

# OBJEKTIVIZAČNÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Straková J.

Beharková N.

Katedra ošetřovatelství, LF MU

# Charakteristika objektivizačních technik

= měřicí a hodnotící škály/stupnice, které si kladou za cíl v maximální možné míře objektivizovat zdravotní stav pacienta

- objektivizace subjektivního
- specifický hodnotící (validizační) nástroj
- kritéria vyhodnocení výsledku
- jasně stanovené výstupy

# Použití objektivizační/hodnotící techniky

- ❖ potřeba hodnotit a co nejpřesněji posuzovat zdravotní stav P/K v komplexním kontextu
- ❖ individuální a systematické posouzení
- ❖ zvýšení kvality ošetrovatelské péče
- ❖ nedílná součást ošetrovatelské dokumentace
- ❖ podpora autonomie a zodpovědnosti sestry

Nejčastější posuzované oblasti v ošetřovatelství:

- ❖ **BOLEST**
- ❖ **KVALITA PSYCHIKY, STAV VĚDOMÍ**
- ❖ **SOBĚSTAČNOST/MOBILITA**
- ❖ **RIZIKA KOMPLIKACÍ**

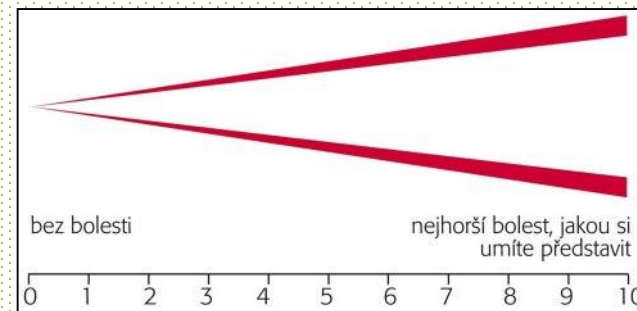
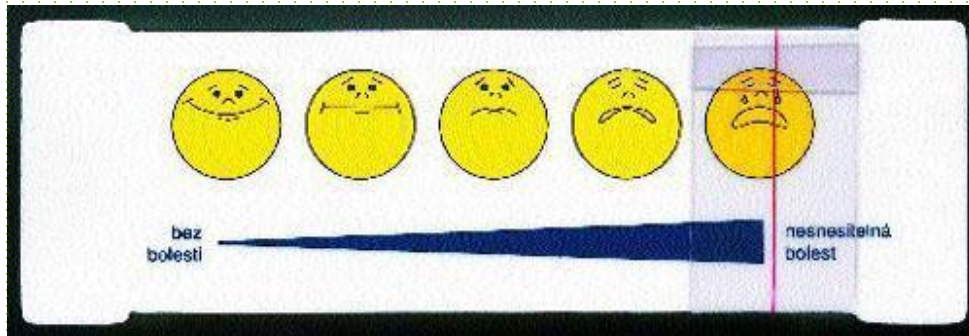
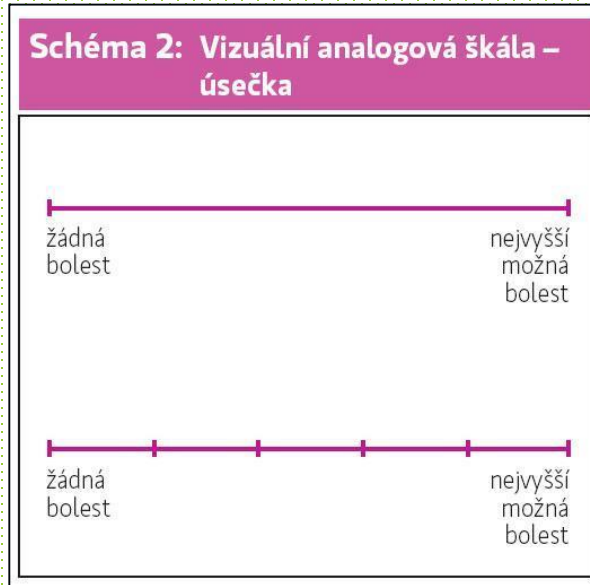
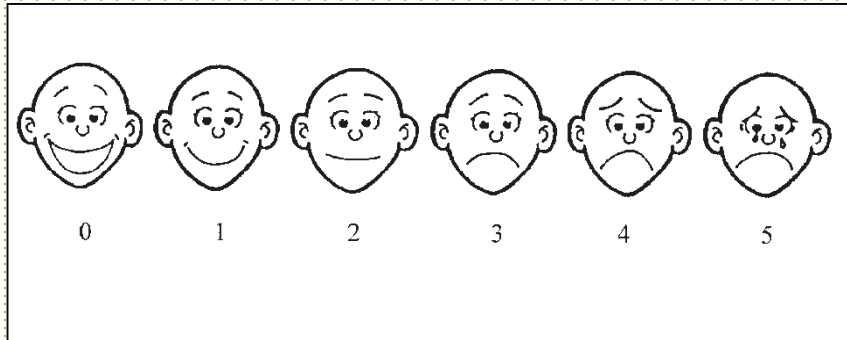
# Hodnocení bolesti

Bolest je negativně pociťovaný příznak, přísně individuálně vnímaný

Aspekty vnímání bolesti

Charakter, nástup, průběh bolesti

- Verbální škály (vyjádření čísla, slova)
- Nonverbální škály (mimika, paralingvistické projevy, pohyby těla, poloha, aktivita nervového systému)
- Vizuální škály
- Textové záznamy (algeziologický dotazník, deník bolesti)



<b>0</b>		<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

<b>žádná</b>	<b>mírná</b>	<b>střední</b>	<b>silná</b>	<b>velmi silná</b>	<b>nesnesitelná</b>
--------------	--------------	----------------	--------------	--------------------	---------------------

(Staňková M., 2004)

# Posouzení vědomí a psychiky

Kvalitativní x kvantitativní aspekt vědomí

**Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí (GCS = Glasgow Coma Scale)**

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí			
Oblast	Činnost	Odpověď	Skóre
1.	Otevření očí	spontánní	4
		na oslovení	3
		na bolest	2
		bez reakce	1
2.	Slovní odpověď	orientovaná	5
		zmatená	4
		nekomunikuje	3
		nesrozumitelné zvuky	2
		žádná odpověď	1
3.	Reakce na bolest	provede na příkaz pohyb	6
		lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
		úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
		necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
		necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
		nereaguje	1

HODNOCENÍ:	
15 bodů	Plné vědomí
14 – 13 bodů	Lehká porucha vědomí
12 – 9 bodů	Střední porucha vědomí
8 – 3 body	Závažná porucha vědomí

# Posouzení hloubky vědomí

## Bruselské stupně komatu (Brihaye, 1976)

- Neporušené vědomí – bdělý, orientovaný
- Zastřené vědomí – neorientovaný, otevřené oči, uposlechne příkaz
- Kóma – zavřené oči, neplní příkazy
  - I. stupně, bez dalších neurologických poruch
  - II. stupně, lateralizované příznaky, př. hemiparéza
  - III. stupně, abnormální flexorovaná či extendonovaná odpověď
  - IV. stupně, zachovalé dýchání, svalová ochablost, rozšířené zornice



# Posouzení psychického stavu

## Zkrácený mentální bodovací test

hodnocení psychického stavu podle Gajda

Zjistěte u klienta otázkami a úkoly:

		Odpověď	
		Správná	Špatná
01.	Věk	1	0
02.	Kolik je asi hodin?	1	0
03.	Adresu?	1	0
04.	Současný rok?	1	0
05.	Kde je hospitalizovaný?	1	0
06.	Poznání alespoň dvou osob.	1	0
07.	Datum narození?	1	0
08.	Jméno současného presidenta?(rok ukončení II.světové války,...)	1	0
09.	Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1	0
Celkem:			

### Hodnocení:

Za každou správnou odpověď má klient 1 bod.Nedosažne-li ani 7 bodů jedná se o zmatenost.

## Stupnice hodnocení psychického zdraví

(Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)

## Stupnice posouzení psychického zdraví

Položky:		Odpověď:									
01.	Cítíte se většinu času dobře?	ano	ne								
02.	Máte často obavy o své zdraví?	ano	ne								
03.	Trpíte často bolestmi hlavy?	ano	ne								
04.	Měl-a jste v poslední době závratě?	ano	ne								
05.	Často se Vám třesou ruce při práci?	ano	ne								
06.	Míváte záškuby ve svalech?	ano	ne								
07.	V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ano	ne								
08.	Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	ano	ne								
09.	Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ano	ne								
10.	Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ano	ne								
11.	Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	ano	ne								
12.	Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ano	ne								
13.	Často Vás něco trápí?	ano	ne								
14.	Jste často plný elánu či energie?	ano	ne								
15.	Cítíte se často neúčinný?	ano	ne								
Součet:											
<b>Hodnocení</b>											
1 bod za odpověď „ano“ u otázek		2	3	4	5	6	8	10		13	15
1 bod za odpověď „ne“ u otázek		1					7	9	11	12	14
Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví											

# MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

## Informace pro pacienta:

Nyní vám polořím několik otázek a budete řešit některé úkoly. Pokuste se, prosím, odpovídat tak, jak nejlépe dokážete.

### 1. ORIENTACE

- Jaký je dnes den?
- Kolkátého je dnes?
- Který je dnes den v týdnu?
- Který je měsíc?
- Který je rok?
- Které je roční období?
- V jaké zemi se nacházíme?
- V jakém okrese?
- Ve kterém městě?
- Jak se jmenuje tato nemocnice?
- Ve kterém poschodí jsme?

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, nemocný má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin

### 2. ZAPAMATOVÁNÍ

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítejte 1 bod za každé správné opakované slovo. Pokud si slova nemocný není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

### 3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Nyní, prosím, odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100-93-86-79-72-65

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

Za každé správné písmeno započítejte po jednom bodu.

### 4. VÝBAVNOST

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.

### 5. POJMENOVÁNÍ

- Ukažte náramkové hodinky Co je to?
- Ukažte tužku Co je to?

Za správnou odpověď po jednom bodu.

### 6. OPAKOVÁNÍ

- Opakujte, prosím, po mně „první pražská paroplavba“.

Za správnou odpověď započítejte jeden bod, přípustný je pouze jeden pokus.

### 7. TRÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Polořte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn: Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přelořte ho na polovinu a polořte na zem.

- pravá ruka
- přelořzení na polovinu
- polořzení na zem

Za každou správně provedenou činnost započítejte po jednom bodu.

### 8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Ukařte pacientovi kartičku s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

- Přečtete, prosím, co je zde napsáno, a udělejte to. Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvíce třikrát. Započítejte jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

### 9. PSANÍ

Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:

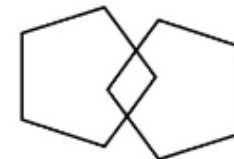
- Napiřte, prosím, jakoukoliv větu.

Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevýjadřěný) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

### 10. OBKRESLENÍ OBRAZCE

- Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Započítejte jeden bod, pokud pacient nakreslí obrázek v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřivení. Tres ani rotace nevadí.



## CELKOVÉ SKÓRE

bodů

## Hodnocení:

27-30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
25-26 bodů	hraniční nález, doporučeno další sledování pacienta, u pacientů nad 75 let nebo s méně než 8 lety školní docházky jsou tyto hodnoty ještě v normě
18-24 bodů	lehká demence
6-17 bodů	středně těžká demence
méně než 6 bodů	těžká demence

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

# Folsteinův test kognitivních funkcí

# Posouzení funkčního stavu jedince

- evaluace soběstačnosti a schopností pečovat o sama sebe, mobility

Posuzované oblasti:

- *Hygiena*
- *Výživa*
- *Vyprazdňování*
- *Oblékání*

Dělení dle soběstačnosti v denních činnostech:

- *Zcela soběstačný*
- *Částečně soběstačný, nutná dopomoc, schopen opustit lůžko*
- *Částečně soběstačný, upoután na lůžko*
- *Nesoběstačný*

# Posouzení funkčních schopností

## Barthelové test základních všedních činností (ADL – aktivity daily living)

Činnost	Provedení	Bodové ohodnocení
1. <b>najedení</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
2. <b>oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
3. <b>koupání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
4. <b>osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomoci	5
	Neprovede	0
5. <b>kontinence moči</b>	Plně kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. <b>kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. <b>použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
8. <b>přesun lůžko – židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomoci	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. <b>chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50m	15
	S pomoci 50m	10
	Na vozíku 50m	5
	Neprovede	0
10. <b>chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0

### HODNOCENÍ stupně závislosti v základních všedních činnostech:

Body	Závislost
100 bodů	nezávislý
65–95 bodů	lehká závislost
45–60 bodů	závislost středního stupně
0–40 bodů	vysoce závislý

## Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

- slouží ke zhodnocení pacientovy soběstačnosti

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	SKÓRE
<b>1. Pohybová schopnost</b>	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	omezený na lůžko, zcela závislý	5
<b>2. Osobní hygiena</b>	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý	5
<b>3. Jídlo</b>	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý (krmení, sonda)	4
<b>4. Inkontinence moči</b>	občas	3
	stále	5
	permanentní katétr	2
<b>5. Inkontinence stolice</b>	občas	3
	stále	5
<b>6. Návštěva toalety</b>	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	5
	pokojevý klozet, podložní mísa	4
<b>7. Dekubity</b>	malé	1
	velké	4
<b>8. Spolupráce s nemocným</b>	občas obtížná	2
	bezvědomí	3
	velmi obtížná	5

Hodnocení:

0 bodů - zcela soběstačný  
38 bodů - zcela závislý

# Posouzení ošetrovatelské zátěže

Hodnocení:

0 bodů - zcela soběstačný  
38 bodů - zcela závislý

# Posouzení funkčních schopností

## Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

### 1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

### 2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou

schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

# Posouzení rizika komplikací

- vyjádření míry rizika výskytu komplikací v důsledku vyskytujících se poruch zdraví
- ❖ rizikové skupiny:
  - ❖ senioři
  - ❖ děti
  - ❖ polymorbidní pacienti
  - ❖ pacienti s chronickými onemocněními
  - ❖ osoby se znevýhodněním (fyzické, mentální, sociální)
- ❖ posuzované oblasti:
  - ❖ riziko narušení výživy
  - ❖ riziko pádu
  - ❖ riziko vzniku dekubitů



# Riziko deficitu výživy

## Mini Nutritional Assessment – MNA®

Příjmení:	Jméno:	Pohlaví:	Datum:
Věk:	Váha (kg):	Výška (cm):	Rodné číslo:

Vypílné část Screening tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Hodnoty sečtete. Je-li výsledek 11 nebo méně, pokračujte v části Hodnocení.

### Screening

**A** Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?  
 0 = závažné nechutenství/výrazné snížení příjmu stravy  
 1 = mírné nechutenství/mírné snížení příjmu stravy  
 2 = žádné nechutenství/bez snížení příjmu stravy

**B** Úbytek váhy za poslední 3 měsíce  
 0 = úbytek váhy větší než 3 kg  
 1 = neví  
 2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg  
 3 = žádný úbytek váhy

**C** Mobilita  
 0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní  
 1 = schopen vsáť z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí  
 2 = samostatná chůze bez omezení

**D** Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním  
 0 = ano  
 2 = ne

**E** Neuropsychické poruchy nebo obtíže  
 0 = vážná demence nebo deprese  
 1 = mírná demence  
 2 = žádné psychické problémy

**F** Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m<sup>2</sup>)  
 0 = BMI nižší než 19  
 1 = BMI od 19 a nižší než 21  
 2 = BMI od 21 a nižší než 23  
 3 = BMI 23 nebo vyšší

**Výsledek Screeningu = součet bodů**   
 (mezisoučet max. 14 bodů)

**12 nebo více:**  
 normální výživový stav – bez nutričního rizika – není nutno pokračovat v hodnocení

**11 nebo méně:**  
 možná podvýživa – pokračujte v hodnocení

### Hodnocení

**G** Žije pacient samostatně (nikoliv v sociálním nebo zdravotnickém zařízení, např. domov pro seniory, nemocnice, LDN)  
 0 = ne  
 1 = ano

**H** Užívá pacient více než 3 předepsané léky denně  
 0 = ano  
 1 = ne

**I** Proleženiny nebo kožní defekty  
 0 = ano  
 1 = ne

**J** Kolik plnohodnotných jídel jí pacient denně?  
 0 = 1 jídlo  
 1 = 2 jídla  
 2 = 3 jídla

**K** Vybrané hodnoty pro příjem bílkovin:  
 Alespoň jedna porce mléčných výrobků (mléko, sýr, jogurt) denně  
 ano  ne   
 Dvě nebo více porcí luštěnin nebo vajec týdně  
 ano  ne   
 Maso, ryby nebo drůbež každý den  
 ano  ne   
 0,0 = je-li odpověď ano pouze 1x  
 0,5 = je-li odpověď 2x ano  
 1,0 = je-li odpověď 3x ano

**L** Konzumuje pacient dvě nebo více porcí ovoce anebo zeleniny denně?  
 0 = ne  
 1 = ano

**M** Kolik tekutin (voda, džus, káva, čaj, mléko, ...) vypije pacient za den?  
 0,0 = méně než 3 šálků  
 0,5 = 3 až 5 šálků  
 1,0 = více než 5 šálků

**N** Příjem stravy  
 0 = pacienta je nutné krmit  
 1 = pacient se nají s dopomocí  
 2 = pacient se nají zcela samostatně

**O** Jak hodnotí svůj stav výživy pacient?  
 0 = hodnotí se jako podvyživený  
 1 = není si jistý stavem výživy  
 2 = hodnotí svůj stav výživy jako bez problémů

**P** V porovnání se svými vrstevníky, jak vnímá pacient svůj zdravotní stav?  
 0,0 = ne tak dobrý  
 0,5 = neví  
 1,0 = stejně dobrý  
 2,0 = lepší

**Q** Střední obvod paže v cm (měří se ve středu vzdálenosti mezi akromiálním výběžkem lopatky a loketním výběžkem na nedominantní končetině – na levé u praváka a naopak)  
 0,0 = menší než 21  
 0,5 = 21 až 22  
 1,0 = 22 nebo větší

**R** Obvod lýtky v cm (měří se v nejširším místě)  
 0 = menší než 31  
 1 = 31 nebo větší

**Hodnocení – součet**   
 (max. 16 bodů)

**Výsledek Screeningu**

**Celkové hodnocení – součet**

### Hodnota míry podvýživy

**17 až 23,5 bodů** Riziko podvýživy   
**Méně než 17 bodů** Podvýživa

Ref: Velho B, Vilhar H, Azeiteiro D, et al. Overview of the MNA® – Its History and Challenges. J Nutr Health Aging. 2006; 10(4):365-369. Kubecková L, Havelková L, Holáková A, Šedivá K, Šedivý F, Weiss B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Term Nutritional Assessment (MNA)-ST. J Geriatr. 2001; 55A:339-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA)®: Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10:96-100.

# Riziko deficitu výživy

## Základní nutriční screening (zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

<b>Datum</b>		<b>Oddělení</b>		
<b>Jméno</b>	<b>Příjmení</b>	<b>Titul</b>	<b>Pojišťovna</b>	<b>Rodné číslo</b>
<b>Pohlaví</b>	<b>Hmotnost</b>	<b>Výška</b>	<b>BMI (kg:m<sup>2</sup>)</b>	
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2	
Nelze-li od pacienta získat informace			3	
(v takovém případě nevyplňujeme body B,C,D)				
<b>A) Věk</b>	do 65 let		0	
	nad 65 let		1	
	nad 70 let		3	
<b>B) BMI:</b>	20-35		0	
	18-20, nad 35		1	
	pod 18		2	
<b>C) Ztráta hmotnosti</b> (nechtěná)	žádná		0	
	do 3 kg/3 měsíce		1	
	3 kg-6 kg/3 měsíce nebo volně šatstvo		2	
	více než 6 kg/3 měsíce		3	
<b>D) Jídlo za poslední 3 týdny</b>	beze změn v množství		0	
	poloviční porce		1	
	jí občas nebo nejí		2	
<b>E) Projevy nemoci</b>	žádné		0	
	bolesti břicha, nechutenství		1	
	zvracení, průjem nad 6/den		2	
<b>F) Faktor stresu</b>	žádný		0	
	střední		1	
	vysoký		2	
<b>Střední faktor stresu</b> – chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon				
<b>Vysoký faktor stresu</b> – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO				
<b>Index: (A + B + C + D + E + F)</b>				
0 – 3	0	bez nutnosti zvláštní intervence		
4 – 7	+	nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta		
8 →	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba		
<b>Vypočtené skóre:</b>				

# Hodnocení rizika pádu

## Hodnocení rizika pádu Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006

Rizikové faktory pro vznik pádu			
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
	věk 65 let a více		2 body
	pád v anamnéze		1 bod
	pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.		1 bod
	zrakový/sluchový problém		1 bod
	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, <u>tranquilizery</u> , <u>antidepresiva</u> , <u>antihypertenziva</u> , <u>laxantia</u> )		1 bod
Vyšetření	Soběstačnost	úplná	0 bodů
		částečná	2 body
		nesoběstačnost	3 body
	Schopnost spolupráce	spolupracující	0 bodů
		částečně spolupracující	1 bod
		nespolupracující	2 body
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	Míváte někdy závratě?		3 body
	Máte v noci nucení na močení?		1 bod
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?		1 bod

### HODNOCENÍ rizika pádu Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006:

Body	Riziko
0–4 body	Bez rizika
5–13 bodů	Střední riziko
14–19 bodů	Vysoké riziko

# Hodnocení rizika pádu

Stupnice pádů Morse				
	Body		Body	
1. pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měs.	ne:0 ano:25	6. duševní stav vědom si svých možností	0	
2. vedlejší diagnóza	ne:0 ano:15	zapomíná na svá omezení	15	
3. pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry	0	<b>Celkem</b>		
berle/hůl/chodítka nábytek	15 30			
4. i.v. vstup	ne:0 ano:20	<b>Míry rizika</b> bez rizika nízké riziko vysoké riziko	<b>Hodnocení</b> 0 - 24 25 - 50 ≥ 51	<b>Opatření</b> běžná ošetrovatelská péče SŘ 11/2010, čl. II. odst. 2), bod b SŘ 11/2010, čl. II. odst. 2), bod c
5. chůze/pohyb normální/klid na lůžku/imobilní	0	<b>Zdroj:</b> <i>Prevence pádů ve zdravotnictví, Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, Grada 2007, str. 79</i>		
slabá chůze	10			
zhoršená	20			

# Riziko vzniku dekubitů

## Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita									
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4	dobry	4	úplná	4	není	4	chodí	4
malá	3	do 30	3	alergie	3	DM, teplota, anemie...	3	zhoršený	3	apatický	3	částečně omezená	3	občas	3	doprovod	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2	ucpávání cív, obezita...	2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sedačka	2
žádná	1	60+	1	suchá	1	karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	stolice i moč	1	upoután na lůžko	1

### HODNOCENÍ Rizika vzniku dekubitů:

Body	Riziko
25–24 bodů	Nízké riziko
23–19 bodů	Střední riziko
18–14 bodů	Vysoké riziko
13–9 bodů	Velmi vysoké riziko

# Riziko vzniku dekubitů

Škála Waterlow – riziko vzniku dekubitů.

Stavba těla/ výška, váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
Průměrná	0	Zdravá	0	Muž	1	Terminální kachexie	8	Zcela kontinentní / katetrizován	0
Nadprůměrná	1	Papírová, suchá	1	Žena	2	Porucha výživy tkání	8	Občasná inkontinence	1
Obézní	2	Vlhká (zvýšeně teplá)	1	14-49	1	Srdeční selhání	5	Má permanentní katétr	1
Podprůměrná	3	<u>Edematózní</u>	1	50-64	2	Periferní vaskulární porucha	5	Inkontinence stolice	2
		Porucha barvy	2	65-74	3	Anémie	2	Kompletní inkontinence	3
		Porušená ložisko	2	75-80	4	Kouření	1		
				81 a výše	5				
Neurologická porucha		Pohyblivost		Chuť k jídlu		Operace, trauma		Medikace	
<u>Diabetes mellitus</u>	4-6	Plná	0	Průměrná	0	Ortopedická	5	Cytostatika	4
Roztroušená skleróza		Neklid, vrtí se	1	Slabá	1	Pod úroveň pasu		Vysoké dávky steroidů	
CMP		Apatie	2	Sonda/pouze tekutiny	1	Páteř		Protizánětlivé léky	
paraplegie		Omezená hybnost	3	Nic ústy / anorexie	3	Operace delší jak 2 hodiny			
		Nehybnost na lůžku	4						
		Nehybnost v křesle	5						

Čím vyšší bodové skóre tím vyšší riziko vzniku dekubitů

# Závěr

=měřicí a hodnotící škály/stupnice si kladou za cíl v maximální možné míře objektivizovat zdravotní stav pacienta

- ✓ bolest
- ✓ kvalita psychiky, stav vědomí
- ✓ soběstačnost/mobilita
- ✓ rizika komplikací

# Literatura:

STAŇKOVÁ, MARTA. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno, 2001. IDVZP. 55 s. ISSN 80-7013-323-6

KUBÁTOVÁ, JITKA. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi*. Diplomová práce. 2010. Dostupné z:  
[http://theses.cz/id/p17ohc/Diplomov\\_prce\\_Kubtov.pdf](http://theses.cz/id/p17ohc/Diplomov_prce_Kubtov.pdf)

JUŘENÍKOVÁ, PETRA a kol. *Logbook pro odbornou ošetrovatelskou praxi*. Brno, 2012, KAO, LF MU. 226 s. ISBN 978-80-210-5752-4

POKORNÁ, Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ, Michaela SCHNEIDEROVÁ a Hana PINKAVOVÁ. *Ošetrovatelství v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5