

OBJEKTIVIZAČNÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ

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 ošetrovatelství:

- ❖ VF, bolest
- ❖ kvalita psychiky, stav vědomí
- ❖ soběstačnost/mobilita
- ❖ rizika vzniku komplikací

Hodnocení bolesti

- Bolest - 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)

Hodnocení bolesti

Hodnotící techniky

jednoduché

- neverbální
- vizuální
- Verbální

vícerozměrné

- dotazníky bolesti

- bolest hodnocena jinými kritérii než slovy
- pláč, algické držení těla, tachykardie ...

ABECEDA BOLESTI - ANAMNESTICKÝ NÁSTROJ

P ROVOKATÉR	Q UALITA	R EGION	S ÍLA	T IMING
----------------	-------------	------------	----------	------------

Co bolest provokuje?



Jaká je její
kvalita, kvantita?



V jakém regionu
se bolest vyskytuje
a kam dosahuje její
radiace?



Jaká je její síla?



Kdy a jak dlouho se
objevuje?



Pro efektivní zhodnocení údajů o pacientově bolesti postupujte dle uvedené mnemotechnické pomůcky pro získání postatných detailů o bolesti

Hodnocení bolesti

P	PAIN	Lokalizace bolesti	Kde vás bolí?
Q	QUALITY	Kvalita bolesti	Jaká je to bolest? <small>Bodavá, dráždivá, zdrcující, křečovitá, ostrá, palčivá, přechodná, přerušovaná, řezavá, silná, tepavá, tupá, úporná, vyčerpávající, vyzařující, svěravá</small>
R	RADIATION	Vyzařování bolesti	Šíří se někde?
S	SEVERITY	Intenzita bolesti	Jak silná je bolest? <small>Slabá, mírná, střední, silná, mučivá</small>
T	TIME	Časové trvání	Je bolest stálá nebo se mění?
Provokující faktory			Co bolest zhoršuje?
Úlevové faktory			Co bolest zmírňuje?

Stupnice grafických symbolů (škála obličejů bolesti)

alternativa číselné stupnice (výrazy obličejů od stavu pohody až po nejvyšší utrpení různý počet obličejů)
u malých dětí, seniorů, u pacientů s poruchou komunikace

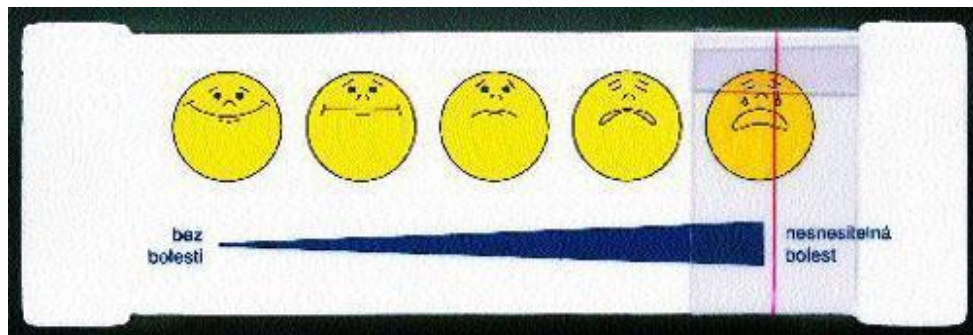
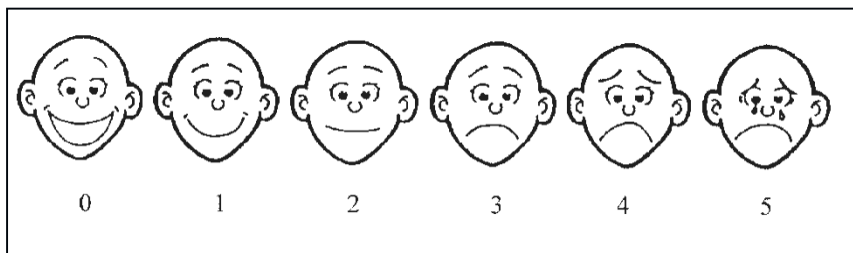
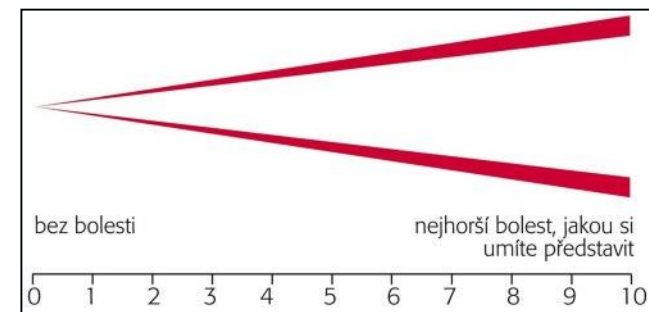
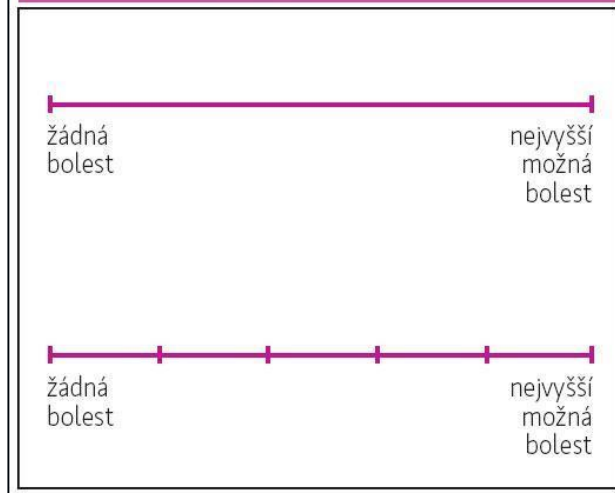


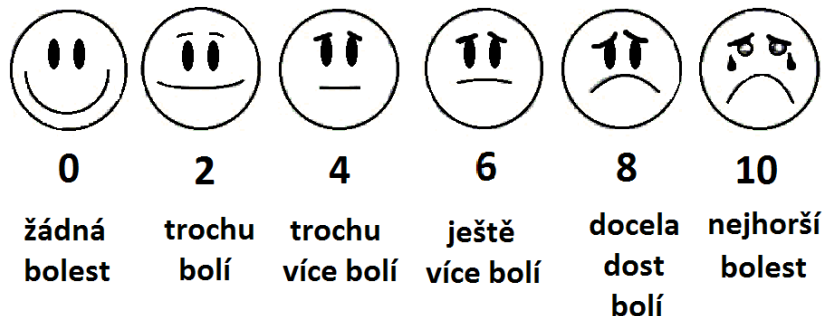
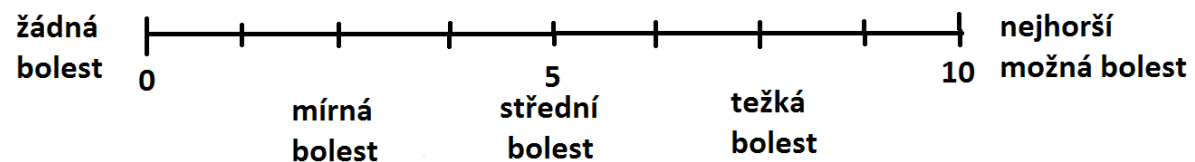
Schéma 2: Vizuální analogová škála – úsečka



0		1		2		3		4		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
žádná	mírná	střední	silná	velmi silná	nesnesitelná					

(Staňková M., 2004)

NUMERICKÁ HODNOTÍCÍ ŠKÁLA

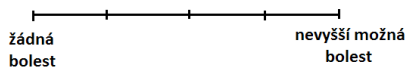


VYBERTE ČÍSLO, KTERÉ ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI

Metoda NRS (numeric rating scale)

číselná hodnotící škála
P/K vyjadřuje intenzitu
bolesti přímo číslem
0 = žádná bolest,
10 = nejhorší
představitelná bolest

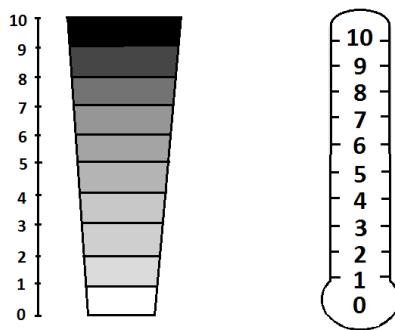
TYPY ZOBRAZENÍ VIZUÁLNÍ ANALOGOVÉ ŠKÁLY



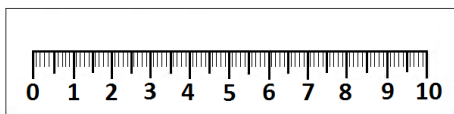
horizontální úsečka



rozvírající se úsečky



vertikální úsečka



teploměr

pravítko



obličej

Metoda VAS (vizuální analogová škála)

hodnocení intenzity bolesti na 10 cm dlouhé úsečce:

od žádné bolesti = 0,
po nesnesitelnou bolest = 10)

„pravítko bolesti“:

– žádná bolest = bílá nebo světlá barva,
silná bolest – postupně se zvyšující intenzita barevného odstínu

Mapy bolesti

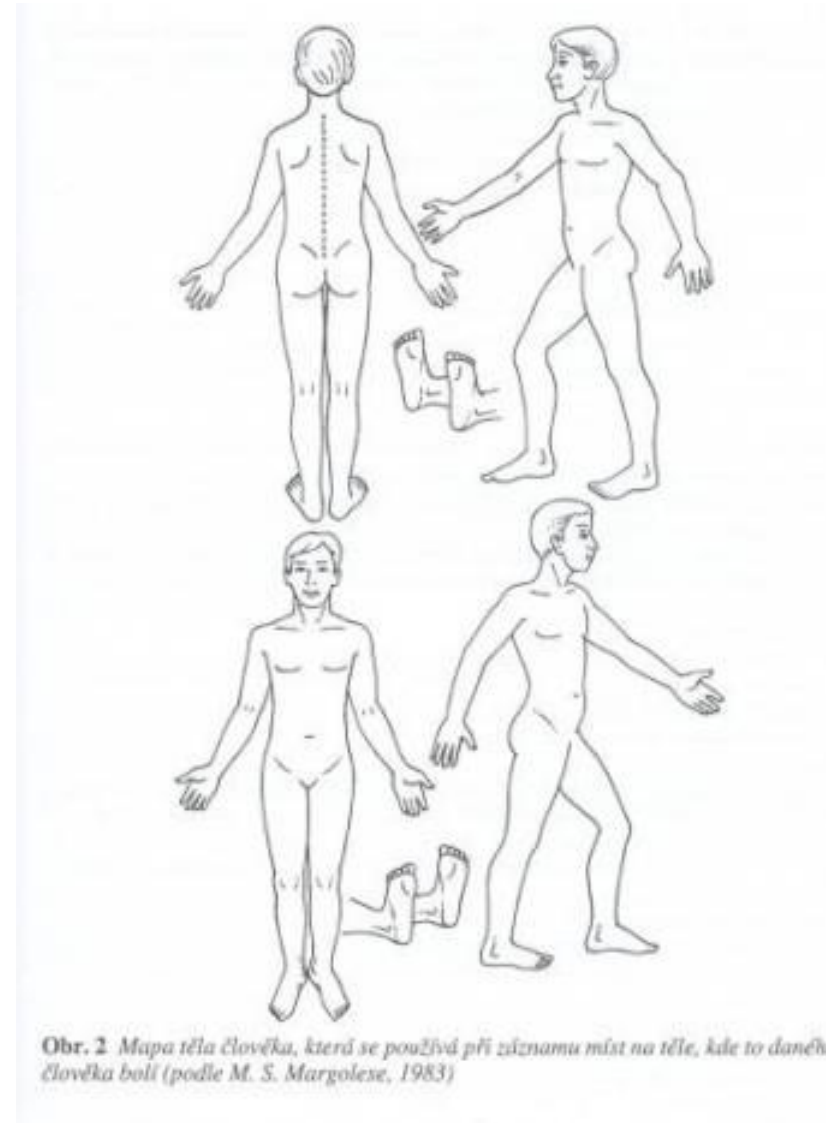
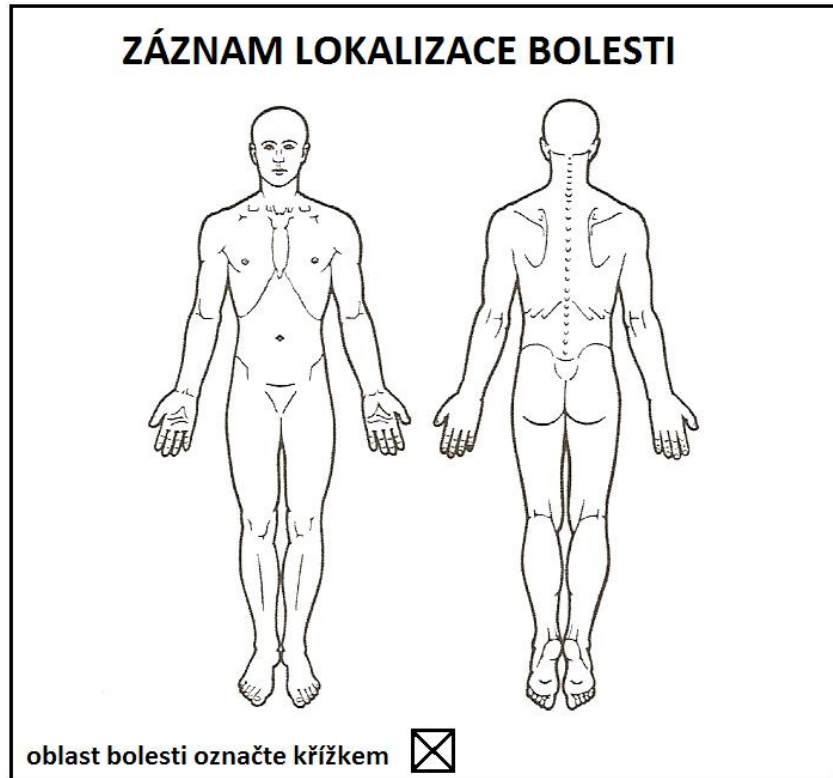
na obrysu lidského těla pacient popisuje místa bolesti dle intenzity – od 0 do 5
pacient barevně zakresluje pociťování bolesti do obrysů figuríny

modrá – bolest obecně

červená – pálivá

žlutá – tupá

zelená - svíravá



Mapy bolesti

Hodnocení bolesti

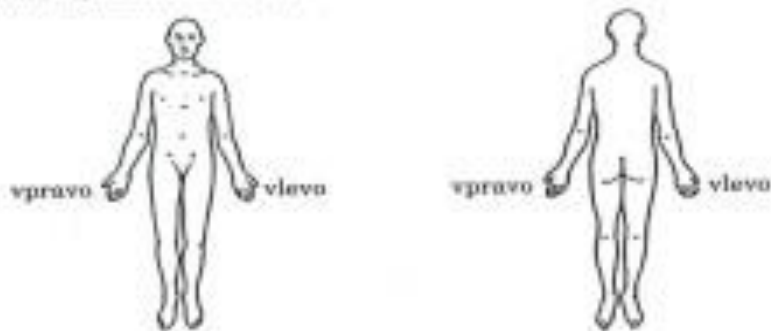
(podle Royal Marsden Hospital, in LEMON 1, 1996)

Jméno a příjmení
R. č.
Datum
Základní vyšetření
Pacientův popis bolesti
Co pomáhá zmírnit bolest
Co bolest zhoršuje

Máte bolest?	1. v noci	ano	ne	poznámka
	2. v klidu	ano	ne	poznámka
	3. při pohybu	ano	ne	poznámka

Lokalizace bolesti

Vyznačte v obrázku místa, kde pocítujete bolest. Označte každé místo písmenem A, B, C....



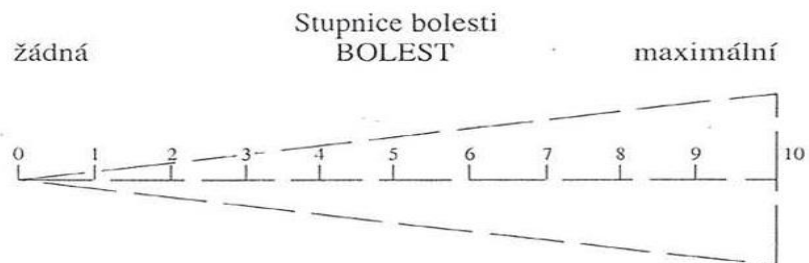
Intenzita bolesti: 0 – žádná bolest	3 – silná, stresující bolest
1 – mírná bolest	4 – velmi silná bolest
2 – obtěžující bolest	5 – nesnesitelná bolest

Kalendář bolesti

Týden od do

Abychom mohli lépe hodnotit Váš zdravotní stav, dostáváte svůj týdenní kalendář:

	1)	1)	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	
den	rá	pol	ve	spá	akt	sto	nev	zvr	nál	chu	poznámky
po											
út											
st											
čt											
pá											
so											
ne											



ZKRATKY: rá - ráno akt - aktivita zvr - zvracení
 pol - poledne sto - stolice nál - nálada
 ve - večer nev - nevěle chu - chuť k jídlu
 spá - spánek

Do kalendáře zaznamenejte údaj podle instrukcí lékaře a následujícího návodu:

- 1) 3x denně bolest podle instrukce 0 - 10
- 2) kolik hodin spíte
- 3) co jste schopen - schopna pro sebe udělat
 - *1 bez omezení
 - *2 jen malé omezení
 - *3 jen nejnnutnější osobní věci
 - *4 převážně sedím
 - *5 jsem převážně na lůžku
- 4) byl - byla jste na stoličce
- 5) bylo Vám nevolno?
- 6) zvracel - zvracela jste? (počet)
- 7) jakou jste měl - měla náladu
 - *1 vynikající
 - *2 docela dobrou
 - *3 nevalnou
 - *4 špatnou
 - *5 na zabití
- 8) chuť k jídlu - - , - + , + , + + , + + +

LÉKY: V. Vendal retard

.....

Příští návštěva:

Dotazník interference bolestí s denními aktivitami – DIBDA

BODY	POPIS BOLESTI
0	Jsem bez bolestí.
1	Bolesti mám, výrazně mne neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
2	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních aktivit a pracovních činností bez chyb.
3	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.
4	Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
5	Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen (-na), nutí vyhledávat úlevovou polohu, popř. nutí až k ošetření u lékaře.

BOLEST - verbální škály

Melzackova škála

- pacient slovně hodnotí intenzitu bolesti
- 5 stupňů intenzity bolesti
 - 0 – žádná
 - 1 – mírná
 - 2 – nepříjemná
 - 3 – intenzivní
 - 4 – krutá
 - 5 - nesnesitelná

BOLEST - verbální škály

Deskriptivní škála

obdoba předchozí škály

0 = žádná

1 = mírná

2 = střední

3 = silná

4 = velmi silná

5 = nesnesitelná

BOLEST - dotazníky

- poskytují komplexnější obraz
- časově náročné
- přínos informací x zátěž pro pacienty
- informace o časovém průběhu bolesti a její intenzitě, vlivu bolesti na život a funkční zdatnost

McGillův dotazník (SF-MPQ)

Brief Pain Inventory (BPI)

Hodnocení bolesti

akutní

- **orientační vyšetření při příjmu**
- Slovně popisná škála
- Vizuální škála bolesti
- Vizuálně analogová škála (VAS)
- Číselná hodnotící škála
- Grafický záznam hodnocení bolesti

chronické

- + zjištění podrobnějších informací**
- Průvodce hodnocení bolesti
- Krátký inventář bolesti
- Management bolesti
- Hodnocení bolesti (podle Hospital Broussais, Paříž)
- Monitorování účinku analgetik

Měření kvality psychiky

Hodnocení stavu vědomí

Hodnocení psychického stavu

Hodnocení deprese

Hodnocení stavu vědomí

- bdělost = vigilita
- změny vědomí:
 - kvalitativní – vědomí je zasaženo z hlediska obsahu (kvality): obluzené vědomí (delirium, amence), mráкотní stav (somniaambulismus, agónie)
 - kvantitativní – narušená vigilita, vědomí je zasaženo z hlediska množství a hloubky (kvantity): somnolence, sopor, kóma
- **AVPU**
- **Glasgow coma scale** (otevření očí, motorická odpověď, slovní odpověď)
- **Modifikovaná dětská GCS**
- **Hodnocení vědomí – schéma Beneš/ Zvěřina** (reakce na bolest, reakce na slovo)

Škála hodnocení vědomí AVPU (rychlé orientační zhodnocení)

A lert	Responds to V ocal stimuli	Responds to P ainful stimuli	U nresponsive
bdělý	odpovídá na hlasové podněty	odpovídá na bolest	neodpovídá

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

Dětské Glasgow Coma Skale

Otevření očí	Spontánně	4
	Na mluvené slovo	3
	Na bolestivý podnět	2
	Neotvírá	1
Nejlepší motorická odpověď	Normální spontánní pohyb	6
	Uhýbá při doteku	5
	Uhýbá při bolestivém podnětu	4
	Abnormální flekční křeče	3
	Abnormální extenční křeče	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Směje se a žvatlá	5
	Podrážděně pláče	4
	Pláče na bolestivý podnět	3
	Sténá na bolestivý podnět	2
	Žádná odpověď	1
	CELKEM:	15

„Schéma Beneš/Zvěřina“

I. Reakce na bolestivý podnět-štípanec,píchnutí jehlou	
0 bodů	Žádná reakce,ani změnou vegetativní funkce
1 bod	Reakce nejčastěji zrychleným dýcháním,dále změnou srdeční frekvence nebo změnou barvy v obličeji
2 body	Bolestivý podnět vyvolá extenzi horních a dolních končetin nebo flexi horních a extenzi dolních končetin
3 body	Bolestivý podnět vyvolá neúčelné pohyby
4 body	Bolestivý podnět vyvolá úmyslné obrané pohyby
II. Reakce na slovo	
5 bodů	Pacient po latenci vyhoví jedné jednoduché slovní výzvě
6 bodů	Pacient vyhoví několika výzvám za sebou
7 bodů	Pacient odpovídá na otázky přiléhavě
8 bodů	Pacient je orientován časem i místem

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

Hodnocení psychického stavu

- **Zkrácený mentální bodovací test** (hodnocení psychického stavu dle Gaida)
- **Folsteinův test kognitivních funkcí – Mini mental state exam (MMSE)** (hodnotí 5 oblastí)
- **Test kreslení hodin**
- **Stupnice hodnocení psychického zdraví**

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.Nedosáhne-li ani 7 bodů jedná se o zmatenost.

* CAVE-Pozor! Na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována, abychom se ujistili, že dobře slyší

Folsteinův test kognitivních funkcí

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?
- Kolikátého 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, započítáte 1 bod za každé správně 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 započítáte 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 započítáte 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
- přeloření na polovinu
- poloření 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. Započítáte jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

9. PSANÍ

Dejte pacientovi čistý papír a tuřku a vyzvěte ho:

- Napiřte, prosím, jakoukoliv větu.

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

10. OBKRESLENÍ OBRAZCE

- Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Započítáte jeden bod, pokud pacient nakreslí obrázec v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes 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

Test kreslení hodin

Test kreslení hodin

Jméno pacienta:

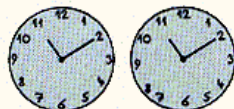
Datum vyšetření:

Pokyny pro provedení:

1. Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi pokyn: „ Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas 10 hodin a 10 minut.“
2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem a provedení na kresbu.
3. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

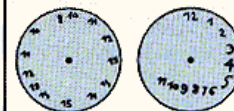
1. Bezchybné provedení

- ▲ číslice 1-12 ve správném pořadí i místě
- ▲ dvě ručičky ve správné poloze



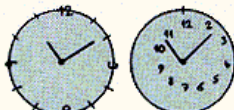
4. Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné

- ▲ nepravidelné mezery
- ▲ zapomenutí číslic
- ▲ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12
- ▲ záměna pravý-levý (číslíce proti směru)
- ▲ dysgrafie - chybějící čitelné číslice



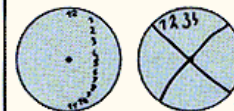
2. Lehká prostorová chyba ciferníku hodin

- ▲ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrná
- ▲ číslice mimo kruh
- ▲ otočení papíru s otočením číslic
- ▲ použití pomocných čar pro lepší orientaci



5. Těžká prostorová dezorganizace

- ▲ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno



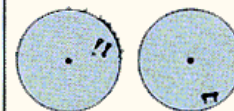
3. Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin

- ▲ pouze jedna ručička
- ▲ čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“
- ▲ čas vůbec nezaznamenan



6. Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)

- ▲ žádný pokus zakreslit hodiny
- ▲ ani vzdálená podobnost s hodinami
- ▲ napsáno slovo nebo jméno



Hodnocení deprese

Škála deprese pro geriatrické pacienty

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

Škála deprese pro geriatrické pacienty

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!

01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaší vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si, že je krásné býti na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

Škála deprese pro geriatrické pacienty

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

Stupnice posouzení psychického zdraví

Stupnice hodnocení psychického zdraví

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

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 neužitečný?	ano	ne										
Součet:													
Hodnocení:													
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													

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*

Měření soběstačnosti

- **Barthelové test (ADL)**
- **Test instrumentálních všedních činností (IADL)**
- **Test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou**
- **Katzův test každodenních činností**
- **Test aktivity**
- **Testování vývoje soběstačnosti**
- **Dotazník pro funkční hodnocení pacienta**

Posouzení funkčních schopností

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

Činnost	Provedení	Bodové ohodnocení
1. nasedání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku 50m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	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 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 poště nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů

45-75 bodů

80 bodů

nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Posouzení funkčních schopností

Posouzení ošetřovatelské zátěže

Test ošetřovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

- slouží ke zhodnocení pacientovy soběstačnosti

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

Hodnocení:

0 bodů - zcela soběstačný

38 bodů - zcela závislý

Hodnocení:

0 bodů - zcela soběstačný

38 bodů - zcela závislý

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
 - dýchání
 - ...

Dýchání

- **Bienstein škála** k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání
- **Downes score** – hodnocení stupně dechové nedostatečnosti při obstrukci HCD
- **Funkční klasifikace dle NYHA** (hodnotí dušnost, palpitaci, únavu)

Klasifikace stupně srdečního selhání

– nejpoužívanější systém podle New York Heart Association (zkratka NYHA) čtyřstupňová klasifikace :

NYHA I – nemocný nemá potíže ani při námaze, nacházíme ale abnormální výsledky testů (např. echokardiografie, některé laboratorní ukazatele)

NYHA II – nemocný nemá potíže při mírné běžné námaze, větší námaha mu ale problémy činí

NYHA III – nemocný má potíže i při mírné námaze, v klidu je ale bez potíží

NYHA IV – nemocný má potíže i v klidu

Ošetřovatelská anamnéza

posouzení stavu výživy

ABCD

A – sběr antropometrické hodnoty (výška, váha = změřit!, BMI; obvod břicha váho-výškové indexy – Rohrerův RI = hmotnost (kg)*100/výška³

(m³), Brocův hmotnost (kg) = výška (cm) – 100;

obvod svalstva nedominantní paže - úbytek svalové hmoty u muže hodnoty pod 19,5 cm a u ženy pod 15,5 cm,

měření tricipitální řasy (měření podkožní vrstvy kůže kaliperem - těžká malnutrice u mužů: méně než 8 mm, u žen 10 mm)

WHR – waist hip ratio – index pas/boky ...), obvod pasu zvýšené riziko M >94 cm, Ž > 80cm,

vysoké riziko M > 102cm, Ž > 88cm

RIZIKOVÝ P/K

P/K hmotnost vyšší o 20% V nižší než 10%; P/K nečekané zvýšení V snížení o 10%

zohlednit věk, pohlaví, výšku <http://centrumprev.sweb.cz/MANUAL/MANII-oddil5.htm>

B – hodnocení biochemické parametry – biochemie (viscerální bílkoviny- albumin, transferin, prealbumin nebo markery lipidového

metabolismu – cholesterol a triacylglyceroly), hematologie (KO+diff ↓ Le známka malnutrice; sideropenická anemie = ↓ Fe, perniciózní - ↓ B12), imunologie (ionty, stopové prvky, vitamíny, albumin, prealbumin, transferin, cholinesteráza, kreatin...), hodnocení moči – specifická váha a barva moči, pH moči (spíše udržovat nižší)

C – vyšetření klinické indikátory/příznaky (clinical signs) fyzikální vyšetření P/K a zhodnocení kůže, nehtů, vlasů, očí, jazyk, sliznice, kardiovaskulární systém, gastrointestinální systém, nervový systém..., hmotnost, vitalita

D – získání výživová anamnéza (dietary history) – údaje o stravovacích návycích P/K, preference jídel, omezení, alergie, denní příjem potravy a tekutin, příjem vitamínů, minerálů (doplňky), výživové problémy, nemoci, fyzická aktivita, léky (co, kdy užívá čas, před/po jídle...)

Nutrice

Škála pro orientační zhodnocení stavu výživy – Mini nutritional Assessment (MNA)

Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice – Nottingham Screening Tool

Nutriční skóre dle WHO

Klasifikace obezity BMI

Harris – Benediktovo hodnocení (bazální metabolismus)

Tab. 2 – Nottinghamský screeningový dotazník pro hodnocení rizika malnutrice

Položka	Bodové skóre
1. BMI (body mass index)*	
• BMI <18	2
• BMI 18–20	1
• BMI >20	0
hmotnost (kg) tělesná výška (m)	
2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících	
• Více než 3 kg	2
• Do 3 kg	1
• Žádný, hmotnost stálá	0
3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací	
• Ano	2
• Ne	0
4. Stresový faktor/závažnost základního onemocnění	
• Závažný (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká sepse, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace)	2
• Mírně až středně závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, CHOPN, nespecifické střevní záněty)	1
• Žádný	0
Celkové skóre	
Hodnocení	
0–2 body	stav výživy velmi dobrý/dobrý, bez další intervence
3–4 body	nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdne
5 a více bodů	vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence

BMI = hmotnost/(tělesná výška)² v kg/m²

Podle: BARENDREGT, K., SOETERS, P. B., ALLISON, S. P.: Diagnosis of malnutrition. Screening and assessment. In SOBÓTKA, L. (Ed.), Basics in clinical nutrition. 2. vydání Praha, Galén, 2000, s. 2–36

Mini Nutritional Assessment – MNA®

Riziko deficitu výživy

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

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

Screening		
A	Snižil se příjem potravy u pacienta za uplynulých 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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C	Mobilita 0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní 1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí 2 = samostatná chůze bez omezení	<input type="checkbox"/>
D	Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním 0 = ano 2 = ne	<input type="checkbox"/>
E	Neuropsychické poruchy nebo obtíže 0 = vážná demence nebo deprese 1 = mírná demence 2 = žádné psychické problémy	<input type="checkbox"/>
F	Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m ²) 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	<input type="checkbox"/>
Výsledek Screeningu = součet bodů (mezi součet max. 14 bodů)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
H	Užívá pacient více než 3 předepsané léky denně 0 = ano 1 = ne	<input type="checkbox"/>
I	Proleženiny nebo kožní defekty 0 = ano 1 = ne	<input type="checkbox"/>

J	Kolik plnohodnotných jídel jí pacient denně? 0 = 1 jídlo 1 = 2 jídla 2 = 3 jídla	<input type="checkbox"/>
K	Vybrané hodnoty pro příjem bílkovin: Alespoň jedna porce mléčných výrobků (mléko, sýr, jogurt) denně ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Dvě nebo více porcí luštěnin nebo vajec týdně ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Maso, ryby nebo drůbež každý den ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> 0,0 = je-li odpověď ano pouze 1x 0,5 = je-li odpověď 2x ano 1,0 = je-li odpověď 3x ano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L	Konzumuje pacient dvě nebo více porcí ovoce anebo zeleniny denně? 0 = ne 1 = ano	<input type="checkbox"/>
M	Kolik tekutin (voda, džus, káva, čaj, mléko, ...) vypije pacient za den? 0,0 = méně než 3 šálky 0,5 = 3 až 5 šálků 1,0 = více než 5 šálků	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N	Příjem stravy 0 = pacienta je nutné krmit 1 = pacient se nají s dopomocí 2 = pacient se nají zcela samostatně	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R	Obvod lýtky v cm (měří se v nejširším místě) 0 = menší než 31 1 = 31 nebo větší	<input type="checkbox"/>

Hodnocení – součet (max. 16 bodů)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Výsledek Screeningu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Celkové hodnocení – součet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hodnota míry podvýživy	
17 až 23,5 bodů	Riziko podvýživy <input type="checkbox"/>
Méně než 17 bodů	Podvýživa <input type="checkbox"/>

Ref: Velho R, Vilas B, Rebelo JL, et al. Overview of the MNA® – Its History and Challenge. J Nutr Health Aging. 2006; 10(4):166-169. Rubenstein L, Harker JL, Selko A, Gulgoz Y, Velho B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol. 2001; 56A(10):399-377. Gulgoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA): Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10(4):166-169.

TAB. 4. ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ STAVU
VÝŽIVY – ZKRÁCENÁ VERZE
MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT – SHORT
FORM (MNA-SF)

POLOŽKY	BODOVÉ SKÓRE
A. Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?	
ano, výrazně	0
jen mírně	1
ne	2
B. Úbytek hmotnosti poslední 3 měsíce	
více než 3 kg	0
není přesný údaj	1
1–3 kg	2
nebyl úbytek hmotnosti	3
C. Pohyblivost/mobilita	
upoután na lůžko/vozik	0
pohyb jen po místnosti	1
vychází z bytu	2
D. Prožil v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?	
ano	0
ne	2
E. Psychický stav	
těžká demence nebo deprese	0
mírná demence nebo deprese	1
normální stav, bez psychické poruchy	2
F. BMI (Body Mass Index)*	
BMI < 19	0
BMI 19 až < 21	1
BMI 21 až < 23	2
BMI ≥ 23	3

hmotnost (kg) tělesná výška (m)

* BMI = hmotnost/(těl.výška)² v kg/m²

Celkové skóre

Celkové hodnocení:

12–14 bodů	stav výživy dobrý, normální
11 bodů a méně	nález: není nutně další vyšetření možná porucha výživy/podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhod- nocení stavu výživy

Riziko deficitu výživy

Základní nutriční screening (zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Datum		Oddělení		
Jméno	Příjmení	Titul	Pojišťovna	Rodné číslo
Pohlaví	Hmotnost	Výška	BMI (kg:m²)	
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2	
Nelze-li od pacienta získat informace			3	
(v takovém případě nevyplňujeme body B,C,D)				
A) Věk	do 65 let		0	
	nad 65 let		1	
	nad 70 let		3	
B) BMI:	20-35		0	
	18-20, nad 35		1	
	pod 18		2	
C) Ztráta hmotnosti (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	
D) Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství		0	
	poloviční porce		1	
	jí občas nebo nejí		2	
E) Projevy nemoci	žádné		0	
	bolesti břicha, nechutenství		1	
	zvracení, průjem nad 6/den		2	
F) Faktor stressu	žádný		0	
	střední		1	
	vysoký		2	
Střední faktor stressu – chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon				
Vysoký faktor stressu – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO				
Index: (A + B + C + D + E + F)				
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		
Vypočtené skóre:				

Klasifikace obezity a jejich rizik podle BMI

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací obezity
Podváha	< 18,5	Nízké (riziko jiných chorob)
Normální váha	18,5 – 24,9	Průměrné
Zvýšená váha	≤ 25,00	
Nadváha	25,0 – 29,9	Mírně zvýšené
Obezita I. stupně	30,0 – 34,9	Středně zvýšené
Obezita II. stupně	35,0 – 39,9	Velmi zvýšené
Obezita III. stupně	≥ 40,0	Vysoké

Pády

Stupnice pádu Morse – Morse Fall Scale

Conleyové hodnocení rizika pádu

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 překlada 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	Celkem		
berle/hůl/chodítka nábytek	15 30			
4. i.v. vstup	ne:0 ano:20	Míry rizika bez rizika nízké riziko vysoké riziko	Hodnocení 0 - 24 25 - 50 ≥ 51	Opatření 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	Zdroj: <i>Prevence pádů ve zdravotnictví, Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, Grada 2007, str. 79</i>		
slabá chůze	10			
zhoršená	20			

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, tranquilizery, antidepressiva, antihypertenziva, laxantia)		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 ošetřovatelské 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

Dekubity

(proleženiny, prosezeniny, tlakové vředy či tlakové léze) jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň

Zhodnocení rizika pacienta - pravidelně při přijetí každého pacienta ideálně do 8 hodin maximálně do 12 hodin od přijetí. Ke zhodnocení posouzení rizikových faktorů využívejte

standardizované škály (např. Norton, Braden, Waterlow, Knoll). Mezi nejrozšířenější v ČR patří stupnice dle rozšířené škály Nortonové (Věstník MZ ČR č. 6/2009 s. 70 [Věstník_MZ_ČR_6-](#)

[2009.pdf](#)), viz příloha č. 1. Tato škála je doporučena pro používání z důvodu jednotného hodnocení rizika a v rámci provádění srovnání v ČR. V případě, že pacient zjevně riziko nemá, je

označen/vidován jako pacient bez rizika, aby bylo možné hodnotit indikátor kvality = počet pacientů s dekubitem vzniklým při hospitalizaci na počet pacientů v riziku.

Opakovaná posouzení rizika - dle aktuálního stavu pacienta a vždy při změně zdravotního stavu (vhodná frekvence 1x za 7 dní, v oše. záznamech jasně označte riziko vzniku dekubitů, pro

komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky. Jinou frekvenci posuzování rizik pacienta doporučujeme realizovat u specifické skupiny pacientů (např. kriticky nemocných, geriatrických,

bariatrických). Důležité je rovněž posouzení rizika v souvislosti s používáním zdravotnických prostředků.

– [Dekubity.eu](#)

– [Doporučení pro klinickou praxi | Dekubity](#)

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 cév, 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

Skála 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	Edematózní	1	50-64	2	Periferní vaskulární porucha	5	Inkontinence stolice	2
		Porucha barvy	2	65-74	3	Anemie	2	Kompletní inkontinence	3
		Porušená ložisko	2	75-80	4	Kouření	1		
				81 a výše	5				
Neurologická porucha		Polyblybivost		Chuť k jídlu		Operace, trauma		Medikace	
Diabetes mellitus	4-6	Plná	0	Průměrná	0	Ortopedická	5	Cytostatika	4
Roztroušená skleróza		Neklid, vrtí se	1	Slabá	1	Pod úrovní 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

Krevní oběh

- **Škála hodnocení rizik vzniku žilní trombózy**
- **Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona** (stupeň 0- IV)
 - stupeň 0 – není bolest ani reakce v okolí
 - stupeň 1 – pouze bolest, není reakce v okolí
 - stupeň 2 – bolest a zarudnutí
 - stupeň 3 – bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
 - stupeň 4 – hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly
- **Kritéria pro hodnocení flebitidy**
- **Klinická klasifikace chronické venózní insuficience (CEAP klasifikace)** (třídy 0-6)
- **Ischemické skóre dle Hachinského** (demence vaskulárního typu)
- **Klasifikace Fontainovy funkční klasifikace stádií CHICHDKK**
(stádium I-IV)

Další testy a škály

Body Mass Index (BMI)

Broccův vzorec a index (ideální hmotnosti)

Stádia umírání dle E. Kübler-Koss

Vývojová stádia dle Eriksonn

Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu

Kritéria hodnocení toxicity při chemoterapii

Rizika vzniku DM

Kategorie lékových problémů

Dotazník mezinárodních skóre prostatických symptomů

Klasifikace klinické manifestace alergie na včelí a vosí jed

Závěr

= měřící 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
- 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