAS, riziko pádu a infekce, hodnocení dekubitů a test podle Barthelové.*“ (S16) „*Hodnotíme zejména GCS, VAS škálu, hodnocení dle Bradenové, nutriční screening, riziko pádu, riziko vzniku infekce a Barthelové test.*“ (S15)

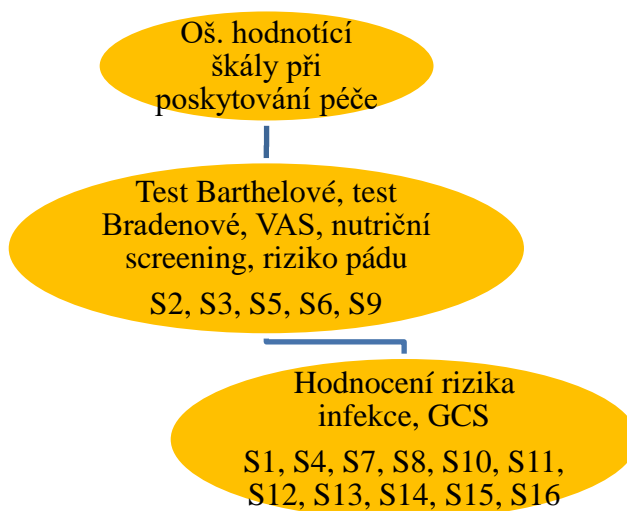


Schéma 1: Ošetřovatelské hodnotící škály při poskytování péče

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

Kategorie číslo 2 byla nazvána **Frekvence užívání hodnotících škál**. Hodnocení je probíhající proces. Mělo by být prováděno vždy při přijetí pacienta a vždy, když dojde k zásadní změně zdravotního stavu. Nás tedy zajímalo, kdy a jak často jsou jednotlivé hodnotící škály využívány. Všichni dotázaní uvedli, že jsou tyto škály aktivně využívány vždy při příjmu a následně při propuštění či překladu pacienta, některé z nich jsou využívány i několikrát denně, což platí především pro hodnocení bolesti dle VAS. K těmto tvrzením dokládáme některé z odpovědí dotázaných: „*Obvykle provádíme vstupní šetření a následně při propuštění či překladu pacienta provádíme přehodnocení. Škálu VAS používáme několikrát denně.*“ (S3) „*Hlavně při příjmu, monitoring bolesti několikrát za den, další škály v průběhu hospitalizace s tím, že při překladu či*

propuštění provádíme hodnocení znovu, abychom viděli případné zlepšení.“ (S5)

Z dalších odpovědí je zřejmé, že mezi škály, které jsou vyhodnocovány denně, nepatří pouze VAS, ale také test podle Bradenové nebo hodnocení Glasgow Coma Scale: *„Dominantní je hodnocení GCS, to využíváme téměř neustále během péče o pacienty. Hodnocení bolesti – VAS – hodnotíme každou hodinu, dle potřeby někdy i častěji. Hodnocení rizika pádu hodnotíme při příjmu. Bradenové test hodnotíme každý den, protože je součástí ošetrovatelského plánu.“ (S15)* *„Vždy při příjmu, některé škály, jako jsou například GCS a VAS, hodnotíme několikrát denně. U rizika pádu a testu Barthelové hodnotíme znovu vždy při propuštění nebo překladu na jiné pracoviště. Bradenovou hodnotíme každý den.“ (S16)* *„Jsou využívány denně, konkrétně VAS, GCS a Bradenová. Při příjmu hodnotíme nutriční screening, riziko pádu a test Barthelové.“ (S13)* Jedna z dotázaných uvedla, že hodnocení provádí pouze při příjmu: *„S těmito hodnotícími škálami se setkáváme vždy při příjmu pacienta. Upřímně se přiznám, že s nimi poté už nepracuji.“ (S1)*

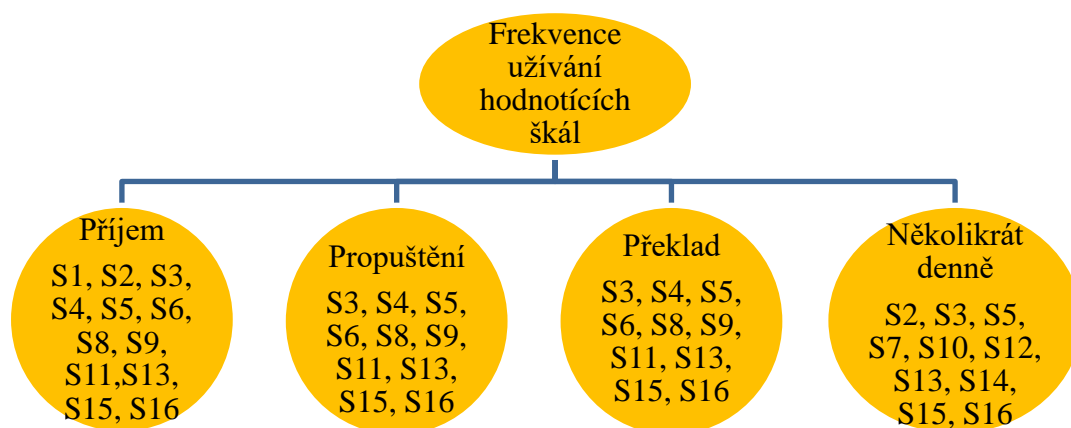


Schéma 2: Frekvence užívání hodnotících škál

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

Kategorii číslo 3 jsme nazvali **Přínos hodnotících škál**. Jejich přijetí v denní praxi zajišťuje objektivní a standardizované hodnocení skutečných nebo rizikových problémů pacientů. Nás zajímalo, jaký mají hodnotící škály přínos při poskytování péče

u traumatologických pacientů. Zde se odpovědi poněkud lišily, několik dotázaných vidí přínos těchto škál jako minimální. Vzhledem k těmto skutečnostem uvádíme několik příkladů: „Řekla bych, že minimální, v případě vyhodnocení rizika pádu založíme akorát diagnózu rizika pádu. Kontaktování nutričního terapeuta je také využíváno minimálně. Přínosné je akorát hodnocení GCS.“ (S13) „Minimální, protože ne všechny pasují na všechny pacienty.“ (S9) Někteří z dotázaných dokonce uvedli, že jejich užívání přínosné není: „V době navyšování administrativy přínos nevidím.“ (S3) „Nevidím v tom smysl žádný.“ (S6) Další z dotázaných naopak vidí přínos pouze v určitých hodnotících škálách: „Jak u kterých, například u GCS vidím přínos mimořádný především z diagnostického hlediska.“ (S14) „Přínos? Myslím, že je to velmi individuální. Některé hodnotící škály na naše traumatologické pacienty prostě nesedí nebo nejsou objektivní. Z mého pohledu je nejdůležitější hodnocení GCS a VAS, ostatní se mi nejeví jako přínosné.“ (S15) Zbytek tvořily pozitivní reakce: „Přínos vidím v tom, že na základě těchto škál získám rychlý přehled podstatných informací o pacientovi, samozřejmě základem je jeho hlavní diagnóza.“ (S1) Další odpovědi: „Přínos vidím v tom, že nám napomáhají k objektivnímu zhodnocení stavu konkrétního pacienta.“ (S12) S5 také vidí jejich využívání jako přínosné, ale stejně jako S3 zde vidí problém administrativního zatížení: „Jako přínos vidím shrnutí celkového stavu pacienta, na druhou stranu je to velké administrativní zatížení personálu.“

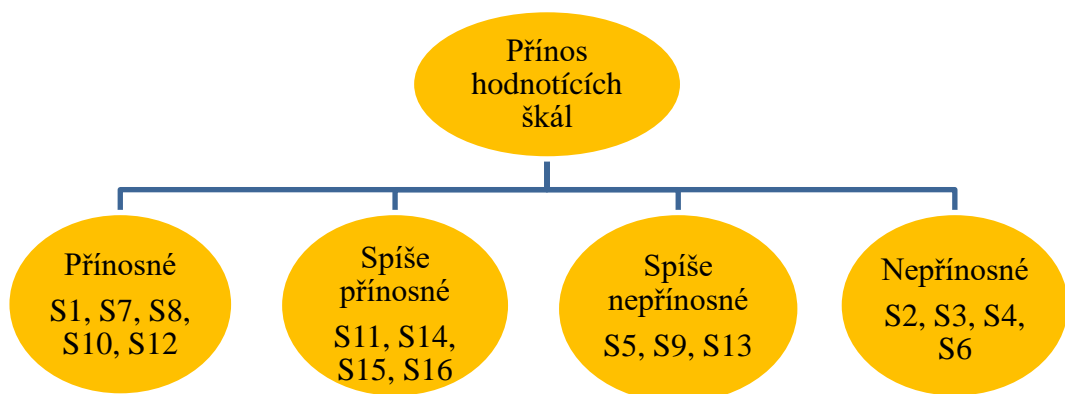


Schéma 3: Přínos hodnotících škál

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

Kategorii číslo 4 jsme nazvali **Využití hodnotících škál v traumatologii**. V této kategorii jsme se sester ptali na jejich názor na používání hodnotících škál v oboru

traumatologie. Názory na jejich využití byly různé, někteří z dotázaných měli potíže s nedostatkem času na jejich vyplňování: „V traumatologii je na to bohužel málo času.“ (S7) „Z důvodu časové tísně se z velké části jedná pouze o bezmyšlenkovité křížkování.“ (S14) „Málo času na používání hodnotících škál u každého pacienta.“ (S10) Jedna z dotázaných by v tomto případě jako řešení viděla snížení jejich počtu: „Kvůli časovému vytížení ostatní administrativou a velkému počtu pacientů bych jako přínos viděla omezení jejich počtu pouze na ty nejn nutnější.“ (S9) Další část dotázaných vidí hodnotící škály jako další administrativní zatížení: „Pro provoz na traumatologii je používání škál pouze nadměrně zatěžující administrativou, která zdržuje sestru od práce u lůžka.“ (S3) „Jedná se jen o další administrativní zátěž pro personál.“ (S5) Někteří z dotázaných však viděli jejich využití také pozitivně, a to jako důležitou součást ošetrovatelské péče: „I když máme hodně administrativy a málo času, myslím si, že hodnocení na základě těchto škál je důležité, a to nejen v traumatologii.“ (S16) „Vše, co sledují hodnotící škály, přispívá kvalitní ošetrovatelské péči bez komplikací.“ (S4)

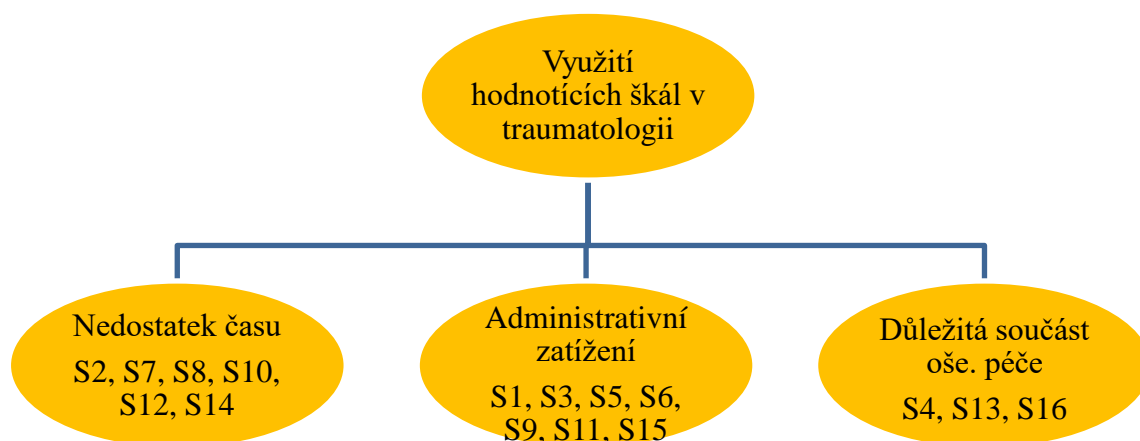


Schéma 4: Využití hodnotících škál v traumatologii

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

Kategorie číslo 5 je pod názvem **Škály využitelné pro podmínky traumatologie**. Tuto kategorii jsme zvolili, abychom zjistili, které z hodnotících škál se jeví sestřám v oboru traumatologie jako vyhovující. Tři z dotázaných osob odpověděly, že jako nejprínosnější vidí hodnocení bolesti a stavu vědomí. Nyní uvedeme jejich odpovědi: „Nejdůležitější je dle mého názoru, VAS, na traumatologii je bolest, ať ve větší či menší míře, přítomna u každého z pacientů, a GCS.“ (S9) „Přínos vidím především ve škálách

VAS a GCS.“ (S12) „Největší přínos vidím v hodnocení VAS a GCS.“ (S16) Dva dotazníky vidí přínos pouze v hodnocení bolesti, na důkaz tohoto tvrzení uvádím jejich odpovědi: „Jednoznačně škála pro hodnocení bolesti.“ (S2) „Určitě hodnocení dle VAS.“ (S8) Další odpovědi dotázaných se poněkud lišily. S6 vidí jako nejpřínosnější riziko pádu: „Jedinou vyhovující a přínosnou je hodnocení rizika pádu.“ Pro upřesnění uvádíme ještě několik odpovědí: „Myslím, že některé hodnotící škály jsou užitečné, jako například hodnocení bolesti a riziko vzniku dekubitů, ty ostatní jsou dle mého zbytečné. Ne každý pacient potřebuje vyhodnocení všech škál, které musíme používat, je to velice individuální.“ (S1) „Nejvíce přínosnou vidím škálu pro hodnocení bolesti, dále pak hodnocení sebepěče, riziko pádu a jako poslední riziko vzniku dekubitů.“ (S4) „GCS při hodnocení stavu vědomí pacienta, VAS při určení bolesti a nutriční screening u polytraumatizovaných či obézních pacientů.“ (S11) Jedna ze sester odpověděla velice negativně: „Jako přínosné nevidím bohužel žádné.“ (S3)

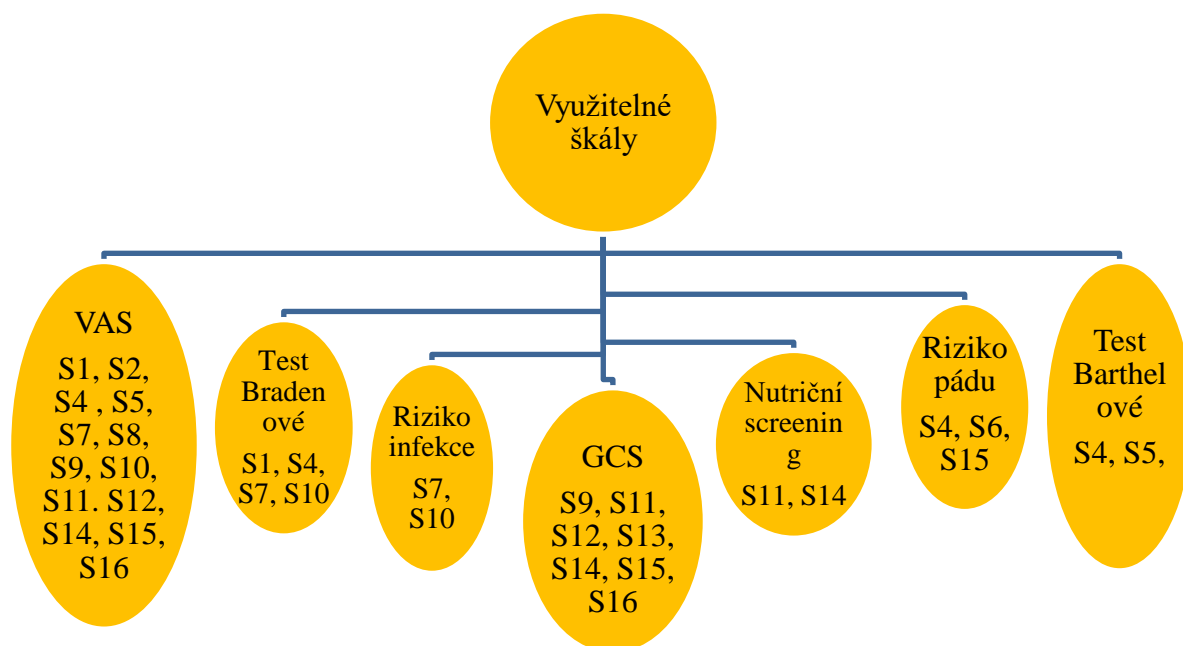


Schéma 5: Škály využitelné pro podmínky traumatologie

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

Kategorie číslo 6 byla nazvána **Možnosti hodnocení bolesti u traumatologických pacientů**. V této kategorii nás zajímalo, jaké škály využívají sestry pro hodnocení

bolesti u pacientů na traumatologii. Převážnou část odpovědí dotázaných tvořila vizuální analogová škála. Na podporu tohoto tvrzení uvádíme několik odpovědí: „Pro hodnocení bolesti pacienta využívám škálu VAS.“ (S12) „Používám jen jednu, a tou je vizuální analogová škála.“ (S8) „Pro hodnocení bolesti využívám škálu VAS.“ (S3) Někteří dotázaní uvedli, že kromě škály VAS používají ještě verbální škálu bolesti: „Používám VAS a dále hodnotím pacientovu bolest taky verbálně.“ (S14) „Bolest hodnotím verbálně a pomocí škály VAS.“ (S2) Další z dotázaných uvedli, že při svém hodnocení bolesti využívají někdy také numerickou škálu bolesti: „Já používám VAS, někdy se pacienta ptám, jak moc ho to bolí v rozmezí od 1 do 10, ale nikam to nezaznamenávám.“ (S7) „Numerickou škálu a VAS, jiné škály pro hodnocení bolesti jsou u nás nevyužitelné.“ (S11) Jeden z dotázaných uvedl, že při péči využil i obličejovou škálu bolesti: „Nejvíce využívám škálu VAS, asi dvakrát se mi stalo, že jsem využila obličejovou škálu“ (S9)

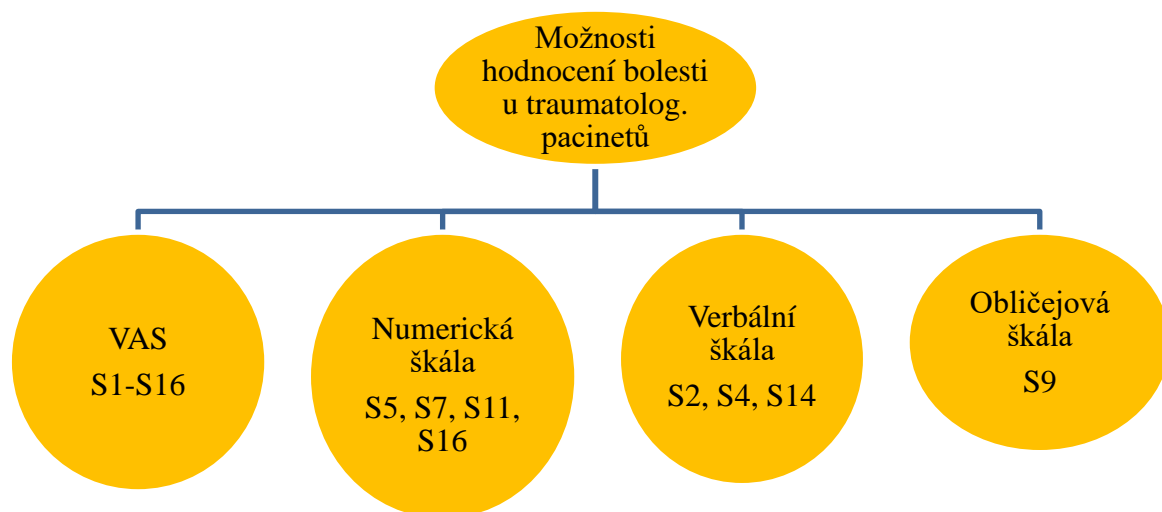


Schéma 6: Možnosti hodnocení bolesti u traumatologických pacientů

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

Kategorie číslo 7 byla nazvána **Frekvence hodnocení bolesti**. Tuto kategorii jsme zvolili na základě zjištění, že nejvíce využívanou škálou je hodnocení bolesti dle VAS. Intenzita bolesti se neustále mění a reaguje na různé podněty, proto je nutné její projevy sledovat 24 hodin denně. Nás tedy konkrétně zajímalo, jak často bolest hodnotí sestry na traumatologii. Nejvíce dotázaných odpovědělo, že bolest hodnotí přímým dotazem

na pacienta, a to několikrát denně a především vždy po podání analgetik. Pro upřesnění uvedeme několik odpovědí: „Hodnocení bolesti provádím několikrát denně, zvláště po podání analgetik, abych zjistila jejich účinnost.“ (S4) „Bolest hodnotím téměř vždy při kontaktu s pacientem, když pacient udává bolest, zajistím vhodná analgetika a jejich účinnost zkontroluji hodinu po jejich podání.“ (S5) Další odpověď: „Několikrát za den a pokaždé po podání analgetik.“ (S3) Odpovědi dotázaných byly dále poněkud vyrovnané, část dotázaných odpověděla, že bolest hodnotí při každém kontaktu s pacientem: „Téměř vždy, když s pacientem přijdu do kontaktu. Bolest se pak snažím zmírnit vyhledáním úlevové polohy, analgetiky či aplikací chladu.“ (S6) „Při každém kontaktu s pacientem, buď přímým dotazem na bolest, nebo sleduji jeho projevy, jak verbální, tak neverbální.“ (S8) Další část dotázaných odpověděla, že intenzitu bolesti hodnotí každou hodinu: „Hodnocení bolesti u našich pacientů provádíme každou hodinu, abychom viděli, zda je intenzita bolesti na základě podaných analgetik snižována, či ne. Pokud ne, kontaktujeme lékaře.“ (S14) „Hodnocení bolesti – VAS – hodnotíme každou hodinu, dle potřeby někdy i častěji.“ (S15) Zbylí dotázaní tvrdili, že je hodnocení bolesti velice individuální: „Nemám žádný interval hodnocení bolesti, dělám tak vždy na základě vlastního uvážení.“ (S13)

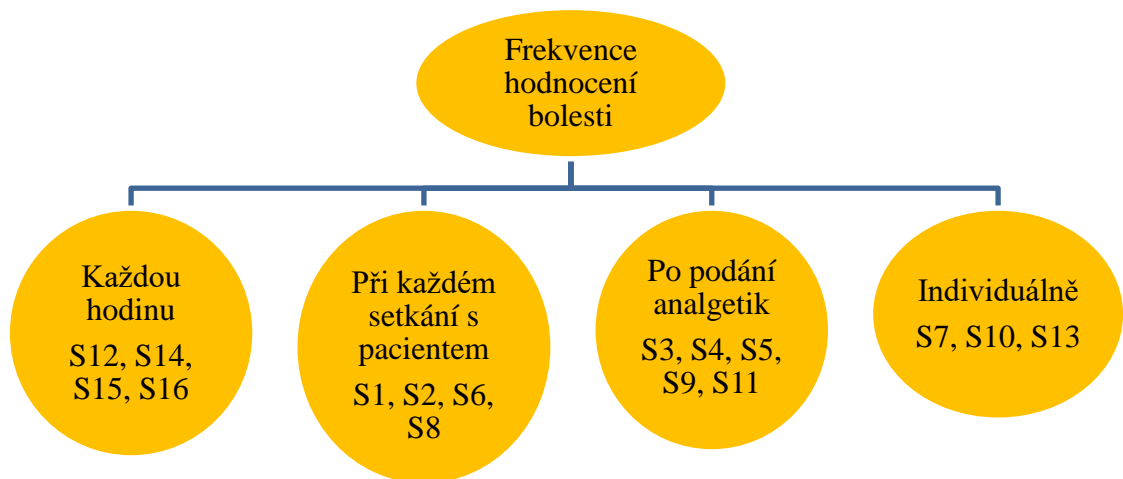


Schéma 7: Frekvence hodnocení bolesti

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

Kategorie číslo 8 byla nazvána **Škály nevyužitelné pro podmínky traumatologie**. V této kategorii nás naopak zajímalo, ve kterých hodnotících škálách vidí sestry

nedostatky nebo které škály jim pro obor traumatologie nevyhovují. Část dotázaných vidí nedostatky v nutričním screeningu, testu Barthelové a hodnocení Bradenové: „Nedostatky vidím v testu Bradenové a Barthelové, hlavně v oblasti fyzické aktivity a inkontinence. Téměř zbytečný mi u našich pacientů přijde nutriční screening. Nutričního terapeuta nikdy nikdo nekontaktuje.“ (S9) „Nutriční screening je u pacientů s poraněním hlavy zkreslený. Zkreslené výsledky jsou dále i u testu Bradenové a Barthelové, přijde mi totiž, že reálný stav pacienta vůbec neodpovídá výsledkům testů.“ (S6) „Jednoznačně hodnocení dle Bradenové, částečně i nutriční screening – pacienti jsou u nás často přijímáni z plného zdraví, přijdou mi proto neobjektivní.“ (S15) Dalším dvěma dotázaným se zdá nevyhovující navíc ještě riziko pádu: „Hodnocení rizika pádu, test Barthelové a Bradenové nám dávají falešně pozitivní výsledek, protože stav pacienta ovlivňuje například celková anestezie, úrazy, aktuální stav, který se během krátké doby mění. Často ani nevím, jak to mám vlastně vyplnit.“ (S11) „Nevyhovující je riziko pádu a dále test Barthelové a Bradenové, které nám dávají zkreslený výsledek.“ (S14) Našla se však i taková část dotázaných, kteří jsou s hodnotícími škálami spokojeni: „Vyhovují mi všechny.“ (S12) „V hodnotících tabulkách nedostatky nevidím.“ (S4)

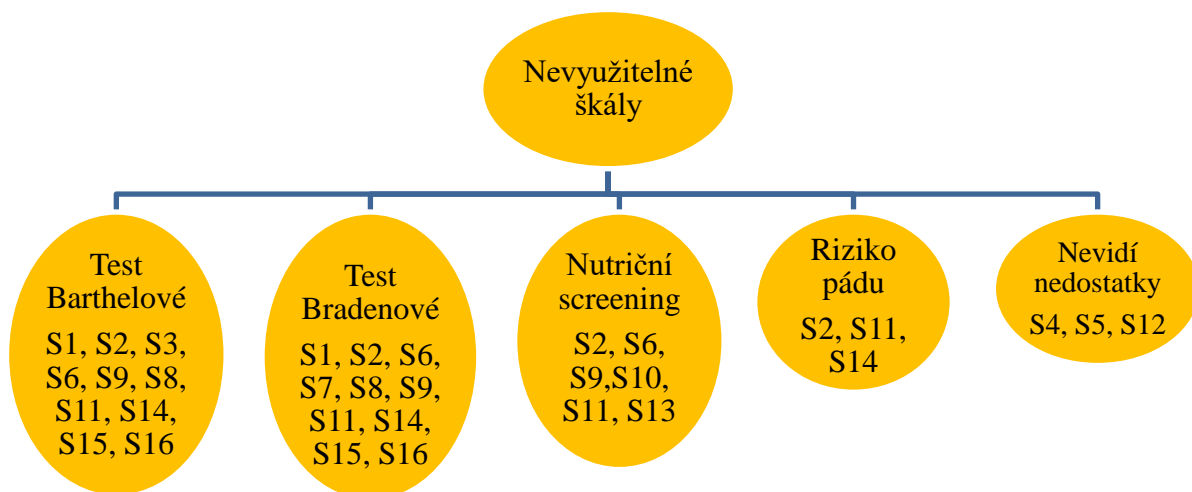


Schéma 8: Škály nevyužitelné pro podmínky traumatologie

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

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

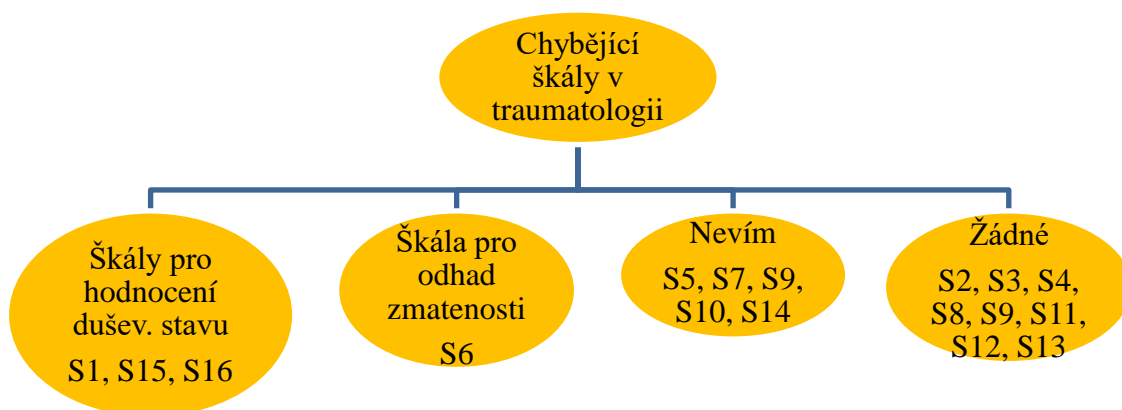


Schéma 9: Chybějící škály v traumatologii

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

Kategorie 10 byla nazvána **Využití výsledků hodnotících škál**. V této kategorii nás zajímalo, zda jsou výsledky aktivně využívány pro stanovení intervencí. Část dotázaných odpověděla kladně: „*Ano, já osobně se snažím, aby tomu tak bylo.*“ (S16) „*Ano, jsou využívány.*“ (S5) Část dotázaných odpověděla, že se tak neděje pravidelně, ale že se o jejich aktivní využívání alespoň snaží: „*Snažíme se o jejich aktivní využívání, ne vždy se tak ale děje.*“ (S10) „*Ne vždy, ale o jejich aktivní využívání se snažím.*“ (S7) Zbylá část dotázaných odpověděla, že se tak děje pouze v některých případech: „*V případě hodnocení bolesti, rizika vzniku dekubitů a rizika pádu a GCS*

ano, jinak ne.“ (S9) „V případě VAS a GCS ano.“(S11)„U nás nejvíce GCS, kdy při poklesu bodového hodnocení je potřeba neurochirurgické intervence, dále Bradenové škála, na základě které provádíme polohování pacienta. Slouží nám jako prevence dekubitů.“ (S13) Jeden z dotázaných odpověděl, že výsledky pro stanovení intervencí nevyužívá: „Já osobně výsledky těchto škál nevyužívám. Významnější je kontakt s pacientem, který nejlépe stanoví intervence pro další péči.“ (S3)

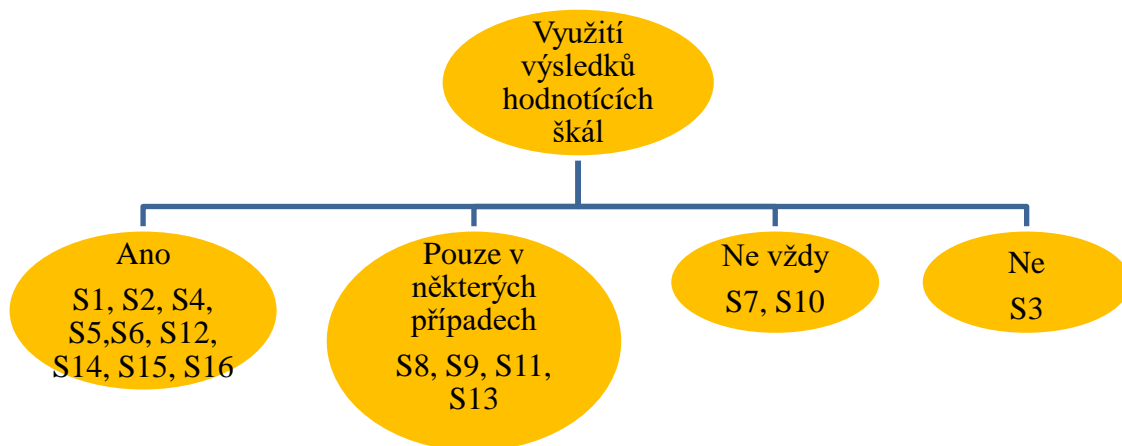


Schéma 10: Využití výsledků hodnotících škál

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

Kategorie 11 byla nazvána **Důvody použití hodnotících škál**. Hodnotící škály nám umožňují zavést u rizikových nemocných včas preventivní opatření. Důležité je si však uvědomit, že ať už je použita jakákoli hodnotící škála, nejdůležitější je věnovat ohroženým pacientům maximální ošetrovatelskou péči. Ptali jsme se proto sester, proč si myslí, že je dobré hodnotící škály využívat. Setkali jsme se však s negativními názory: „Myslím si, že kdybychom je neměly, tak kvalita péče bude stejná jako s nimi.“ (S8) „Nemyslím si, že je to dobré, zdržují od práce a péče o pacienta.“ (S14) „Na odděleních akutní péče si nemyslím, že to má nějaký význam. Na oddělení následné péče či interně nebo neurologii je tato otázka jistě diskutabilní.“ (S3) Některé sestry uvedly, že nám škály slouží k posouzení rizik: „Dávají nám možnost reagovat na rizika, a tak předcházet následkům a vyhodnocovat změny stavu pacienta.“ (S15) „Protože nám

souží k orientaci a zvážení rizik a komplikací péče.“ (S11) Další z dotázaných sester uvedly, že je dobré tyto škály využívat, protože nám pomáhají ke zkvalitnění péče: „Myslím, že díky nim může být péče o pacienty kvalitnější.“ (S16) „Pro spokojenost pacientů a lepší péči o ně. Jsou důležité pro bezpečnost pacienta a jeho zdraví.“ (S10) „Pro zkvalitnění péče o pacienty.“ (S7) Další odpověď se už poněkud lišila: „Protože nám slouží jako administrativní podklad pro stanovené intervence.“ (S5)

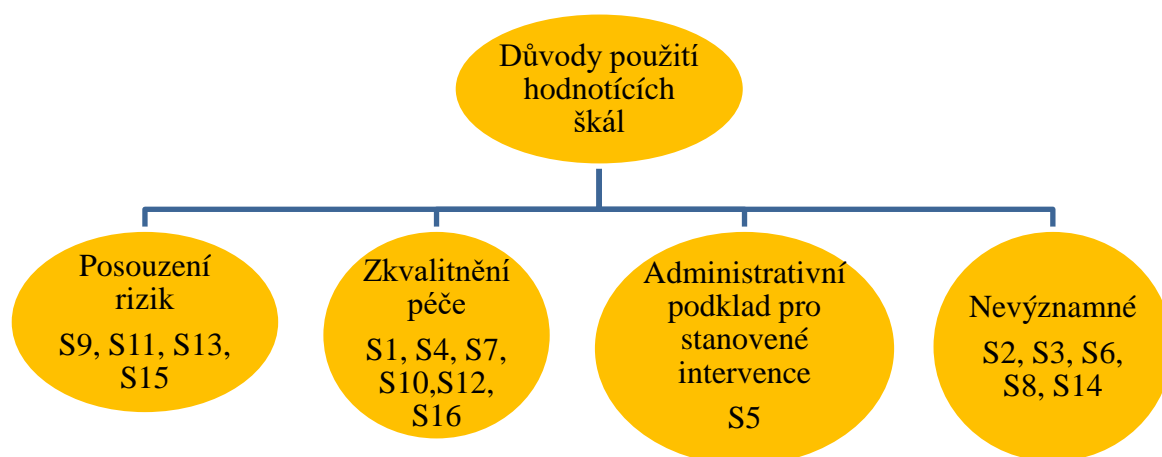


Schéma 11: Důvody použití hodnotících škál

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

Kategorii 12 jsme nazvali **Vliv hodnotících škál na kvalitu péče**. Ptali jsme se sester, jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče o pacienta. Většina dotázaných odpověděla, že péče je kvalitnější z toho důvodu, že nám škály napomáhají s pravidelným hodnocením pacientova stavu: „Na základě těchto škál dochází k pravidelnému hodnocení pacientova zdravotního stavu.“ (S16) „Pomocí nich dochází k pravidelnému hodnocení stavu, a to zejména v případě GSC a Bradenové.“ (S13) Další část dotázaných odpověděla, že se tak děje díky tomu, že nám škály slouží jako preventivní opatření: „Slouží nám jako určitá výstraha, například test podle Bradenové, ve kterém nám vyjde nízký počet bodů, nás upozorní na možné riziko a zbytek už záleží

na aktivní péči o pacienta. A takhle je to se všemi ostatními testy. Hodnocení bolesti je jednoznačné, hodnotí účinnost podaných analgetik.“ (S9) „Hodnocení rizika dekubitů nám slouží k častějšímu preventivnímu opatření, avšak často je i toto velice individuální. Hodnocení VAS nám přispívá ke zmírnění bolesti pravidelným tlumením analgetiky.“(S15) Někteří z dotázaných odpověděli, že jim škály ke zkvalitnění péče přispívají tak, že tvoří souhrn informací o pacientovi: „Mohou přispět shrnutím informací o pacientovi a jejich rychlým získáním, avšak osobně si myslím, že kvalitnější péče můžeme dosáhnout i tím, že sestra bude trávit čas s pacientem osobně, a ne s pacientovou dokumentací.“ (S1) „Poslouží nám jako shrnutí informací o pacientovi.“ (S5) Dva z dotázaných odpověděli, že jim ke zkvalitnění péče nijak nepřispívají: “Myslím, že nijak, ve většině případů obtěžují ošetřující personál.“ (S11)

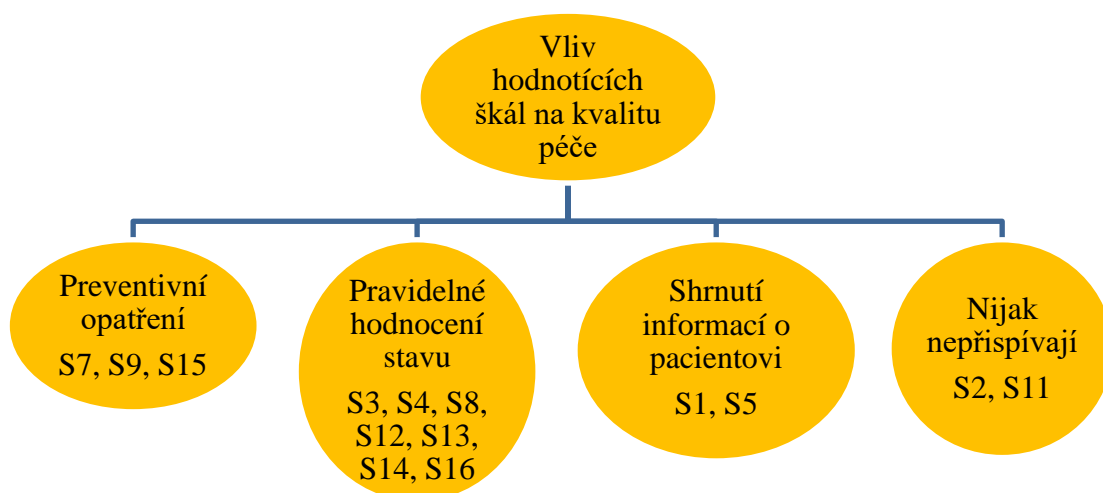


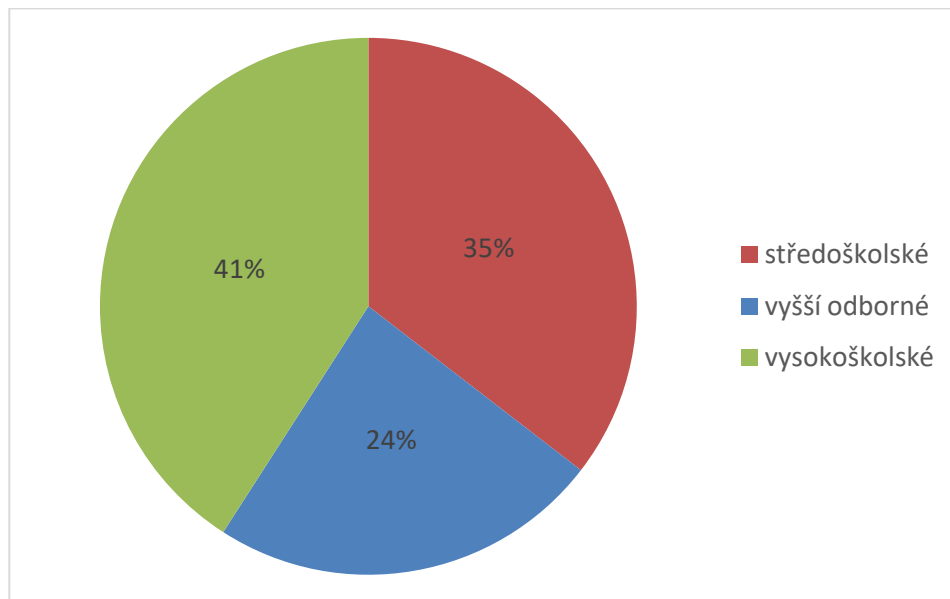
Schéma 12: Vliv hodnotících škál na kvalitu péče

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

1.8 Výsledky kvantitativního výzkumu

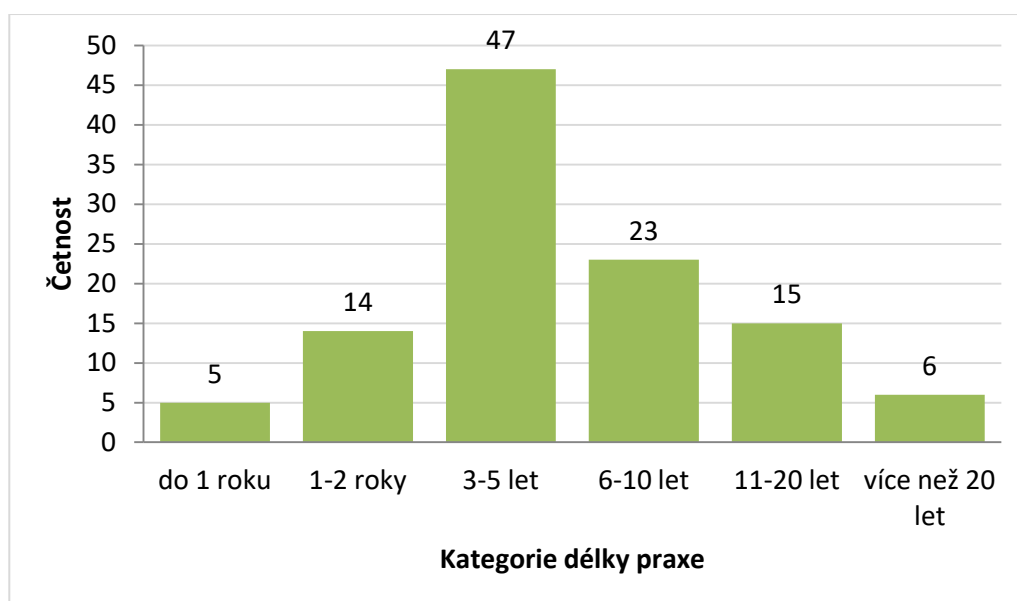
V této kapitole se zabýváme výsledky kvantitativního výzkumného šetření. Při vyhodnocování budeme vycházet z informací získaných z dotazníků s celkem 110 respondenty. V tomto případě jsem považovala za nutné zveřejnit délku praxe a výši dosaženého vzdělání, protože se vztahují ke zvoleným hypotézám.

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



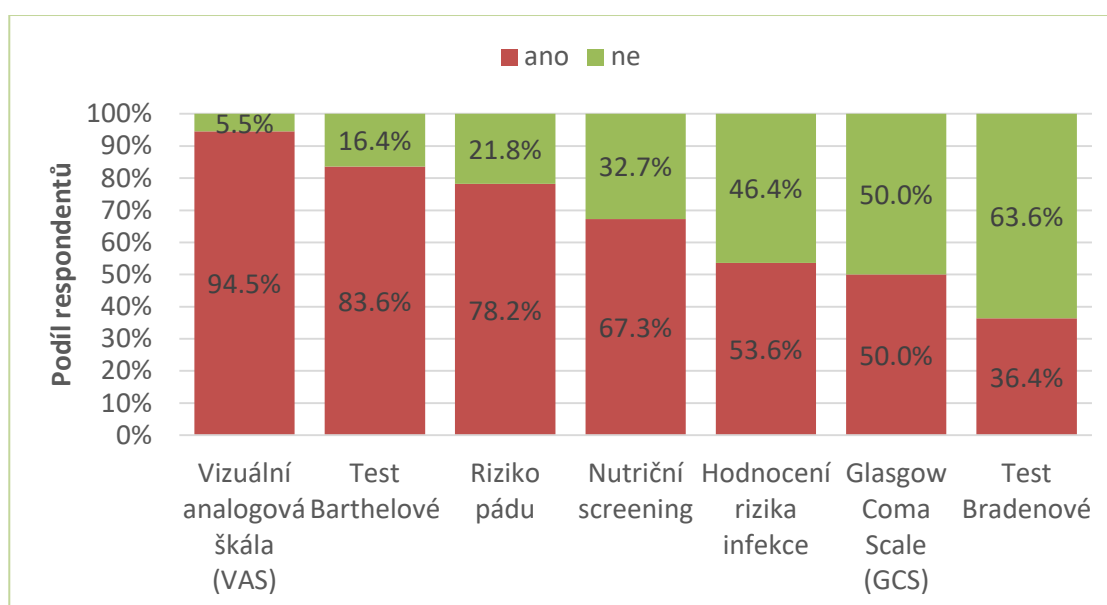
V grafu č. 1 charakterizujeme výzkumný vzorek z pohledu výše dosaženého vzdělání. Nejvíce zastoupenou skupinou byla vysokoškolské vzdělání. Tuto skupinu tvořilo 45 respondentů (41%). Hned za touto skupinou se umístilo středoškolské vzdělání s celkovým počtem 39 (35%) a jako poslední, vyšší odborné vzdělání s počtem 26 respondentů (24%).

Graf 2 Délka praxe



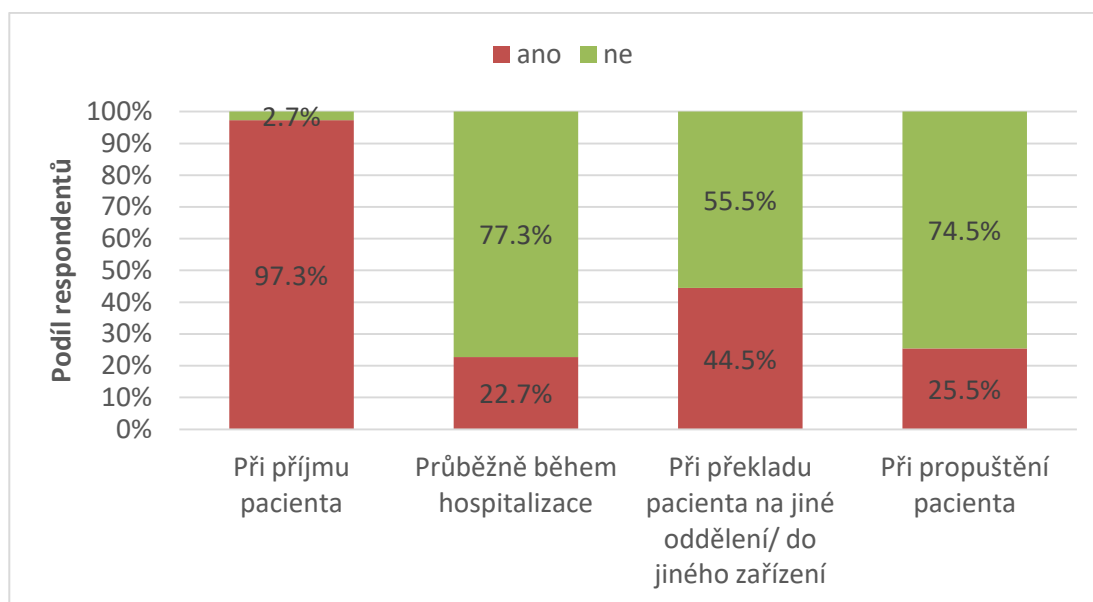
V grafu č. 2 charakterizujeme výzkumný vzorek z pohledu délky praxe na traumatologii. Nejpočetnější skupinu 47 respondentů (42,7%) tvořily sestry s praxí od 3 do 5 let. Praxi 6-10 let mělo 23 respondentů (20,9%), 11-20 let mělo odpracováno 15 respondentů (13,6%), 1-2 roky 14 respondentů (12,7%), více než 20 let odpracovalo 6 sester (5,5%) a praxi do 1 roku mělo 5 sester (4,5%).

Graf 3 Využívané hodnotící škály



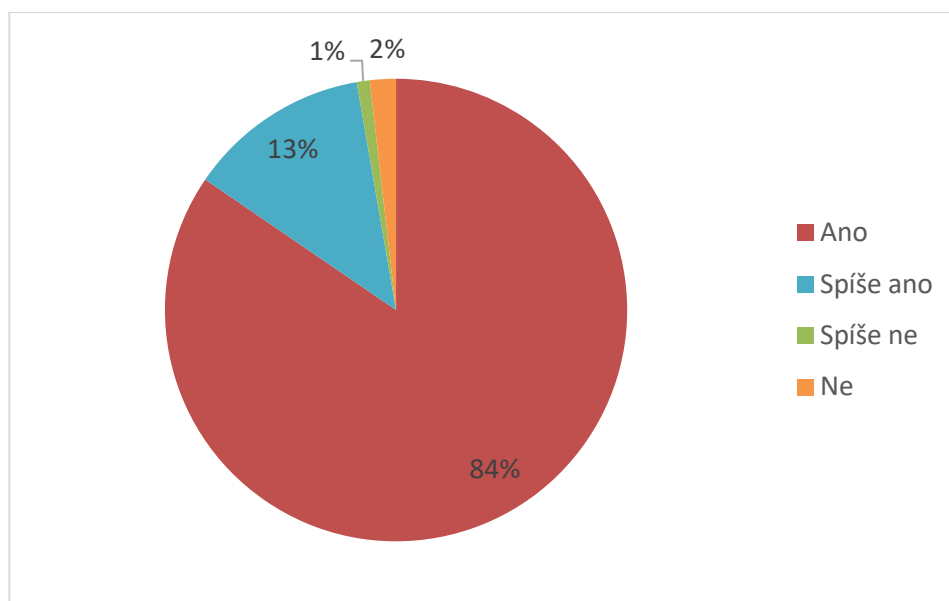
V této otázce jsme se zabývali tím, jaké hodnotící škály sestry při své práci využívají. Jak už graf napovídá, tato otázka měla více možných odpovědí. Nejčastější odpověď byla *vizuální analogová škála*, takto odpovědělo 104 respondentů (94,5%). Druhou nejčastější odpovědí byl *test Barthelové* – 92 respondentů (83,6%). Variantu *riziko pádu* zvolilo 86 respondentů (78,2%). Odpověď *nutriční screening* zvolilo 74 respondentů (67,3%). *Hodnocení rizika infekce* při své práci využívá 59 respondentů (53,6%). Jako další se umístila *Glasgow Coma Scale*, takto odpovědělo 50 respondentů (50,0%). *Test dle Bradenové* získal 40 hlasů (36,4%). Odpověď *jiné* využili tři respondenti, tedy (2,7%). Uváděli možnost – Guss test, Maddonovu škálu a škálu RASS.

Graf 4 Frekvence využívání hodnotících škál



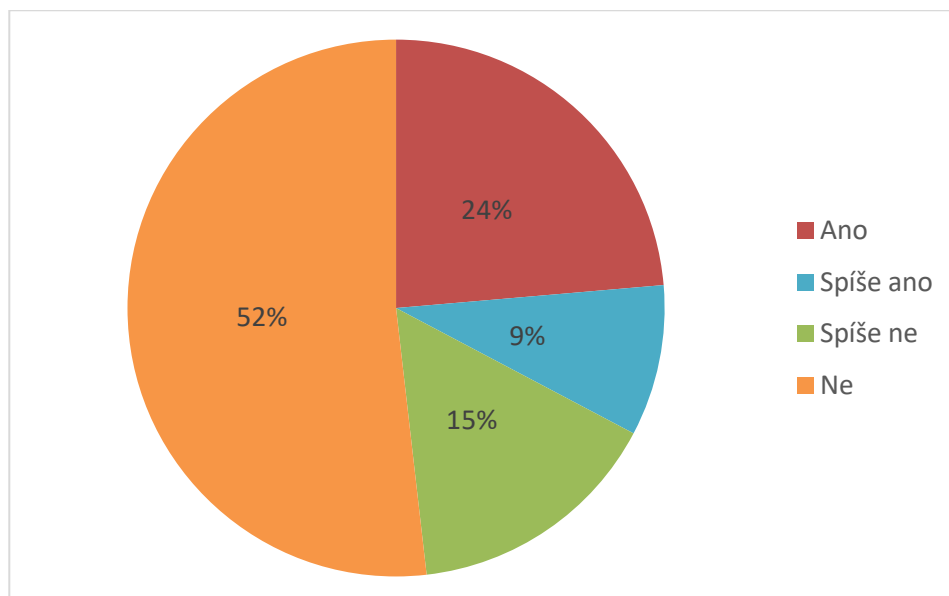
Podstatnou otázkou je i frekvence využívání hodnotících škál. Tato otázka měla také více možných odpovědí. Respondenti tyto škály využívají nejčastěji při příjmu pacienta, tuto odpověď zvolilo 107 z nich, tedy (97,3%). Při překladi pacienta na jiné oddělení/do jiného zařízení tuto škálu využívá 49 z nich, tedy (44,5%). Odpověď *při propuštění* zvolilo 28 respondentů (25,5%). Velice podobně na tom byla odpověď *průběžně během hospitalizace*, kterou si vybralo 25 respondentů (22,7%). Variantu *jiné* zvolili celkem 2 respondenti, tedy (1,8%), uváděli možnosti – *při změně stavu a každých 7dní*.

Graf 5 Využití při příjmu pacienta



Další součástí dotazníku byla otázka, zda sestry využívají škály při přijetí pacienta, 93 (84,5%) respondentů odpovědělo, že ano. Dalších 14 respondentů (12,7%) odpovědělo *spíše ano*. Záporně odpověděli 2 respondenti (1,8%) a 1 respondent (0,9%) zvolil odpověď *spíše ne*.

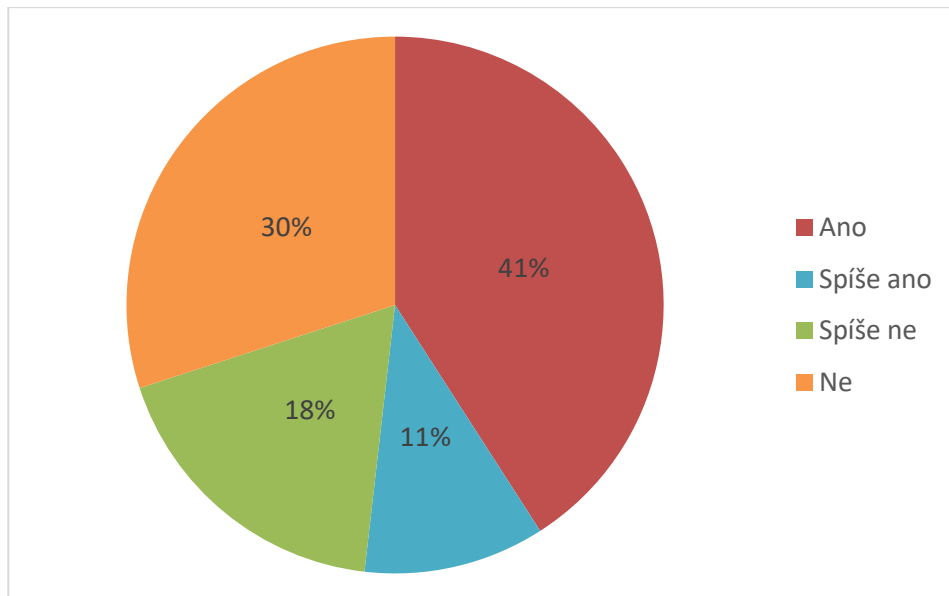
Graf 6 Přehodnocení při propouštění pacienta



V této otázce jsme se sester ptali, zda provádí přehodnocení hodnotících škál při propuštění pacienta. Nejvíce respondentů 57 (51,8%) odpovědělo, že přehodnocení nedělají. Dalších 26 respondentů (23,6%) uvedlo, že přehodnocení dělají. Odpověď

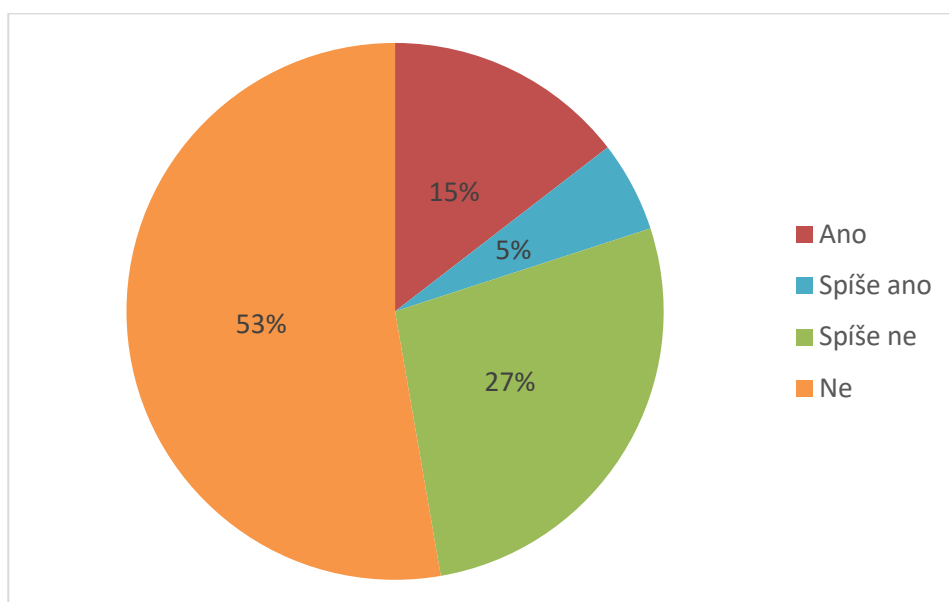
spíše ne zvolilo 17 respondentů, tedy (15,5%) a odpověď *spíše ano* 10 respondentů, tedy (9,1%).

Graf 7 Přehodnocení při překladu pacienta



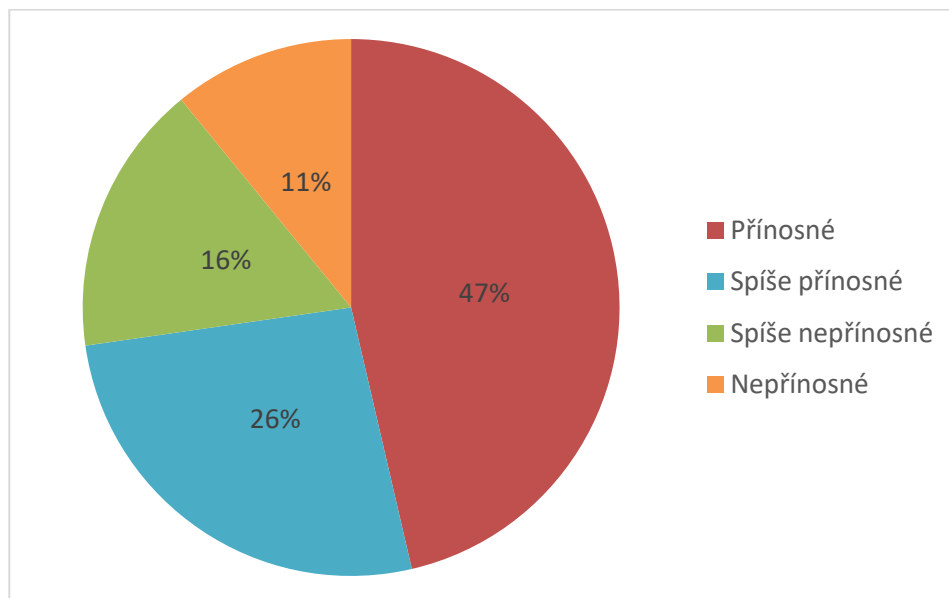
V této otázce jsme se sester ptali, zda provádí přehodnocení hodnotících škál při překladu pacienta. Oproti předchozí otázce, byla zde nejčastější odpovědí odpověď *ano*, takto odpovědělo 45 respondentů (40,9%). Možnost *ne* zvolilo 33 respondentů (30,0%), odpověď *spíše ne* 20 respondentů (18,2%) a *spíše ano* 12 respondentů (10,9%).

Graf 8 Přehodnocení při změně zdravotního stavu pacienta



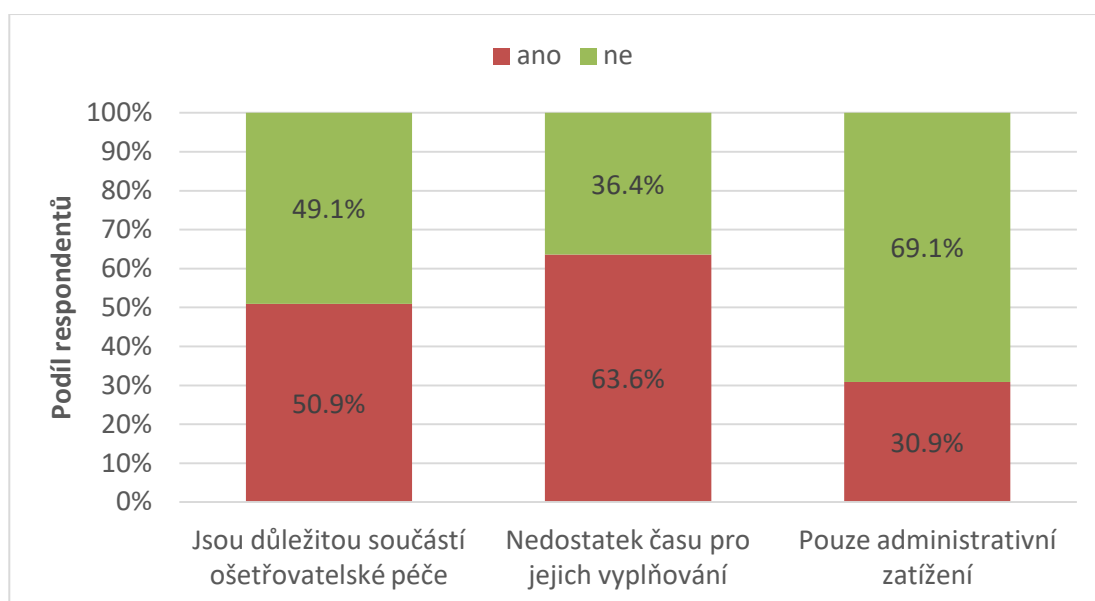
V této otázce jsme se sester ptali, zda provádí přehodnocení hodnotících škál při změně zdravotního stavu pacienta. Zde se opět setkáváme nejvíce se zápornými odpověďmi. Možnost *ne* zvolilo 58 respondentů (52,7%), *spíše ne* 30 respondentů (27,3%), *ano* 16 respondentů (14,5%) a *spíše ano* 6 respondentů (5,5%).

Graf 9 Přínos hodnotících škál



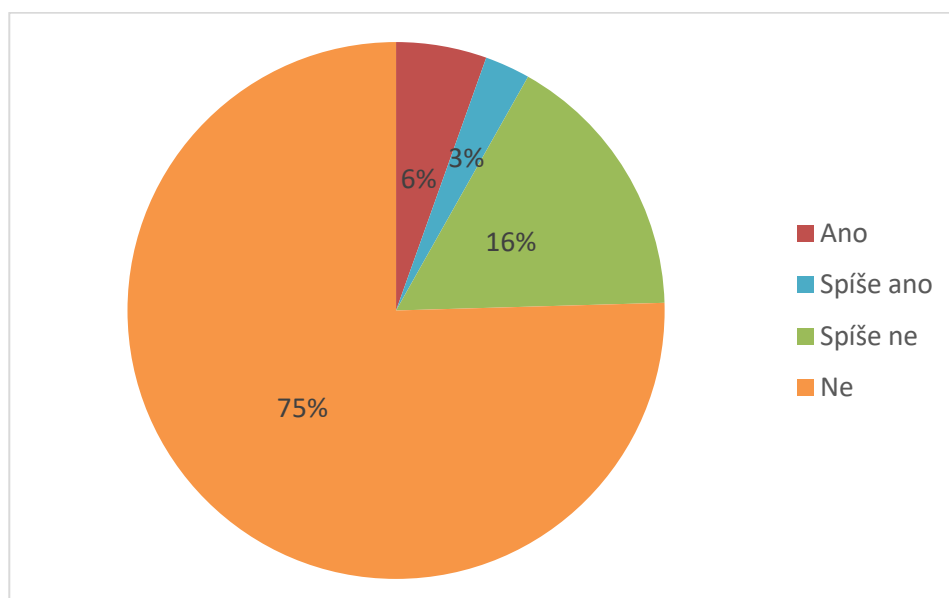
Vzhledem k tématu naší práce zkoumáme, jaký mají hodnotící škály přínos u traumatologických pacientů. Skoro polovina, tedy 51 respondentů (46,4%) vidí tyto škály jako přínosné. Další nejvíce zastoupenou odpovědí byla odpověď *spíše přínosné*, takto vidí hodnotící škály 29 respondentů, tedy (26,6%). Variantu *spíše nepřínosné* zvolilo 18 respondentů (16,4%). Jako nepřínosné vidí tyto škály 12 respondentů (10,9%).

Graf 10 Využití hodnotících škál v traumatologii



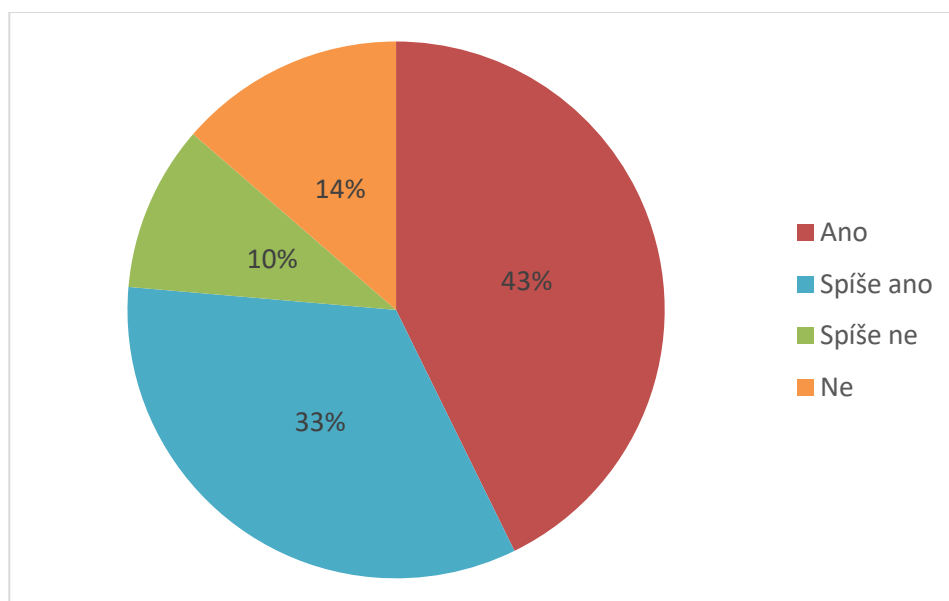
U této otázky nás zajímalo, jaký mají sestry názor na používání hodnotících škál v traumatologii. Tato otázka měla více možných odpovědí. Nejčastější odpovědí byl *nedostatek času pro jejich vyplňování*, takto odpovědělo 70 respondentů, tedy (63,6%). Další část respondentů 56 (50,9%) se shodla na tom, že jsou důležitou součástí ošetrovatelské péče. Možnost *administrativní zatížení* zvolilo 34 respondentů (30,9%). Zbývá část respondentů 2 (1,8%) zvolilo odpověď *jiné*, dle jejich odpovědí zbytečné.

Graf 11 Dostatek času na vyplňování



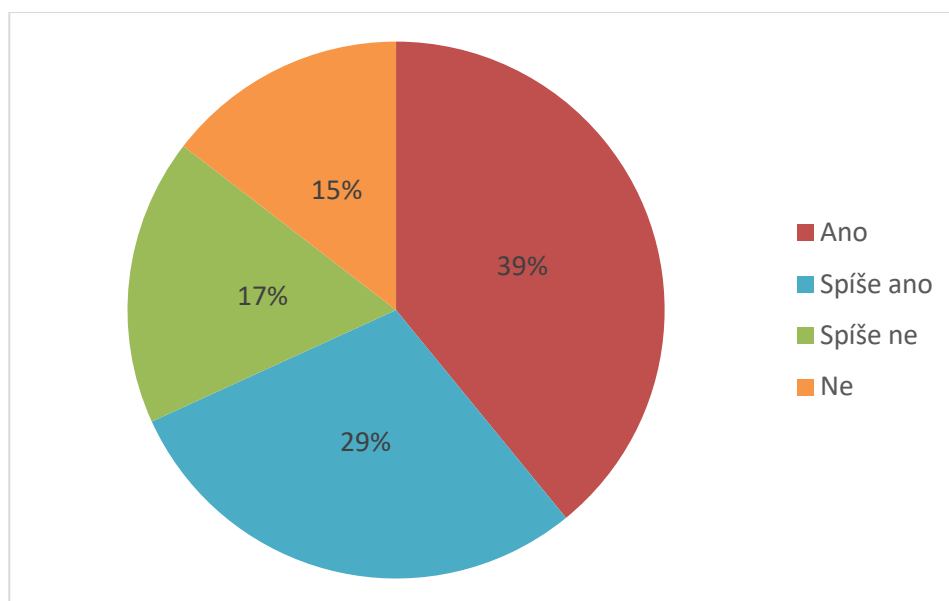
V této otázce jsme se sester ptali, zda se domnívají, že mají na traumatologii dostatek času na vyplňování škál. Počtem hlasů převažovala odpověď *ne*, takto odpovědělo 83 respondentů (75,5%). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že spíše ne, tuto odpověď zvolilo 18 respondentů (16,4%), 6 respondentů (5,5%) zvolilo možnost, že domnívají, že dostatek času na škály mají. Zbylí tři respondenti (2,7%) odpověděli, že *spíše ano*.

Graf 12 Administrativní zatížení



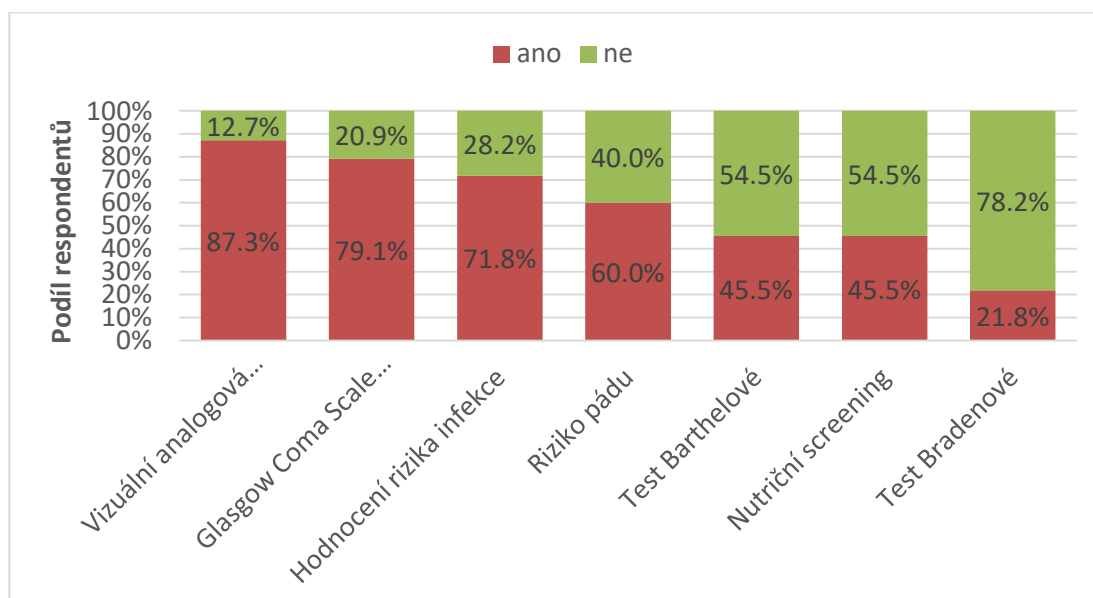
Další otázkou bylo, zda jsou hodnotící škály pro sestry administrativním zatížením. Nejčastější odpověď byla, že ano, takto odpovědělo 47 respondentů (42,7%), 37 respondentů (33,6%) se shoduje na odpovědi *spíše ano*. Jako zátěž tyto škály nevidí 15 respondentů (13,6%). Odpověď *spíše ne* zvolilo 11 respondentů (10,0%).

Graf 13 Důležitá součást ošetrovatelské péče



Další součástí dotazníku byla otázka, zda sestry považují hodnotící škály za důležitou součást ošetrovatelské péče. Odpověď *ano* byla nejčastější, takto odpovědělo 43 respondentů (39,1%), 32 respondentů (29,1%) zvolilo možnost *spíše ano*. Variantu *spíše ne* si vybralo 19 respondentů (17,3%) a ne odpovědělo 16 respondentů (14,5%).

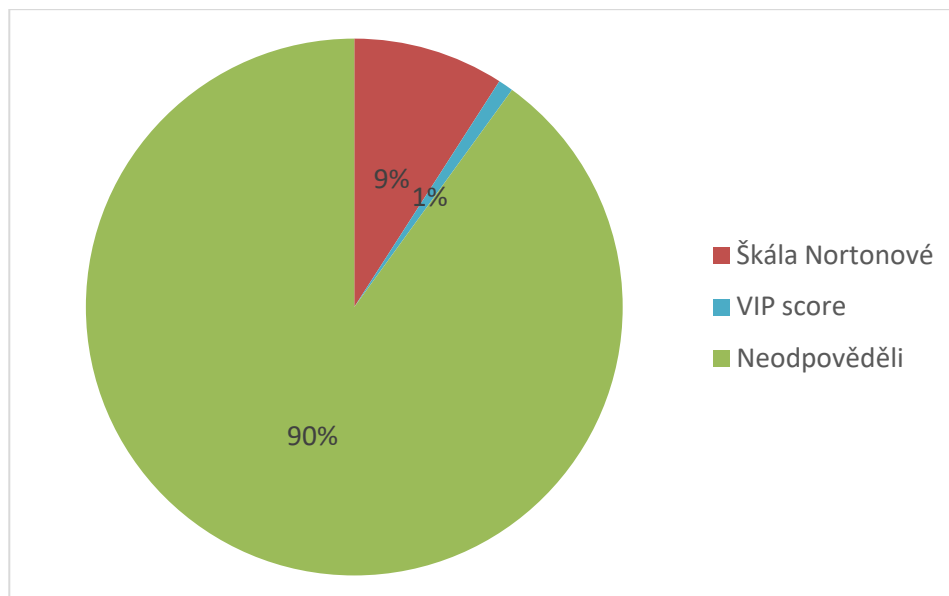
Graf 14 Škály využitelné pro podmínky traumatologie



Celkem 96 respondentů (87,3%) považuje za nejvíce využitelnou škálu v traumatologii škálu VAS. Jako druhá se umístila škála GSC, která získala 87 hlasů (79,1%). Škálu pro hodnocení rizika infekce zvolilo 79 respondentů, tedy (71,8%).

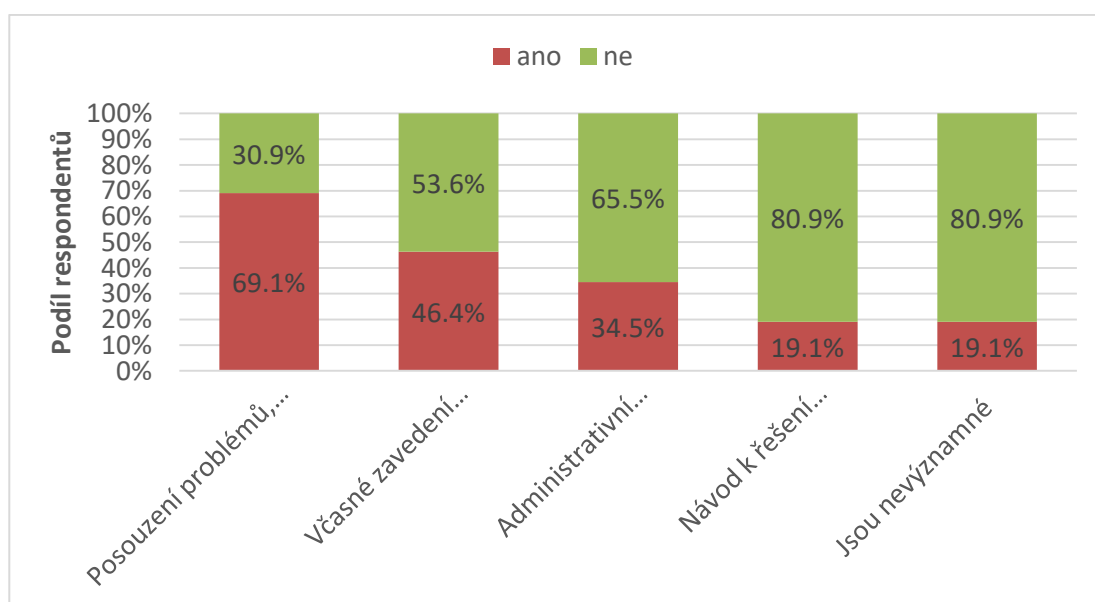
Stejný počet 50 hlasů (45,5%) získal nutriční screening a test Barthelové. Jako poslední se umístila škála dle Bradenové, tuto odpověď zvolilo 24 respondentů (21,8%).

Graf 15 Chybějící škála



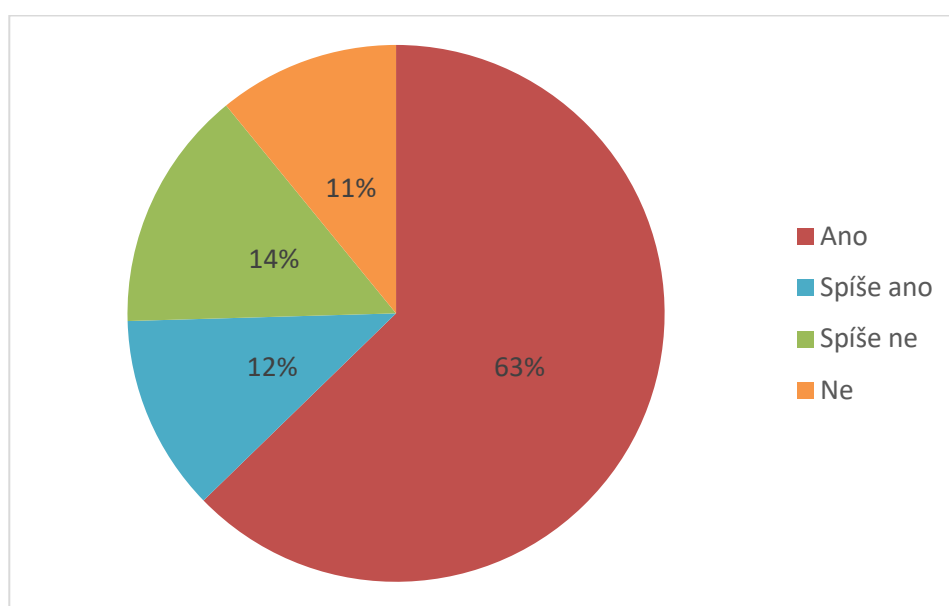
Tento graf se vztahuje k předchozí otázce. Ptali jsme se respondentů, zda jim ve výčtu škál některá chyběla. Tato otázka byla otevřená a nepovinná, zřejmě proto na ní také odpovědělo tak málo respondentů, 10 z nich (9,1%) zde chyběla škála Nortonové, 1 respondent (0,9%) postrádal VIP score.

Graf 16 Důvody využití hodnotících škál



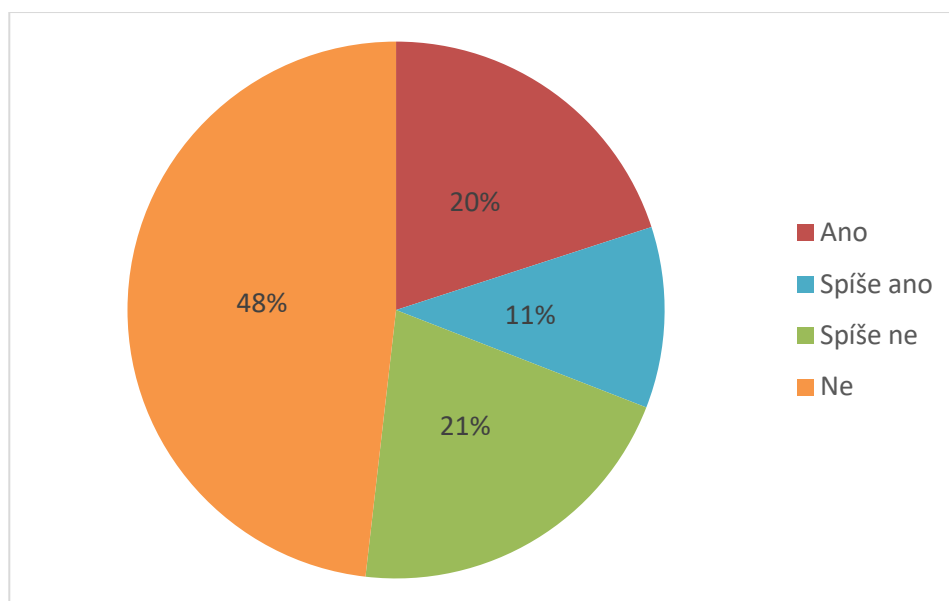
V této oblasti jsme se zaměřili na důvody používání hodnotících škál z pohledu sester. Tato otázka měla více možných odpovědí. Největší zastoupení měla odpověď, že slouží k posouzení případných rizik, takto odpovědělo 76 respondentů, tedy (69,1%). Varianta, že nám umožňují včas u rizikových nemocných zavést preventivní opatření, se umístila jako druhá, získala 51 hlasů (46,4%). Jako odpověď, že jsou administrativním podkladem pro stanovené intervence, zvolilo 38 respondentů (34,5%). Stejně respondentů 21 (19,1%) odpovědělo, že nám slouží jako návod, jak vzniklý deficit či problém řešit a také že jsou nevýznamné.

Graf 17 Posouzení a stanovení případných rizik



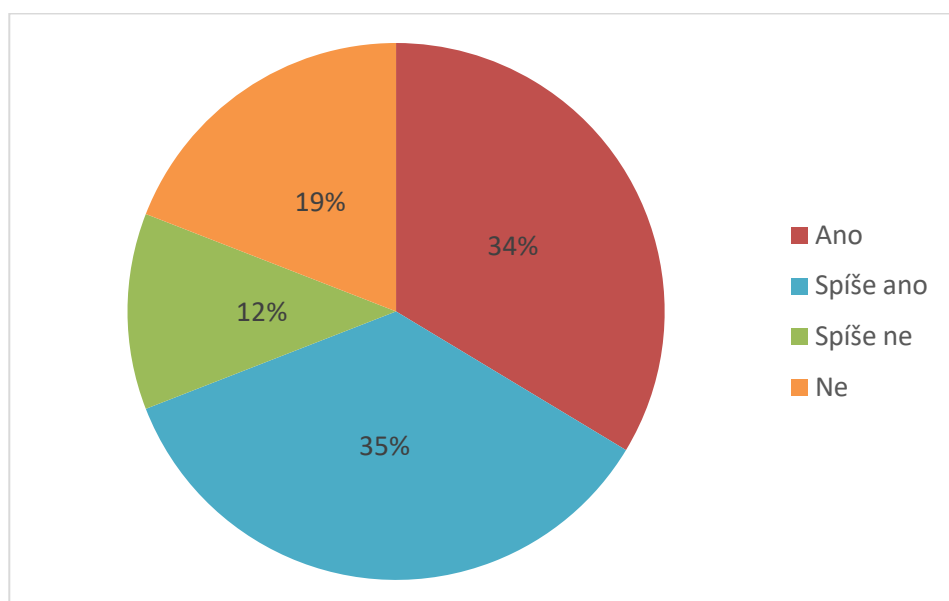
V této otázce jsme se zabývali tím, zda nám hodnotící škály slouží k posouzení a stanovení případných rizik, kterými je pacient ohrožen. Nejvíce převažovala odpověď *ano*, takto odpovědělo 69 respondentů, tedy (62,7%), 16 respondentů (14,5%) odpovědělo, že *spíše ne*. Možnost *spíše ano* a *ne* byly téměř vyrovnané, *spíše ano* odpovědělo 13 respondentů (11,8%) a *ne* odpovědělo 12 respondentů (10,9%).

Graf 18 Návod, jak vzniklý deficit či problém řešit



V další otázce jsme se zabývali tím, zda nám hodnotící škály slouží jako návod jak vzniklý deficit či problém řešit. Největší zastoupení měla odpověď *ne*, tu zvolilo 53 respondentů, tedy (48,2%). Možnost *spíše ne* zvolilo 23 respondentů (20,9%). Podobně na tom byla i odpověď *ano*, kterou si vybralo 22 respondentů (20,0%). Variantu *spíše ano* zvolilo 12 respondentů (10,9%).

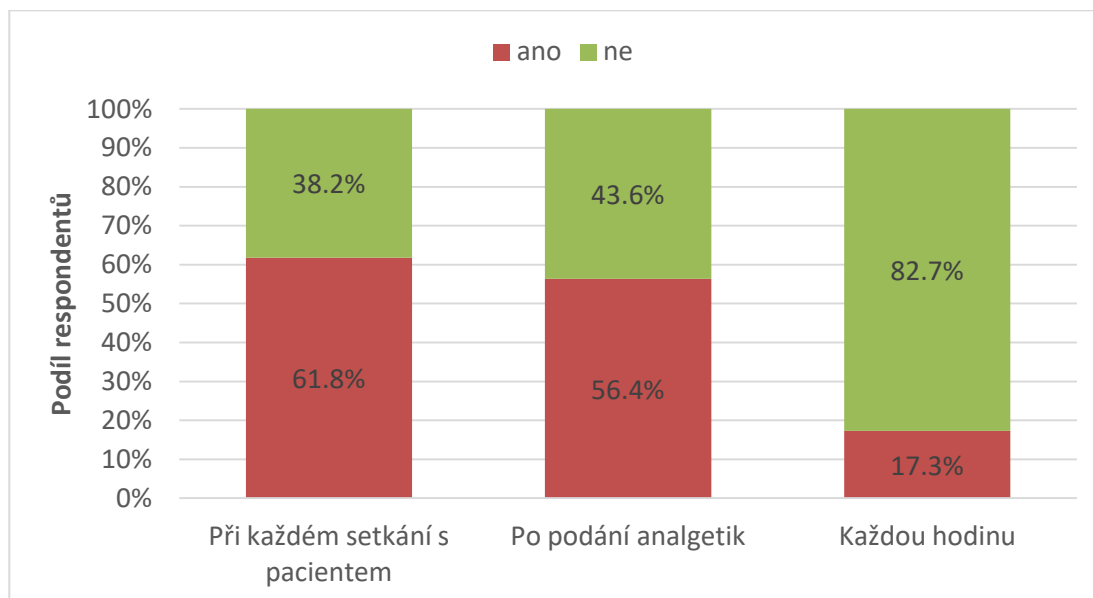
Graf 19 Včasné zavedení preventivního opatření



Další otázkou bylo, zda se sestry domnívají, že nám škály umožňují u rizikových nemocných včas zavést preventivní opatření. Nejčastější odpověď byla *spíše ano*, takto

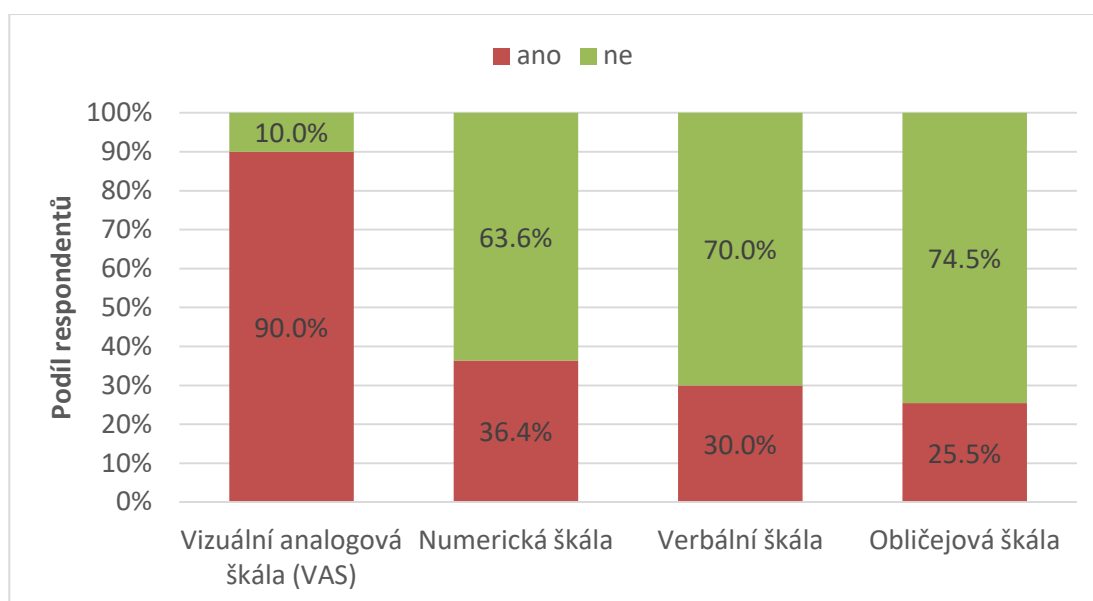
odpovědělo 39 respondentů (35,5%), 37 respondentů (33,6%) se shoduje na odpovědi *ano*. Variantu *ne* zvolilo 21 respondentů (19,1%). Odpověď *spíše ne* zvolilo 13 respondentů (11,8%).

Graf 20 Frekvence hodnocení bolesti



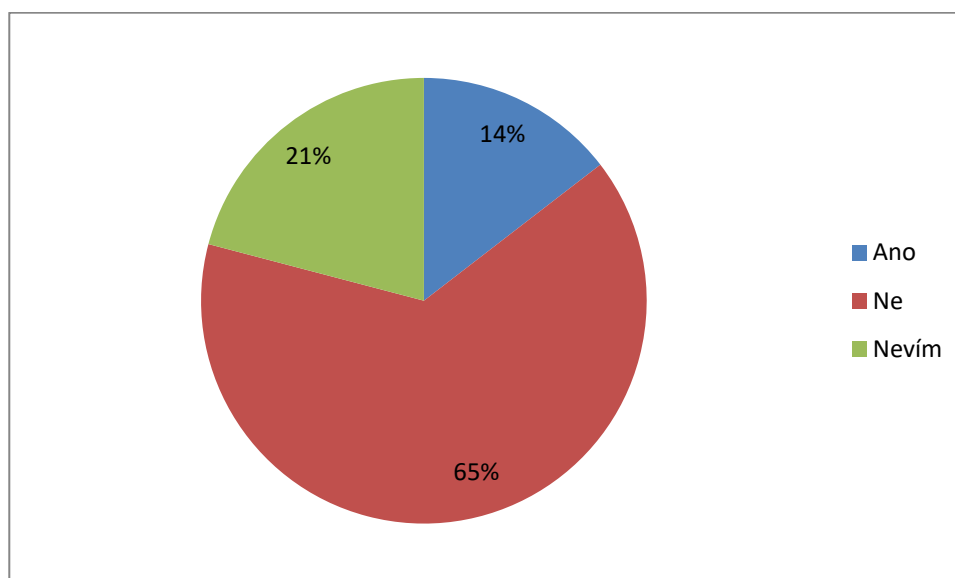
Zde jsme se ptali na to, jak často sestry hodnotí bolest u svých pacientů. Tato otázka měla více možných odpovědí. Nejvíce respondentů 68 (61,8%) odpovědělo, že bolest hodnotí při každém setkání s pacientem. Odpověď *po podání analgetik* zvolilo 62 respondentů, tedy (56,4%). Každou hodinu hodnotí bolest 19 respondentů (17,3%). Zbývá část respondentů 17 (15,5%) zvolilo odpověď *jiné*, jako možnost nejčastěji uváděli – *při příjmu, dle stavu pacienta, jednou za dvě hodiny, minimálně třikrát denně*.

Graf 21 Možnosti hodnocení bolesti



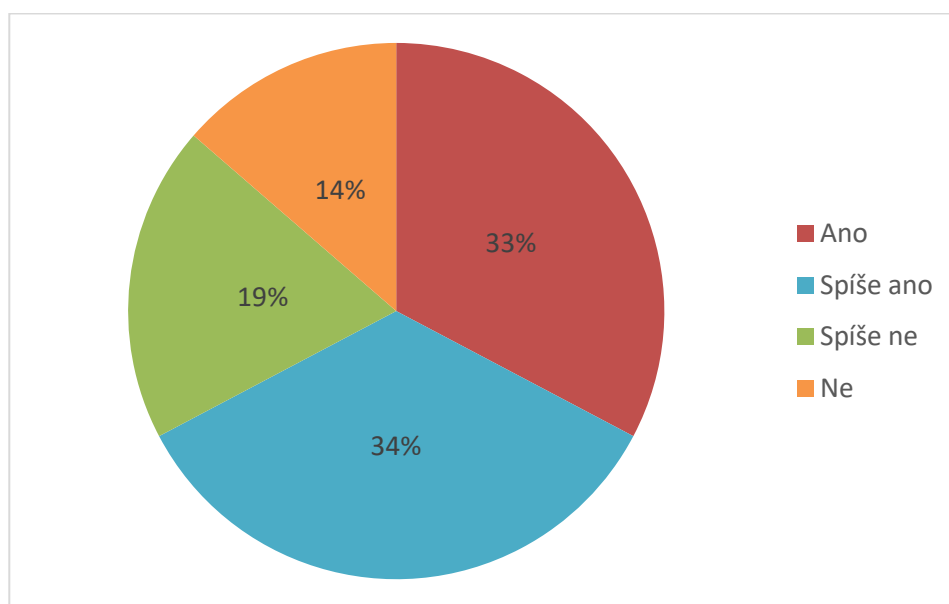
Další otázkou bylo, jaké hodnotící škály sestry využívají pro hodnocení bolesti. Tato otázka měla také více možných odpovědí. Nejčastější odpovědí byla vizuální analogová škála, tuto odpověď zvolilo 99 respondentů (90,0%), 40 respondentů (36,4%) se shoduje na odpovědi *numerická škála*. Odpověď *verbální škála* zvolilo 33 respondentů (30,0%). Variantu obličejová škála zvolilo 28 respondentů, tedy (25,5%). Možnost *jiné*, zvolil 1 respondent (0,9%), jeho slovní odpověď byla *škála painad*.

Graf 22 Další oblasti k hodnocení



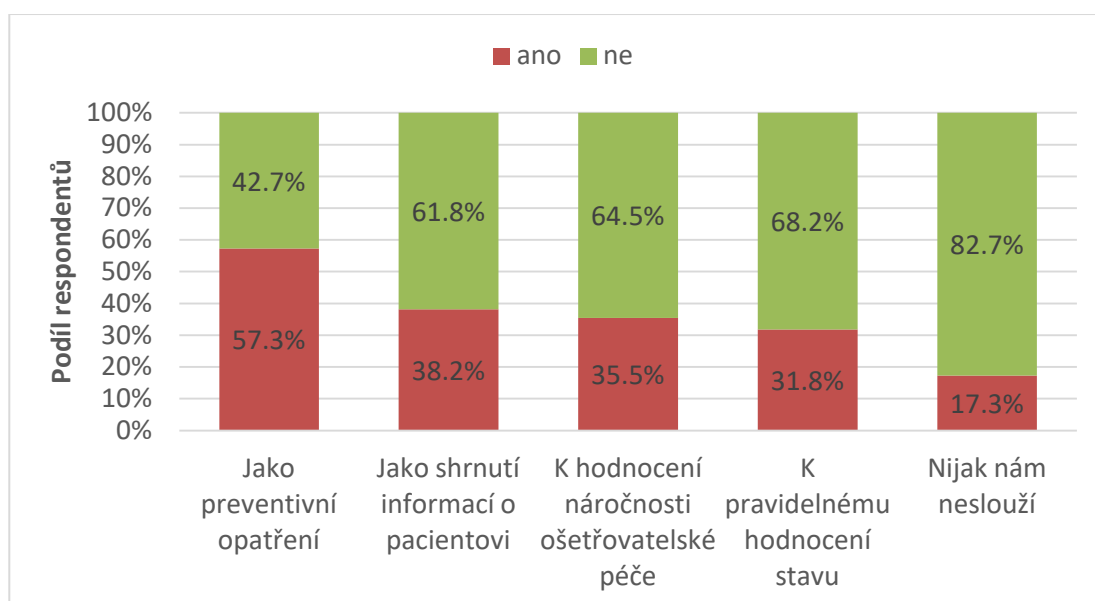
V této otázce nás zajímalo, zda jsou oblasti, které sestry pomocí škál nehodnotí, ale jejich hodnocení by uvítaly. V tomto případě se jednalo o otevřenou otázku s povinnou odpovědí. Nejvíce respondentů, to je 71 (65%) odpovědělo, že není oblast, kterou by navíc chtěli hodnotit, 23 respondentů (21%) nevědělo, jakou oblast by uvítalo. Zbýlých 16 respondentů (14%) by hodnocení dalších oblastí uvítalo. Mezi jejich nejčastější odpovědi patřily tyto: *psychický stav pacienta, riziko kompartment syndromu, hodnocení pooperačního deliria, riziko komplikací spojených s úrazem a hodnocení hybnosti a citlivosti končetin.*

Graf 23 Využití pro stanovení intervencí



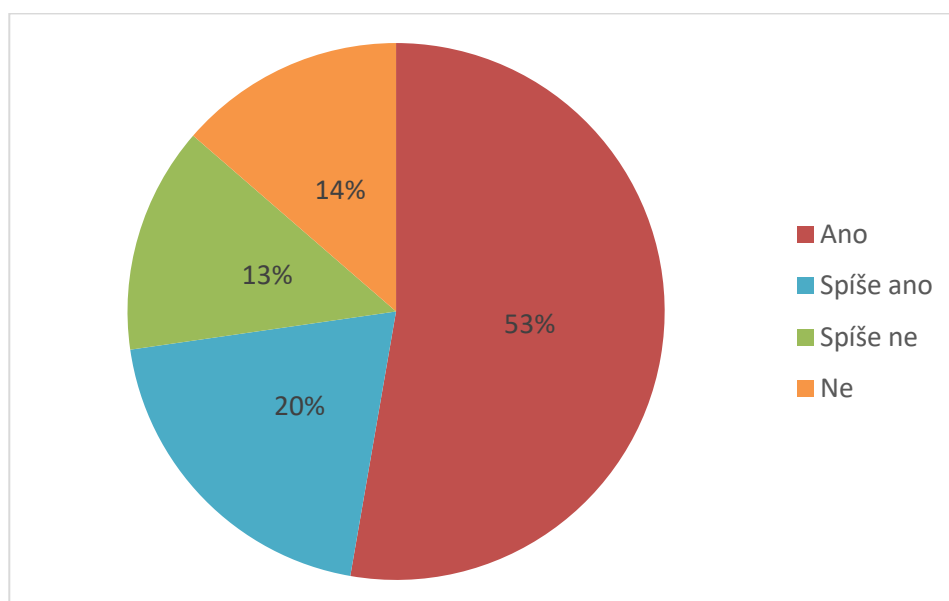
V této otázce sestry odpovídaly, zda jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovení intervencí. Počtem hlasů převažovala odpověď *spíše ano*, takto odpovědělo 38 respondentů (34,5%). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že škály jsou pro stanovení intervencí aktivně využívány, tuto odpověď zvolilo 36 respondentů (32,7%), 21 respondentů (19,1%) zvolilo možnost *spíše ne*. Zbýlých 15 respondentů (13,6%) odpovědělo, že *ne*.

Graf 24 K čemu slouží hodnotící škály



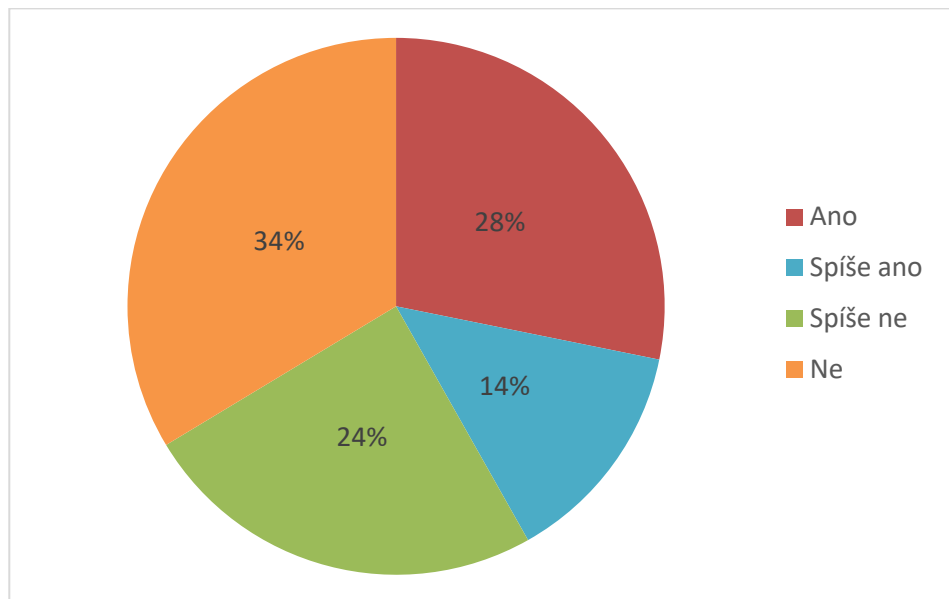
V této otázce jsme se zajímali, k čemu nám hodnotící škály slouží, zde byla možnost označení více odpovědí. Nejvíce respondentů 63 (57,3%) odpovědělo, že nám slouží jako preventivní opatření, 42 respondentů (38,2%) zvolilo možnost, že nám slouží jako shrnutí informací o pacientovi. Variantu, že nám slouží k hodnocení náročnost ošetrovatelské péče vybralo 39 respondentů (35,5%). Odpověď, že díky těmto škálám dochází k pravidelnému hodnocení stavu zvolilo 35 respondentů (31,8%). Zbýlých 19 respondentů si myslí, že nám hodnotící škály nijak neslouží.

Graf 25 Hodnotící škály nám slouží jako preventivní opatření



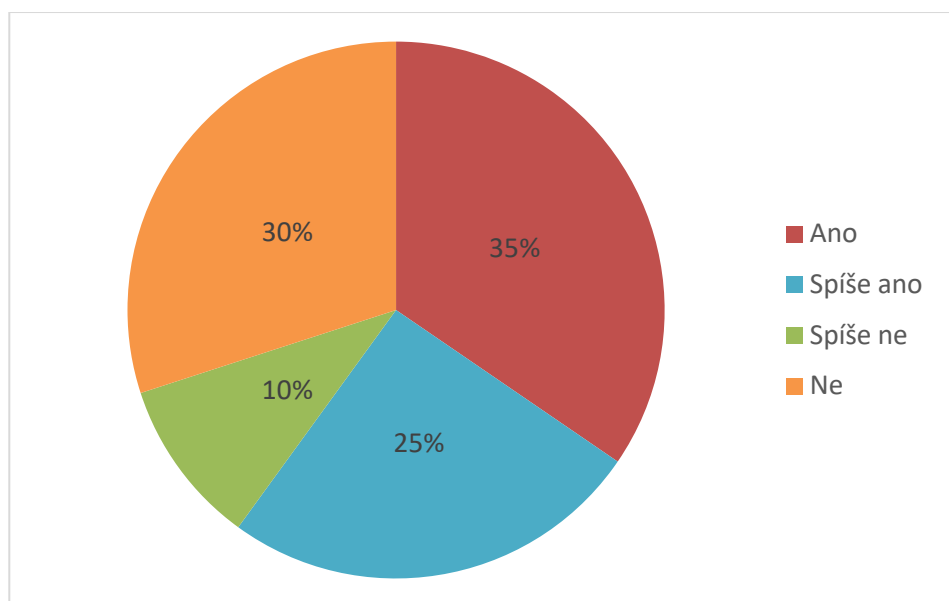
V další otázce jsme se zabývali tím, zda nám hodnotící škály slouží jako preventivní opatření. Nejčastější odpovědí byla odpověď *ano*, kterou zvolilo 58 respondentů, tedy (52,7%). Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď *spíše ano*, tuto možnost vybralo 22 respondentů, tedy (20,0%). Se stejným počtem hlasů 15 (13,6%) se umístily odpovědi *spíše ne* a *ne*.

Graf 26 Hodnotící škály nám slouží k pravidelnému hodnocení stavu



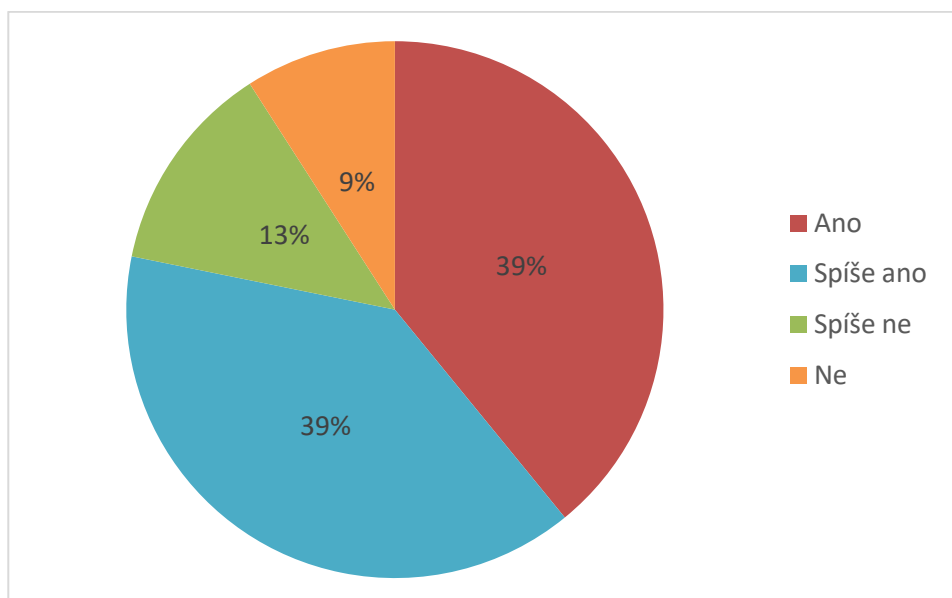
Součástí dotazníku byla také otázka, zda se sestry domnívají, že nám hodnotící škály slouží k pravidelnému hodnocení stavu. Odpověď *ne* zvolilo 37 respondentů (33,6%), 31 respondentů (28,2%) vybralo možnost *ano*. Variantu *spíše ne* zvolilo 27 respondentů (24,5%) a variantu *spíše ano* 15 respondentů (13,6%).

Graf 27 Hodnotící škála jako shrnutí informací o pacientovi



V této otázce jsme se zajímali, zda nám hodnotící škály slouží jako shrnutí informací o pacientovi. Největší zastoupení měla odpověď *ano*, na kterou reagovalo 38 respondentů (34,5%). Variantu *ne* zvolilo 33 respondentů (30,0%) a variantu *spíše ano* 28 respondentů (25,5%). Zbýlých 11 respondentů (10,0%) si vybralo možnost *spíše ne*.

Graf 28 Hodnotící škály jako nástroj k posouzení náročnosti oš. péče



Poslední otázkou dotazníku byla otázka, zde nám hodnotící škály slouží jako nástroj k posouzení náročnosti ošetrovatelské péče. Odpovědi *ano* a *spíše ano* zvolilo

stejně množství 43 respondentů (39,1%). Variantu *spíše ne* zvolilo 14 respondentů (12,7%). Záporně odpovědělo 10 respondentů (9,1%).

1.9 Testování hypotéz

Tabulka 1 Souvislost názoru sester na hodnotící škály s vyšší dosaženého vzdělání

Hodnotící škály	Hodnota χ^2	df	p	Stat.význam.
Test Barthelové	5,33	2	0,070	n.s.
Test Bradenové	0,864	2	0,649	n.s.
Nutriční screening	6,36	2	0,042	*
Riziko pádu	4,01	2	0,134	n.s.
Hodnocení rizika infekce	1,05	2	0,592	n.s.
Glasgow Coma Scale	0,839	2	0,657	n.s.
Vizuální analogová škála	0,048	2	0,976	n.s.

χ^2 – chí kvadrát

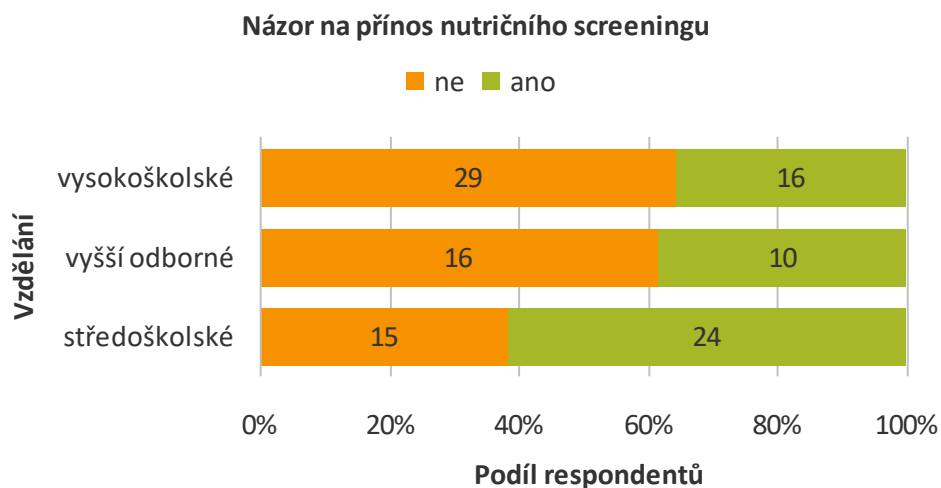
df – stupně volnosti

p – dosažená hladina významnosti v testu nezávislosti

* - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

Statisticky významná souvislost byla prokázána mezi vzděláním sester a nutričním screeningem. V tomto případě platí, že větší přínos vnímají sestry se středoškolským vzděláním (61,5 %). Sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním vidí použití nutričního screeningu jako mnohem méně přínosné (Obrázek X). V ostatních případech nebyl prokázán žádný statisticky významný rozdíl.



Obrázek X. Srovnání názorů sester na přínos hodnocení nutričního screeningu podle vzdělání.

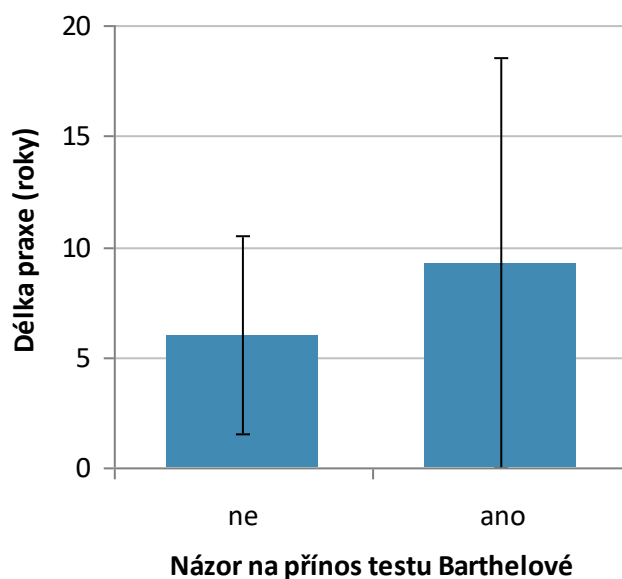
Tabulka 2 Hodnocení vlivu délky praxe na názor na přínosnost testu Barthelové

Zdroj rozptylu	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F statistika	p	Statistická významnost
Regresní	1,37	1	1,37	5,73	0,018	*
Reziduální	25,9	108	0,24			
Celkem	27,3	109				

p – dosažená hladina významnosti v F testu

* - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

Statisticky významná souvislost byla prokázána mezi délkou praxe a testem Barthelové, V tomto případě platí, že větší přínos vnímají sestry s delší praxí, jak dokládá obrázek Y.



Obrázek Y. Srovnání délky praxe u respondentů podle názoru na přínosnost testu Barthelové.

Tabulka 3 Hodnocení vlivu délky praxe na názor na přínosnost testu Bradenové

Zdroj rozptylu	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F statistika	p	Statistická významnost
Regresní	0,0021	1	0,0021	0,012	0,914	n.s.
Reziduální	18,8	108	0,174			
Celkem	18,8	109				

p – dosažená hladina významnosti v F testu

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

Jelikož je dosažená hladina významnosti vyšší než 0,05 (5%). Můžeme říci, že v případě testu Bradenové délka praxe nemá vliv na názor respondentů.

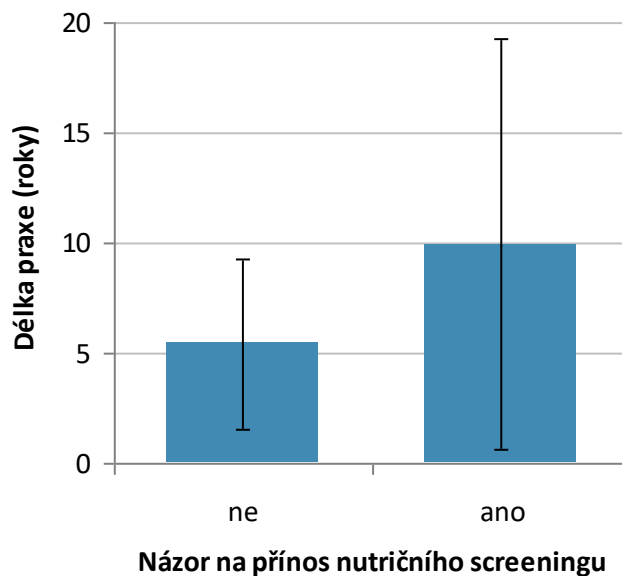
Tabulka 4 Hodnocení vlivu délky praxe na názor na přínosnost nutričního screeningu

Zdroj rozptylu	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F statistika	p	Statistická významnost
Regresní	2,68	1	2,68	11,8	0,001	*
Reziduální	24,6	108	0,228			
Celkem	27,3	109				

p – dosažená hladina významnosti v F testu

* - statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

Statisticky významná souvislost byla prokázána mezi délkou praxe a nutričním screeninem. V tomto případě platí, že větší přínos vnímají sestry s delší praxí, jak dokládá obrázek Z.



Obrázek Z. Srovnání délky praxe u respondentů podle názoru na přínosnost nutričního screeningu.

Tabulka 5 Hodnocení vlivu délky praxe na názor na přínosnost testu rizika pádu

Zdroj rozptylu	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F statistika	p	Statistická významnost
Regresivní	0,321	1	0,321	1,33	0,251	n.s.
Reziduální	26,1	108	0,241			
Celkem	26,4	109				

p – dosažená hladina významnosti v F testu

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

Jelikož je dosažená hladina významnosti vyšší než 0,05 (5%). Můžeme říci, že v případě testu rizika pádu délka praxe nemá vliv na názor respondentů.

Tabulka 6 Hodnocení vlivu délky praxe na názor na přínosnost testu pro hodnocení rizika infekce

Zdroj rozptylu	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F statistika	p	Statistická významnost
Regresní	0,0420	1	0,042	0,204	0,652	n.s.
Reziduální	22,2	108	0,206			
Celkem	22,3	109				

p – dosažená hladina významnosti v F testu

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

Jelikož je dosažená hladina významnosti vyšší než 0,05 (5%). Můžeme říci, že v případě testu pro hodnocení rizika infekce délka praxe nemá vliv na názor respondentů.

Tabulka 7 Hodnocení vlivu délky praxe na názor na přínosnost škály GCS

Zdroj rozptylu	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F statistika	p	Statistická významnost
Regresní	0,0844	1	0,0844	0,503	0,480	n.s.
Reziduální	18,1	108	0,168			
Celkem	18,2	109				

p – dosažená hladina významnosti v F testu

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

Jelikož je dosažená hladina významnosti vyšší než 0,05 (5%). Můžeme říci, že v případě škály GCS délka praxe nemá vliv na názor respondentů.

Tabulka 8 Hodnocení vlivu délky praxe na názor na přínosnost škály VAS

Zdroj rozptylu	Suma a čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F statistika	p	Statistická významnost
Regresní	0,00319	1	0,00319	0,028	0,867	n.s.
Reziduální	12,2	108	0,113			
Celkem	12,2	109				

p – dosažená hladina významnosti v F testu

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

Jelikož je dosažená hladina významnosti vyšší než 0,05 (5%). Můžeme říci, že v případě škály VAS délka praxe nemá vliv na názor respondentů.

DISKUSE

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

Jak ve své knize zmiňuje Wendsche (2015), moderní rytmus života (technizace, neustále narůstající intenzita sportu, motorismus) má za následek přibývání úrazů i jejich zvyšující se závažnost. Vzdůstá také počet těžkých úrazů a polytraumat. Tito pacienti mnohdy potřebují velmi intenzivní péči, která je náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce. To mohu jako traumatologická sestra z vlastní zkušenosti potvrdit. K tématu hodnotících škál v tomto oboru zavedla jejich nedostatečnost při hodnocení pacientů. Snažili jsme se tedy zjistit, které ze škál jsou pro péči o traumatologické pacienty využitelné a které by bylo potřeba modifikovat tak, aby co nejvíce odpovídaly aktuálním potřebám a specifickým problémům těchto pacientů.

V kategorii číslo jedna jsme zjišťovali, které hodnotící škály se v tomto oboru využívají. Výsledkem je výčet těchto škál: test Barthelové, test Bradenové, vizuální analogová škála (VAS), nutriční screening, riziko pádu, riziko infekce, Glasgow Coma Scale (GCS) a tíže tromboflebitis dle Madonna. Dalšími zmiňovanými škálami, ale již ne tak v hojném počtu byly: RASS (pro posouzení míry sedace), stupnice FLACC,

pro hodnocení intenzity bolesti u dětí, VIP score pro kontrolu místa vpichu periferní žilní kanyly a škála Nortonové pro hodnocení vzniku dekubitů. V dotazníkovém šetření ještě navíc uváděli využití GUSS testu, jinak se výběr používaných škál nijak nelišil.

V kategorii číslo dvě nás zajímalo, jak často jsou sestrami jednotlivé hodnotící škály využívány. Všichni dotázaní uvedli, že je aktivně využívají vždy při příjmu a následně přehodnocují při propuštění či překladu pacienta. Některé z nich však používají i několikrát denně, což platí především pro hodnocení bolesti škálou VAS a Glasgow Coma Scale. Mikula (2008) uvádí, že by hodnocení mělo probíhat vždy při příjmu, propuštění a změně zdravotního stavu pacienta, nejméně však jednou týdně a maximálně jednou denně. V tomto případě sestry hodnotící škály používají správně. Pouze jedna z dotázaných odpověděla, že hodnotící škály používá jen při příjmu pacienta a dále s nimi již nepracuje. Myslím si, že tento přístup však není správný. Zdravotní stav pacientů se neustále mění a s ním se mění i jeho potřeby, dovednosti a vznikají nové problémy. Je tedy třeba tato hodnocení provádět průběžně, protože nám mohou pomoci vzniklý problém odhalit včas. Nazarko (2009) ve své knize také uvádí, že hodnocení je probíhající proces, který by měl být prováděn vždy při přijetí pacienta a vždy, když dojde k zásadní změně zdravotního stavu. Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce respondentů tyto škály využívá při příjmu pacienta. Přehodnocení výsledků hodnotících škál při překladu pacienta však probíhá už jen u 41 % z nich a při propuštění pouze u 24 %. Při změně zdravotního stavu hodnocení obnovuje pouze 15 % respondentů.

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

opatření. Z dotazníkového šetření také vyplývá, že sestry hodnotící škály vidí jako přínosné.

Čtvrtá kategorie se týkala využití hodnotících škál v traumatologii. Ačkoli literatura uvádí jejich důležitost, jak již bylo několikrát zmíněno výše, odpovědi dotázaných vypovídají o tom, že pro značné pracovní vytížení a velký počet pacientů na ně nezbyvá dostatek času, jak vyplývá i z dotazníkového šetření. Někteří dokonce uvedli, že je škály zdržují od práce u lůžka. Na základě odpovědí informantů můžeme říct, že jejich využívání je pro provoz na traumatologii pouze administrativním zatížením. Sestry tyto škály využívají pouze proto, že musí, a mnohdy jsou pro ně pouze „bezmyšlenkovitým křížkováním“. V jednom z rozhovorů zazněl návrh, že by východiskem v tomto případě mohlo být omezení jejich počtu, s čímž se jako traumatologická sestra ztotožňují. Našli se zde ale i tací, kteří i navzdory nedostatku času a administrativní zátěži vidí hodnotící škály jako důležitou součást ošetrovatelské péče. Takoví však byli bohužel v menšině. Jako důvod uvedli, že vše, co hodnotící škály sledují, přispívá ke kvalitní ošetrovatelské péči bez komplikací. V dotazníkovém šetření naopak vidí tyto škály jako důležitou součást ošetrovatelské péče mnohem více respondentů (odpověď ano - 39%, odpověď spíše ano – 34%). Palese et al. (2014) dokonce uvádějí, že jejich systematické přijetí při posuzování potřeb pacientů usnadní zdravotnickým pracovníkům proces rozhodování. V době, kdy administrativy jen přibývá, bychom měli myslet na to, abychom si práci s dokumentací, co nejvíce usnadnili, proto by měla být hodnotícím škálám věnována větší pozornost. Zaměřit se zejména na jejich aktualizaci, validizaci, zjednodušení a při modifikaci myslet na konkrétní potřeby pacientů s daným typem poranění.

Velice důležitou kategorií byla kategorie číslo pět, s názvem „Škály využitelné pro podmínky traumatologie“. Tuto kategorii jsme zvolili proto, abychom zjistili, které z hodnotících škál se jeví sestrám v oboru traumatologie jako vyhovující. Na základě odpovědí dotázaných bylo zjištěno, že nejvíce využitelnými škálami jsou VAS, GCS a hodnocení rizika pádu. Akutní bolest je diagnózou, která se týká všech traumatologických pacientů, a proto je její hodnocení nesmírně důležité, avšak ještě důležitější je její samotná léčba. Tento fakt potvrzuje i Streitová (2015), která uvádí, že je nutné dbát na adekvátní léčbu bolesti, která pak minimalizuje pacientovo utrpení, usnadňuje zotavení a umožňuje časné propuštění ze zařízení.

GCS je škála pro určení kvantitativního stavu vědomí. Jak uvádí Bloch (2015), slouží k rychlému vyhodnocení stavu pacientova vědomí a závažnosti poranění po traumatických, ale i netraumatických akutních událostech. Tím také potvrzuje fakt, že je GCS vhodná pro podmínky traumatologie, jak dokládají i samotné odpovědi informantů.

Na co je však potřeba dát pozor? Jelikož se obor traumatologie týká všech věkových kategorií, může být mnohdy toto hodnocení obtížné. Jak Bloch (2015) dále uvádí, je dokázáno, že na základě zkušeností je interpretace této škály u některých pacientů obtížná. Jedná se například o pacienty s demencí, u kterých není pochyb o tom, že jejich skóre může být chronicky abnormální, a o těžce poškozené starší pacienty, protože přesnost některých informací může být ovlivněna například intubací, ztrátou sluchu, ospalostí či kognitivními poruchami. Bylo by tedy vhodné upravit například složku slovní odpovědi tak, aby byl při hodnocení zohledněn výchozí stav pacienta, aby bylo jasné, že případné abnormality souvisí s akutním stavem, a nikoli s již existujícím chronickým stavem postižení pacienta. Dalším příkladem, který uvádí, jsou dětská oddělení, kde je použití GCS kvůli ještě nezralému mozku dětí velmi subjektivní a také náchylný k nesprávné interpretaci, avšak přesto je toto hodnocení využíváno.

Hodnocení rizika pádu u traumatologických pacientů je důležitou součástí péče o ně, protože jak říká Jenšovský (2018), pády trpí ročně kolem 30% osob starších 65 let a 42 % osob starších 70 let. Polovina všech pádů vede ke zraněním, 10–15 % z nich se týká závažných zranění a 1–2 % zahrnují zlomeniny proximálního femuru. To má za následek skutečnost, že značnou část osob starších 65 let vede strach z pádu k omezení fyzické aktivity. Z toho důvodu bychom na základě výsledků testu měli zahájit patriční opatření, a to nejlépe zlepšováním fyzické kondice ohrožených osob. Brabcová et al. (2017) uveřejnili výzkum s cílem zjistit souvislost mezi vybranými rizikovými faktory pádů hospitalizovaných pacientů a okolností těchto pádů. Na jeho základě bylo zjištěno, že nejčastější příčinou je předchozí pád v anamnéze, dále nezabezpečená postranice či naopak užití postranic po celé délce lůžka. Proto je vhodné zvážit efektivnost vytažení obou postranic po celé délce lůžka. Jako alternativa se jeví snížení výšky lůžka, vytažení pouze jedné z postranic, případně jen horní části postranice. Na čtvrtém místě se umístila škála pro hodnocení rizika infekce. Výsledky dotazníkového šetření byly obdobné ve srovnání s rozhovory. Zde se hodnotící škály umístily v tomto pořadí: VAS (87%), GCS (79%), hodnocení rizika infekce (72%) a hodnocení rizika pádu (60%).

Jelikož jsme se přesvědčili, jak moc důležité je bolest u traumatologických pacientů hodnotit, rozhodli jsme se jí věnovat ještě dvě kategorie. V první z nich nás zajímalo, které škály při hodnocení bolesti (kategorie č. 6) dotázaní využívají nejvíce, a ve druhé (kategorie č. 7) jsme se věnovali tomu, kdy a za jakých situací hodnocení probíhá. Možností, jak bolest hodnotit, je spousta. Jak uvádí Pokorná (2012), v první řadě nás zajímá, jaký údaj o bolesti zjišťujeme, zda hodnotíme lokalizaci (mapy bolesti), intenzitu (škály) či její kvalitu (dotazníky). Nejčastěji se však zaměřujeme pouze na jeden rozměr bolesti, jímž je její intenzita, kterou hodnotíme právě pomocí škál. Z odpovědí je patrné, že dotázaní označili jako nejvíce používanou škálu pro hodnocení bolesti škálu VAS. Tento fakt potvrzuje i Pokorná (2012), která uvádí, že vizuální analogová škála je nejčastěji využívaným způsobem měření. Pokorná (2013) také vyzdvihuje její výhodu, která spočívá v tom, že tento způsob hodnocení nezatěžuje administrativu, protože nám zabere pouhých 5 minut času. Na druhém místě se pak umístila numerická škála bolesti, která je obdobou škály VAS. Nejméně využívanou byla obličejová škála, která slouží k hodnocení bolesti především u dětí, ale v současné době se začala využívat i u osob se sníženou kognitivní schopností. Stejněho pořadí dosáhly i škály v dotazníkovém šetření. Jeden s respondentů navíc uvedl, že využívá také škálu painad, která nám slouží pro hodnocení bolesti u pacientů s demencí. Sledujeme sevření očí, pokrčení čela, bolestivé stažení kolem úst, hlasový projev a postavení horních a dolních končetin. U těchto pacientů je bolest obecně těžko rozpoznávána a proto často také nedostatečně léčena. Pokorná (2013) uvádí, že výhodou této škály je, že je srovnatelná se škálou VAS. Dle mého názoru by tato škála jistě našla uplatnění i v traumatologii, s pacienty s tímto onemocněním se totiž setkáváme velice často a to zejména v souvislosti se zlomeninou krčku kosti stehenní.

Co se týče frekvence hodnocení bolesti, záleží nejvíce na její intenzitě, která se neustále mění a reaguje na různé podněty. Nejvíce dotázaných odpovědělo, že hodnotí bolest buď přímým dotazem na pacienta, nebo sledováním jeho verbálních a neverbálních projevů, a to několikrát denně a zejména vždy po podání analgetik, aby tak zjistili jejich účinnost. Ani zde se výsledky dotazníkového šetření výrazně nelišily od odpovědí v rozhovorech. Bylo zjištěno, že nejvíce je bolest hodnocena při každém setkání s pacientem a také po podání analgetik. Názory na hodnocení frekvence bolesti jsou různé. O'connor (2005) říká, že na bolest je potřeba ptát se pravidelně a často a hodnotit ji systematicky. Vorlíček (2012) již ve své publikaci hodnocení bolesti více

konkretizuje. Uvádí, že u středně silné bolesti je třeba aktivně zahájit farmakologickou léčbu a její efekt hodnotit nejpozději do 24–72 hodin. Silná bolest, kdy pacient hodnotí svoji nejhorší bolest v rozmezí 7–10 bodů, už vyžaduje rychlé zahájení léčby silnými opioidy. Zde hodnotíme efekt analgetik již nejpozději za 24 hodin. V tomto případě považují za nutné, aby sestry zohledňovaly také to, že vnímání bolesti se v průběhu dne liší, v ranních hodinách totiž bývá bolest méně intenzivní než v hodinách nočních a odpoledních.

V kategorii číslo osm s názvem „Škály nevyužitelné pro podmínky traumatologie“ nás zajímalo, ve kterých hodnotících škálách vidí sestry naopak nedostatky nebo jim pro obor traumatologie nevyhovují. Nejhůře dopadly test Barthelové, test Bradenové a nutriční screening. Tento výsledek je zřejmý i z dotazníkového šetření. Na základě odpovědí z rozhovorů bývá výsledek těchto testů často zkreslený či falešně pozitivní. Vzniká zde tedy nesoulad mezi výsledkem bodového hodnocení a pacientovým skutečným stavem. Jak ve své knize uvádí Pokorná (2013) test Barthelové je mezinárodně nejuznávanějším testem pro hodnocení soběstačnosti, ale v jistých mezích je tato škála málo senzitivní při aktivitách maximální a minimální asistencí. Pokorná (2013) dále uvádí, že problém může nastat při hodnocení oblasti kontinence moči a to v případě, že má pacient zavedený permanentní močový katétr. Sestra může jedince subjektivně považovat za kontinentního, protože nedochází k úniku moči, ale zároveň i jako inkontinentního protože inkontinence byla důvodem k zavedení katétru. Jedna z dotázaných zase viděla problém v oblasti fyzické aktivity. Když se zde zaměříme například na oblast chůze po rovině u pacienta, který má zlomený kotník a je schopný samostatně používat berle. Otázkou v tomto případě zůstává, či zvolit, zda tuto činnost zvládá samostatně nebo s pomocí. Další úskalí můžeme vidět v oblasti koupání a osobní hygieny, kde není bodové rozlišení u položek koupání a osobní hygiena. Tento test je založen především na objektivních dovednostech pacienta, jelikož ale hodnocení vychází plně z úsudku hodnotícího, je nutné stanovit přesná pravidla, často totiž dochází k subjektivizaci některých oblastí. Tento test je sice volně k dispozici, ale často chybí konkrétní doporučení pro jeho vyplnění, které není jeho součástí. Dalším důvodem může být však i jeho časová náročnost v kombinaci s nadměrným vytížením personálu a jeho často diskutovaným nedostatkem.

To samé se děje i v případě hodnocení rizika dekubitů dle Bradenové. Zde se jedná především o dvě hodnocené oblasti, kterými jsou stupeň fyzické aktivity a pohyblivost. Když budeme totiž hodnotit riziko dekubitů u téhož člověka se zlomeným kotníkem, který, jak už jsme zmínili, nemůže jít ani na krátkou vzdálenost nebo sedět, musíme ho označit jako trvale ležícího na lůžku, v důsledku čehož získáme v testu falešně nízký počet bodů. Tento test by měl jistě své využití například u zlomenin krčku kosti stehenní, jež se týkají převážně starších ročníků, kde smysl hodnocení vidím. Mnohem lepší volbou při hodnocení rizika dekubitů u traumatologických pacientů by mohla být stupnice dle Nortonové, která je zaměřena na schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další nemoci, tělesný stav, vědomí, pohyblivost, inkontinenci a aktivitu, a tudíž nahlíží na pacienta z celostnějšího pohledu. Jak však uvádí Nazarko (2009), je nejdůležitější uvědomit si, že i přestože mají dva jedinci stejné rizikové faktory a stejnou léčbu, může jeden z nich jevit časné známky poškození tkání, a proto musíme kontrolovat predilekční místa a ujistit se, že si je ošetřující personál vědom toho, jak je důležité jakékoliv známky poškození okamžitě hlásit.

U hodnocení nutričního screeningu narážíme spíše na problém podceňování stavu výživy ze strany personálu, kdy je veškerá péče zaměřena víceméně na úraz samotný. Dle uvedených odpovědí je totiž zřejmé, že i navzdory pozitivnímu výsledku testu nutriční terapeut kontaktován není. Důvodem byla odpověď, že to nemá žádný význam. Wichsová (2013) uvádí, že sestra má při péči o pacienta vždy uplatňovat holistický přístup, kdy při plánování a vyhodnocování výsledků vychází z pacientových individuálních potřeb, k čemuž v tomto případě bohužel nedochází. Podle předchozích studií vykazuje prevalence podvýživy mezi hospitalizovanými staršími osobami rostoucí trend nejen lokálně, ale i celosvětově. Nedostatečné rozpoznání podvýživy způsobuje, že počet podvyživených hospitalizovaných starších osob zůstane v průběhu let vysoký. Vývoj nástrojů pro screening a hodnocení výživy byl proto široce studován a tyto nástroje jsou v dnešní době snadno dostupné. K dnešnímu dni však neexistuje jediný nástroj, který by mohl být považován za univerzální „zlatý standard“ pro diagnostiku nutričního stavu u hospitalizovaných pacientů (AbdAziz, 2017).

Kategorie číslo 9 byla nazvána „Chybějící škály v traumatologii“. V této kategorii nás zajímalo, zda existuje některá z hodnotících škál, která by sestřám při poskytování péče scházela. Některé ze sester by viděly přínos v hodnotících škálách, které by se

týkaly duševního stavu pacienta. Jako jeden z důvodů byl uveden příbytek geriatrických pacientů, dalším z nich bylo, dlouhodobé upoutání na lůžko polytraumatizovaných pacientů. Možným řešením by mohla být škála pro hodnocení úzkosti a deprese při hospitalizaci, tzv. HADS škála (Hospital Anxiety and Depression scale), která obsahuje celkem 14 položek, 7 z nich zaměřených na úzkost a 7 na depresi. (Bužgová, 2015) Ta souvisí převážně s tělesnými potížemi, závažností nemoci a přítomností bolesti, která se u traumatologických pacientů objevuje ve velké míře. Deprese je, jak uvádí Shuler (2010), hlavním rizikovým faktorem sebevražedného jednání, a proto bychom tuto oblast rozhodně neměli podceňovat. Největší část dotázaných však uvedla, že nevědí, protože jiné škály než ty, které využívají, neznají. Část z nich také uvedla, že jim žádné další škály při poskytování péče nechybějí, protože už tak mají málo času na své pacienty. Jeden z respondentů uvedl škálu CAM-ICU (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), která slouží pro hodnocení deliria v intenzivní péči. V dotazníkovém šetření byly kromě již výše uvedené duševní oblasti zmíněny také tyto návrhy: riziko kompartment syndromu, kontrola hybnosti a citlivosti končetin a hodnocení pooperačního deliria. Dále by také ocenily podrobnější škály pro hodnocení stavu vědomí. Velkou většinu odpovědí ale tvořila odpověď žádné.

V kategorii číslo deset nás zajímalo, zda jsou výsledky aktivně využívány pro stanovení intervencí. Většina dotázaných odpověděla, že ano. Někteří však také odpověděli, že se tak děje pouze v některých případech, a to konkrétně jen u hodnocení VAS, GCS a v případě rizika vzniku dekubitů. Jeden z dotázaných odpověděl, že výsledky těchto škál nevyužívá, protože mnohem významnější je pro něho kontakt s pacientem, který nejlépe stanoví intervence pro další péči. Mikula (2008) také uvádí důležitost uvědomění si faktu, že ať už se použije jakákoli hodnotící škála, nejdůležitější je věnovat rizikovým pacientům maximální ošetrovatelskou péči. V dotazníkovém šetření také převážnou část odpovědí tvořily odpovědi ano (33%) a spíše ano (35%). Sestry v tomto případě většinou postupují správně, protože výsledky aktivně využívají pro stanovené intervence.

V kategorii číslo jedenáct nás zajímalo, proč si dotázaní myslí, že je dobré hodnotící škály využívat. Setkali jsme se však s negativními názory, a to hned z několika důvodů. Dle odpovědí dotázaných by kvalita péče byla stejná jak s nimi, tak bez nich. Další z důvodů byl ten, že jejich neustálé vyplňování sestry zdržuje od péče

o pacienta. Přitom Slezáková (2014) uvádí, že jednou z předností hodnotících škál je relativně krátký čas administrace. Tento fakt ale vyvrací Boriková (2010) která uvádí, že průměrná délka administrace u testu Barthelové v případě prvního setkání s pacientem je 15-20 minut, což je opravdu poměrně dlouhá doba. Další z dotázaných se vyjádřil, že si nemyslí, že na odděleních akutní péče mají tyto škály nějaký význam, že by své uplatnění našly spíše na následné péči, interně nebo neurologii. Tyto názory však svým počtem překonaly odpovědi kladné. V případě dotazníkového šetření se ale odpovědi poněkud lišily. Na základě výsledků bylo zjištěno, že hodnotící škály nám slouží k posouzení případných rizik, kterými je pacient během hospitalizace ohrožen. Zároveň nám také umožňují u rizikových nemocných včas zavést preventivní opatření. S odpovědí, že jsou nevýznamné jsme se samozřejmě setkali také, tyto odpovědi byly ale naopak v menšině.

Slezáková (2014) uvádí, že je používání hodnotících a měřicích škál základní podmínkou posuzování. Charakterizují behaviorální, emocionální, sociální a symptomovou oblast, a tak nám podávají celkový obraz pacienta. Na základě informací získaných z těchto škál sestry zajišťují kvalitní individualizovanou péči, dokumentují její úroveň a objektivizují pacientovy problémy. V kategorii číslo dvanáct jsme se tedy zajímali, jak mohou hodnotící škály přispět ke zkvalitnění péče. Většina dotázaných odpověděla, že je péče kvalitnější z toho důvodu, že nám škály pomáhají k pravidelnému hodnocení pacientova stavu. Další část dotázaných odpověděla, že je to díky tomu, že nám slouží jako preventivní opatření. Někteří z dotázaných odpověděli, že nám ke zkvalitnění péče přispívají shrnutím informací o pacientovi. Nejmenší část dotázaných odpověděla, že nám ke zkvalitnění péče nijak nepřispívají. Tyto odpovědi jsme použili jako odpovědi na otázku také do dotazníkového šetření, ze kterého vyplývá, že nejvíce nám slouží jako preventivní opatření, dále jako shrnutí informací o pacientovi a k hodnocení náročnosti ošetrovatelské péče. Stejně jako v rozhovorech, tak i zde vyšlo, že nejmenší část respondentů si myslí, že nám hodnotící škály nijak neslouží.

Pro kvantitativní výzkum jsme zvolili celkem dvě hypotézy. První z nich zní **H1: Názor sester na hodnotící škály je ovlivněn vzděláním.** Tuto hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní. Statisticky významná souvislost byla prokázána pouze mezi vzděláním sester a nutričním screeningem. V tomto případě platí, že větší přínos

vnímají sestry se středoškolským vzděláním (61,5 %). Sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním vidí použití nutričního screeningu jako mnohem méně přínosné (Obrázek X). V ostatních případech nebyl prokázán žádný statisticky významný rozdíl. Tento výsledek nás upřímně velice překvapil, protože jsme předpokládali, že větší přínos budou vnímat sestry s vysokoškolským vzděláním. Nicméně i toto je výsledek.

Druhou stanovenou hypotézou byla **H2:Názor sester na hodnotící škály je ovlivněn délkou praxe.** Tuto hypotézu také zamítáme a přijímáme alternativní. Statisticky významná souvislost byla prokázána mezi délkou praxe a testem Barthelové, V tomto případě platí, že větší přínos vnímají sestry s delší praxí, jak dokládá obrázek Y. Další statisticky významná souvislost byla prokázána mezi délkou praxe a nutričním screeninem. V tomto případě platí, že větší přínos vnímají sestry s delší praxí, jak dokládá obrázek Z. V ostatních případech nebyl prokázán žádný statisticky významný rozdíl.

ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se zabývali pohledem sester na problematiku hodnotících škál v traumatologii a jejich využitím pro hodnocení pacientů v tomto oboru.

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry na traumatologii hodnotí škály jako přínosné. Škály jsou aktivně využívány pro stanovení intervencí, slouží jim jako preventivní opatření a k posouzení případných rizik. Nicméně jsou pro ně velkým administrativním zatížením vzhledem k tomu, jak je práce na traumatologii náročná. Dále jsme zjišťovali souvislost názoru sester s délkou a praxe a výší dosaženého vzdělání. Bylo zjištěno, že v případě nutričního screeningu větší přínos vnímají sestry se středoškolským vzděláním. Sestry s delší praxí vidí větší přínosu nutričního screeningu i testu Barthelové.

Na základě získaných výsledků bychom také chtěli poukázat na to, že některé škály nejsou kvůli svému obsahu komplexní a to zejména test Barthelové, který pro svá úskalí ani v oboru traumatologie nenajde své uplatnění. Často vzniká nesoulad mezi výsledkem bodového hodnocení a pacientovým skutečným stavem. Je nutné si uvědomit, že test je založen především na objektivních dovednostech pacienta, jelikož ale hodnocení vychází plně z úsudku hodnotícího, často dochází k subjektivizaci některých oblastí a to samozřejmě neplatí jen pro test Barthelové. Nejlépe však v tomto výzkumu obstála škála pro hodnocení bolesti VAS, pro svou jednoduchost a krátkou časovou náročnost a GCS. Ostatní škály jsou sestrami taktéž využívány, ale již ne v tak hojné míře.

Naše stanovené cíle byly splněny, názory sester na danou problematiku byly zmapovány a zhodnoceny.

Do budoucna je nutné věnovat hodnotícím škálám větší pozornost a pracovat na jejich zlepšování. Měly by být více senzitivní, jednoduché a výstižné a my se tak mohli vyhnout duplicitám v dokumentaci, které akorát zvyšují jejich časovou náročnost a díky kterým tyto škály ztrácí na hodnotě celého hodnocení. Dále by bylo vhodné škály doplnit o vysvětlivky k přesnému hodnocení jednotlivých oblastí, které v mnoha případech nebývá jejich součástí, tímto způsobem bychom se mohli vyhnout

subjektivizaci v případě některých údajů. Existuje spousta řešení, které by mohli výrazně přispět k jejich zlepšování. Například zahrnout je do celoživotního vzdělávání, aby tak docházelo k neustálému získávání vědomostí či osvěta v podobě přednášek či seminářů pořádaných daným pracovištěm.

Sestry by si však měly zapamatovat, že ať už se použije jakákoli hodnotící škála, nejdůležitější je věnovat rizikovým pacientům maximální ošetrovatelskou péči a to ve všech oblastech lidských potřeb.

Diplomová práce bude sloužit jako studijní materiál pro sestry pracující na traumatologickém oddělení. Poukazuje také na oblast používání ošetrovatelských hodnotících škál v tomto oboru. Výstupem práce je souhrnný přehled hodnotících škál, které jsou vhodné k péči o traumatologického pacienta (příloha č. 3).

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BANU A., SIA WS., KHUPANTAVEE N., 2014. *Evaluation of the Braden Scale Implementation by nurses: A Case Study in a Specialized Hospital in the Dhaka Cit.* Bangladesh Journal of Medicial Science. 13(4), 411-414. ISSN 2223-4721
- BAŇAŘ P., KRAUS J., 2011. Osteosyntéza. In: KRŠKA Z. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4
- BARTŮŇEK P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1
- BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8
- BLOCH, Frédéric. 2015. *Is the Glasgow Coma Scale appropriate for the evaluation of elderly patients in long-term care units?* Journal of Evaluation in Clinical Practise. 22, 455-456. ISSN 1365-2853
- BÓRIKOVÁ, Ivana. 2010. *Posudzovanie aktivít denného života*. Ošetrovatelství a porodní asistence. 1(1), 24-30. ISSN 1804-2740
- BRABCOVÁ et. al., 2017. *Souvislosti mezi pády pacientů a vybranými rizikovými faktory*. Praktický lékař. 97(4), 163-167, ISSN 1803-6597
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. 2015. *Ošetrovatelská péče 1. Díl*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-9803-5
- BUŽGOVÁ, Radka. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7

- DENT E. et al., 2014. *Performance of nutritional screening tools in predicting poor six-month outcome in hospitalised older patients*. Asia Pac J Clin Nutr. 23(3), 394-399, DOI: 10.6133/apjcn.2014.23.3.18
- DUNGL P. et al., 2014. *Ortopedie*. 2. přeprac. a dopln. vyd. Praha: Grada. 1192 s. ISBN: 978-80-247-4357-8
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 601 s. ISBN 978-80-247-4826-9
- GUNES Arik. 2015. *Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish holder adults*. Arch Gerontol Geriatr. 61(3). 344-350, DOI: 10.1016
- GUPTA, Abhaya. 2008. *Measurement Scales Used in Elderly Care*. Radcliffe Publishing. 154 s. ISBN-13: 978 184619 2661
- HÁLA, Martin. 2011. *Ošetrovatelská péče u pacienta s pooperačním delíriem*. Florence. 7(12), 18-21. ISSN 2570-4915
- HAVLÍČEK, R., VOLDŘICH, M., 2017. *Poruchy vědomí*. [online]. Neurologie pro praxi. 18(2), 84–86. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/02/03.pdf>
- HRADECKÁ Lenka. 2011. *Péče o pacienta na traumatologii*. [online]. Zdravotnictví a medicína. [cit. 2020-04-14] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-na-traumatologii-460346>
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4
- JENŠOVSKÝ, Jiří a Valér DŽUPA. 2018. *Diagnostika a léčba osteoporózy a dalších onemocnění skeletu*. Praha: Karolinum. 218 s. ISBN 978-80-246-3741-9
- KAISER Matthias J. et al. 2010. *Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment*. [online]. Journal of

the American Geriatrics Society. [Cit.2019-10-2]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x>

KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

KALVACH, Zdeněk. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3

KELNAROVÁ, Jarmila. 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 180 s. ISBN 978-80-247-2830-8

KELNAROVÁ, Jarmila. 2012. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-247-4199-4

KLEVETOVÁ, Dana. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3

KUCKIR M. et al., 2017. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: GradaPublishing. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5

KUDLOVÁ, Pavla. 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing. 216 s. ISBN 978-80-247-5367-6

LESHEM – RUBINOW et al., 2013. *Norton Scale, Hospitalization Length, Complications, and Mortality in Elderly Patients Admitted to Internal Medicine Departments*. Gerontology. 59(6), 507-513, DOI: 10.1159/000353710

LUCKEROVÁ, Lucie. 2014. *Ošetrovatelská péče o pacienta v traumatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 132 s. ISBN 978-80-7013-569-3

MADIAN, Asisa a Kai MATTHIESSEN. 2007. *První pomoc na cestách*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-1878-1

- MAHONEY F., Barthel D. 1965. *Functional evaluation: The Barthel index*. [online]. Maryland State Medical Journal. 14, 56-61. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
- MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2016. *Traumacentra*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit.2018-26-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/traumacentra_3496_3.html
- MITCHELL Alex J. 2009. *A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment*. J Psychiatr Res. 43(4), 411-431, DOI: 10.1016
- MLÝNKOVÁ, Jana. 2010. *Pečovatelsví*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3184-1
- MORSE, Janis M. 2008. *Preventing Patient Falls*. Springer Publishing Company. 192 s. ISBN 978-0-8261-0389-5
- MUMENTHALER, Marco, Claudio L. BASSETTI a Christof J. DAETWYLER. 2008. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. 369 s. ISBN 978-80-247-2298-6
- MURPHY M. et al., 2009. *Critical care transport*. Jones and Bartlett Publishers. 1034 s. ISBN 978-7637-1223-5
- MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2
- NAS AbdAziz et. al., 2017. *Assessing the nutritional status of hospitalized elderly*. [online]. [Cit.2019-10-2]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29042762>
- NAZARKO, Linda. 2009. *Nursing in Care Homes*. Blackwell Publishing. 416 s. ISBN 978-0-632-05226-0
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4

- PALESE A. et al., 2014. *Clinical assessment instruments validated for nursing practice in the Italian context: a systematic review of the literature*. Ann Ist Super Sanita. 50(1), 67-76, DOI:10.4415/ANN_14_01_11
- POKORNÁ, Andrea. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5
- POLICAR, Radek. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
- RICCI, Susan Scott a Terri KYLE. 2009. *Maternity and pediatric nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. 680 s. ISBN-13: 978-0-7817-8055-1
- ROKYTA R. et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0312-6
- ROZSYPAL, Hanuš. 2015. *Základy infekčního lékařství*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 572 s. ISBN 978-80-246-2932-2
- SAVELJEV Igor. 2014. *Velká kniha léčitelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-4785-9
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 2014. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
- SIMMONS, Catherine a Peter LEHMANN. 2012. *Tools for Strengths-Based Assessment and Evaluation*. Springer Publishing Company. 525 s. ISBN 978-0-8261-0765-7
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 2014. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9

- STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ. 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2. doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Grada. 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8
- ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. 290 s. ISBN 978-80-246-2628-4
- ÚZIS ČR. 2008. *Úrazy v roce 2006*. [online]. Praha. [cit. 2020-03-14] Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/02_08.pdf
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. 2012. *Klinická onkologie pro sestry. 2. přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3
- VYTEJČKOVÁ R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7
- WEBSTER Joan et al. 2013. *Validity of the Waterlowscale and risk of pressure injury in acute care*. [online]. British Journal of Nursing [cit.2019-10-2]. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2010.19.Sup2.47246>
- WENDSCHE, Peter a Radek VESELÝ. 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén. 360 s. ISBN 978-80-7492-211-4
- WICHSOVÁ, Jana. 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5

PŘÍLOHY

Příloha 1: Polostrukturovaný rozhovor s respondenty

Příloha 2: Dotazník

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

Příloha 1:

Polostrukturovaný rozhovor se sestrami pracujícími na traumatologickém oddělení

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

Příloha 2:

Dotazník

Vážené kolegyně,

Obracím se na vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, který slouží jako podklad pro mou diplomovou práci na téma: „Hodnotící škály v traumatologii“. Týká hodnotících škál sloužících k posuzování stavu vědomí, rizika vzniku dekubitů, rizika pádu, měření stupně soběstačnosti, hodnocení bolesti, nutrice či kognitivních funkcí pacientů. Cílem mé práce je zjistit využití škál pro hodnocení pacienta v traumatologii, zmapovat pohled sester na problematiku hodnotících škála využití v tomto oboru. Dotazník je zcela anonymní a vámi poskytnuté informace budou použity pouze ke zpracování této práce.

Děkuji za váš čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku.

1. Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Střední odborné vzdělání
- b) Vyšší odborné vzdělání
- c) Vysokoškolské (Bc., Mgr.)

3. Délka praxe na traumatologii:

4. Jaké hodnotící škály při své práci používáte? (Více možných odpovědí)

- a) Test Barthelové
- b) Test Bradenové
- c) Nutriční screening
- d) Riziko pádu
- e) Hodnocení rizika infekce
- f) Glasgow Coma Scale
- g) Vizuální analogová škála (VAS)

Jiné:.....

5. Kdy jednotlivé škály využíváte? (Více možných odpovědí)

- a) Při příjmu pacienta
- b) Při propuštění pacienta
- c) Při překladu pacienta na jiné oddělení/ do jiného zařízení
- d) Průběžně během hospitalizace

Jiné:.....

6. Využíváte jednotlivé škály při příjmu pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

7. Provádíte přehodnocení jednotlivých škál při propuštění pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

8. Provádíte přehodnocení jednotlivých škál při překladu pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

9. Provádíte přehodnocení jednotlivých škál při změně zdravotního stavu pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

10. Hodnotící škály při poskytování péče u traumatologických pacientů považují za:

- a) Přínosné
- b) Spíše přínosné
- c) Nepřínosné
- d) Spíše nepřínosné

11. Jaký máte názor na používání hodnotících škál v traumatologii? (Více možných odpovědí)

- a) Nedostatek času pro jejich vyplňování
- b) Administrativní zatížení
- c) Jsou důležitou součástí ošetrovatelské péče

Jiné.....

12. Domníváte se, že na traumatologickém oddělení máte dostatek času na jejich vyplňování?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

13. Domníváte se, že na traumatologii jsou hodnotící škály jen administrativním zatížením?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

14. Domníváte se, že jsou hodnotící škály důležitou součástí ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

15. Jaké hodnotící škály se Vám jeví pro podmínky traumatologie jako přínosné?

	Přínosné	Nepřínosné
Test Barthelové		
Test Bradenové		
Nutriční screening		
Riziko pádu		
Hodnocení rizika infekce		
Glasgow Coma Scale		
Vizuální analogová škála (VAS)		

16. Chyběla Vám v otázce č. 15 některá škála? Prosím doplňte (Nepovinná otázka)

.....

17. Proč si myslíte, že je vhodné tyto škály při poskytování péče používat? (Více možných odpovědí)

- a) Slouží k posouzení problémů, potřeb, dovedností a stanovení případných rizik
- b) Slouží nám jako návod, jak vzniklý deficit či problém řešit
- c) Jsou administrativním podkladem pro stanovené intervence
- d) Umožňují nám včas u rizikových nemocných zavést preventivní opatření
- e) Jsou nevýznamné

18. Domníváte se, že nám hodnotící škály slouží k posouzení a stanovení případných rizik, kterými je pacient ohrožen?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

19. Domníváte se, že nám hodnotící škály slouží jako návod jak vzniklý deficit či problém řešit?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

20. Domníváte se, že nám hodnotící škály umožňují u rizikových nemocných včas zavést preventivní opatření?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

21. Jak často hodnotíte bolest u traumatologických pacientů? (Více možný odpovědí)

- a) Každou hodinu
- b) Při každém setkání s pacientem
- c) Po podání analgetik

Jiné.....

22. Jaké škály využíváte pro hodnocení bolesti? (Více možný odpovědí)

- a) Vizuelní analogová škála (VAS)
- b) Numerická škála
- c) Verbální škála
- d) Obličejová škála

Jiné.....

23. Jsou oblasti, které pomocí hodnotících škál nehodnotíte, ale jejich hodnocení byste uvítali? (Povinná otázka)

.....

24. Jsou výsledky hodnotících škál aktivně využívány pro stanovení intervencí?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

25. Domníváte se, že hodnotící škály v ošetrovatelské péči slouží: (Více možný odpovědí)

- a) Jako preventivní opatření
- b) K pravidelnému hodnocení stavu
- c) Jako shrnutí informací o pacientovi
- d) K hodnocení náročnosti ošetrovatelské péče
- e) Nijak nám neslouží

26. Domníváte se, že nám hodnotící škály slouží jako preventivní opatření?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

27. Domníváte se, že nám hodnotící škály slouží k pravidelnému hodnocení stavu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

28. Domníváte se, že nám hodnotící škály slouží jako shrnutí informací o pacientovi?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

29. Domníváte se, že nám hodnotící škály slouží k posouzení náročnosti ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

Příloha 3:

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

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

SEZNAM ZKRATEK

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

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

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

ADL test základních denních činností podle Barthelové

IADL test instrumentálních aktivit každodenního života

FIM test funkční míry nezávislosti

VAS vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti

DIBDA dotazník interference bolesti s denními aktivitami

BMI (Body Mass Index)

MNA (Mini Nutritional Assessment): malý výživový test

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

CNS centrální nervová soustava

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

CDT (Clock drawing test):test kreslení hodin

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

JIP jednotka intenzivní péče

RTG rentgenové vyšetření