

HODNOTÍCÍ ŠKÁLY V INTENZIVNÍ PÉČI

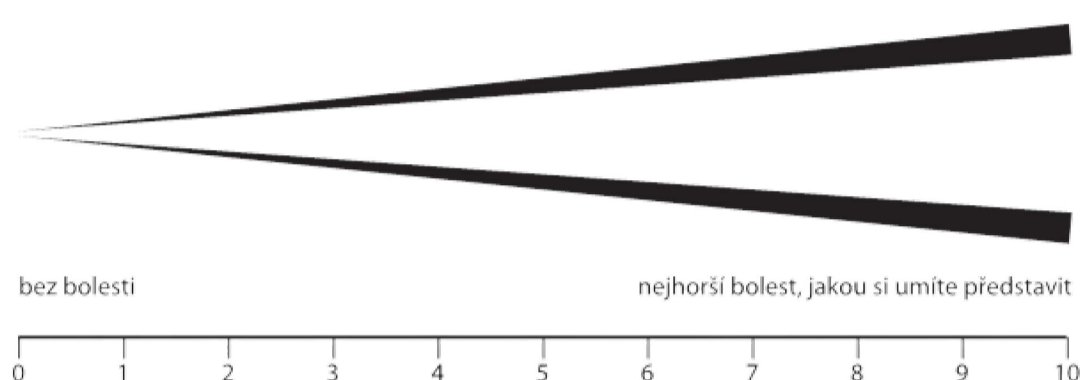
ÚVOD

Pacienti v intenzivní péči jsou často zcela závislí na péči sester. Jelikož nejsou schopni uspokojit své základní biologické ani jiné potřeby, přebírá za ně tuto úlohu sestra. Aby mohla poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, je nutné, aby získala co nejvíce objektivních informací o pacientově stavu a jeho potřebách. K tomu využíváme hodnotící škály, které slouží jako doplňková metoda pro získávání informací v rámci ošetrovatelského procesu.



Hodnocení bolesti

Obrázek 1 Vizuální analogová škála a Numerická škála.



Nejčastěji využívanou škálou k hodnocení bolesti je Vizuální analogová škála (VAS) a Numerická škála (NRS).

Zdroj: Sláma, 2011

Hodnocení soběstačnosti

Obrázek 2 Barthelové test základních všedních činností

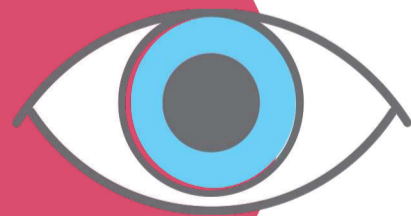


Barthelové test základních všedních činností (ADL - Activity of Daily Living)		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko/židle	samostatně nad 50 m	15
	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně bez pomoci	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Pro hodnocení soběstačnosti je nejčastěji využíván Barthelův test základních všedních činností.

Hodnocení stupně závislosti	
0-40 bodů - vysoce závislý	
45 - 60 bodů - závislost středního stupně	
65 - 95 bodů - lehká závislost	
100 bodů - nezávislý	

Zdroj: Pokorná, 2013



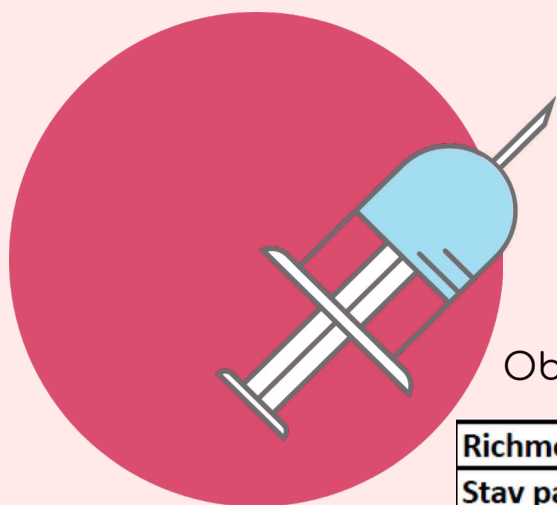
Hodnocení vědomí

Obrázek 3 Glasgow Coma Scale

Glasgow Coma Scale (GCS)		
Odpověď	Reakce na určitý podnět	Body
otevření očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolestivý podnět	2
	pacient nereaguje	1
slovní odpověď	plně orientován	5
	zmatená	4
	nepřiměřená	3
	nesrozumitelná	2
	bez odpovědi	1
motorická odpověď	uposlechne příkaz	6
	adekvátní reakce na bolestivý podnět	5
	úhyb	4
	flexe na bolestivý podnět	3
	extenze na bolestivý podnět	2
	bez odpovědi	1
Hodnocení:	15 - 13 bodů	lehká porucha vědomí
	12 - 9 bodů	střední porucha vědomí
	8 - 3 body	závažná porucha vědomí

K hodnocení vědomí je využívána Glasgow Coma Scale (GCS).

Zdroj: Kapounová, 2020; Seidl, 2015



Hodnocení sedace

Obrázek 4 Richmondova stupnice agitace-sedace

Richmondova stupnice agitace-sedace (RASS)			
Stav pacienta		Body	
agresivní	agresivní slovně i fyzicky	4	
výrazně agitovaný	snaží se odstranit katétry	3	
agitovaný	časté bezúčelné pohyby	2	
neklidný	neklid, úzkost	1	
bdělý a klidný		0	
somnolence	na slovní podnět	udrží oční kontakt (≥ 10 sekund)	-1
mírná sedace		krátký oční kontakt (≤ 10 sekund)	-2
střední sedace		pohyb nebo otevření očí, chybí oční kontakt	-3
hluboká sedace	na fyzický kontakt	pohyb nebo otevření očí	-4
neprobuditelný		žádná reakce	-5

Zdroj: Bartůněk, 2016

Obrázek 5 Rikerova stupnice agitace-sedace

Riker Sedation-Agitation Scale		
Chování	Popis	Body
nebezpečně neklidný	pacient si tahá ET kanylu, katétry, přelézá hrazení lůžka, útočí na personál, přetáčí se na strany	7
velmi agitovaný	nezklidní se ani po opakované slovní výzvě, je nutná kurtace, kouše do tracheální rourky	5
agitovaný	anxiózní, mírně-středně agitovaný, snaží se posadit, zklidní se po slovní výzvě	6
klidný, kooperativní	snadno probuditelný, plní pokyny	4
sedovaný	obtížně probuditelný, probudí se po slovní nebo jemné taktilní výzvě, ale opět usíná, plní jednochuché pokyny	3
hluboká sedace	probuditelný jen intenzivními stimuly, ale nekomunikuje a neplní pokyny; spontánní pohybová aktivita je zachována	2
neprobuditelný	jen minimální nebo žádná odpověď na nocicepci, nekomunikuje ani neplní pokyny	1

Zdroj: Herold, 2013

K hodnocení sedace je nejčastěji využívá škála Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) a Richmondova stupnice agitace-sedace (RASS).

Hodnocení nutričního stavu

K hodnocení výživy je nejčastěji využíván index BMI, Nutriční rizikový screening nebo laboratorní vyšetření.



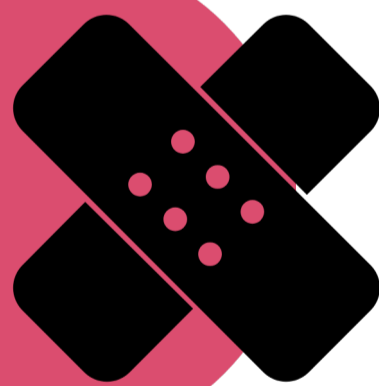
Obrázek 6 Výpočet BMI

$$BMI = \frac{\text{hmotnost [kg]}}{\text{výška}^2 \text{ [m]}}$$

Obrázek 7 Hodnocení BMI

	BMI	
podvýživa	<18,5	
normální hmotnost	18,5-24,9	
nadváha	25-29,9	
obezita	I.stupeň (mírná)	30-34,9
	II.stupeň (střední)	35-39,9
	III. stupeň (morbidní)	≥40

Zdroj: Kapounová, 2020



Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Nejčastěji je využívána škála podle Nortonové.

Obrázek 8 Stupnice podle Nortonové

Stupnice podle Nortonové									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není	4
Malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie, anémie,	zhoršený	zmatený	s doprovodem	částečně omezená	občas	3
Částečná	< 60	vlhká	ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	apatický	sedačka	velmi omezená	převážně moč	2
Žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice	1

Hodnocení:
 24-16 bodů: riziko vzniku dekubitu
 15-12 bodů: střední riziko vzniku dekubitu
 11-8 bodů: vysoké riziko vzniku dekubitu
 7 a méně bodů: velmi vysoké riziko vzniku dekubitu

Zdroj: Trachtová, 2013; Slezáková, 2014



Hodnocení rizika pádu

Obrázek 9 Conleyové škála

Rizikové faktory	Body	
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3
	Věk 65 let a více	2
	Pád v anamnéze	1
	Pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkovém oddělení	1
	Zrakový/sluchový problém	1
	Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, antidepressiva, antihypertenziva, laxancia)	1
Vyšetření		
Soběstačnost	Úplná	0
	Částečná	2
	Nesoběstačnost	3
Schopnost spolupráce	Spolupracující	0
	Částečně spolupracující	1
	Nespolupracující	2
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošettujícího personálu)	Míváte někdy závratě?	3
	Máte v noci nucení na močení?	1
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1
Hodnocení	Bez rizika pádu	0-4
	Střední riziko pádu	5-13
	Vysoké riziko pádu	14-19

Obrázek 10 Škála dle Morse

		Skóre
1. Pád v anamnéze	ne	0
	ano	25
2. Přidružená diagnóza	ne	0
	ano	15
3. Pomůcky k chůzi	Zádné/klid na lůžku/pomoc sestry	0
	berle/hůl/chodítka	15
	nábytek	30
4. Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	ne	0
	ano	20
5. Chůze	normální/klid na lůžku/vozik	0
	chabá	10
	narušená	20
6. Psychický stav	orientovaný ve vlastních schopnostech	0
	přečnuje se/zapomíná na svá omezení	15
Celkové skóre		
0 není riziko pádu		
< 25 nízké riziko		
25-45 střední riziko		
> 45 vysoké riziko		

Zdroj: Horová, 2020

Zdroj: Horová, 2020

Nejčastěji využívané škály k posouzení rizika pádu jsou Conleyové škála a škála dle Morse.

Hodnocení rizika vzniku flebitidy

Obrázek 11 Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí
I	Pouze bolest, ne reakce v okolí
II	Bolest a zarudnutí
III	Bolest, zarudnutí, otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Zdroj: Cetlová, 2012

K hodnocení rizika vzniku flebitidy je používána Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona.

LITERATURA

- BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed., 2016. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
- CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ, 2012. Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-45-0.
- HEROLD, Ivan, 2013. Skórovací schémata hodnocení sedace a výskytu deliria. I. Přehled skórovacích systémů hloubky sedace na JIP. Anesteziologie a intenzivní medicína [online]. roč. 24, č. 5, s. 357-362 [cit. 2021-03-29]. ISSN 1805-4412. Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2013/05/13.pdf>
- HOROVÁ, Jana, Iva BRABCOVÁ a Petra BEJVANČICKÁ, 2020. Risk assessment of falls. Medicína pro praxi [online]. roč. 17, č. 3, s. 200-202 [cit. 2021-03-29]. ISSN 12148687. Dostupné z: doi:10.36290/med.2020.039
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. Ošettřovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
- SEIDL, Zdeněk, 2015. Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2011. Paliativní medicína pro praxi. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. Ošettřovatelství v neurologii. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. Potřeby nemocného v ošettřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošettřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

Autor: Pavla Taterová

Západadočeská univerzita v Plzni Fakulta Zdravotnických studií

Sídlo fakulty: Husova 11, 301 00 Plzeň
Korespondenční adresa: Univerzitní 8, 306 14 Plzeň

Zpracováno jako výstup bakalářské práce s názvem "Využití hodnotících a měřících technik v intenzivní péči" pro studenty nelékařských zdravotnických oborů.

