

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Skórovací systémy v intenzivní péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. František Dolák

Autor:

Renata Sedláková

2011

Abstrakt

This bachelor's thesis deals with mapping out of score systems in intensive care environment. The bachelor's thesis consists of two parts. The theory part deals with nursing in intensive care environment, patient's needs, score systems and measurement techniques in nursing care.

The practical part of the thesis pursues two objectives and works up three assumptions. The first objective was to map out the use of score systems in intensive care necessary for nursing care. The second objective of the thesis was to establish if nurses are familiar and can use measurement and evaluation technique in nursing process of the intensive care environment. The first assumption was based on a prerequisite that nurses employ the score systems in intensive care. The second assumption was based on the prerequisite that nurses are familiar with score systems used in intensive care. The third assumption expects that measurement and evaluation techniques used in intensive care assist nurses in providing care to patients.

For purposes of this research performed in February and March 2011, a quantitative method using questionnaire investigation was employed. The anonymous questionnaire form contained 24 questions and 24 subquestions and was distributed among critical-care nurses of the Fakultní nemocnice Královské Vinohrady hospital in Prague 10. Results of the survey were output in clearly presented diagrams. Discussion results were compared with specialized literature and expert contributions.

The final part of the thesis contains summary results of the survey and assumptions of the thesis author are confirmed or rebutted herein.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Skórovací systémy v intenzivní péči“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne 3.5.2011

.....

Podpis studenta

Poděkování

Poděkování patří vedoucímu práce Mgr. Františkovi Dolákovi za ochotu, cenné rady a trpělivost při spolupráci na této bakalářské práci.

Obsah

1.	Současný stav	4
1.1	Definice a dělení intenzivní péče.....	4
1.2	Ošetřovatelství v intenzivní péči.....	5
1.2.1	Vzdělání a kompetence sester v intenzivní péči	6
1.2.2	Dokumentace v intenzivní péči.....	8
1.3	Ošetřovatelský proces a jeho fáze.....	10
1.4	Potřeby pacienta v intenzivní péči	12
1.4.1	Potřeba dýchání.....	12
1.4.2	Potřeba výživy	13
1.4.3	Potřeba vyprazdňování	13
1.4.4	Potřeba soběstačnosti a sebepéče.....	14
1.4.5	Potřeba psychické vyrovnanosti	14
1.5	Skórovací systémy v intenzivní péči	15
1.5.1	Hodnocení soběstačnosti.....	16
1.5.2	Hodnocení bolesti	17
1.5.3	Hodnocení nutričního stavu	20
1.5.4	Hodnocení vzniku komplikací	22
1.5.5	Hodnocení psychiky	24
1.5.6	Hodnocení pádů	25

2.	Cíle práce a hypotézy	27
2.1	Cíle práce	27
2.2	Hypotézy	27
3.	Metodika	28
3.1	Metodika práce	28
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	28
4.	Výsledky	29
5.	Diskuze	53
6.	Závěr	61
7.	Seznam použitých zdrojů	62
8.	Klíčová slova	66
9.	Seznam příloh	67

Úvod

Tématem této bakalářské práce jsou skórovací systémy v intenzivní péči. Práce na jednotkách intenzivní péče je velmi náročná nejen po fyzické a psychické stránce, ale i po stránce odborné. Vzhledem k tomu, že jsem se ve své praxi nesešla s hodnotícími škálami a na jednotce intenzivní péče jsem nepracovala, toto téma bakalářské práce se pro mne stalo jakousi výzvou.

Jednotka intenzivní péče je specializované oddělení, které poskytuje nemocnému vždy komplexní a individuální péči. Je poskytována danému pacientovi v dané chvíli a v co největší možné míře. Jedná se především o pacienty s poruchou nebo nutnou podporou vitálních funkcí, většinou v bezprostředním ohrožení života. Oddělení intenzivní péče jsou zařízena technologicky moderní a velmi náročnou přístrojovou technikou, což vyžaduje přítomnost speciálně vyškoleného jak lékařského tak nelékařského personálu. Jedná se o mimořádně náročnou a zodpovědnou práci.

V posledním desetiletí se v českém ošetrovatelství stále více začínají objevovat skórovací systémy a hodnotící škály. Tato měření jsou součástí každodenní praxe. Pomáhají zajistit kvalitní individualizovanou péči, a zároveň dokumentovat úroveň poskytované ošetrovatelské péče o daného pacienta v daném čase.

Sestra patří do zdravotnického týmu, který je v nejužším kontaktu s pacientem. Monitoruje, pozoruje a hodnotí stav klientových tělesných a duševních potřeb, které pečlivě zaznamenává do vedené zdravotnické dokumentace. Vedle lékařské dokumentace je vedena také dokumentace ošetrovatelská, jejíž nedílnou součástí bývají hodnotící a měřicí techniky a škály. Pomocí těchto škál může sestra zhodnotit pacientovy potřeby a stanovit rizika, která by pacienta mohla ohrozit. Aby sestra mohla co nejlépe pozorovat, posuzovat a hodnotit pacienta, měla by být vybavena komunikační dovednostmi, pozorovacím talentem a teoretickými znalostmi. To je základ dovedností, které jsou nutné k vyhodnocení výstupu skórovacích systémů a hodnotících škál.

1. Současný stav

1.1 Definice a dělení intenzivní péče

Intenzivní medicína je v současné době velmi důležitou specializací, která bývá součástí většiny nemocnic. Jedná se o diagnosticko-léčebně medicínskou disciplínu, která zahrnuje i specializovanou ošetrovatelskou péči.

Úkolem intenzivní medicíny je péče o pacienty s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů, tzv. multiorgánové selhání. Pracoviště intenzivní péče (JIP) poskytují možnost diagnózy, prevence a léčby multiorgánového selhání a to nepřetržitě, v kteroukoliv denní i noční dobu.

Intenzivní péči lze rozdělit, na základě praktických zkušeností a literárních doporučení, do tří stupňů:

I. Stupeň péče - nižší – vyskytuje se obvykle v oblastních nemocnicích, kde je zajištěno kontinuální monitorování, poskytována zvýšená ošetrovatelská péče a vždy možnost okamžité resuscitace a krátkodobé ventilace (do 24 hodin).

II. Stupeň péče - vyšší – vyskytuje se obvykle v krajských nemocnicích, kdy kromě základního monitorování je zajištěna i invazivní monitorace, měření srdečního výdeje, dlouhodobá plicní ventilace. Péči zajišťuje stabilní lékařský tým, jednotka poskytuje zvýšenou a specializovanou ošetrovatelskou péči, při možném použití zobrazovacích metod. Neposkytuje však léčebnou péči a některé výkony, jako je hemofiltrace nebo bezprostřední provádění hemodialýzy.

III. Stupeň péče - nejvyšší (resuscitační) – je situována do velkých oblastních a fakultních nemocnic. Zajišťuje intenzivní péči se zvláštním zaměřením na kritické stavy různé etiologie, kterou poskytují specialisté, jež jsou trvale dostupní pro práci na jednotce nepřetržitě 24 hodin. Je zde zajištěna specializovaná sesterská péče a personál provádějící nutriční a rehabilitační péči (11, 33).

Dále je možné rozdělit jednotky intenzivní péče dle oborů na *oborové interní jednotky intenzivní péče*, kam patří interní všeobecné JIP (možné dělení na další podskupiny jako je metabolická, gastroenterologická, hepatální, hematologická a hematoonkologická, renální a dialyzační, pneumologická JIP), koronární, geriatrické, transplantační, onkologické, infekční a neurologické JIP, *jednotky intenzivní péče chirurgického zaměření*, které bývají členěny na kardiochirurgické, neurochirurgické, popáleninové, traumatologické a spinální JIP a na *pediatrické jednotky intenzivní péče* (11, 33).

1.2 Ošetřovatelství v intenzivní péči

Ošetřovatelství má ve zdravotnictví nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Jedná se o ošetřovatelské činnosti, které se týkají nejen jednotlivce, ale i rodin a skupin. Udržují a podporují zdraví jedince, pomáhají k jeho navrácení, k rozvoji soběstačnosti, ke zmírnění utrpení, k zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelská péče by se dala dále charakterizovat jako soubor všech terapeutických a podpůrných prostředků, které vedou k uspokojování potřeb pacienta. I když je péče založena na protokolech a standardech, musí být pro každého pacienta individualizována. Na všech typech intenzivní péče je zajištěn trvalý dohled nad zdravotním stavem pacientů a veškeré informace o pacientovi důkladně zaznamenávány do dokumentace. Pacienti jsou na tato oddělení přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, jsou předáni rychlou záchrannou službou nebo jsou překládáni z oddělení nemocnice popřípadě z ambulantní části (11, 21, 28).

Pro sestry na jednotkách intenzivní péče je týmová práce s lékaři a ostatními zdravotními pracovníky nejen nutností, ale i samozřejmostí. Dobře sehrané týmy jsou elitou v poskytování této specializované jak fyzicky tak psychicky náročné péče. Základem práce každé sestry by mělo být odborné ošetřovatelství. Ošetřovatelský proces a individualizovaná péče o pacienty by měly převyšovat její práci. Do komplexní péče v ošetřovatelství je zahrnuta komunikace nejen s pacientem, ale i se spolupracovníky, rodinnými příslušníky a návštěvníky zdravotnického zařízení.

Humanita, empatie a odbornost jsou předpokladem pro povolání sestry. Pacienta je nutno chápat jako holistickou bytost s jejími bio-psycho-sociálními potřebami (1, 30).

1.2.1 Vzdělání a kompetence sester v intenzivní péči

V České republice bylo třeba vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků zásadním způsobem upravit tak, aby odpovídalo požadavkům Evropské unie. Tato úprava umožňuje volný pohyb osob v oblasti poskytování zdravotní péče, volný přístup fyzických osob ke zdravotnickému vzdělávání a přístup právnických a fyzických osob k poskytování zdravotnického vzdělávání s cílem volného uplatnění na pracovním trhu Evropské unie (11).

Změnu ve vzdělávání sester v České republice umožnilo přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (7, 25).

Dle § 5 zákona 96/2004 Sb. smí všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost na střední zdravotnické škole, vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po třech letech výkonu povolání. Do této doby musí své povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem. Tato povinnost se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření nebo specializovanou způsobilost ošetrovatelského zaměření v zařízení, která jsou akreditována ministerstvem zdravotnictví. Další z podmínek k samostatnému výkonu zdravotnického povolání je registrace sestry, která slouží k zajištění vysoké úrovně poskytované zdravotní péče a její periodické kontroly. Ministerstvo zdravotnictví České republiky rozhodlo v květnu 2004 o vzniku registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (4, 11).

Základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnického povolání je celoživotní vzdělávání. Jedná se o obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky, dle zákona č. 96/2004 Sb. Je povinné pro všechny zdravotnické a jiné odborné pracovníky (4, 11).

Plnění povinností celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství se prokazuje kreditním systémem, který upravuje vyhláška 321/2008Sb., ze dne 19. srpna 2008, kterou se mění vyhláška 423/2004 Sb. Tato vyhláška stanovuje kreditní systém, na základě kterého jsou ohodnoceny jednotlivé formy celoživotního vzdělávání počtem kreditů. Ty jsou potřebné pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého nebo odborného dohledu (5).

Na odděleních intenzivní péče pracují zdravotničtí pracovníci v rozsahu své zdravotní způsobilosti. Všeobecná sestra po získání specializované způsobilosti vykonává péči bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně péče vysoce specializované. Sestra pro intenzivní péči vykonává ošetrovatelskou péči o pacienty starší 10 let, u kterých hrozí nebo dochází k selhání základních životních funkcí. *Bez odborného dohledu a bez indikace* lékaře sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu, provádí kardiopulmonální resuscitaci, pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem (7).

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí měření a analýzu fyziologických funkcí pomocí specializovaných postupů a přístrojové techniky, provádí katetrizaci močového měchýře mužů, zavádí gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí, vyplachuje žaludek u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami. Dále vykonává činnosti u pacienta s akutním chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu očišťovacími metodami krve, činnosti v souvislosti s dlouhodobou plicní ventilací i v domácí péči, edukuje pacienta a jím určené osoby o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků, vykonává činnosti spojené s přípravou a ukončením

aplikace metod léčby bolesti, činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie, provádí punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis (7).

Pod odborným dohledem lékaře sestra aplikuje transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady, provádí extubaci tracheální kanyly a provádí externí kardiostimulaci (7).

1.2.2 Dokumentace v intenzivní péči

Kvalitní ošetrovatelská dokumentace patří k rysům moderního ošetrovatelství. Je součástí zdravotnické dokumentace a platí pro ni stejná pravidla o zápisech, o vedení, o její skartaci a o přístupu k ní nejen ze strany pacienta, ale i ze strany dalších osob či orgánů. V praxi se používá termín „dokumentace ošetrovatelské péče“ (11, 19).

V příloze číslo 1, vyhlášky 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci je definováno, co obsahuje záznam o ošetrovatelské péči. Jedná se o ošetrovatelskou anamnézu pacienta, zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb, které jsou důležité pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu. Na základě popisu ošetrovatelského problému je stanovena ošetrovatelská diagnóza pacienta a stanoven postup ošetrovatelské péče včetně časových údajů nebo četností poskytnutí jednotlivých ošetření a jiných postupů ošetrovatelské péče. Do záznamu ošetrovatelské péče se dále zaznamenávají změny v ošetrovatelském plánu a hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče. Součástí dokumentace je také ošetrovatelská propouštěcí zpráva nebo v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu (6).

Vyhláška nijak neomezuje zdravotnická zařízení a jejich ošetrovatelský personál ve vytváření dalších dokumentů zdravotnické dokumentace, jako jsou podepsané formuláře v souvislosti s přijetím pacienta do ústavní péče, seznámení pacienta s potřebnými

informacemi či záznamy sledující rizika a realizaci opatření proti těmto rizikům, například rizika vzniku dekubitů, pádů, výživy, bolestí aj. (19).

Zdravotnická dokumentace musí vždy obsahovat identifikační a kontaktní údaje samotného zdravotnického zařízení, kde je uveden jeho název, sídlo, identifikační číslo, a název oddělení nebo obdobné části. Identifikační a kontaktní údaje pacienta obsahují celé jméno a příjmení, rodné číslo pacienta. Není-li přiděleno, uvede se datum narození pacienta. Dále je uvedena adresa místa trvalého pobytu nebo jiná kontaktní adresa. U cizinců se uvádí adresa na území České republiky, nemá-li jí, pak adresa bydliště v cizině. Důležitou položkou je kód zdravotní pojišťovny. Do zdravotnické dokumentace se zapisují také údaje o osobě, která je oprávněna na základě svolení pacienta být informována o jeho zdravotním stavu. Jedná se o celé jméno a příjmení, adresa místa trvalého pobytu nebo jiná kontaktní adresa a telefonický nebo jiný kontakt. Každý list zdravotnické dokumentace musí být označen celým jménem a příjmením pacienta, rodným číslem pacienta, názvem zdravotnického zařízení a názvem oddělení zdravotnického zařízení (19).

Zápis do zdravotnické dokumentace musí být vždy čitelný, přehledný, srozumitelný, stručný, ale úplný a bez zbytečných zkratk. Pokud jsou zkratky použity, musí být vždy přímo na formuláři vysvětleny. Zdravotnický pracovník provádí zápis do dokumentace ihned po jakékoliv poskytnuté péči, kde zaznamená také datum, čas provedení zápisu, své jméno a příjmení. Aby nedocházelo ke zpochybňování zdravotnické dokumentace, není dovoleno v dokumentaci nečitelně zaškrtnávat nebo zapsané údaje přelepovat. Chybný záznam musí být přeškrtnut, nahrazen správným údajem a oprava musí být potvrzena podpisem. U akreditovaných pracovišť musí být dokumentace jednotná a musí vyhovovat potřebám všech oddělení. Zdravotnická dokumentace, která není uvedena ve Skartačním plánu přílohy 3, vyhlášky 385/2006 Sb., se uchovává po dobu pěti let (11, 19).

Elektronický způsob vedení zdravotnické dokumentace je uveden v § 67b odst. 5 až 8 v zákoně 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Tento zákon připouští, že se údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci mohou nacházet ve dvojí formě. Jak ve formě listinné, tak

ve formě elektronické, což je v současnosti běžnou praxí zdravotnických zařízení. Záznamy v elektronické formě se musí vytisknout na papír a opatřit datem pořízení a vlastnoručním podpisem. Pokud by zdravotnické zařízení chtělo používat výlučně elektronickou formu zápisu do zdravotnické dokumentace bez obsahově shodné listinné formy dokumentace, musí být zápis opatřen zaručeným elektronickým podpisem. Podepsat se musí skutečně každý zápis. Bezpečnostní kopie datových souborů mají být prováděny nejméně jednou za pracovní den a uložení archivních kopií jsou vytvářena nejméně jedenkrát za rok takovým způsobem, aby do nich nebylo možné provádět dodatečné zásahy. Archivních kopie musí být přístupné a použitelné po celou dobu, po kterou je zdravotnické zařízení povinno zdravotnickou dokumentaci uchovávat (19).

1.3 Ošetřovatelský proces a jeho fáze

Ošetřovatelský proces je v současné době vnímán jako základní kámen vyspělého ošetřovatelství, který vede ke zvyšování kvality i efektivity ošetřování nemocných. Jedná se o soubor propojených ošetřovatelských činností, které jsou individuálně posuzovány ve prospěch nemocného. Každý člen ošetřovatelského týmu může, na základě ošetřovatelského procesu, pečovat o nemocného s určitým stupněm samostatnosti a řízením vlastní práce (23, 28).

V České republice je do ošetřovatelské praxe zaveden pětifázový proces. Je to proces, kdy jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. Ošetřovatelská péče je poskytována v určitém logickém pořadí. Sestra provádí individuální plán ošetřovatelské péče ve spolupráci s nemocným, případně jeho rodinou. Plán je kontinuálně modifikován tak, aby odpovídal aktuálním i potenciálním potřebám nemocného.

Zhodnocení nemocného je první fází ošetřovatelského procesu, kdy sestra zakládá databázi údajů na základě odpovědí či reakcí pacienta na zdravotní potíže se zřetelem na potřebu ošetřovatelské péče. Sestra používá holistický přístup k nemocnému. Nemocného hodnotí nejen z oblasti biologické, ale i s přihlédnutím na jeho

emocionální, duchovní, sociální a kognitivní potřeby. Plán ošetrovatelské péče je založen na údajích, které jsou sesbírané v této fázi. Proto je velmi důležité získané informace správně vyhodnotit a utřídit tak, aby odpovídaly obrazu zdraví či nemoci nemocného. Tato fáze slouží nejen k potvrzení ošetrovatelské diagnózy, ale také potvrzuje správnost plánu péče, získává informace o reakci pacienta na realizaci ošetrovatelské péče a slouží k určení výsledků ošetrovatelských postupů.

Diagnostika je druhou fází ošetrovatelského procesu, kterou vytváří sestra spolu s pacientem nebo rodinou tak, aby došlo k co možná nejpřesnější identifikaci potřeby nemocného a pomocí ošetrovatelské péče bylo dosaženo pozitivních zdravotních výsledků. Ošetrovatelské diagnózy jsou velkým přínosem nejen v péči o pacienta, ale i pro lepší komunikaci mezi členy zdravotnického týmu. Stanovení ošetrovatelské diagnózy je v kompetenci profesionální sestry, která diagnózy řadí za sebou podle naléhavosti jejich řešení. Komplexní plán péče o nemocného může být komplexní jen na základě lékařské a sesterské diagnózy. Sesterské diagnózy lze stanovit na základě vlastních profesních zkušeností, vlastními slovy nebo využít sesterský diagnostický klasifikační systém, taxonomii NANDA (North American Nurse Diagnosis Association). Ošetrovatelská diagnóza se dělí na aktuální, potenciální (možné riziko pro pacienta) a na pravděpodobné (ještě neověřené), (9, 23, 26, 28).

Vytýčení ošetrovatelských strategií a intervencí nazýváme fází *plánování*. Členové multidisciplinárního týmu stanovují krátkodobé, dlouhodobé cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče, hledají způsoby a metody k jejich naplnění. Každý z nich navrhne intervence (činnosti), kterými chce stanovených cílů dosáhnout.

Uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi nazýváme *realizací*. Jedná se o soubor činností, které vedou k uskutečňování plánu ošetrovatelské péče pokud možno ve stanoveném pořadí. Zde sestra využívá nejen kognitivní, technické, interpersonální dovednosti a specifické znalosti v ošetrovatelství, ale i kritické, kreativní myšlení.

Poslední fází ošetrovatelského procesu je *vyhodnocení* efektu poskytované péče, jež byla poskytnuta podle individuálního plánu pacienta. Toto hodnocení bývá subjektivně

posuzováno pacientem, objektivní posouzení náleží ošetrovatelskému týmu. Posuzováním dosažených výsledků sestry nepokračují v neúčinných činnostech a analýzou jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu provádí nezbytnou korekci (23, 26, 28).

1.4 Potřeby pacienta v intenzivní péči

Lidské potřeby jsou nezbytné pro existenci jedince a lze je rozdělit do dvou základních skupin. *Primární potřeby* – nutné pro lidskou existenci a *sekundární potřeby* – navazují na primární, jsou individuální. Mezi základní lidské potřeby patří zejména potřeba vzduchu, výživy, vyprazdňování, spánku, odpočinku, pocit pohodlí a bezpečí. V nemocničním zařízení bývají tyto potřeby pocíťovány intenzivněji a organizovány podle své naléhavosti (30).

Poskytovaná ošetrovatelská péče na odděleních intenzivní péče je závislá na diagnóze a celkovém zdravotním stavu pacienta. Ten se během hospitalizace vyvíjí, a tak je nutné reagovat i na měnící se potřeby v ošetrovatelské péči. V situacích, kdy vlastní potenciál jedince nestačí, nahrazuje úbytek soběstačnosti pacienta sestra vhodnou a kvalitní ošetrovatelskou péčí. Mezi základní potřeby pacienta, hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče, patří dýchání, výživa, vylučování, základní soběstačnost a psychická vyrovnanost (11, 18).

1.4.1 Potřeba dýchání

Dýchání je pro člověka životně důležité, patří mezi základní biologické potřeby, závisí na něm další vitální funkce. Dýchání je velice úzce propojeno s pocitem člověka. Problém, který vznikne v kterékoli části dýchacího systému, může vést až k zástavě dýchání. Způsob dýchání je často ovlivněn i chorobami zatěžující oběhový, hematologický, metabolický a centrální nervový systém. Dušnost je nepříjemný

symptom, který přináší pacientovi dyskomfort podobně jako úzkost, bolest nebo žízeň (30, 32).

Péče o průchodnost a toaletu dýchacích cest je v intenzivní péči nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Sestra kontinuálně monitoruje a zaznamenává frekvenci dýchání, dechovou amplitudu, rytmus dýchání. Sleduje kašel a vykašlávání pacienta, rozeznává dýchací šelesty. Před toaletou dýchacích cest sestra pacienta na tuto skutečnost vždy upozorní a seznámí jej s výkonem i v případě, že se jedná o apalického pacienta (11, 16).

1.4.2 Potřeba výživy

Výživa patří mezi biologickou, primární potřebu člověka. Je nezbytným předpokladem k udržení biologické homeostázy organismu a udržení života. Výživa neuspokojuje pouze trávicí trakt a energetické nároky organismu, ale je spojena i s potřebami psychosociálními (30).

Akutní onemocnění a kritický stav pacienta zrychluje tělesný metabolismus. Mobilizuje energetické rezervy využitím glukózy, aminokyselin a tuků, aby byla zajištěna dostatečná energie pro obranné reakce organismu. Při vyčerpání zásob organismu dochází k selhání imunitních funkcí, svalových funkcí a k selhávání důležitých orgánů, jako je srdce, plíce, gastrointestinální systém a ledviny (34).

1.4.3 Potřeba vyprazdňování

Vyprazdňování je fyziologická funkce organismu. Patří mezi základní biologickou potřebu člověka, která zasahuje jeho intimní sféru. Uspokojování potřeby vyprazdňování přispívá k homeostaze organismu a je spojeno s psychosociálními potřebami. Defekaci člověka ovlivňuje věk a vývojové stádium jedince, strava, příjem tekutin, aktivita, která stimuluje peristaltiku, a způsob života. Důležité jsou i

psychologické faktory. Úzkostní lidé mají zvýšenou peristaltiku vedoucí k průjmu, depresivní jedinci mívají zpomalenou peristaltiku, kdy dochází k zácpám. Sledování vyprazdňování nemocných sestra provádí denně a zaznamenává do dokumentace (15, 29, 30).

1.4.4 Potřeba soběstačnosti a sebeděče

Pojmy sebeděče a soběstačnost jsou v ošetrovatelské péči chápány jako identické. Jedná se o základní každodenní činnosti jako je hygiena, oblékání, vyprazdňování, stravování, které dospělý člověk vykonává samostatně, bez pomoci druhých, a které napomáhají udržovat zdraví. Sestra podporuje nezávislost pacienta v maximální možné míře. Přebírá jen tu část denních činností, kterou pacient není schopen vykonávat sám. U některých nemocných, např. v komatózním stavu, tyto činnosti vykonává za pacienta (11, 30).

1.4.5 Potřeba psychické vyrovnanosti

Nemoc a její průběh je ovlivněna psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami a nadějí. Každý člověk prožívá nemoc odlišně. Svou roli zde hrají nejen individuální rysy osobnosti, ale i sociální situace, ve které se nemocný právě nachází. Pro správnou ošetrovatelskou činnost je nutné nemocného vidět i jako individuální osobnost s povahovými vlastnostmi a jako člena společnosti. Ošetřující personál se musí vyvarovat emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti a otrlosti, které vedou k zjednodušenému pohledu na nemocného a jeho potřeby (35).

S ohledem na diagnózu a zdravotní stav nemocného lze přispět k psychické pohodě udržením nebo zlepšením soběstačnosti nemocného, odstraněním nebo minimalizováním bolesti, zajištěním dostatečného odpočinku a spánku. Je nutné s pacientem komunikovat a vytvořit tak u něj pocit jistoty a bezpečí (11).

1.5 Skórovací systémy v intenzivní péči

V intenzivní péči se používají skórovací systémy k objektivnímu popisu závažnosti stavu onemocnění, náročnosti péče a jako prostředek srovnání diagnostických a léčebných postupů. Některé skórovací systémy jsou cenné pro sledování kvality péče a provádění výzkumů jiné umožňují srovnání výsledků mezi skupinami kriticky nemocných pacientů s podobnou závažností onemocnění.

Mezi základní faktory posuzování kvality intenzivní péče, které se používají celosvětově, patří hodnocení *APACHE II* (Acute Physiological And Chronic Health Evaluation), charakterizující akutní stav nemocného v prvních 24 hodinách od přijetí. Používá se jako vstupní ukazatel tíže kritického stavu pacienta po přijetí na jednotku intenzivní péče. Zohledňuje věk pacienta, zda byl pacient přijat po chirurgickém výkonu plánovaném, urgentním nebo bez chirurgického výkonu, přítomnost chronického onemocnění. Popisuje 12 ukazatelů akutního stavu a celkové skóre GCS (Glasgow coma scale). Stupeň multiorgánové dysfunkce monitoruje systém *SOFA* (Sepsis Related Organ Failure Assessment Score), u kterého se výpočet provádí opakovaně v průběhu pobytu na intenzivní péči. Práce na jednotkách intenzivní péče je hodnocena podle *TISS systému* (Therapeutic and Intervention Scoring System), který zahrnuje personální, přístrojové a léčebné komponenty. Toto mezinárodně uznávané skóre hodnotí vytížení sestry ve směně, které by mělo být jak únosné pro sestru, tak přínosné pro pacienta.

Sesterské vyšetřovací techniky, skórovací systémy a hodnotící škály se v českém ošetrovatelství začínají objevovat teprve v posledním desetiletí. Sestra nejen zjišťuje parametry ordinované lékařem, ale odpovědně a samostatně identifikuje potřeby a deficity pacienta. Na základě těchto informací je možné sestavit individuální ošetrovatelský plán. K tomu jí pomáhají hodnotící a měřící techniky, které se stávají standardem ošetrovatelského procesu (11, 31, 33).

1.5.1 Hodnocení soběstačnosti

Pomoci nemocnému zůstat v co největší míře soběstačným a nezávislým na pomoci druhých je jedním ze základních cílů moderního ošetrovatelství. Aby bylo možné stanovit míru soběstačnosti nemocného, je potřeba shromážděné informace správně vyhodnotit a interpretovat. Cílem je maximální podpora nezávislosti pacienta. V opačném případě může dojít ke vzniku imobilizačního syndromu, což je příčina vzniku komplikací. Neschopnost provést běžné denní činnosti bez pomoci druhých nemocní pociťují velmi negativně.

Soběstačnost je dána kombinací funkční zdatnosti, nejen fyzické, ale i psychické složky a náročnosti prostředí. Funkční potenciál v denních činnostech lze rozdělit zhruba do 4 skupin. Jedná se o nemocné, kteří jsou soběstační a nezávislí na pomoci sestry, psychicky kompenzováni. Další skupinu pacientů tvoří nemocní, kteří jsou schopni částečné sebeobsluhy za vydatné pomoci ošetrovatelského personálu. Nemocní, kteří jsou upoutáni na lůžko, bývají psychicky dekompenzováni, sebeobsluha je omezená, potřebují větší či menší pomoc sestry. Za zcela nesoběstačné pacienty přebírá denní činnosti ošetrovatelský personál, které je za ně vykonává (24, 30, 31, 35).

Distabilitu v běžných denních aktivitách a soběstačných úkolech dokáží stanovit testy funkčních schopností v různých oblastech lidského života. Testy vypovídají také o naléhavosti kvantitativní i kvalitativní potřebě ošetrovatelské péče. Mezi často užívané testy můžeme zařadit následující.

Test ošetrovatelské zátěže, podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou. Porucha základních aktivit denního života vypovídá o potřebě poskytování ošetrovatelské péče a o míře ošetrovatelské zátěže. Test je možné provádět bez spolupráce nemocného a má ryze objektivní charakter. Hodnotí osm položek běžné denní aktivity, které jsou výsledně bodově hodnoceny v rozmezí 0 – 38. Čím vyšší je bodové skóre nemocného, tím vyšší je ošetrovatelská zátěž pro zdravotnický personál (24, 30).

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activity Daily Living) je nejrozšířenější test aktivit denního života užívaný v ošetrovatelské praxi. Tento test je

využíván v praxi od roku 1955 a autorkami jsou Dorothea W.Barthel a Florence I. Mahoney. Zahrnuje deset položek běžné denní aktivity, které vypovídají o základní sebeobsluze nemocného. Stupeň závislosti pacienta na pomoci ošetrovatelského týmu je vyjádřen rozmezím bodového hodnocení od nezávislého pacienta, s lehkou závislostí, závislost středního stupně až vysoce závislého pacienta (24, 31).

Test vývoje soběstačnosti – TVS je dalším z testů, který hodnotí nejen současný stav, ale i vývoj soběstačnosti nemocného v čase. Sestra hodnotí osm oblastí denních aktivit v pravidelných termínech a zaznamená je na stejném tiskopise odlišnou barvou. Jednobarevné spojnice zobrazují vývoj soběstačnosti pacienta.

Test funkční nezávislosti byl vytvořen v roce 1987 a vychází ze základního hodnocení Barthelové. Dalším doplnění testu je sledování kognitivních funkcí, zohlednění komunikace s prostředím a sociálními vztahy nemocného. Test funkční nezávislosti je zaměřen na šest oblastí činností v sebezpečí a lze jej vyjádřit jak sedmistupňovou bodovou škálou tak graficky. Čím více bodů, tím menší závislost (24, 31).

Rankinovo skóre (Modified Rankin Scale) je vytvořená stupnice pro měření míry postižení a závislosti na činnostech denních aktivit u pacientů po onemocnění cévní mozkovou příhodou. Stupnice je hodnocena skóre od nuly do šesti a vyjadřuje stupeň invalidity a omezení denních aktivit (31). Sestra může využít i stupnici hodnocení TVS.

1.5.2 Hodnocení bolesti

Bolest je známá každému člověku a je stará jako lidstvo samo. Bolest vymezuje Trachtová v Potřebách nemocného v ošetrovatelském procesu dle Světové zdravotnické organizace takto: „Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození... Bolest je vždy subjektivní...“ (30, str.125). Bolest je do určité míry účelná, protože funguje jako varovný signál, který upozorňuje na situaci ohrožení jedince.

Bolest, strach a úzkost patří mezi prožitky, které provázejí člověka celý život. Mají různý obsah a také různou podobu. Každý člověk prožívá situaci spojenou s bolestí jinak. Bolest nemocného vyčerpává a deprimuje nejen tělesně, ale i duševně, čímž ohrožuje proces uzdravování. Tento nepříjemný zážitek je také ovlivněn kulturou, ze které nemocný pochází a předchozím zážitkem bolesti. S těmito projevy nemoci se zdravotnický personál setkává denně. Léčba bolesti je jedním ze základních kritérií hodnocení spokojenosti pacienta a kvality zdravotnické péče (2, 30, 35).

Nocicepce je základem bolestivého vjemu. Je výsledkem stimulace speciálních receptorů, které jsou citlivé na poranění. Jsou umístěny v kůži, hluboko v tkáních a ve viscerálních orgánech. Jedná se o neurologickou reakci a reflexní odpověď způsobenou poškozením tkáně. Bolest je senzorický vjem, její uvědomění je výsledkem nocicepce. Jak nemusí nocicepce nutně způsobit bolest, tak se může objevit bolest bez nocicepce. Jedná se například o neurogenní bolest, kdy zdrojem bolestivého dráždění je porušená svalová struktura, nervové vlákno nebo vyšší ústředí. Zprávu o bolesti do míchy a do mozku přepraví nervové impulzy na základě stimulace nociceptorů. Organismus reaguje mimovolními reakcemi, mezi které patří zvýšený krevní tlak, zrychlený pulz, pocení a zrychlené dýchání až zadržování dechu.

Bolest lze rozdělit do tří rozsáhlých kategorií. Jedná se o *bolest akutní*, která se dostavuje okamžitě po bolestivém podnětu a je projevem poškození tkáně. Jde o obranný mechanismus, který varuje a zabraňuje zhoršování stavu nemocného. Může se projevit jako bolest palčivá, ostrá, svíravá i kolikovitá. Po správné léčbě akutní bolesti vzniká slabá paměťová stopa. *Chronická bolest* je odborníky definována jako bolest, která přetrvává šest měsíců a déle. Příčina bolesti není vždy známa, a proto ji někteří odborníci považují za samostatnou nemoc, která působí destruktivně na tělesnou, psychickou i sociální stránku nemocného. Mezi chronické fyzické bolesti patří bolesti pohybového aparátu, neuralgie, posttraumatické bolesti aj. Další významnou skupinou je *nádorová bolest*. Jedná se o bolest, která je vyvolána buď vlastní nemocí, kdy dochází k útlaku nebo prorůstání nádorů do orgánů nebo je způsobena onkologickou

léčbou základního onemocnění, kdy radioterapie a chemoterapie mívá mnoho vedlejších účinků na organismus (2, 14, 30).

Vyšetření a hodnocení bolesti není vůbec jednoduché. Bolest je ovlivněna nejen tělesnou patologií, ale také sociokulturními faktory, prahem bolesti nemocného, její tolerancí a v neposlední míře i schopností vyjádřit bolest. Sestra získává informace o bolesti na základě fyzikálních vyšetření zaměřených na fyziologické a behaviorální odpovědi pacienta. Mezi důležité anamnestické údaje patří lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, vyvolávající faktory, doprovodné symptomy a předcházející zkušenosti s bolestí. Aby mohla být poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče, je důležité si zapamatovat pravidlo hodnocení bolesti, které popisují autoři v publikaci Vše o léčbě bolesti: „ Bolest je cokoliv pacient řekne, že to je, a objevuje se kdykoliv pacient řekne, že se objevuje“ (14, str. 40).

Hodnoty bolesti musí být monitorovány a zaznamenávány pravidelně a tak často, jak se monitorují a zaznamenávají fyziologické funkce. Ve zdravotnickém zařízení je standardní screening bolesti součástí ošetrovatelské dokumentace, kdy sestra získané informace zaznamenává do archu záznamu o bolesti.

K měření intenzity bolesti se využívají verbální škály, neverbální škály a škály vizuální. U pacientů, kteří jsou schopni vyjádřit svůj pocit bolesti, se používá desetistupňová vizuální analogová škála. Pacient určuje míru bolesti na číselné úsečce nebo mezi obrázky obličejů měřítka bolesti. Bolest hodnocená od 0 – 4 je považována terapeutem za uspokojivou. Neverbální škálu bolesti sestra využívá u nemocných, kteří nejsou schopni dát najevo svou bolest a vyjadřují ji pouze nonverbálně, křikem, pláčem, vzdycháním, neklidem, bolestivým výrazem v obličeji, vyhledáváním úlevové polohy, zatajováním dechu. Dále sestra sleduje tachykardii, krevní tlak, nauzeu, zvracení, zblednutí, mydriázu, pohyby končetin atd. Aby nálezy z vyšetření bolesti byly přehledné, lze použít grafický záznam, kde jsou intenzita bolesti, terapeutické intervence, výsledek každé intervence a nežádoucí účinky zaznamenávány vedle záznamů fyziologických funkcí.

K odstranění bolesti se nejvíce využívá analgosedace, která se podává v pravidelných dávkách, nikoli až při vzniku bolesti. Dle ordinace lékaře sestra podává *neopoidní analgetika*, mezi které patří např. paracetamol, indometacin, *opoidy*, kam lze zařadit morfin, kodein, fentanyl nebo *adjuvantní*, pomocné látky, jako jsou např. kortikosteroidy, neuroleptika, antidepresiva, lokální anestetika aj. K monitorování účinku analgetik lze využít záznamový arch. Vhodná a dostatečná analgosedace působí nejen proti stresu, ale přispívá také k uskutečnění fyzioterapie a dobrého sladění pacienta napojeného na umělou plicní ventilaci. Analgetika nejsou podávána u pacientů v komatózním stavu bez reakce na bolestivé podněty (2, 11, 14, 31).

1.5.3 Hodnocení nutričního stavu

K základním potřebám člověka patří příjem potravy a tekutin. Správná a přiměřená výživa zajišťuje organismu dodávku energetických zdrojů a živin nutných pro růst, vývoj a obměnu tkání a orgánů. Mezi základní živiny, tzv. makronutrienty, patří cukry, tuky a bílkoviny, dále voda a hlavní ionty. Vitaminy a stopové prvky patří mezi mikronutrienty. Pro organismus je nutné, aby rozdíl mezi přijatým množstvím živin a vydanou energií a zplodinami metabolismu byl vyvážený, tzv. vyrovnaná nutriční bilance. Přijaté živiny jsou zužitkovány a jejich metabolity vyloučeny. Pozitivní nutriční bilance je pro organismus nepříznivá, protože z nadbytku přijaté potravy se v těle hromadí zásobní tuk. Negativní nutriční bilance se projevuje úbytkem tukových zásob, aktivní hmoty a poklesem tělesné hmotnosti (11, 17).

Součástí standardizované nutriční péče je i vstupní vyšetření stavu výživy pacienta, tzv. *nutriční screening*. Informuje o nutričním stavu pacienta. Měl by být jednoduchý a srozumitelný. Mezi nejjednodušší a orientační ukazatele stavu výživy je tělesná hmotnost, která se vztahuje k tělesné výšce formou indexu (body mass index – BMI) Tělesná výška pacienta se převede z centimetrů na metry, vynásobí se, a hmotnost pacienta se vydělí získanou hodnotou násobku tělesné výšky. Výsledkem je hodnota BMI, která by se měla pohybovat mezi 20 a 25 kg/m². Dále sestra vychází

z anamnestických údajů, které lze zaznamenat do různých škál pro hodnocení stavu výživy. Nemocný nebo jeho rodinní příslušníci podají informace o nechtěném úbytku tělesné hmotnosti pacienta za určitý čas, dietní zvyklosti a dietní omezení, bolesti břicha, počet a změnu charakteru stolice, zvracení, množství snědené stravy atd. (11, 12, 31).

Mezi antropometrická měření patří měření obvodu paže, kožní řasy nad tricepsem pomocí kaliperu a obvod svalové hmoty, který se vypočítává pomocí speciálního vzorce. Obvod paže měřený páskovou mírou v poloviční vzdálenosti mezi hlavicí kosti pažní a loketním výběžkem, mínus 0,314, násobeno tloušťkou kožní řasy v milimetrech, měřeno na stejném místě.

Na základě anamnézy, výsledků fyzikálních a laboratorních vyšetření a antropometrických měření lze obvykle určit poruchu výživy a její závažnost. Poruchu výživy lze rozdělit na *malnutrici*, tedy podvýživu, a *obezitu*. Malnutrice je problém, který postihuje více orgánů nebo orgánových systémů. Mezi nejčastější příčiny malnutrice patří onemocnění, která zvyšují energetickou potřebu a proteinový katabolismus současně se snížením příjmu potravy, jako je anorexie, neschopnost polykat, psychické poruchy, kritické stavy a stavy bezvědomí, rozsáhlá zranění, operace nebo infekce (11, 31, 33).

Pokud hodnocení nebo screening nutričního stavu pacienta ukazují na možnou podvýživu nebo je-li možné očekávat nedostatečný příjem potravy v následujících nejméně sedmi dnech, je indikována nutriční podpora. Pokud není možné zajistit nutriční potřeby organismu perorální nebo enterální cestou, podáváme výživu parenterální cestou (17, 31, 33).

Obezita představuje zmnožení tělesného tuku a je rizikovým faktorem hlavně pro kardiovaskulární systém. Přímé měření množství tuku u obézních pacientů není snadné, proto bývá obezita definována nepřímou pomocí BMI. Za nadváhu jsou označovány hodnoty BMI 25 – 30 kg/m² a za obezitu BMI 30 kg/m² (17).

1.5.4 Hodnocení vzniku komplikací

Organismus reaguje na dlouhodobý pobyt na lůžku tzv. imobilizačním syndromem, což je odezva organismu na klidový režim nemocného. Tímto syndromem bývají dotčeny všechny orgánové systémy. Proto je velmi důležité zkrátit pobyt nemocného na lůžku na minimum (11, 30).

Během pohybové imobility nastávají nejvýraznější změny na *kosterním a svalovém systému*. Dochází ke snížení výkonnosti svalů až k tvorbě atrofií z nečinnosti. Klouby jsou ztuhlé, příslušné svaly se zkracují, dochází ke kontrakturám. *Kardiovaskulární systém* neplní dostatečně svoji funkci a vlivem dlouhodobé nepohyblivosti dochází ke vzniku syndromu ortostatické hypotenze. Při změně polohy pacienta se objevují závratě, mdloby, tachykardie, krátkodobé bezvědomí a hypotenze až s neměřitelným tlakem. U imobilního člověka se hromadí krev v dolních končetinách, zvyšuje se jejich objem, stoupá venózní tlak, vznikají otoky, varixy a trombolfebitidy, které nemocného ohrožují plicní embolií. Nepohyblivý nemocný má *sníženou vitální kapacitu plic*, dochází ke stagnaci hlenu a změny regionálního průtoku krve mohou vyústit až v hypostatickou pneumonii. *Motilita gastrointestinálního traktu* a sekrece žláz trávicího traktu je snížena, její komplikací může být nechutenství, zácpa. Neschopnost samostatně uspokojovat své základní životní potřeby v souvislosti s imobilitou se výrazně odráží na *psychice nemocného*. Mohou se objevit pocity beznaděje, bezmocnosti, nepřátelství, apatie apod.(11, 30).

Při déletrvající imobilitě nemocného je postižen také *kožní systém*. Kůže atrofuje, mění se její pevnost, struktura pokožky a subkutánní vrstvy, postupně dochází ke snížení kožního turgoru. Důsledkem dlouhodobé imobility pacienta může být vznik proleženin (15, 30).

Proleženina se dá charakterizovat také jako dekubitus, tlaková léze nebo vřed, která vzniká v důsledku přímého tlaku, tření, imobility a zhoršením stavu nemocného. Jedná se o lokalizovanou oblast buněčného poškození způsobenou poruchou mikrocirkulace, a zní vyplývající hypoxie. K poškození tkáně dochází nejčastěji v místech mezi kostní

vyvýšeninou a pokožkou s minimální vrstvou svalové hmoty jako je sakrální krajina, hýždě, paty, kotníky, lopatky, lokty, trochantery, lýtka a temeno hlavy (15, 30).

Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů je součástí dokumentace, kterou sestra provádí každý týden nebo při změně stavu nemocného. Hlavním cílem je identifikace nemocných ohrožených vznikem dekubitů a vypracování individuálních preventivních postupů. Rizikové faktory může sestra hodnotit na základě nejrůznějších stupnic a hodnotících škál. Nejznámější a nejpoužívanější tabulkou pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů byla vypracována *Nortonovou*. Sestra hodnotí schopnost spolupráce nemocného, věk, stav pokožky, další onemocnění, fyzický a psychický stav nemocného, jeho aktivitu, pohyblivost a inkontinenci. *Shannon* vytvořil novější hodnotící škálu, která rozšiřuje počet hodnocených oblastí o hodnocení výživy, cirkulace, teploty a medikace. *Bradenová* sestavila šestistupňovou hodnotící škálu, kam zahrnuje sensorické vnímání pacienta, jeho aktivitu, mobilitu, vlhkost, tření a výživu. *Waterlova tabulka hodnocení rizika vzniku dekubitů* hodnotí věk, stavbu těla nemocného, pohyblivost, kontinenci, výživu, stav kůže, zaznamenává operační výkony, hodnotí speciální rizika, medikaci a neurologické potíže. Sestra může využít i *Knollovu stupnici náchylnosti k proleženinám*, kdy pacient se skóre nad dvanáct je ohrožen vznikem dekubitů. V případě, že již dojde k poškození tkáně, může sestra použít tabulku pro vyhodnocení rány – dekubitu (15, 31).

Mezi další skórovací systémy k hodnocení rizik patří mimo jiné *Beinstein škála hodnocení saturace a rizik v oblasti dýchání*, *hodnocení závažnosti astmatu* před zahájením léčby, bodovací systém sepse tzv. *Sepsis scóre*, kdy bodové hodnocení přes deset označuje vážnou infekci nebo sepsi nemocného, *škála k hodnocení vzniku žilní trombózy*, která hodnotí změnu rychlosti proudu krve, ohrožení při změně složení krve a ohrožení při porušení cévní stěny (31).

1.5.5 Hodnocení psychiky

Vědomí člověka je stav vnímání a plného uvědomování si nejen sebe sama, ale i okolí včetně adekvátních reakcí na vnější i vnitřní podněty. Znamená to, že jedinec je schopen jednat podle své vůle. Tento stav se označuje za bdělost, při které je možné prožívat události a uvědomovat si svoji osobnost v přítomnosti i minulosti (31).

Odchytky od stavu vnímání, uvědomování si sebe sama a svého okolí, zařazujeme mezi poruchy vědomí. Stav vědomí se může měnit či kolísat náhle nebo postupně podle vyvolávajících příčin. Poruchy vědomí lze rozdělit na *kvantitativní*, mezi které se řadí somnolence, sopor nebo kóma a *kvantitativní*, kdy dochází k poruše obsahu vědomí. Pacient s poruchou vědomí však vždy potřebuje vysoce specializovanou lékařskou a ošetrovatelskou péči (31).

K rychlému orientačnímu posouzení kvantitativní poruchy vědomí a její hloubky slouží nejpoužívanější skórovací schéma, *Glasgow Coma Scale (GCS)*. Pomocí této hodnotící škály je sestra pracující na odděleních intenzivní péče a na anesteziologicko-resuscitačních odděleních schopna zhodnotit stav pacientova vědomí. U nestabilních pacientů sestra vyšetřuje stav vědomí každých pět až deset minut, u stabilních pacientů je vyšetření prováděno každé čtyři hodiny. Jedná se o pouhý hrubý odhad stavu vědomí pacienta (26, 31).

V praxi byly vytvořeny další škály hodnocení vědomí, které mají jemnější a také podrobnější hodnocení. Příkladem je *Drábkova stupnice*, která je uspořádána do kategorií podle prohlubující se poruchy vědomí. Hloubku sedace lze určit podle *Ramsay Sedation Scale (RSS)*, kde se hodnotí úroveň vědomí a chování pacienta. *Revised Trauma Score (RTS)* je hodnocení nemocného z celkového hlediska, skóruje se nejen vědomí, ale i vitální funkce. *Bruselská stupnice kómatu* hodnotí čtyři stupně kómatu, hodnocení tímto testem trvá asi 15 minut. *Škála remise kómatózního stavu (Coma Remissions Score)* byla vyvinuta za účelem posouzení hladiny vědomí u pacientů s těžkými poruchami vědomí. V roce 2000 byla vytvořena *škála pro sledování kómatu*

(Coma Observation Scale), která sleduje mimické reakce, probuditelnost, pohybovou aktivitu a změny vegetativního stavu (31).

1.5.6 Hodnocení pádů

Během hospitalizace pacientů v rámci Evropské unie je zhruba osmi až dvanácti procentům pacientů způsobena újma během poskytování zdravotní péče. V březnu roku 2010 ministerstvo zdravotnictví schválilo *Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012*, jehož součástí je i vznik *Pracovní skupiny pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče*. Bývalá ministryně zdravotnictví Dana Jurásková vyhlásila pro rok 2010 několik bezpečnostních cílů, mezi které patří i prevence pádů pacientů (22).

Zdravotnická zařízení vnitřním předpisem zavedou vstupní hodnocení rizika pádu u pacientů a opakované hodnocení pacientů, u kterých došlo ke změně zdravotního stavu nebo spektra užívaných léků. Dále nemocnice zavedou opatření ke snížení rizika pádů u pacientů, kteří jsou vyhodnoceni jako riziková, budou pravidelně analyzovat a vyhodnocovat sledované parametry a v případě potřeby stanovovat nápravná a preventivní opatření (22).

Obecná definice pádů nebyla přijata, proto bývají pády definovány a hlášeny různými způsoby. Je velmi důležité, aby každé zdravotnické zařízení mělo definici pádu, a tak bylo možné přesně a soustavně sledovat a hodnotit získaná data. Pády mohou být *náhodné*, kdy pacient neúmyslně upadne, např. v důsledku selhání pomůcek nebo faktorům prostředí, jako je uklouznutí na rozlité tekutině. K *nepředvídaným fyziologickým pádům* patří například pád způsobený mdlobou, epileptickým záchvatem nebo patologickou zlomeninou krčku. *Předvídané fyziologické pády* se stávají nemocným, kteří mají již zaznamenán pád v anamnéze, při zhoršení chůze, při poruše duševních funkcí apod. (20).

K vyhodnocení rizika pádu během ošetrovatelské anamnézy lze využít modifikovaný screeningový test nebo *Zhodnocení rizika pádu pacienta dle Conleyové* upraveno Juráskovou v roce 2006 (3, 20, 27).

Pokud dojde k pádu pacienta ve zdravotnickém zařízení, jedná se o mimořádnou událost, která podléhá hlášení. Za tímto účelem byl vytvořen speciální formulář, kdy sestra nebo jiný pověřený zdravotnický pracovník odpovídá na řadu konkrétních otázek. Existuje mnoho různých formulářů uzpůsobených podle specifických potřeb a nabízené péče zdravotnického zařízení (13).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

C 1 - Zmapovat používání skórovacích systémů v intenzivní péči potřebné pro ošetrovatelskou péči.

C 2 - Zjistit, zda sestra umí používat měřicí a hodnotící techniky v ošetrovatelské praxi intenzivní péče.

2.2 Hypotézy

H 1 - Sestra používá skórovací systémy v intenzivní péči.

H 2 - Sestra zná význam skórovacích systémů používaných v intenzivní péči.

H 3 - Měřicí a hodnotící techniky, používané v intenzivní péči, pomáhají sestřám v ošetrovatelské péči o pacienta.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro výzkumné šetření byla použita metoda kvantitativního šetření. Data byla sbírána pomocí anonymního dotazníku, který byl sestaven z dvaceti čtyř otázek a dvaceti šesti podotázek. Celkem bylo položeno šest identifikačních otázek, dvacet dvě otázky polouzavřené, patnáct otázek uzavřených a sedm znalostních otázek (viz příloha 3).

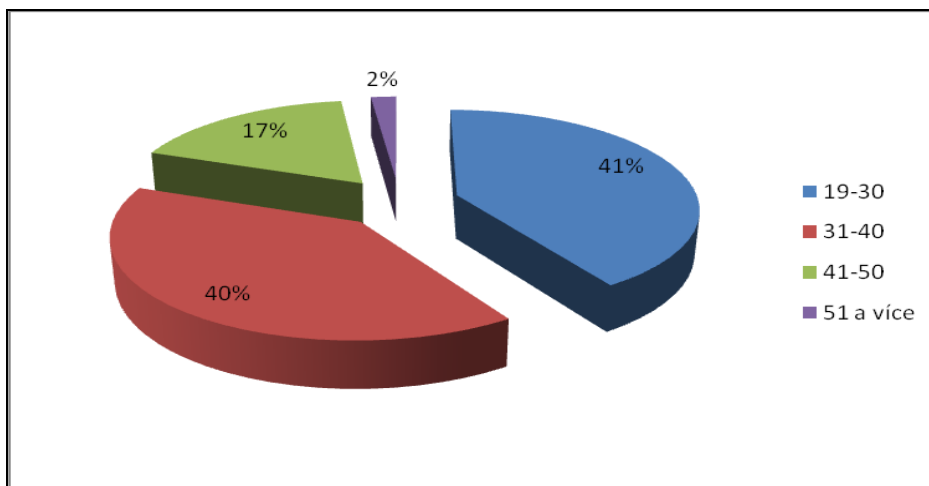
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořily sestry pracující na JIP a ARO Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze 10. O spolupráci byly požádány sestry pracující na interních JIP, jako je II. interní klinika, III. interní klinika a neurologická JIP. Z chirurgické intenzivní péče se do výzkumu zapojila chirurgická JIP, ortopedicko-traumatická JIP, kardiouchirurgická JIP a neurochirurgická JIP. O spolupráci bylo požádáno i ARO. Výzkumné šetření bylo provedeno se souhlasem Náměstkyně pro ošetřovatelství Mgr. Ireny Trpišovské (viz příloha 1,2).

Celkem bylo rozdáno 125 dotazníků. Z tohoto počtu se vrátilo 123 dotazníků, z nichž 8 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění a 12 dotazníků nebylo vyplněno vůbec. Pro zpracování práce bylo použito celkem 103 dotazníků, což činí 82% z celkového počtu rozdaných dotazníků. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Word a Excel, verze Microsoft office 2007.

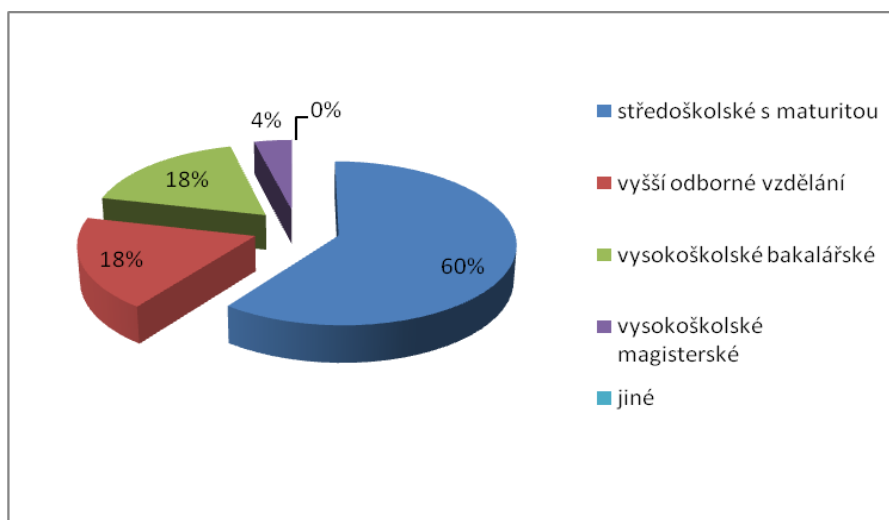
4. Výsledky

Graf 1 Věková skupina respondentů



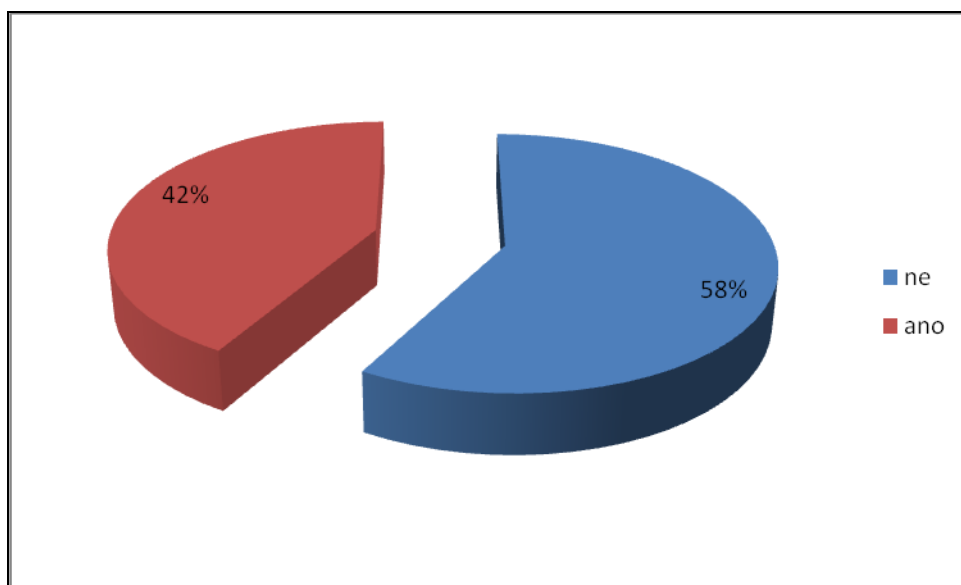
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů patří do věkové kategorie 19-30 let 42 (41 %), 41 (40 %) respondentů bylo ve věku 31-40 let, 18 (17 %) ve věku 41-50 let, 2 (2 %) ve věku 51 let a více.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



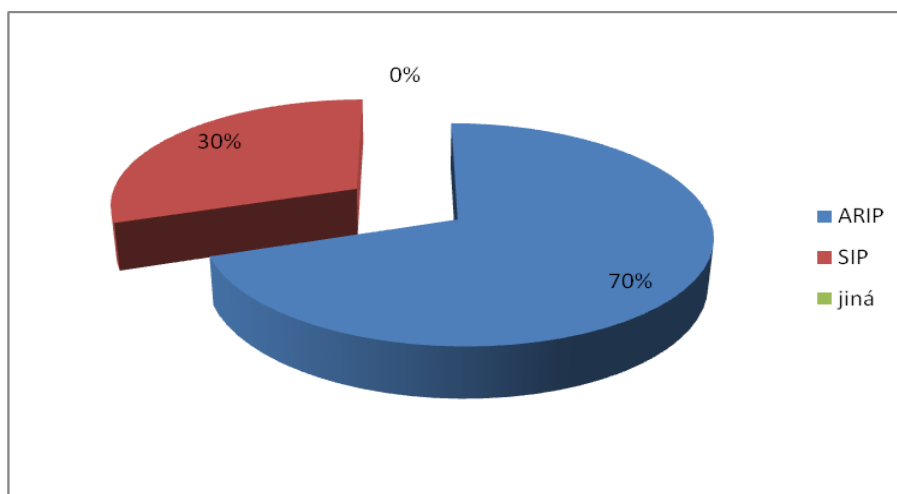
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů má 62 (60 %) vzdělání středoškolské s maturitou, 19 (18 %) vyšší odborné vzdělání, 19 (18 %) vzdělání vysokoškolské bakalářské, 4 (4 %) respondenti měli vysokoškolské magisterské vzdělání.

Graf 3 Specializace v oboru



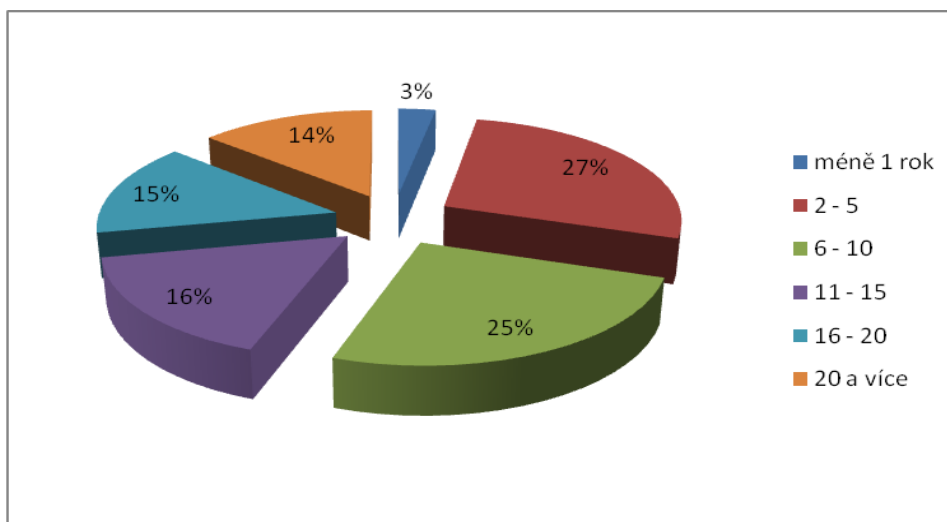
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 60 (58 %) nemá specializaci v oboru , 43 (42 %) dotázaných specializaci v oboru dosáhlo.

Graf 4 Specifikace specializace



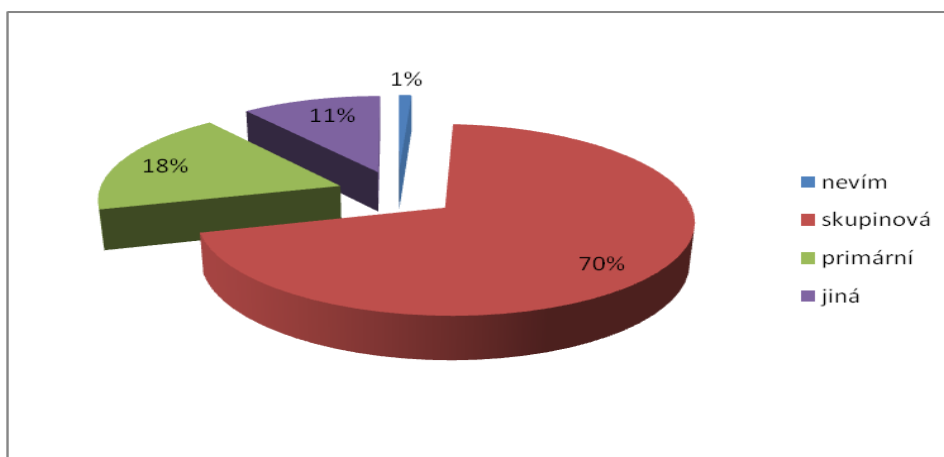
Z celkového počtu 43 (100 %) dotázaných respondentů, kteří mají specializaci v oboru, má 30 (70 %) respondentů ARIP a 13 (30 %) respondentů specializaci intenzivní péče. Jinou specializaci respondenti neuvádí.

Graf 5 Délka praxe respondentů v oboru



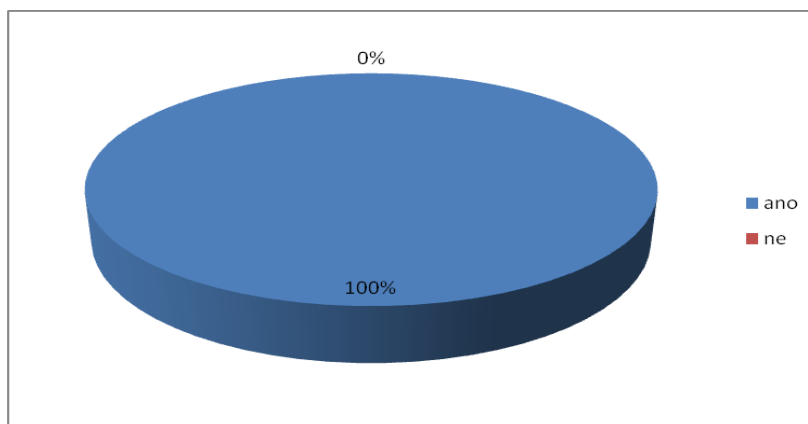
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů mají 3 (3 %) délku odborné praxe méně než 1 rok, 28 (27 %) respondentů má praxi 2-5 let, 26 (25 %) pracuje 6-10 let, 17 (16 %) má praxi 11-15 let, 15 (15 %) pracuje 16-20 let a 14 (14 %) respondentů pracuje více než 20 let.

Graf 6 Systém ošetrovateľskej péče



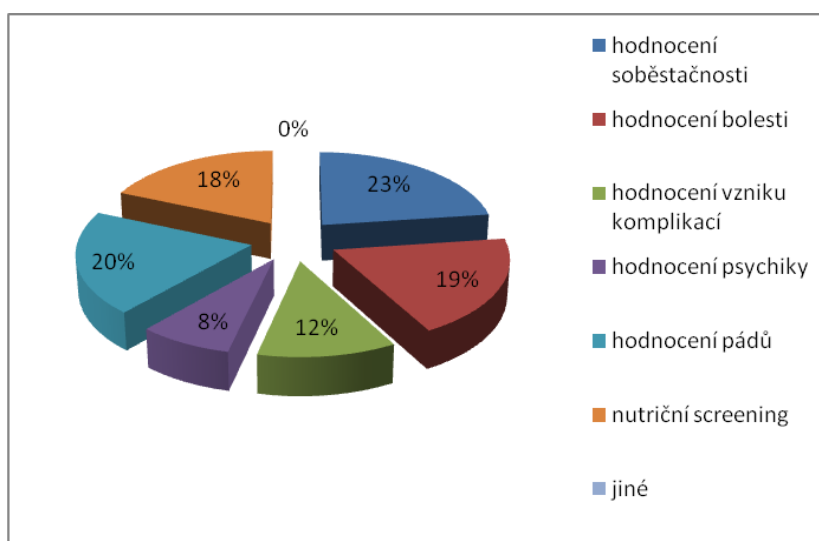
Z celového počtu 103 (100 %) respondentů 1 (1 %) neví, jaký systém ošetrovateľskej péče na oddělení používá, 72 (70 %) respondentů používá skupinovú péči, 19 (18 %) používá péči primárniho ošetrovateľství a 11 (11 %) respondentů uvádí, že používá jiný systém ošetrovateľskej péče.

Graf 7 Používání skórovacích systémů a hodnotících škál



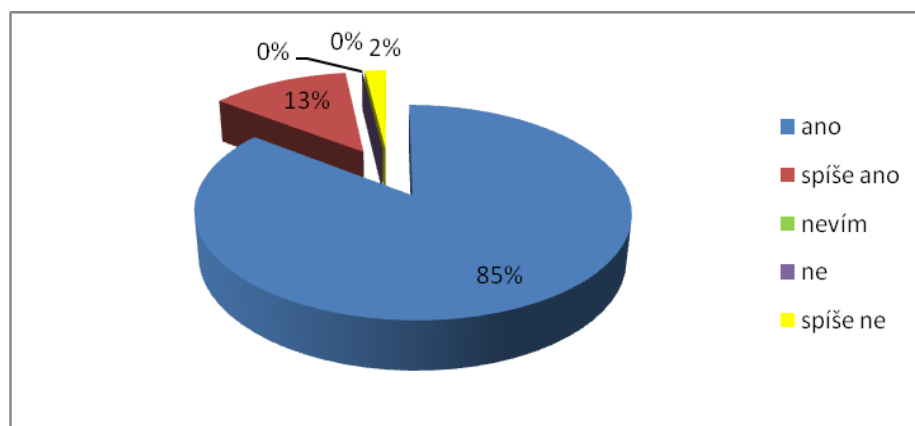
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů používá skórovací systémy a hodnotící škály 103 (100 %) respondentů.

Graf 8 Skórovací systémy, hodnotící škály používané na oddělení



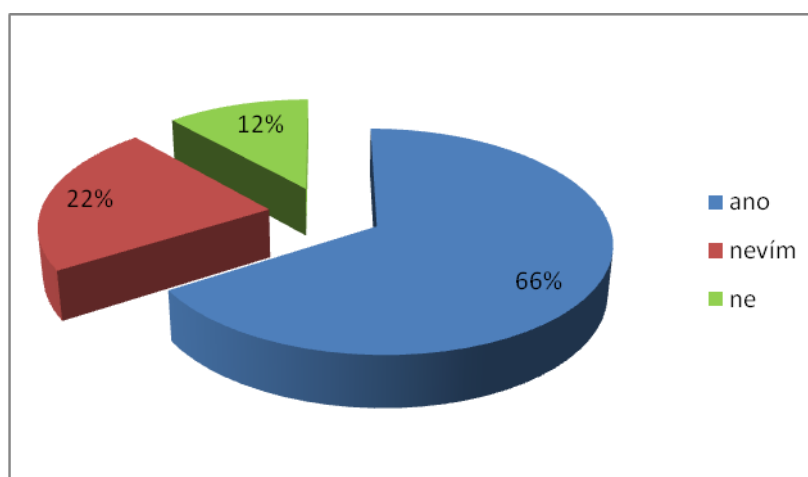
Z celkového počtu 433 (100 %) odpovědí 99 (23 %) uvádí, že na svém oddělení využívají hodnocení soběstačnosti, 83 (19 %) využívá hodnocení bolesti, 50 (11 %) hodnotí vznik komplikací, 34 (8 %) hodnotí psychiku, 87 (20 %) hodnotí pády a 80 (19 %) hodnotí nutriční stav. Jiné škály dotázaní nevyužívají.

Graf 9 Význam skórovacích systémů, hodnotících škál používaných v ošetrovatelské péči



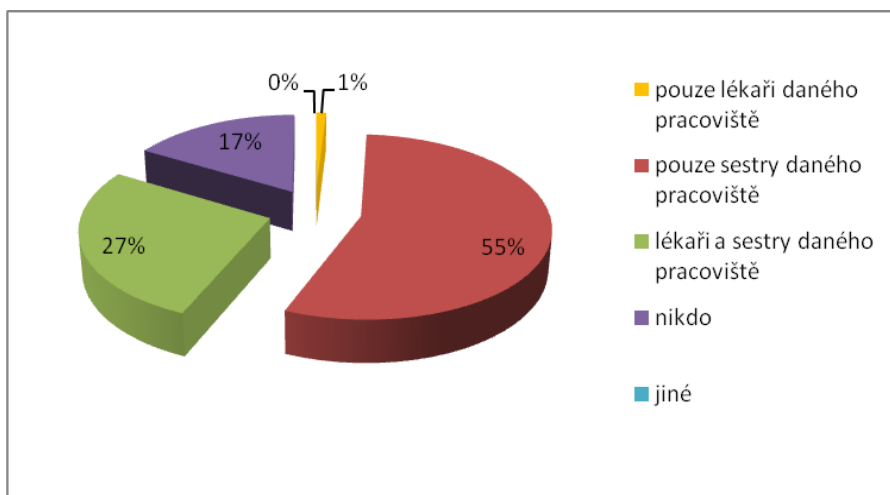
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů uvádí 88 (85 %), že zná význam skórovacích systémů a hodnotících škál používaných v ošetrovatelské péči, 13 (13 %) respondentů spíše zná význam a 2 (2 %) respondenti spíše nezná význam skórovacích systémů, hodnotících škál používaných v ošetrovatelské péči.

Graf 10 Hodnotící škály a měřicí techniky součástí překladové zprávy



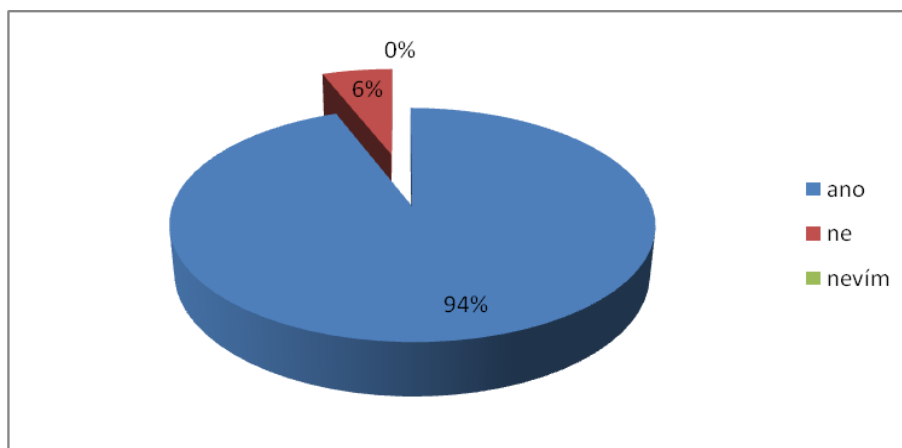
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů uvádí 68 (66 %), že hodnotící škály a měřicí techniky jsou součástí překladové zprávy, 23 (22 %) respondentů neví a 12 (12 %) respondentů uvádí, že hodnotící škály a měřicí techniky nejsou součástí překladové zprávy.

Graf 11 Využití skórovacích systémů a hodnotících škál na oddělení



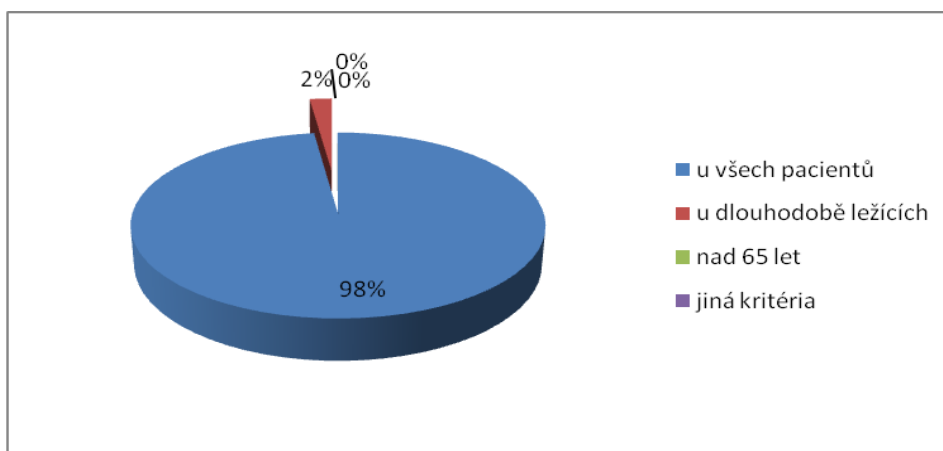
Z počtu 103 (100 %) odpovědí 1 (1 %) uvádí, že škály využívají pouze lékaři daného pracoviště, 57 (55 %) uvádí, že škály využívají pouze sestry daného pracoviště, 28 (27 %) uvádí, že škály využívají lékaři a sestry daného oddělení, 17 (17 %) uvádí, že výsledky skórovacích systémů a hodnotících škál nevyužívá nikdo.

Graf 12 Hodnocení soběstačnosti



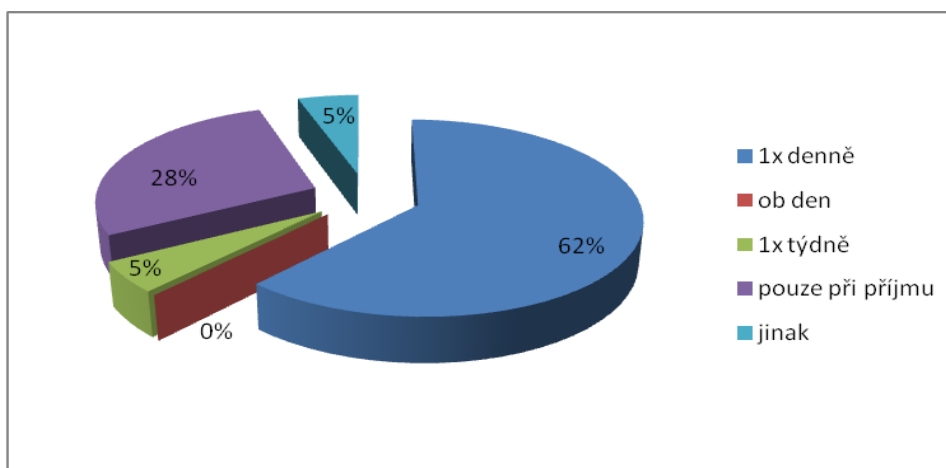
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 97 (94 %) respondentů sleduje soběstačnost pacientů, 6 (6 %) respondentů soběstačnost u pacientů nesleduje, 0 (0 %) respondentů uvádí, že neví, zda sledují soběstačnost pacientů.

Graf 13 Sledování hodnocení soběstačnosti



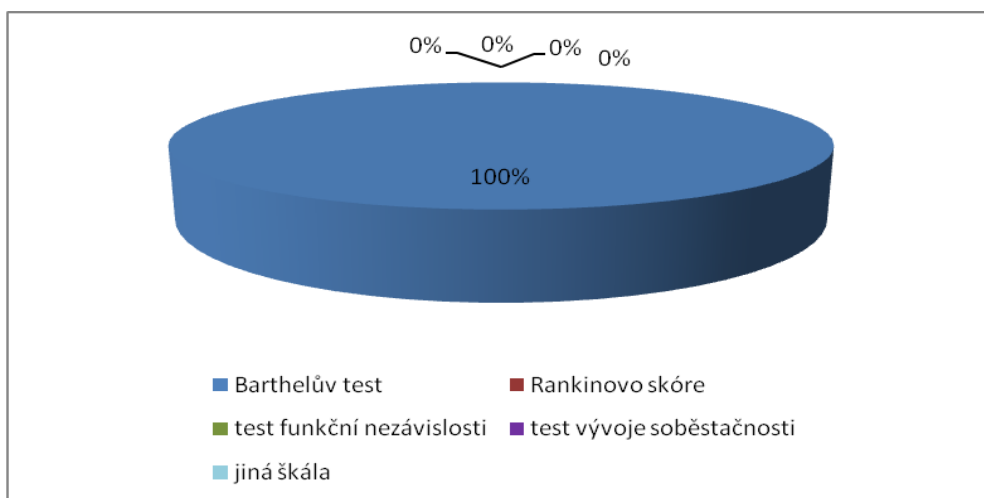
Z celkového počtu 97 (100 %) respondentů, kteří hodnotí soběstačnost 95 (98 %) uvádí, že soběstačnost sleduje u všech pacientů, 2 (2 %) respondentů uvádí, že soběstačnost sleduje u dlouhodobě ležících pacientů a 0 (0 %) respondentů uvádí, že soběstačnost sledují u pacientů nad 65 let nebo používají jiná kritéria.

Graf 14 Četnost hodnocení soběstačnosti



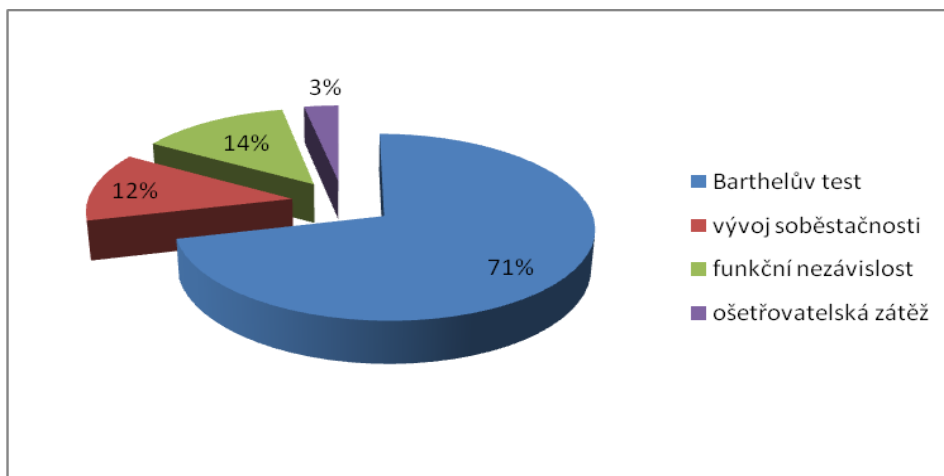
Z celkového počtu 97 (100 %) respondentů, kteří hodnotí soběstačnost 60 (62 %) uvádí, že soběstačnost hodnotí 1x denně, 0 (0 %) respondentů hodnotí ob den, 5 (5 %) respondentů hodnotí 1x týdně, 27 (28 %) respondentů uvádí hodnocení soběstačnosti pouze při příjmu pacienta a 5 (5 %) respondentů uvádí, že hodnocení soběstačnosti provádí jinak.

Graf 15 Škála hodnocení soběstačnosti



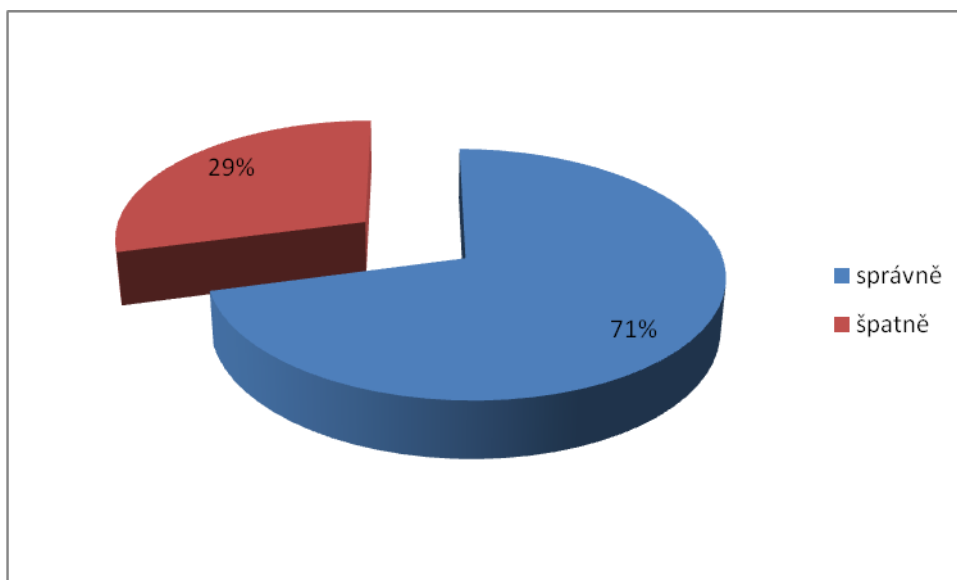
Z celkového počtu 97 (100 %) respondentů, kteří hodnotí soběstačnost, používá k hodnocení soběstačnosti 97 (100 %) Barthelův test. 0 (0 %).

Graf 16 ADL dle respondentů



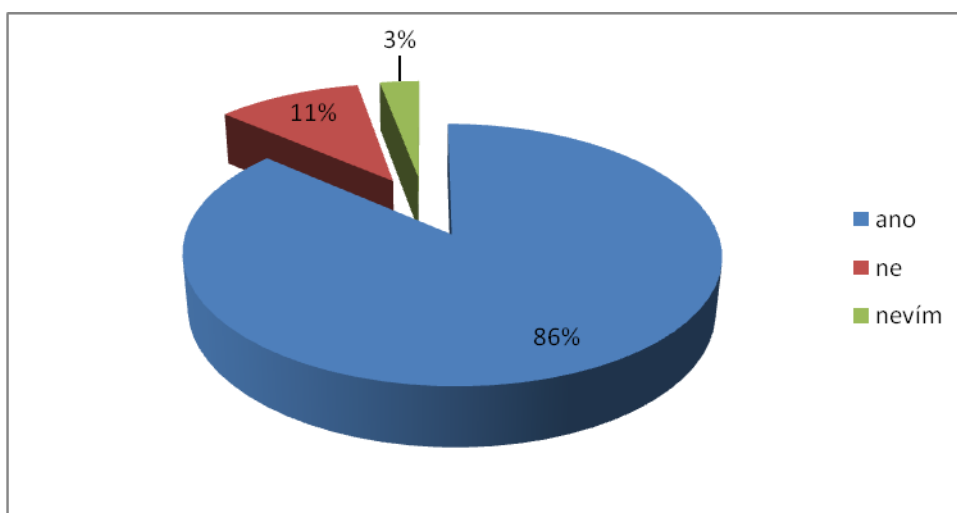
Z celkového počtu 97 (100 %) respondentů, kteří hodnotí soběstačnost, 69 (71 %) na znalostní otázku uvádí, že ADL vyjadřuje Barthelův test základních všedních činností, 12 (12 %) respondentů považuje ADL za vývoj soběstačnosti, 13 (14 %) ADL přiřazuje k hodnocení funkční nezávislosti a 3 (3 %) respondentů považuje ADL za test ošetřovatelské zátěže.

Graf 17 Správnost odpovědí (vztahující se ke grafu 16)



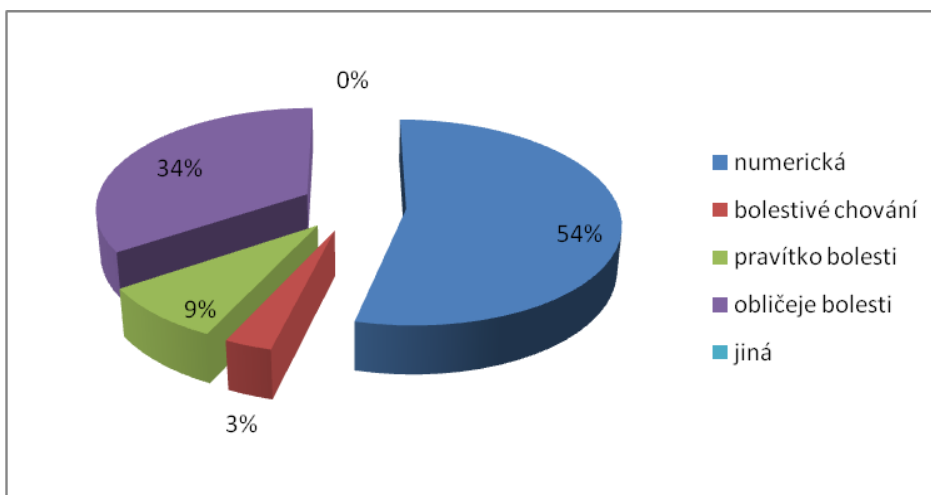
Z celkového počtu respondentů hodnotící soběstačnost 97 (100 %) odpovědělo na otázku co je ADL 73 (71 %) správně, 30 (29 %) respondentů odpovědělo špatně.

Graf 18 Hodnocení bolesti



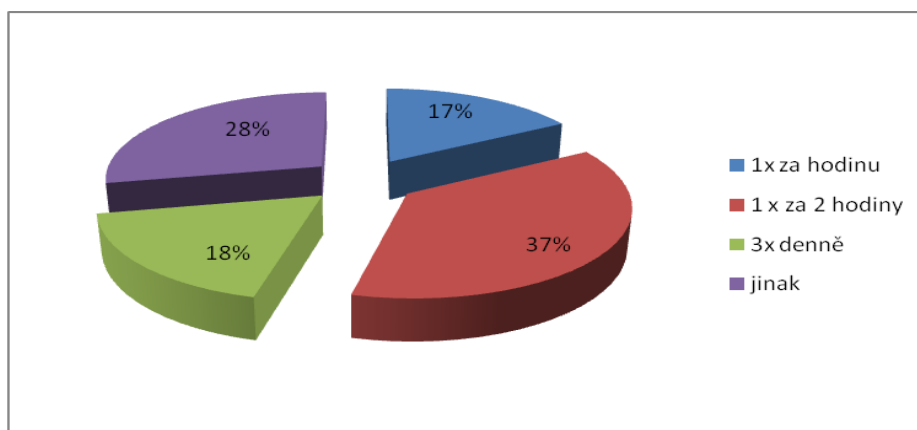
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 89 (86 %) uvádí, že u pacientů hodnotí bolest, 11 (11 %) respondentů uvádí, že bolest nehodnotí a 3 (3 %) neví, jestli hodnotí bolest.

Graf 19 Škála hodnocení bolesti



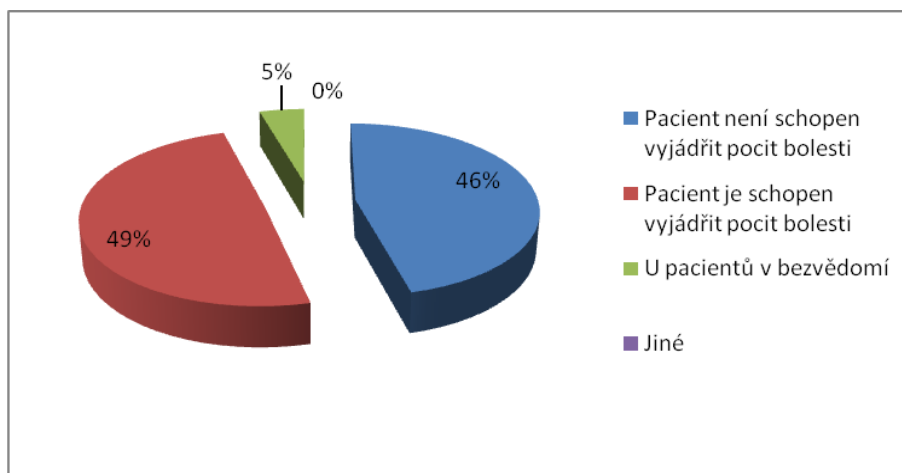
Z celkového počtu 128 (100 %) odpovědí 69 (54 %) uvádí, že používá numerickou škálu bolesti, 4 (3 %) používá škálu bolestivého chování, 11 (9 %) hodnotí bolest podle pravítka bolesti, 44 (34 %) hodnotí bolest podle škály obličejů bolesti a 0 (0 %) využívá jinou škálu pro hodnocení bolesti.

Graf 20 Četnost hodnocení bolesti



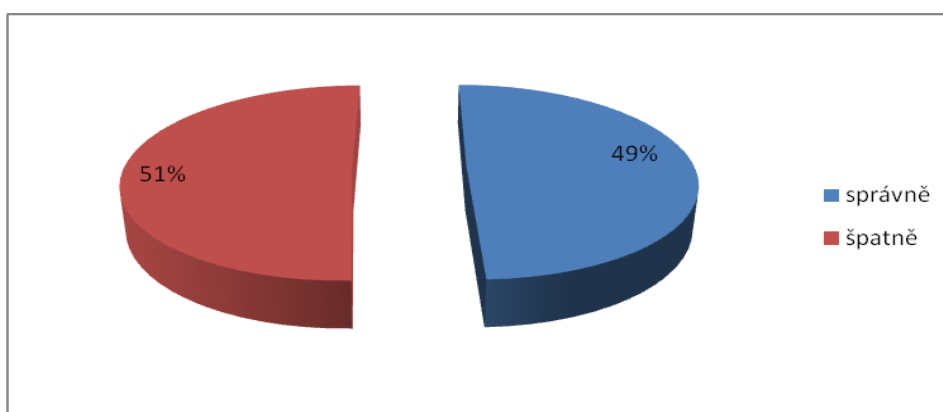
Z celkového počtu 89 (100 %) respondentů, kteří hodnotí bolest, 15 (17 %) uvádí, že hodnotí bolest 1 x za hodinu, 33 (37 %) respondentů hodnotí bolest 1 x za 2 hodiny, 16 (18 %) respondentů hodnotí bolest 3x denně a 25 (28 %) respondentů hodnotí bolest jinak.

Graf 21 Vizuelní desetistupňová škála



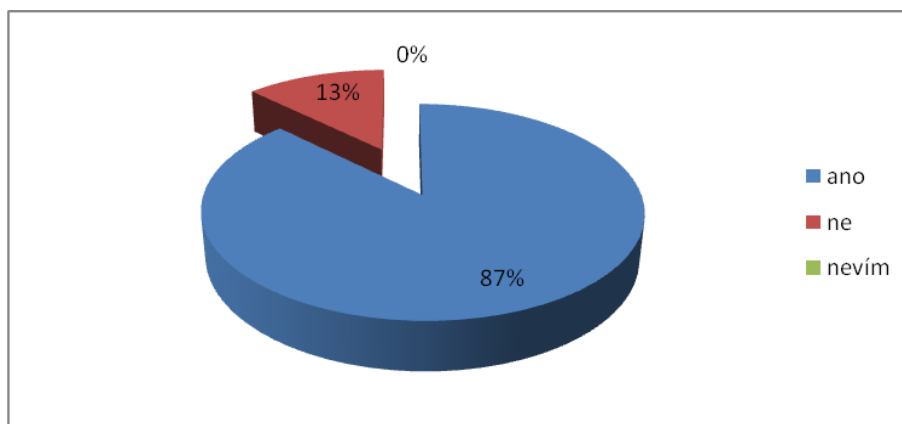
Z celkového počtu 89 (100 %) respondentů, kteří hodnotí bolest, jich na znalostní otázku 41 (46 %) uvádí, že sestra používá škálu v případě, že pacient není schopen vyjádřit pocit bolesti, 44 (49 %) respondentů uvádí, že sestra škálu používá u pacientů, kteří jsou schopni vyjádřit pocit bolesti, 4 (5 %) respondentů uvádí, že sestra škálu využívá u pacientů v bezvědomí a 0 (0 %) uvádí jiný důvod, kdy sestra využívá desetistupňovou škálu.

Graf 22 Správnost odpovědí (vztahující se ke grafu 21)



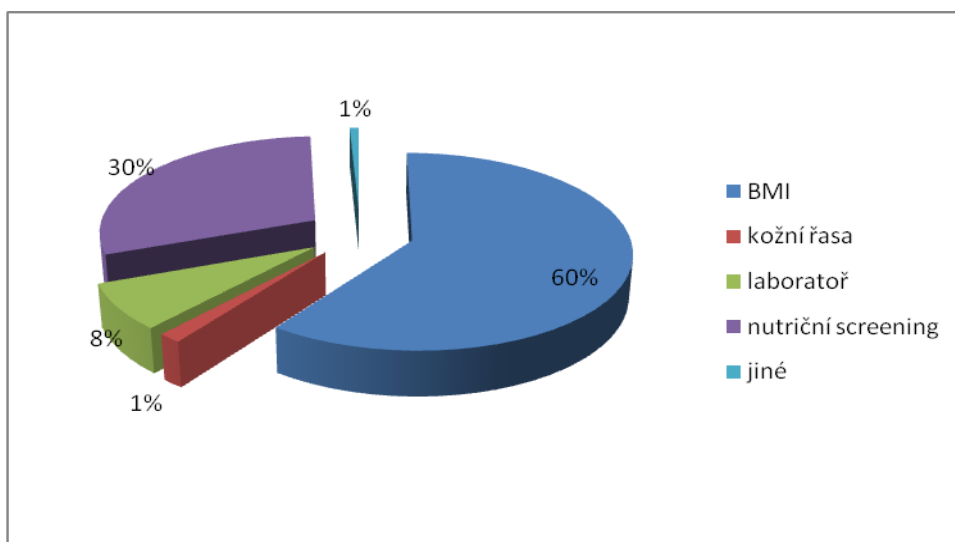
Z celkového počtu 89 (100 %) respondentů, kteří hodnotí bolest, 44 (49 %) odpovědělo na otázku, kdy sestra využívá vizuelní desetistupňovou škálu, správně, 45 (51 %) respondentů odpovědělo špatně.

Graf 23 Vstupní vyšetření stavu výživy



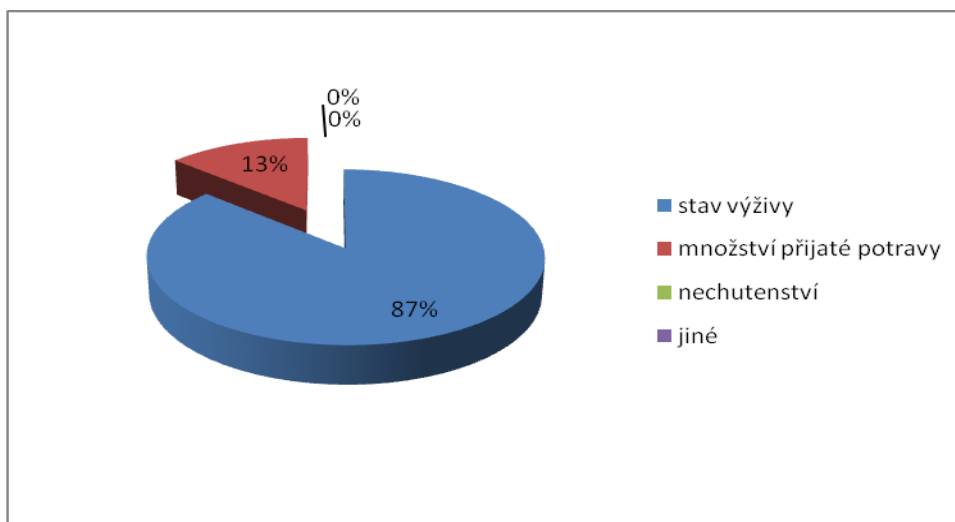
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 90 (87 %) provádí na pracovišti vstupní vyšetření stavu výživy, 13 (13 %) respondentů neprovádí na pracovišti vstupní vyšetření stavu výživy a 0 (0 %) respondentů uvádí, že neví, zda na pracovišti provádí vstupní vyšetření stavu výživy.

Graf 24 Hodnocení stavu výživy



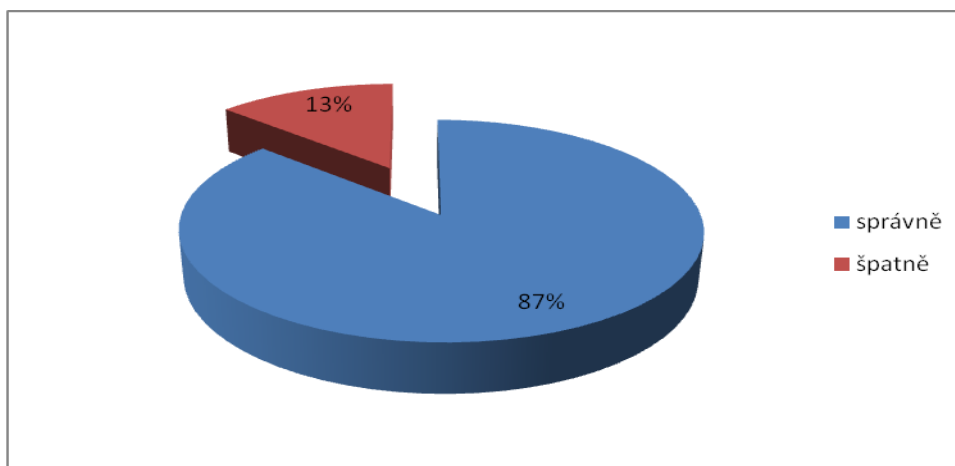
Z celkového počtu 130 (100 %) odpovědí hodnotí 78 (60 %) stav výživy dle BMI, 2 (1 %) dle kožní řasy, 10 (8 %) hodnotí stav výživy dle výsledků laboratoře, 39 (30 %) hodnotí dle nutričního screeningu a 1 (1 %) hodnotí stav výživy jinak.

Graf 25 Nutriční screening



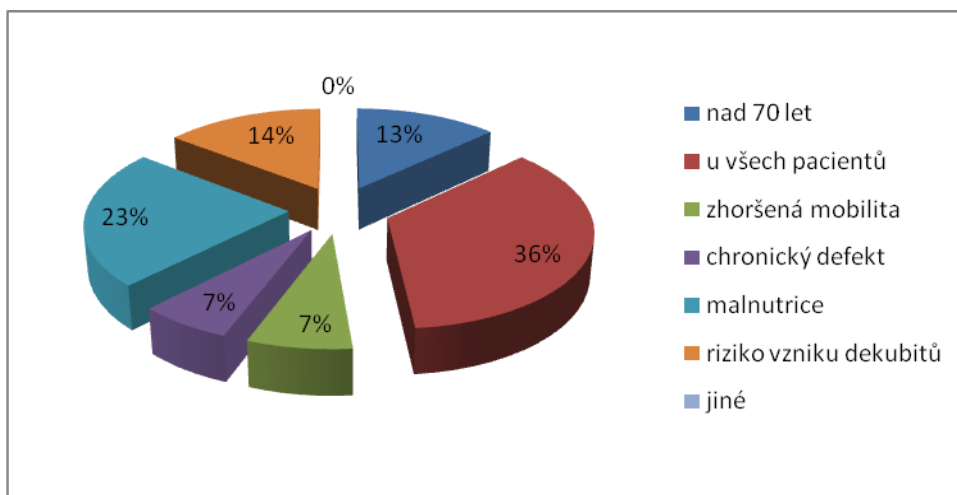
Z celkového počtu 90 (100 %) respondentů, kteří hodnotí stav výživy, odpovědělo 78 (87 %), že nutriční screening je stav výživy, 12 (13 %) respondentů označuje stav výživy jako množství přijaté potravy a 0 (0 %) respondentů uvádí nechutenství nebo jiné.

Graf 26 Správnost odpovědí (vztahující se ke grafu 25)



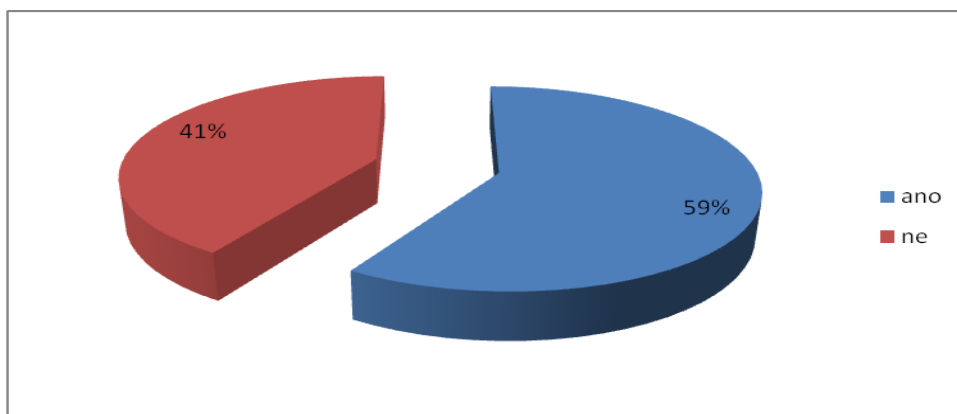
Z celkového počtu 90 (100 %) respondentů, kteří hodnotí stav výživy, odpovědělo na znalostní otázku, co znamená nutriční screening, 86 (83 %) správně , 12 (13 %) odpovědělo špatně.

Graf 27 Zavedení nutričního screeningu



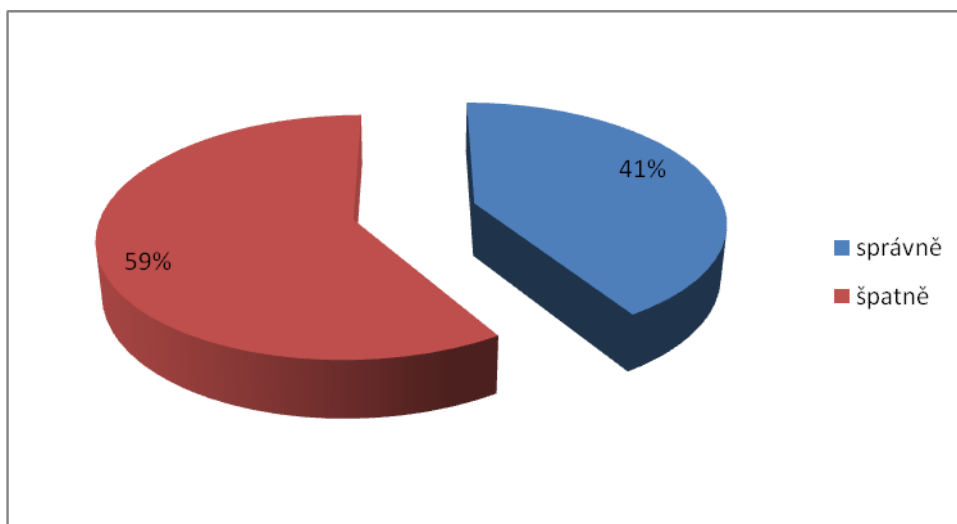
Z celkového počtu 132 (100 %) odpovědí uvádí 18 (13 %), že nutriční screening zavádí u pacientů nad 70 let věku, 49 (36 %) zavádí nutriční screening u všech pacientů, 10 (7 %) u pacientů se zhoršenou mobilitou, 9 (7 %) u pacientů s chronickým defektem, 32 (23 %) zavádí nutriční screening u pacientů s malnutricí, 20 (14 %) uvádí riziko vzniku dekubitů a 0 (0 %) uvádí jiné.

Graf 28 Hodnocení psychiky jako součást nutričního screeningu



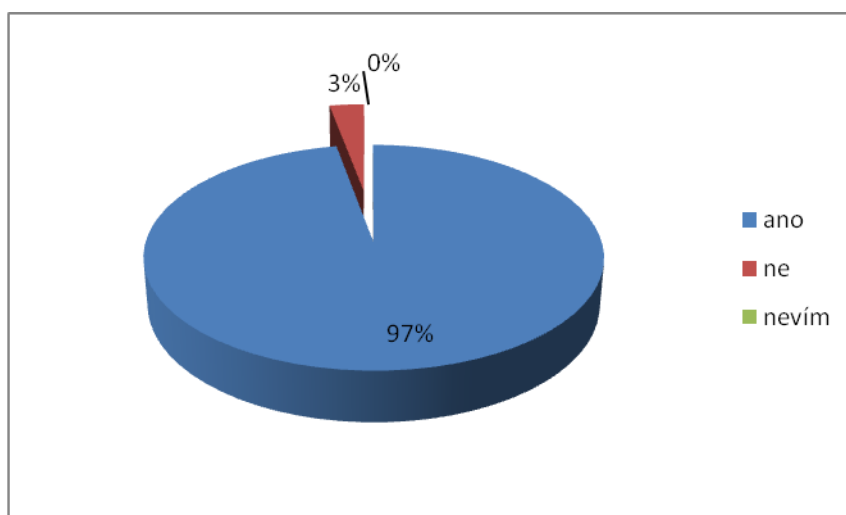
Z celkového počtu 90 (100 %) respondentů, kteří hodnotí stav výživy, uvádí 53 (59 %), že hodnocení psychiky je součástí nutričního screeningu, 37 (41 %) respondentů uvádí, že hodnocení psychiky není součástí nutričního screeningu.

Graf 29 Správnost odpovědí (vztahujících se ke grafu 28)



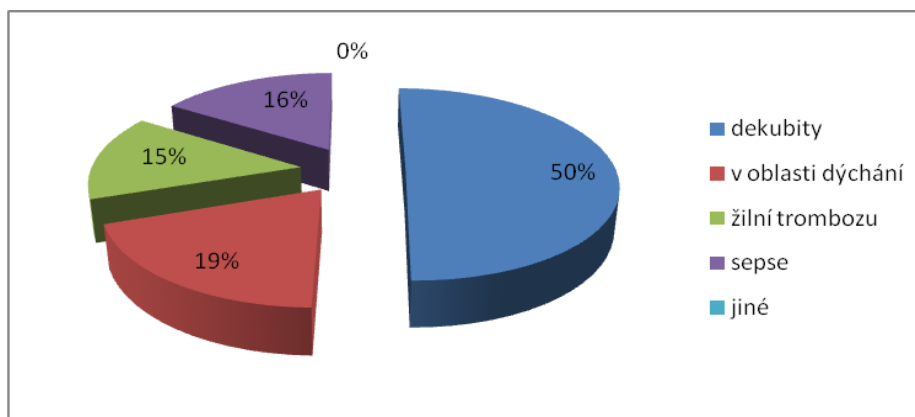
Z celkového počtu 90 (100 %) respondentů, kteří hodnotí stav výživy, uvádí 37 (41 %) správnou odpověď na znalostní otázku, zda je hodnocení psychiky součástí nutričního screeningu, a 53 (59 %) respondentů uvádí špatnou odpověď.

Graf 30 Hodnocení vzniku komplikací



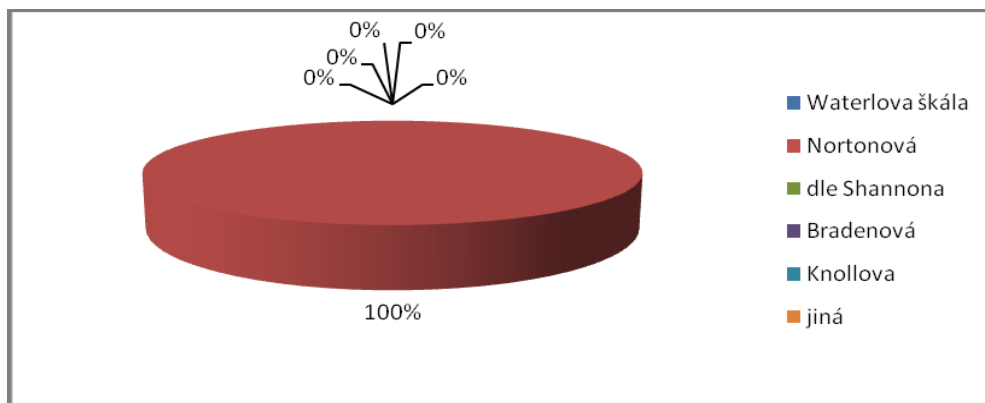
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 100 (97 %) uvádí, že hodnotí na oddělení vznik komplikací, 3 (3 %) respondentů na oddělení nehodnotí vznik komplikací a 0 (0 %) respondentů uvádí, že neví, zda hodnotí na oddělení vznik komplikací.

Graf 31 Hodnocení komplikací dle rizikových oblastí



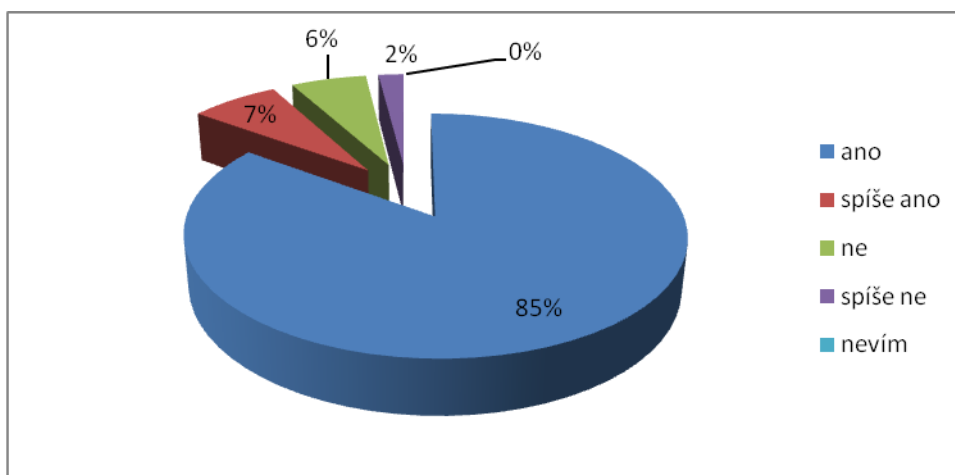
Z celkového počtu 201 (100 %) odpovědí hodnotí 101 (50 %) riziko dekubitů, 39 (19 %) hodnotí riziko v oblasti dýchání, 29 (15 %) hodnotí riziko vzniku žilní trombozy, 6 (32 %) hodnotí riziko sepse a 0 (0 %) hodnotí jiná rizika.

Graf 32 Škála pro hodnocení vzniku dekubitů



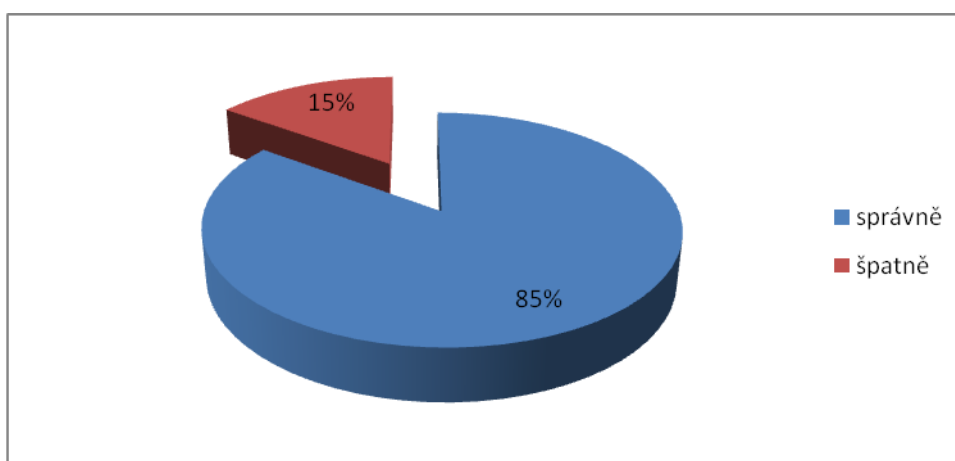
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů, kteří hodnotí riziko komplikací, hodnotí riziko vzniku dekubitů podle rozšířené stupnice dle Nortonové, 0 (0 %) respondentů využívá Waterlovu škálu, škálu rizika vzniku proleženin dle Shannona, stupnici dle Bradenové, Knollovu stupnici náchylnosti k proleženinám nebo jinou škálu hodnocení rizika vzniku dekubitů.

Graf 33 Kontinence pacienta jako součást vzniku dekubitů



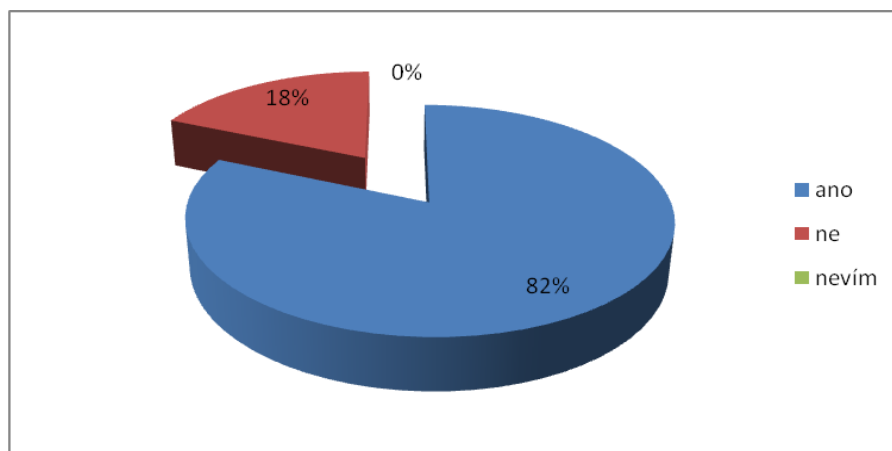
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů, kteří hodnotí riziko komplikací, 85 (85 %) uvádí kontinenci pacienta jako součást rizika vzniku dekubitů, 7 (7 %) respondentů odpovídá spíše ano, 6 (6 %) respondentů nepovažuje kontinenci pacienta za součást rizika vzniku dekubitů, 2 (2 %) respondentů uvádí spíše ne a 0 (0 %) respondentů neví, zda je kontinence pacienta součástí rizika vzniku dekubitů.

Graf 34 Správnost odpovědí (vztahující se ke grafu 33)



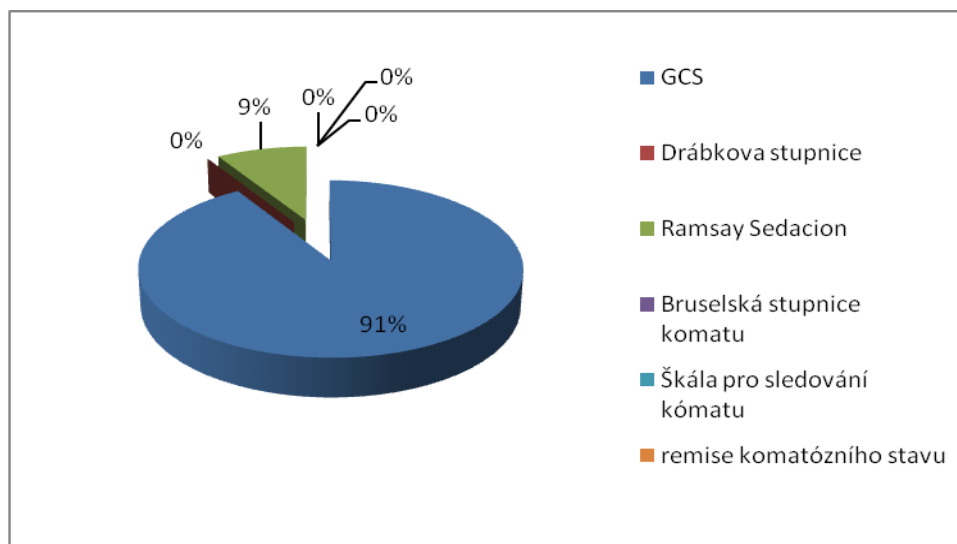
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů, kteří hodnotí riziko komplikací, 85 (85 %) uvádí správnou odpověď na znalostní otázku, zda kontinence pacienta je součástí rizika vzniku dekubitů, 15 (15 %) respondentů uvádí špatnou odpověď.

Graf 35 Hodnocení vědomí



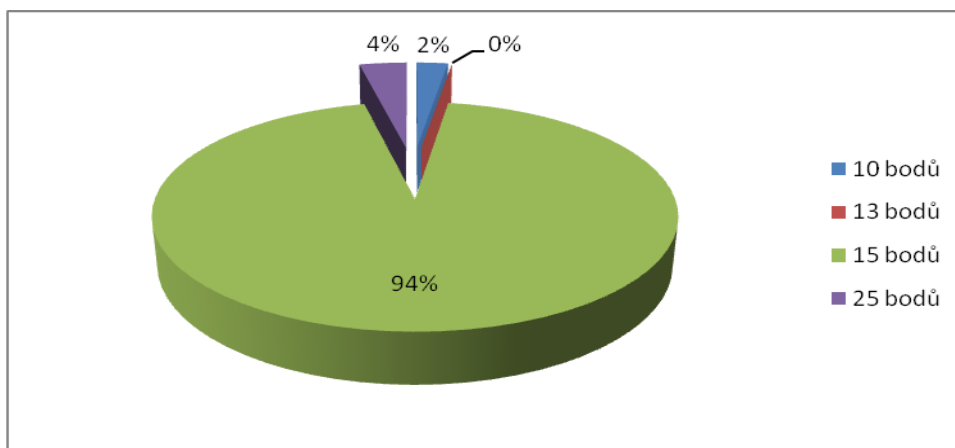
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 84 (82 %) hodnotí stav vědomí, 19 (18 %) respondentů stav vědomí nehodnotí, 0 (0 %) respondentů neví, zda hodnotí stav vědomí.

Graf 36 Škály používané pro stav vědomí



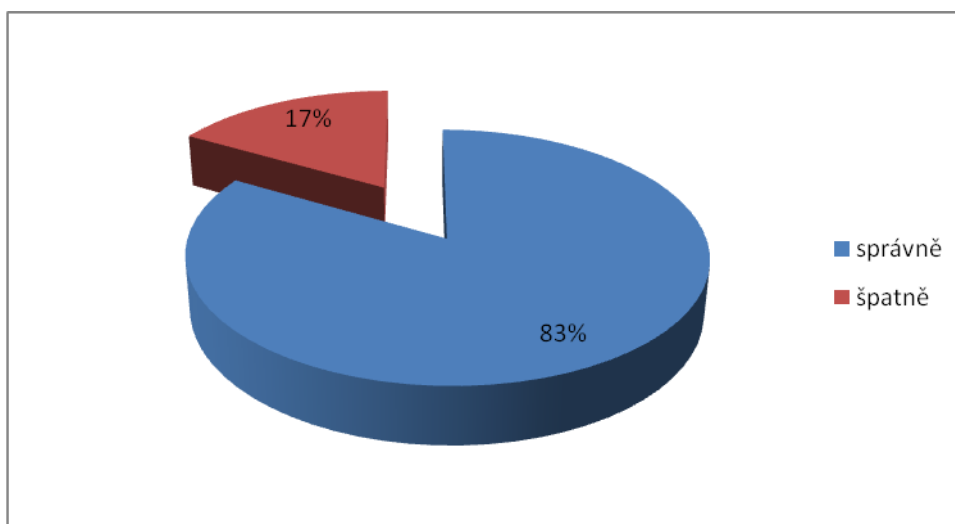
Z celkového počtu 92 (100 %) odpovědí 84 (91 %) používá pro hodnocení stavu vědomí GCS, 8 (9 %) používá Ramsay Sedation Scale a 0 (0 %) používá k hodnocení stavu vědomí Drábkovu stupnici, Bruselskou stupnici komatu, škálu remise komatózního stavu.

Graf 37 Normální stav GCS



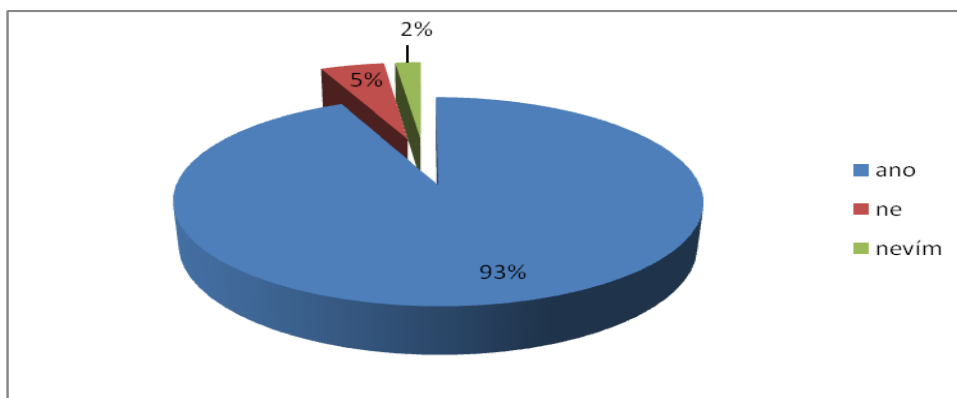
Z celkového počtu 84 (100 %) respondentů, kteří hodnotí stav vědomí, 2 (2 %) považuje za normální stav při hodnocení GCS 10 bodů, 0 (0 %) respondentů uvádí hodnotu 13 bodů, 79 (94 %) respondentů uvádí normální hodnotu GCS 15 bodů, 3 (4 %) respondentů považuje normální hodnotu GCS při 25 bodech.

Graf 38 Správnost odpovědí (vztahující se ke grafu 37)



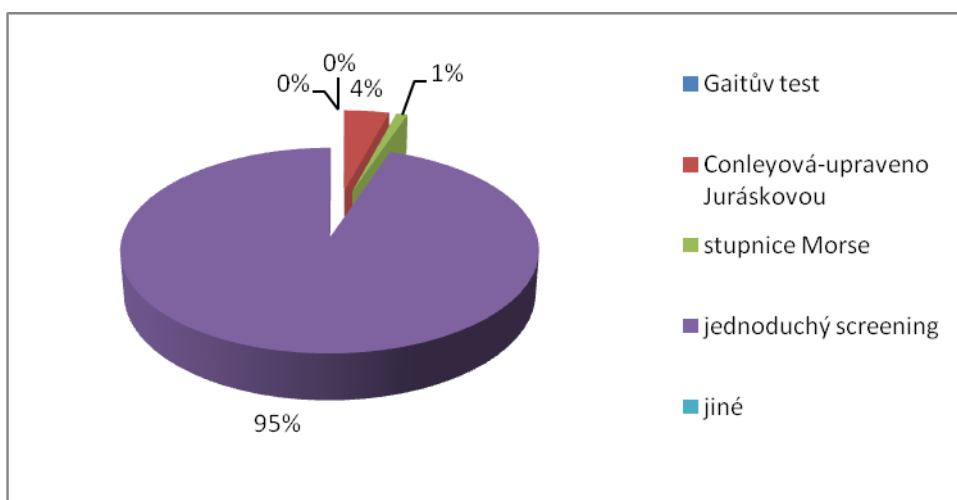
Z celkového počtu 84 (100 %) respondentů, kteří hodnotí stav vědomí, na znalostní otázku 70 (83 %) uvádí správnou odpověď na normální hodnotu při hodnocení stavu vědomí pomocí škály GCS a 14 (17 %) respondentů uvádí špatnou odpověď.

Graf 39 Hodnocení rizika pádů



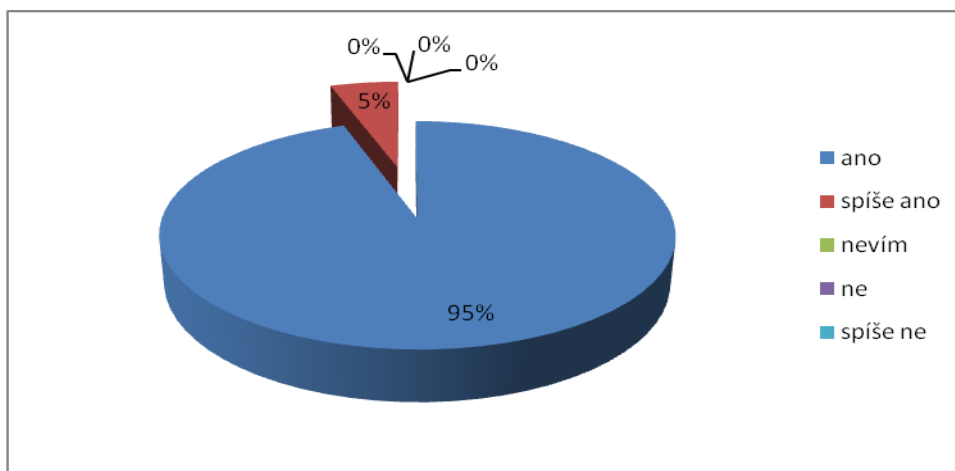
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 96 (93 %) uvádí, že na oddělení hodnotí riziko pádu, 5 (5 %) respondentů riziko pádu na oddělení nehodnotí, 2 (2 %) respondentů neví, zda na oddělení hodnotí rizika pádu.

Graf 40 Škála hodnocení rizika pádu



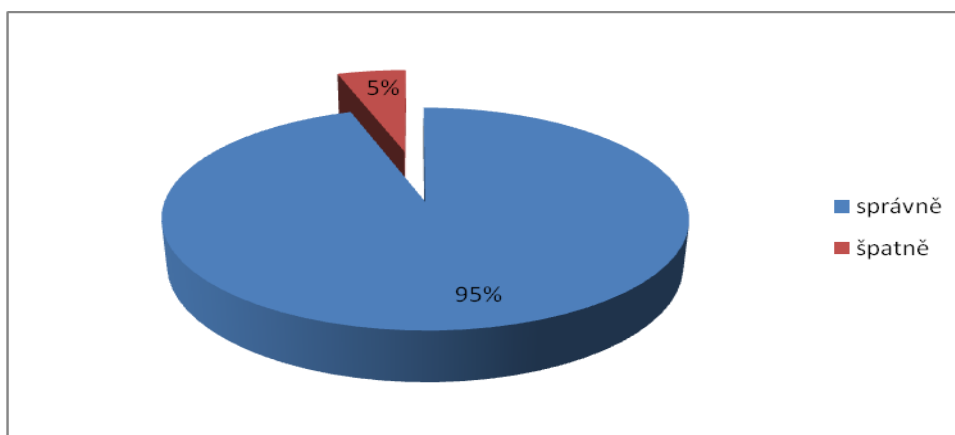
Z celkového počtu 96 (100 %) odpovědí 0 (0 %) využívá k hodnocení rizika pádu Gaitův funkční test, 4 (4 %) hodnotí riziko pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou 2006), 1 (1 %) hodnotí riziko pádu dle stupnice Morse, 91 (95 %) využívá k hodnocení rizika pádu jednoduchý screening pro určení rizika pádu, 0 (0 %) využívá jinou škálu k hodnocení rizika pádu.

Graf 41 Dezorientace, demence, deprese důležitý údaj pro hodnocení rizika pádů



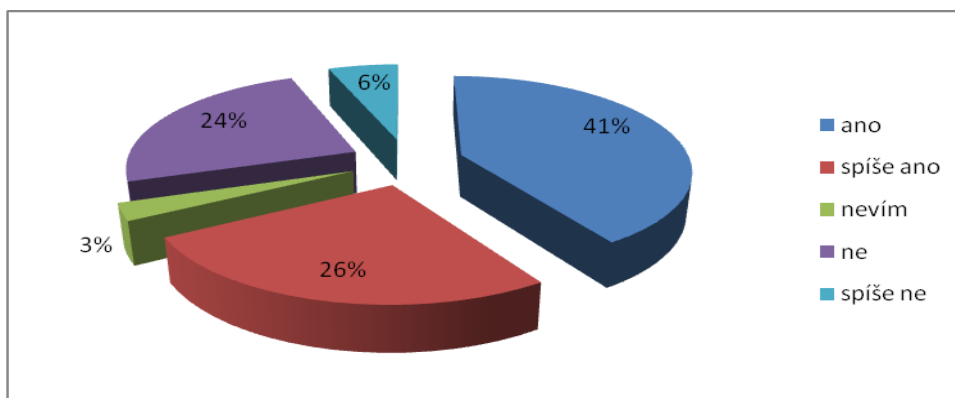
Z celkového počtu 96 (100 %) respondentů, kteří hodnotí riziko pádů, 91 (95 %) respondentů považuje za důležitý údaj dezorientaci, demenci a deprese pro hodnocení rizika pádu, 5 (5 %) respondentů uvádí spíše ano a 0 (0 %) respondentů uvádí, že neví, nehodnotí nebo spíše neví, zda dezorientace, demence a deprese jsou důležitými údaji pro hodnocení rizika pádu.

Graf 42 Správnost odpovědí (vztahující se ke grafu 41)



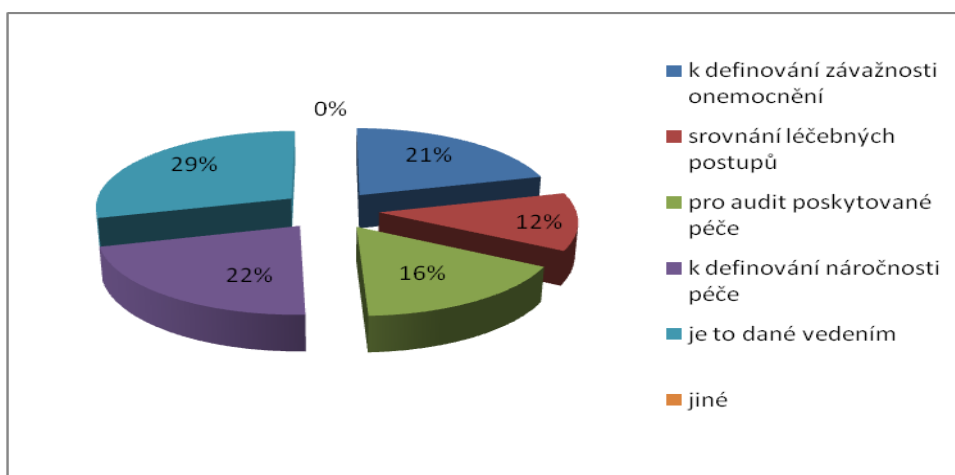
Z celkového počtu 96 (100 %) respondentů, kteří hodnotí riziko pádů, 91 (95 %) odpovědělo na znalostní otázku, zda dezorientace, demence a deprese jsou důležitými údaji pro hodnocení rizika pádu správně, 5 (5 %) respondentů odpovědělo špatně.

Graf 43 Skórovací systémy a hodnotící škály přínosem pro sestry



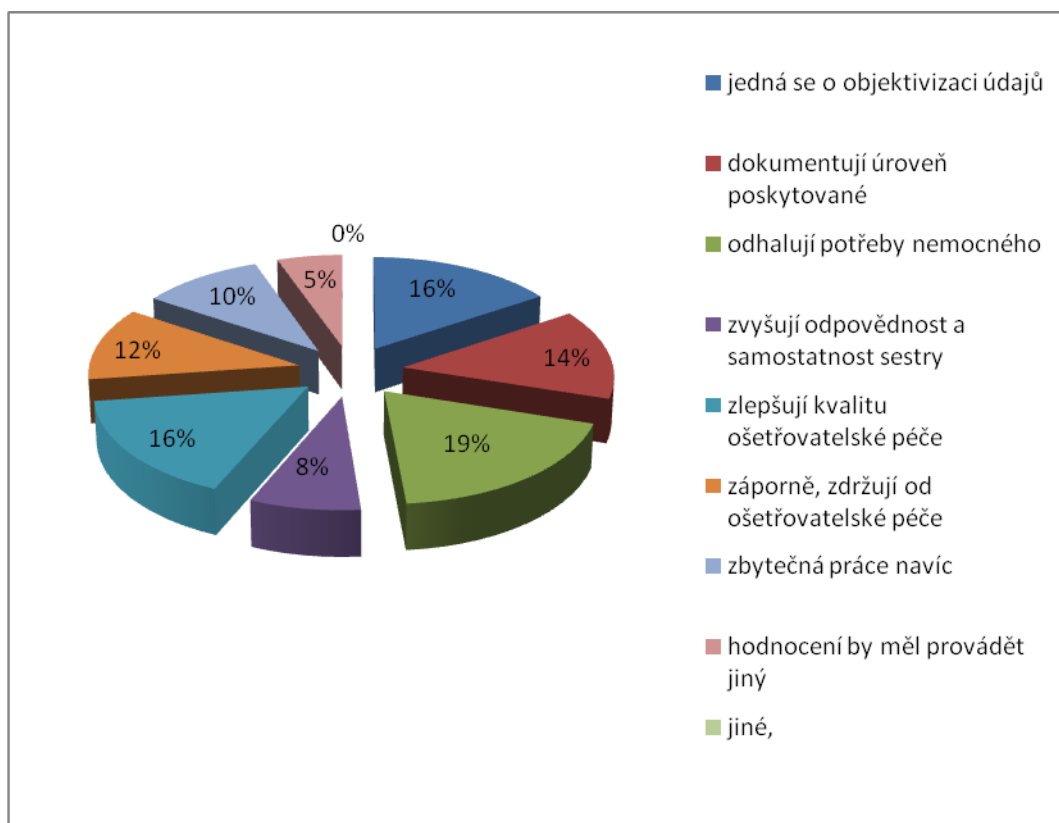
Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 42 (41 %) uvádí, že skórovací systémy a hodnotící škály jsou přínosem pro sestry, 27 (26 %) respondentů uvádí spíše ano, 3 (3 %) respondentů neví, 25 (24 %) respondentů uvádí, že skórovací systémy a hodnotící škály nejsou přínosem pro sestry, 6 (6 %) respondentů uvádí na otázku možnost spíše ne.

Graf 44 Účel skórovacích systémů a hodnotících škál



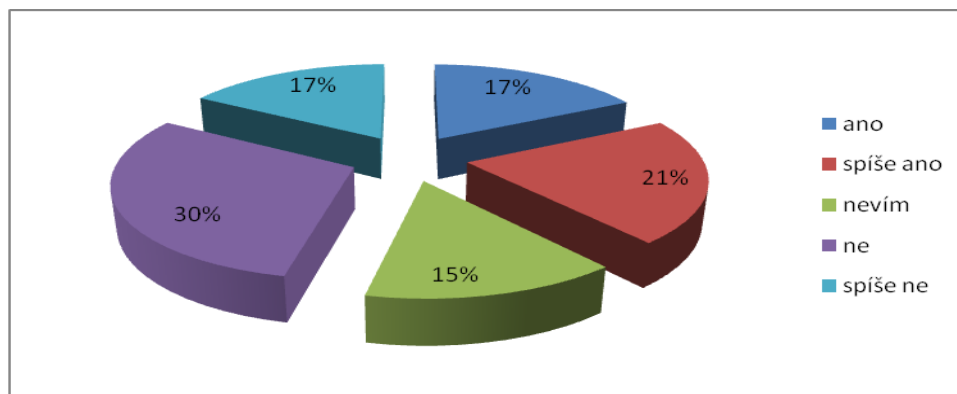
Z celkového počtu 158 (100 %) odpovědí 33 (21 %) používá škály za účelem definování závažnosti onemocnění, 19 (12 %) jako prostředek umožňující srovnání léčebných postupů 26 (16 %) provádí hodnocení skórovacích systémů a hodnotících škál pro audit poskytované péče, 34 (21 %) k definování náročnosti péče, 46 (29 %) uvádí, že hodnotí škály proto, že je to dané vedením a 0 (0 %) uvádí jiné.

Graf 45 Škály v ošetrovateľskej praxi



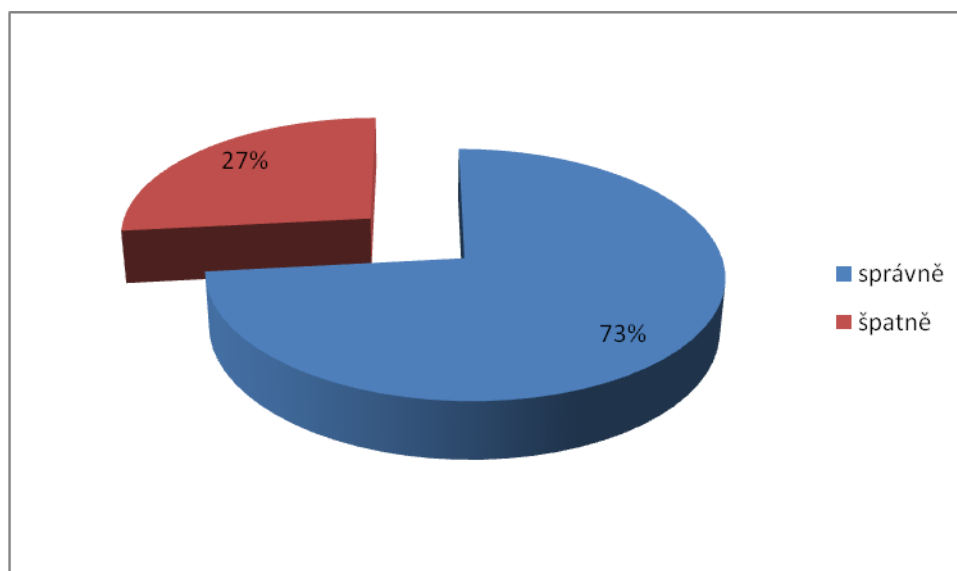
Z počtu 294 (100 %) odpovedí 46 (16 %) uvádí, že se jedná o objektivizaci údajů, 42 (14 %) dokumentují úroveň poskytované péče, 55 (19 %) uvádí, že odhalují potřeby nemocného, 23 (8 %) uvádí zvýšení odpovědnosti a samostatnosti sester, 48 (16 %) zlepšují kvalitu ošetrovateľskej péče, 34 (12 %) uvádí, že zdržujú od ošetrovateľskej péče, 10 (10 %) uvádí, že se jedná o zbytečnou práci navíc, 16 (5 %) uvádí, že hodnotení by měl provádět někdo jiný a 0 (0 %) uvádí jiné.

Graf 46 Seminář nebo přednáška na téma hodnotící techniky v ošetrovatelské praxi na JIP



Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů 18 (17 %) by uvítala seminář nebo přednášku, 22 (21 %) respondentů by přednášku uvítala spíše, 15 (15 %) respondentů neví, zda by přednášku uvítala, 31 (30 %) respondentů by neuvítala přednášku nebo seminář a 17 (17 %) respondentů by spíše neuvítala seminář nebo přednášku na téma hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské péči na JIP.

Graf 47 Správnost znalostních otázek



Z celkového počtu 652 (100 %) odpovědí odpovědělo na znalostní otázku 478 (73 %) správně, nesprávných odpovědí bylo 174 (27 %).

5. Diskuze

Ve většině zdravotnických zařízení jsou důležitou složkou zdravotnické dokumentace skórovací systémy a hodnotící škály, které odhalují potřeby pacienta a přinášejí objektivizaci údajů k zajištění kvalitní individualizované péče. V této práci na téma Skórovací systémy v intenzivní péči byly stanoveny dva cíle a tři hypotézy.

Z identifikačních otázek vyplynulo, že z celkového počtu 103 respondentů je nejpočetnější věkovou skupinu 19–30 let, druhou nejpočetnější věkovou skupinu tvoří respondenti ve věku 31–40 let (viz graf 1). Z grafu vyplývá, že na oddělení intenzivní péče pracují převážně respondenti do věku 40 let. Při odborné praxi, kterou jsem měla možnost absolvovat ve výše uvedené fakultní nemocnici právě na oddělení intenzivní péče, jsem poznala, jak je práce na specializovaných pracovištích náročná. Vyžaduje fyzickou i psychickou odolnost a výbornou znalost přístrojové techniky. Vzhledem k tomu, že pokrok v medicíně jde neuvěřitelně rychle dopředu, je nutné reagovat na každou změnu, kterou je potřeba zavést do praxe. Domníváme se, že tomu odpovídá složení věkové skupiny respondentů pracujících v intenzivní péči.

Nejpočetnější skupinu, co se týče dosaženého vzdělání v oboru, tvoří respondenti se středoškolským vzděláním. Respondenti s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským bakalářským vzděláním tvoří 18% skupinu, nejmenší skupinu tvoří respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním (viz graf 2). Specializaci v oboru uvádí 42 % respondentů (viz graf 3). Z grafu 2 a 3 vyplývá, že na oddělení intenzivní péče pracuje nadpoloviční většina respondentů, která nemá rozšířené své vzdělání v oboru působnosti. Podle Kapounové (11) je povolání sestry natolik zodpovědné, že vyžaduje celoživotní vzdělávání. Farkašová (8) uvádí, že vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči může vykonávat všeobecná sestra, která získala způsobilost k výkonu povolání a specializační vzdělání ukončila úspěšnou atestační zkouškou. Její tvrzení je podloženo legislativou, Vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (7).

Jak je z grafu 5 patrné, na vybraných odděleních intenzivní péče pracuje víc jak polovina respondentů s praxí do 15 let. Respondenti uvádí, že nejčastěji využívaným systémem ošetrovatelské péče je skupinová péče. Primární, nebo jinou péči využívá menší počet respondentů (viz graf 6). Farkašová charakterizuje primární ošetrovatelskou péči jako péči individualizovanou, poskytovanou přidělenou sestrou během hospitalizace pacienta (8). Systém primárních sester není v našich nemocnicích, vzhledem k personálnímu obsazení, příliš rozšířen.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat skórovací systémy v intenzivní péči. K tomuto cíli byla stanovena i hypotéza, která předpokládá, že sestra používá skórovací systémy a hodnotící škály. K hypotéze byly směřovány v dotazníku otázky 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17. Z výsledků vyplývá, že všichni dotázaní respondenti používají na svém pracovišti skórovací systémy a hodnotící škály (viz graf 7). V grafu 8 jsme zjišťovali, jaké skórovací systémy a hodnotící škály používají respondenti na svém oddělení. Otázku bylo možné zodpovědět více odpověďmi. Z grafu vyplývá, že největší počet respondentů hodnotí na oddělení intenzivní péče soběstačnost, pády a bolest. Hodnocení nutričního stavu je dokonce procentuálně vyšší, než hodnocení vzniku komplikací. Tento stav si vysvětlujeme tak, že respondenti nezahrnuli do hodnocení vzniku komplikací i hodnocení dekubitů, které pro imobilní a nespolupracující pacienty představují velmi velké riziko. Graf 10 znázorňuje, jestli jsou hodnotící a měřící techniky součástí překladové zprávy. Kladně se vyjádřila nadpoloviční většina respondentů. Skórovací systémy a hodnotící škály na oddělení intenzivní péče převážně využívají sestry a lékaři daného pracoviště. 17 % respondentů uvádí, že skórovací systémy a hodnotící škály nevyužívá nikdo (viz graf 11). Je překvapující, že ostatní členové zdravotnického týmu, jako jsou nutriční terapeuti nebo rehabilitační pracovníci, kteří jsou nedílnou součástí ošetrovatelské péče o nemocného, nepoužívají ke své práci výsledky měřících a hodnotících škál vyhodnocených sestrou.

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že 94 % dotázaných respondentů sleduje soběstačnost nemocných. Převážná většina respondentů tuto soběstačnost sleduje u všech pacientů (viz graf 12, 13). Soběstačnost respondenti hodnotí z 62 % jedenkrát

denně. Zarážející je údaj 28 %, kdy respondenti uvádějí hodnocení soběstačnosti pacienta pouze při příjmu pacienta na oddělení (viz graf 14). Jak uvádí Trachtová (30), soběstačností rozumíme míru samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit. Podle Šamánkové (26) pravidelné sledování a analýza rozvoje nebo zániku určitých komponent v soběstačnosti pacienta pomáhá v hodnocení jeho stavu a v plánování další lékařské i ošetrovatelské péče. Domníváme se, že hodnocení soběstačnosti pacienta pouze při příjmu je nedostačující. Z grafu 15 vyplývá, že dotázaní respondenti používají na oddělení intenzivní péče k hodnocení soběstačnosti pouze Barthelův test základních všedních činností ADL (Activity Daily Living).

V otázce číslo 13 jsme zjišťovali, zda respondenti používají na oddělení hodnocení bolesti, jakou škálu hodnocení bolesti používají a jak často bolest hodnotí (viz graf 18,19,20). Z grafu 18 vyplývá, že 14 % respondentů nehodnotí nebo neví, zda hodnotí bolest. McGonigle (14) uvádí, že zdravotnická zařízení musí mít standardy a pracovní postupy pro hodnocení bolesti. Každý by měl mít možnost do těchto postupů nahlédnout a připomenout si, jaké screeningové nástroje se používají, jak často se bolest hodnotí a jaká intenzita bolesti vyžaduje nové zhodnocení a provedení určité intervence. Vlasáková (31) popisuje, kdy je třeba bolest hodnotit. K hodnocení bolesti by se mělo přistupovat kdykoliv, pokud sestra nebo lékař zjistí nějaký projev bolesti, jestliže bolest může předpokládat z anamnézy, nebo pokud plánuje bolestivý výkon. Dále uvádí, že: „Bolest je nepříjemný subjektivní prožitek a existuje vždy, kdy nemocný verbálně nebo neverbálně vyjadřuje její přítomnost“ (str. 90).

Respondenti, kteří hodnotí bolest, nejčastěji používají numerickou škálu bolesti a škálu obličejů bolesti. 86 % respondentů bolest zaznamená do záznamu bolesti. Vlasáková (31) popisuje rozdíl mezi verbálními, neverbálními a vizuálními škálami při hodnocení bolesti. Verbální a vizuální škály k měření intenzity bolesti je vhodné používat u pacientů, kteří jsou schopni vyjádřit pocit bolesti, např. na číselné stupnici, od slabé až po snesitelnou. Neverbální škály sestra používá ke sledování neverbálních projevů pacienta, především u pacientů s poruchou vědomí a u starých lidí. Údaje o používání hodnotících škál pro monitoraci bolesti ukazují, jak je tato problematika důležitá.

Z grafu 19 vyplývá, že na oddělení intenzivní péče jsou využity jak verbální, tak neverbální škály hodnocení intenzity bolesti. Bolest respondenti nejčastěji hodnotí jedenkrát za dvě hodiny, jiné hodnocení bolesti uvádí 28% respondentů (viz graf 20). V dotazníku měli respondenti místo pro doplnění poznámek, jaké jiné hodnocení bolesti na oddělení používají. Nejčastější poznámkou se vyskytlo hodnocení dle potřeby pacienta nebo hodnocení bolesti jedenkrát denně.

Otázkou 14 jsme zjistili, že 87 % respondentů na svém pracovišti provádí vstupní vyšetření stavu výživy (viz graf 23), z toho 36 % respondentů stav výživy provádí u všech pacientů a 23% respondentů u pacientů s malnutricí (viz graf 26). Mezi další možnosti hodnocení stavu výživy pacienta byla zařazena zhoršená mobilita pacienta, chronický defekt nebo riziko vzniku dekubitů. Kapounová (11) uvádí, že by měla být zavedena standardizovaná nutriční péče v každé nemocnici, včetně vstupního vyšetření stavu výživy pacienta. Stav výživy hodnotí 60 % respondentů podle BMI, pouze 30 % respondentů hodnotí výživu pacienta podle nutričního screeningu. Minimální počet respondentů hodnotí stav výživy měřením kožní řasy nebo hodnotí výživu dle laboratorního vyšetření (viz graf 24). Kapounová (11) ve své knize popisuje, jaká vyšetření lze použít pro posouzení stavu výživy pacienta. Jedná se především o výživovou anamnézu, která je odebrána přímo od pacienta nebo od jeho rodinných příslušníků. Mezi důležité ukazatele stavu výživy patří hodnota BMI, kterou lze vypočítat z údajů hmotnosti a výšky pacienta. Metodou měření kožních řas je možné zhodnotit podíl tělesného tuku a netukové tělesné hmoty. Laboratorním vyšetřením odpadu kreatininu za 24 hodin lze celkem přesně zjistit množství svalové hmoty.

Otázkou 15 jsme zjišťovali, kolik respondentů používá na svém pracovišti hodnocení vzniku komplikací (viz graf 30). Jak vyplývá z grafu, většina respondentů vznik komplikací na oddělení intenzivní péče používá. Největší počet odpovědí respondentů hodnotí riziko vzniku dekubitů, 19 % odpovědí respondentů hodnotí riziko v oblasti dýchání, hodnocení žilní trombózy uvedlo 15 % respondentů a 16 % respondentů hodnotí riziko sepse (viz graf 31). Šamánková (26) uvádí, že nejúčinnější léčbou dekubitů je jejich prevence. Shromážděním veškerých dostupných informací a jejich

vyhodnocením bychom měli stanovit, do jaké míry je pacient rizikový. Pacienta hodnotíme po přijetí na oddělení a při změně jednoho z faktorů vyhodnocení rizika dekubitů. Jinak se hodnocení rizika dekubitů provádí pravidelně jedenkrát týdně. Z výsledků výzkumného šetření jsme zjistili, že respondenti na oddělení intenzivní péče vybraných odděleních používají pouze nejznámější a nejjednodušší tabulku pro vyhodnocení rizika dekubitů, stupnici dle Nortonové (viz graf 32). Hodnocení se týká oblasti fyzického stavu pacienta, stavu vědomí, aktivity, pohyblivosti a inkontinence.

Otázka 16 nám potvrdila, že respondenti hodnotí stav vědomí pacienta (viz graf 35). Z tohoto počtu 91 % respondentů (viz graf 36) k tomuto hodnocení používá Glasgowskou stupnici hodnocení vědomí. Jedná se o nejobektivnější metodu hodnocení vědomí, jež může být u lůžka pacienta provedeno. Hodnotí se kategorie otevírání očí, nejlepší verbální a motorická odpověď pacienta.

Problematiku hodnocení rizika pádu na pracovišti zodpovídá otázka 17. Riziko pádu hodnotí 93 % respondentů (viz graf 39) a z celkového počtu odpovědí respondentů jich 95 % k hodnocení používá jednoduchý screening pro určení rizika pádu (viz graf 40). Tento fakt si vysvětlujeme tak, že na oddělení intenzivní péče jsou hospitalizováni pacienti ve velmi závažném stavu, kdy většinou nejde s pacientem komunikovat. Proto sestry využívají na oddělení převážně jednoduchý screening pro určení rizika pádu, protože je založen na objektivním pozorování sestry.

Druhým cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, zda sestra umí používat měřicí a hodnotící techniky v ošetrovatelské praxi intenzivní péče. K tomuto cíli jsme stanovili dvě hypotézy. První hypotéza předpokládá, že sestra zná význam skórovacích systémů používaných v intenzivní péči. K hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky 9, 12.7, 13.5, 14.2, 14.4 a otázka 21. Jedná se především o znalostní otázky, na které respondenti odpovídali. Otázka 9 vypovídá o znalostech významu skórovacích systémů a hodnotících škál v intenzivní péči (viz graf 9). 85 % respondentů zná význam hodnocení, ostatní respondenti si nejsou jisti nebo neznají význam skórovacích systémů, hodnotících škál používaných v intenzivní péči. Na znalostní otázku, co znamená ADL (viz graf 16), odpovědělo 71 % respondentů, že se jedná o Barthelův test základních

všedních činností. Jak uvádí Vlasáková (31), ADL – Activity Daily Living, test základních všedních činností je jednoduchý index osobní nezávislosti, který se využívá ke stanovení rozsahu poruchy soběstačnosti. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že většina respondentů zařadilo pojem ADL správně (viz graf 17). Přestože se pro hodnocení soběstačnosti zkrácený pojem ADL v běžné praxi nevyskytuje, je výsledek znalostní otázky uspokojivý.

V oblasti hodnocení bolesti byla položena další znalostní otázka, a to kdy sestra využívá vizuální desetistupňovou analogovou škálu (viz graf 21). Celkem 46 % respondentů se domnívá, že vizuální desetistupňovou škálu k hodnocení bolesti lze použít u pacientů, kteří nejsou schopni vyjádřit pocit bolesti, naproti tomu 49 % respondentů uvádí, že tuto škálu je možné použít u pacientů, kteří svou bolest vyjádřit dokáží. Jak uvádí Vlasáková (31), pacient, který trpí poruchou vědomí, není schopen dát zřetelně najevo pocit bolesti. Pacient, který je při vědomí, může znázornit pocit své bolesti právě na vizuální škále intenzity bolesti. Jedná se o úsečku s číselnou stupnicí, kdy nejnižší hodnota je stav bez bolesti a nejvyšší hodnota představuje maximální bolest. K tomuto hodnocení potřebuje sestra spolupráci pacienta. Na otázku správně odpovědělo 49 % respondentů (viz graf 22). Tento stav si vysvětlujeme tak, že, jak uvádějí respondenti v grafu 19, na oddělení intenzivní péče se nejčastěji užívají škály k hodnocení bolesti s verbálními projevy pacientů, jako je numerická škála bolesti a pravítko bolesti. Celkem tuto možnost uvádí 63 % respondentů.

V oblasti hodnocení nutričního stavu byla položena otázka, co znamená nutriční screening (viz graf 25). Respondenti z 87 % odpověděli, že nutriční screening je stav výživy pacienta, což je správná odpověď (viz graf 26). Druhou znalostní otázkou jsme zjišťovali, zda je hodnocení psychiky součástí nutričního screeningu (viz graf 28). Správnou odpověď označilo pouze 41 % respondentů. Psychika není součástí hodnocení nutričního screeningu (viz graf 29). Komouňová (12) představuje tabulku nutričního screeningu, kde se boduje stav výživy, úbytek tělesné hmotnosti a riziko vyplývající ze základní choroby pacienta. Domníváme se, že pokud respondenti používají nutriční

screening k hodnocení stavu výživy pouze z 30 %, jak je uvedeno v grafu 24, nemohou znát oblasti, které se v nutričním screeningu hodnotí.

Uspokojivou odpověď uvedli respondenti na znalostní otázku, zda je kontinence pacienta součástí rizika vzniku dekubitů (viz graf 33). Správně odpovědělo celkem 85 % respondentů (viz graf 34). Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry považují inkontinenci pacienta za důležitý faktor, který ovlivní vznik a vývoj dekubitu. Trachtová (30) popisuje, jakým způsobem mohou silné kyseliny a zásady ve výkalech poškodit kožní integritu pacienta. Šamánková (26) považuje za další rizikový faktor vzniku dekubitů i podíl vlhkosti, nečistoty působící na pokožku a úpravu lůžka pacienta.

Další znalostní otázkou jsme zjišťovali, zda respondenti znají správnou hodnotu Glasgowské stupnice hodnocení vědomí (viz graf 37). Jak uvádí Vlasáková (31), za normální stav vědomí pacienta je považováno 15 bodů. Správně odpovědělo 83 % respondentů. Vlasáková (31) popisuje, jak sestra hodnotí stav vědomí na jednotce intenzivní péče. U nestabilního pacienta probíhá hodnocení každých pět až deset minut, u stabilního pacienta hodnotí sestra stav vědomí každé 4 hodiny. Vzhledem k tomu, že Glasgowská stupnice hodnocení vědomí je jedním z důležitých ošetrovatelských úkonů na jednotce intenzivní péče, předpokládali jsme větší počet správných odpovědí.

Poslední znalostní otázka byla zaměřena na oblast hodnocení rizika pádu. Respondenti odpovídali na otázku, zda je dezorientace, demence a deprese nemocného důležitý údaj pro hodnocení rizika pádu (viz graf 41). Odpovědi jsou velmi uspokojivé, 95 % respondentů odpovědělo správně (viz graf 42).

K druhému cíli se vztahuje i druhá hypotéza, která předpokládá, že měřicí a hodnotící techniky, používané v intenzivní péči, pomáhají sestřím v ošetrovatelské péči o pacienta. K hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky 19, 20, 22, 23 a otázka 24.

Respondenti se vyjadřovali k otázce, zda používání skórovacích systémů a hodnotících škál je přínosem pro sestru (viz graf 43). Odpovědi na otázku jsou velmi rozmanité. Pouze 41 % respondentů uvádí jednoznačně ano, jsou přínosem. 26 % respondentů váhá, zda jsou škály přínosem pro sestry, proto uvedli odpověď spíše ano. Neví nebo

negativně se vyjádřilo 33 % respondentů. Hvozdovičová (10) v závěru svého příspěvku o péči pacienta s akutní pankreatitidou na jednotce intenzivní péče sumarizuje názory sester, jaký má dopad nadměrná administrativa zdravotnické dokumentace na pacienta. Vzhledem k tomu, že se v současnosti zvyšuje význam ošetrovatelské dokumentace, sestra je často postavena do situace, kdy se musí rozhodnout, zda dá přednost vedení dokumentace nebo intenzivnější péči o pacienta. Uvádí, že jediným objektivním měřítkem práce sester je pro management pouze dobře vedená dokumentace, zatímco pacient práci sester posuzuje podle péče, kterou mu sestry poskytují. Realitu současné ošetrovatelské praxe vidí takto: „Pacient se nám začíná smrskávat na jeden šokový záznam na pracovním stole.“

V grafu 45 jsou znázorněny názory respondentů na hodnocení skórovacích systémů a měřících technik v ošetrovatelské praxi. Z celkového počtu odpovědí 27 % respondentů vnímá tato hodnocení jako zbytečnou práci navíc, hodnocení je zdržují od ošetrovatelské péče nebo se domnívají, že hodnocení by měl provádět jiný zdravotnický pracovník. Přesto 73 % respondentů vnímá hodnocení skórovacích systémů a měřících technik v ošetrovatelské praxi pozitivně. Nejvíce respondentů se přiklání k nabídnuté odpovědi, že odhalují potřeby nemocného. Poslední otázkou dotazníku jsme zjišťovali, zda by sestry uvítaly seminář nebo přednášku na téma hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské péči na jednotce intenzivní péče (viz graf 46). Pozitivně se vyjádřilo 38% respondentů, ostatní respondenti neví, zda by seminář nebo přednášku uvítali nebo se vyjádřili záporně. Z grafu vyplývá, že sestry sice znají význam skórovacích systémů a měřících technik, umí tyto techniky používat a pomáhají jim v ošetrovatelské péči o pacienta, ale nemají zájem o další vzdělávání a prohlubování znalostí v této oblasti. Poslední graf 47 znázorňuje správnost všech položených znalostních otázek. Z celkového počtu odpovědí byly znalostní otázky ze 73 % zodpovězeny správně, což je velmi uspokojivé.

6. Závěr

Prvním cílem práce bylo zmapovat používání skórovacích systémů v intenzivní péči potřebné pro ošetrovatelskou péči. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza, kde jsme předpokládali, že sestra používá skórovací systémy v intenzivní péči. Respondenti hodnotí u pacientů soběstačnost, bolest, nutriční stav, vznik komplikací a riziko pádů. První hypotéza se nám potvrdila a cíl byl splněn.

Druhým cílem jsme zjišťovali, zda sestra umí používat měřicí a hodnotící techniky v ošetrovatelské praxi intenzivní péče. Hypotéza, kde jsme předpokládali, že sestra zná význam skórovacích systémů používaných v intenzivní péči, byla výzkumným šetřením potvrzena. Znalostními otázkami z jednotlivých oblastí hodnocení měřících technik jsme ověřovali, jak se respondenti orientují v komponentech začleněných do skórovacích systémů. Přestože výsledky znalostních otázek byly celkem uspokojivé, domníváme se, že sestra pracující v intenzivní péči by se měla lépe orientovat v hodnotících technikách. Druhou hypotézou k tomuto cíli jsme předpokládali, že měřicí a hodnotící techniky, používané v intenzivní péči, pomáhají sestram v ošetrovatelské péči o pacienta. Většina respondentů se přiklání k názoru, že tyto měřicí techniky jsou pro sestru přínosem. Seminář nebo přednášku na téma hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské péči na jednotce intenzivní péče by větší část respondentů neuvítala. Obě hypotézy se potvrdily a cíl byl splněn.

Skórovacích systémů a hodnotících škál, používaných v ošetrovatelské praxi, je opravdu velké množství. Pokusili jsme se shromáždit ošetrovatelské metodiky, měřicí techniky a dotazníky do praktické příručky, které by mohly přiblížit jejich využití. Příručku jsme rozčlenili do oblastí, které patří k nejčastěji sledovaným v ošetrovatelském hodnocení. Doufáme, že praktická příručka poslouží k lepší orientaci ve sledování skórovacích systémů a hodnotících škál používaných nejen v intenzivní péči. K bakalářské práci je přiložena brožura praktické příručky v tištěné i v elektronické podobě (ve formě CD).

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B.; HAROLD, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. U Průhonu 22, Praha 7 : Grada Publishing ,a.s, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. ADAMUS, Milan, et al. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Křížkovského 8, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
3. Česká asociace sester. *Pracovní postup: Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. 2007-10-01 [cit. 2010-12-18]. Dostupný z WWW: <http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf>.
4. Česká republika. 96. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů Česká republika*. Rozeslána dne 3. března 2004, 30, s. 1410-1480.
5. Česká republika. 321. Vyhláška, kterou se mění vyhláška 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. In *SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÁ REPUBLIKA*. Ze dne 19. srpna 2008, 104, s. 4906-4920.
6. Česká republika. 385. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci. In *SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÁ REPUBLIKA*. 2006, 122, s. 5282-5304.
7. Česká republika. 55. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů Česká republika*. Rozeslána dne 14. března 2011, 20, s. 544.
8. FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatelství _teorie*. Martin, SR: Osveta, spol. s r.o., Osloboditeľov 21, Martin, SR, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. HERDMAN, T. Heather, et al. *Ošetrovateľské diagnózy: Definície a klasifikácie 2009-2011*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, a.s, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

10. HVOZDOVIČOVÁ, Alena, et al. *Sestra* [online]. 10. 12. 2010 [cit. 2011-04-15]. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-s-akutni-pankreatitidou-na-jip-456654>>.
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání 2007. U Průhonu 22, Praha 7 : Grada Publishing, a.s, 2007. 352 + 16 stran barevné přílohy s. ISBN 978-80-247-1830-9.
12. KOMOŇOVÁ, Anna. *Interní medicína* [online]. 2010 [cit. 2010-12-04]. Nové trendy v léčebné výživě-nutriční postupy při léčbě pacienta. Dostupné z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/07/14.pdf>>.
13. MANDYSOVÁ, Petra; VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Eunio* [online]. 2008 [cit. 2010-12-18]. Pády. Dostupné z WWW: <http://www.eunio.cz/offline/review_win.htm?&akce=478407>.
14. McGONIGLE, Binnie L., et al. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing,a.s, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
15. MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, a.s, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
16. MINAŘÍKOVÁ, Petra. *ZDN: Sestra* [online]. 2009 [cit. 2010-11-09]. Péče o průchodnost dýchacích cest dospělého pacienta. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pruchodnost-dychacich-cest-dospelého-pacienta-417241>>.
17. NAVRÁTIL, Leoš, et al. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing,a.s, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
18. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. U Průhonu 22, Praha 7 : Grada Publishing,a.s, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
19. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. U Průhonu 22, Praha 7 : Grada Publishing,a.s, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

20. RESOURCES, Joint Commission. *Prevence pádů ve zdravotnictví, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing,a.s, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
21. SCHILING McCANN, Judith A., et al. *Sestra a urgentní stavy*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing,a.s, 1.české vydání Praha 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
22. SRŠEŇ, Vlastimil. *Tiskové zprávy: Ministryně zdravotnictví se zaměřuje na bezpečnost pacientů, představuje Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012* [online]. 13. 4. 2010 [cit. 2010-12-18]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z WWW:<http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1513_1.html>.
23. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Vinařská 6, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
24. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. Vinařská 6, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
25. SVOBODOVÁ, Hana. *Historie ošetřovatelství*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing,a.s, Praha 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
26. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Základy ošetřovatelství*. jako učební text pro posluchače 2. lékařské fakulty UK. Ovocný trh 3, Praha 1: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
27. ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, a.s, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
28. TÓTHOVÁ, Valérie, et al. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Nakladatelství Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

29. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetřovatelství*. [s.l.]: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 1.vydání, 2000-2.dotisk 2006. 218 s.
ISBN 80-7040-454-X.
30. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. druhé nezměněné - dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
31. VLASÁKOVÁ, Dita. *E-Univerzita @: Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi* [online]. 2008 [cit. 2010-11-17]. Dostupné z
WWW: <<http://kurzy.euniverzita.eu/>>.
32. WORKMAN, Barbara A.; BENNETT, Clare L. *Klíčové dovednosti sester*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, a.s, 1. české vydání Praha 2006. 260 s.
ISBN 80-247-1714-X.
33. ZADÁK, Zdeněk, et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 3030. publikace. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, a.s, 2007. 336 s.
ISBN 978-80-247-2099-9.
34. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, a.s, 2. vydání, Praha 2008. 544 + 8 stran barevné přílohy
ISBN 978-80-247-2844-5.
35. ZACHAROVÁ, Eva, et al. *Zdravotnická psychologie*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, a.s, 1. vydání, Praha, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

8. Klíčová slova

Hodnotící škály a měřicí techniky

Jednotka intenzivní péče (JIP)

Ošetřovatelský proces

Pacient

Sestra

Skórovací systémy

9. Seznam příloh

Příloha 1 – Žádost o povolení sběru dat

Příloha 2 – Potvrzení žádosti o provedení dotazníkového šetření

Příloha 3 – Dotazník

Příloha 1 Žádost o povolení sběru dat

pro ošetrovatelskou péči

V Praze, 17. 2. 2011

Mgr. Irena Trpišovská

Úsek ošetrovatelské péče

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Šrobárova 50

100 34 Praha 10

Vážená paní náměstkyně,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění distribuce dotazníku pro ošetrovatelský personál ve Vašem zdravotnickém zařízení, který se týká *využívání skórovacích systémů v intenzivní péči* v současném zdravotnictví. Výsledky dotazníkového šetření použiji pro svou bakalářskou práci v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, obor Ošetrovatelství.

Cílem práce je zmapovat používání *skórovacích systémů v intenzivní péči* a zjistit, zda sestry umí používat měřicí a hodnoticí techniky v ošetrovatelské praxi intenzivní péče.

Děkuji za vstřícnost a spolupráci

Renata Sedláková

Proutěná 403/7

149 00 Praha 4

Tel.: 603820299

e-mail: resedlakova@seznam.cz

Příloha 2 Potvrzení žádosti o provedení dotazníkového šetření



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY NÁMĚSTKYNĚ PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI

Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, tel.: 26716 2802, fax: 26716 3158, e-mail: nursec@fnkv.cz

V Praze dne: 17. února 2011

Naše značka:

Vaše značka:


Vážená paní
Renata Sedláková
Proutěná 403/7
149 00 Praha 4

Věc: Žádost o provedení dotazníkového šetření ve FNKV – odpověď

Vážená kolegyně,

k Vaší žádosti ze dne 17.2.2011 ve věci souhlasu o provedení dotazníkového šetření na klinikách FNKV (Chirurgická klinika, Neurochirurgická klinika, Ortopedicko-traumatologická klinika, Kadiochirurgická klinika, Neurologická klinika, II. a III. interní linka) pro účely zpracování bakalářské práce na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích (téma: „Využívání skórovacích systémů v intenzivní péči“) Vám sděluji, že s dotazníkovým šetřením souhlasím za předpokladu dodržení zákona č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu v platném znění a zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění.

S pozdravem


Mgr. Irena Trpišovská
náměstkyň pro ošetrovateľskú péču

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NÁMĚSTEK PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI

Příloha 3 Žádost o vyplnění dotazníku

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká *využívání skórovacích systémů v intenzivní péči* v současném zdravotnictví. Výsledky šetření použiji pro svou bakalářskou práci v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, obor Ošetřovatelství.

Vyplněním celého dotazníku mi pomůžete dosáhnout stanovených cílů. Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity jen pro účely práce. Při vyplňování dotazníku postupujte podle daných pokynů, a pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď (v případě označení možnosti *jiné* doplňte vlastními slovy).

Děkuji za Váš čas a ochotu pro spolupráci

Renata Sedláková

1. Označte prosím Vaši věkovou skupinu

- 19 – 30 let 31 – 40 let 41 – 50 let 51 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

- středoškolské s maturitou vyšší odborné vzdělání
 vysokoškolské bakalářské vysokoškolské magisterské
 jiné

3. Máte specializaci v oboru?

- ne
 ano (*pokud jste odpověděl/a ANO, pokračujte otázkou č. 4*)

4. Jakou specializaci v oboru máte?

- ARIP SIP
 jiná.....

5. Jak dlouho pracujete v oboru?

- méně než 1 rok
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 20 let a více

6. Na jakém typu oddělení pracujete?

- interní JIP
- centrální JIP
- chirurgická JIP
- ARO

7. Jaký systém ošetrovatelské péče využíváte na Vašem pracovišti?

- Nevím
- Skupinová péče – sestra pečuje o skupinu pacientů
- Primární ošetrovatelství – sestra se stará o přiděleného pacienta od přijetí až do propuštění/přeložení
- Jiná péče

8. Používáte na Vašem pracovišti skórovací systémy, hodnotící škály?

- ano (pokud odpovíte kladně, pokračujte následujícími otázkami)
- ne (pokud odpovíte záporně, již nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

8.1 Jaké skórovací systémy, hodnotící škály používáte na Vašem oddělení?

(možno označit více odpovědí)

- hodnocení soběstačnosti
- hodnocení bolesti
- hodnocení nutričního stavu
- hodnocení vzniku komplikací
- hodnocení psychiky
- hodnocení pádů
- jiné škály

9. Znáte význam skórovacích systémů, hodnotících škál používaných v ošetrovatelské péči?

- ano spíše ano nevím ne spíše ne

10. Jsou hodnotící škály a měřící techniky součástí Vaší překladové zprávy?

- ano ne nevím

10.1 Jestliže ANO, jaké hodnotící škály a měřící techniky jsou součástí Vaší překladové zprávy? (možno označit více odpovědí)

- hodnocení soběstačnosti hodnocení bolesti
 hodnocení nutričního stavu hodnocení vzniku komplikací
 hodnocení psychiky hodnocení pádů
 jiné škály

11. Kdo využívá výsledky skórovacích systémů a hodnotících škál na Vašem oddělení? (možno označit více odpovědí)

- pouze lékaři daného pracoviště pouze sestry daného pracoviště
 lékaři a sestry daného pracoviště nikdo
 jiné, dopište.....

12. Sledujete u pacientů soběstačnost?

- ano (pokud odpovíte kladně, pokračujte následujícími otázkami)
 ne (pokud odpovíte záporně, pokračujte od otázky č. 13, strana 4)
 nevím

12.1 U kterých pacientů hodnotíte soběstačnost?

- u všech pacientů u dlouhodobě ležících nad věkovou hranici 65 let
 jiná kritéria hodnocení, jaká

12.2 Jak často hodnotíte soběstačnost?

- 1x denně ob den 1x týdně pouze při příjmu
 Jiná kritéria, *jaká*

12.3 Hodnotíte soběstačnost opakovaně?

- ano, v pravidelných intervalech ano, při změně stavu pacienta
 ne, hodnotíme pouze jednorázově jiné hodnocení, *jaké, dopište*
.....

12.4 Jakou škálu hodnocení soběstačnosti používáte?

(možno označit více odpovědí)

- Barthelův test Rankinovo skóre test funkční nezávislost
 test vývoje soběstačnosti
 jiná škála.....

12.5 Je součástí předávání služby informace o změně úrovně soběstačnosti pacienta?

- ano – ústně ano, písemně ano – ústně i písemně
 ne, nepředáváme úroveň soběstačnosti

12.6 Které pomůcky používáte při nácviku soběstačnosti pacienta?

(možno označit více odpovědí)

- polohovatelná lůžka postranice hrazdičky, žebříčky, uzdičky
 Jiné pomůcky, *dopište*

12.7 Co znamená ADL?

- Barthelův test základních všedních činností test vývoje soběstačnosti
 test funkční nezávislosti test ošetrovatelské zátěže

13. Hodnotíte na Vašem oddělení bolest?

- ano (pokud odpovíte kladně, pokračujte následujícími otázkami)
 ne (pokud odpovíte záporně, pokračujte od otázky č. 14, strana 5)
 nevím

13.1. Jakou škálu hodnocení bolesti používáte?

(možno označit více odpovědí)

- numerická škála bolesti škála bolestivého chování
 pravítko bolesti škála obličejů bolesti
 jinou škálu.....

13.2 Používáte na oddělení mapu bolesti?

- ano – jednorázově ano – průběžně ne nevím

13.3 Používáte na oddělení záznam hodnocení bolesti?

- ano ne nevím

13.4 Jak často hodnotíte bolest?

- 1x za hodinu 1x za 2 hodiny 3x denně
 jiné hodnocení, *dopište*.....

13.5 Kdy sestra využívá vizuální desetistupňovou analogovou škálu hodnocení bolesti?

- Pacient není schopen vyjádřit pocit bolesti
 Pacient je schopen vyjádřit pocit bolesti
 U pacientů v bezvědomí
 Jiné, *dopište*.....

14. Provádíte na Vašem pracovišti vstupní vyšetření stavu výživy pacienta?

- ano (pokud odpovíte kladně, pokračujte následujícími otázkami)
 ne (pokud odpovíte záporně, pokračujte od otázky č. 15, strana 6)
 nevím

14.1 Podle čeho hodnotíte stav výživy?

(možno označit více odpovědí)

- BMI měření kožní řasy laboratorní vyšetření nutriční screening
 jiné (dopíšte)

14.2 Co podle Vás znamená „nutriční screening“?

- stav výživy pacienta množství přijaté potravy nechutenství
 jiné, (dopíšte).....

14.3 V jakých případech zavádíte nutriční screening?

(možno označit více odpovědí)

- věk nad 70 let u všech pacientů zhoršená mobilita
 chronický defekt malnutrice riziko vzniku dekubitů
 jiné, dopíšte

14.4 Je součástí nutričního screeningu hodnocení psychiky?

- ano ne nevím

14.5 Je nutriční screening součástí ošetrovatelské dokumentace na Vašem oddělení?

- ano ne nevím

15. Hodnotíte na Vašem pracovišti vznik komplikací?

- ano (pokud odpovíte kladně, pokračujte následujícími otázkami)
 ne (pokud odpovíte záporně, pokračujte od otázky č. 16, strana 6)
 nevím

15.1 Jaké komplikace hodnotíte na Vašem oddělení?

(možno označit více odpovědí)

- riziko vzniku dekubitů rizika v oblasti dýchání
 riziko vzniku žilní trombózy riziko sepse
 jiné riziko, *dopíšte*.....

15.2 Pokud hodnotíte riziko vzniku dekubitů, jakou škálu hodnocení používáte?

(možno označit více odpovědí)

- Waterlova škála rozšířená stupnice dle Nortonové
 Riziko vzniku proleženin dle Shannona stupnice dle Bradenové
 Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám
 jiná, *dopíšte*.....

15.3 Je kontinence pacienta součástí rizika vzniku dekubitů?

- ano spíše ano ne spíše ne nevím

16 Hodnotíte na Vašem pracovišti stav vědomí pacienta?

- ano (pokud odpovíte kladně, pokračujte následujícími otázkami)
 ne (pokud odpovíte záporně, pokračujte od otázky č. 17 strana 7)
 nevím

16.1 Jaké škály používáte na Vašem pracovišti ke sledování stavu vědomí?

(možno označit více odpovědí)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Glasgowská stupnice (GCS) | <input type="checkbox"/> Drábkova stupnice |
| <input type="checkbox"/> Ramsay Sedation Scale | <input type="checkbox"/> Bruselská stupnice kómatu |
| <input type="checkbox"/> Škála pro sledování kómatu | <input type="checkbox"/> Škála remise kómatózního stavu |
| <input type="checkbox"/> Jiné, <i>dopište</i> | |

16.2 Za normální stav při hodnocení Glasgow Coma Scale (GCS) se považuje hodnota:

- 10 bodů 13 bodů 15 bodů 25 bodů

17 Hodnotíte na Vašem pracovišti riziko pádů?

- ano *(pokud odpovíte kladně, pokračujte následujícími otázkami)*
 ne *(pokud odpovíte záporně, pokračujte od otázky č. 18, strana 7)*
 nevím

17.1 Jakou škálu hodnocení rizika pádu na Vašem pracovišti používáte?

(možno označit více odpovědí)

- Gaitův funkční test riziko pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou)
 2006)stupnice pádu Morse jednoduchý „screening“ pro určení rizika pádu
 jiné (*dopište*).....

17.2 Je dezorientace, demence a deprese nemocného důležitý údaj pro hodnocení rizika pádu?

- ano spíše ano nevím ne spíše ne

18 Je podle Vás používání skórovacích systémů a hodnotících škál přínosem pro pacienty?

- ano spíše ano nevím ne spíše ne

19 Je podle Vás používání skórovacích systémů a hodnotících škál přínosem pro sestry?

- ano spíše ano nevím ne spíše ne

20 Jak vnímáte měřicí techniky v ošetrovatelské praxi?

(možno označit více odpovědí)

- jedná se o objektivizaci údajů k zajištění kvalitní individualizované péče
 dokumentují úroveň poskytované ošetrovatelské péče
 odhalují potřeby nemocného
 zvyšují odpovědnost a samostatnost sestry
 zlepšují kvalitu ošetrovatelské péče
 záporně, zdržují od ošetrovatelské péče
 zbytečná práce navíc
 hodnocení by měl provádět jiný zdravotnický pracovník
 jiné, *dopíše*.....

21 Za jakým účelem se na Vašem pracovišti provádí hodnocení hodnotících škál?

(možno označit více odpovědí)

- k definování závažnosti onemocnění
 jako prostředek umožňující srovnání léčebných postupů
 pro audit poskytované péče
 k definování náročnosti péče
 je to dané vedením
 jiné (*vypíše jaké*).....

22 Změnil/a by jste na svém pracovišti nějakou měřicí a hodnotící škálu?

- ne
 ano (*dopíše jakou*).....

23 Myslíte si, že by na Vašem pracovišti byla využita ještě jiná hodnotící škála?

ne

ano, *dopíšte jaká*.....

24 Uvítal/a by jste seminář nebo přednášku na téma hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské péči na jednotce intenzivní péče?

ano

spíše ano

nevím

ne

spíše ne

Děkuji za Váš čas a ochotu ke spolupráci

Renata Sedláková