

M U N I

M E D

Komplexní posouzení zdravotního stavu a funkčních schopností seniora

Tato prezentace je autorským dílem vytvořeným zaměstnanci Masarykovy univerzity. Studenti předmětu mají právo pořídit si kopii prezentace pro potřeby vlastního studia. Jakékoliv další šíření prezentace nebo její části bez svolení Masarykovy univerzity je v rozporu se zákonem.

*„Stáří je blbec, ale je to
poslední možnost, jak
přežít.“*

Jan Werich

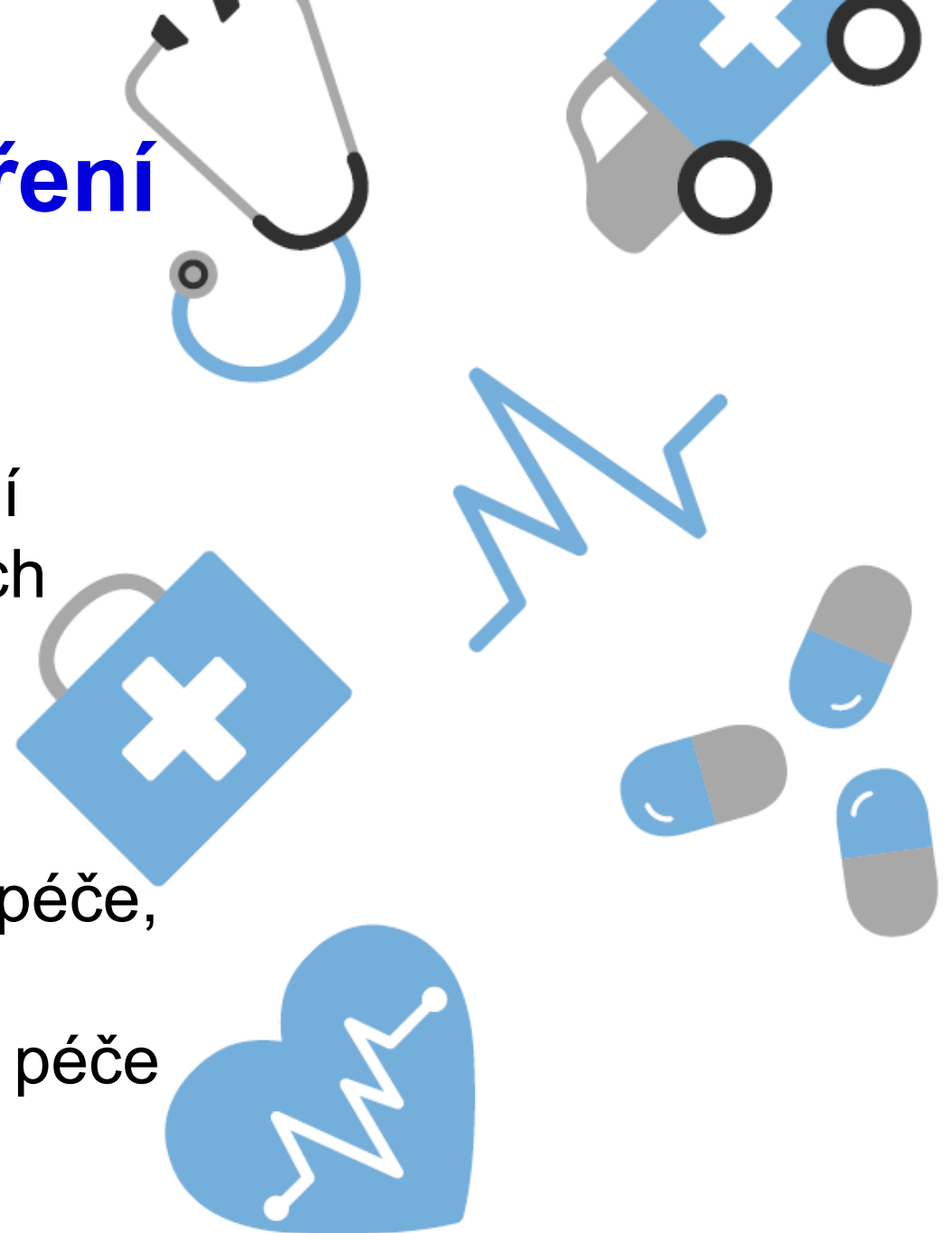


Funkční geriatrické vyšetření (FGV)

- je komplexní zhodnocení zdravotní stavu seniora doplněné o posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti a zhodnocení psychických funkcí v kontextu jeho sociální situace
- Cíl FGV:
 - zlepšení zdravotního i funkčního stavu seniora
 - zpomalení nástupu zdravotního postižení a omezení jeho rozsahu
 - zlepšení celkové kvality života
 - vyeliminovat neefektivní a nepotřebné služby

Funkční geriatrické vyšetření

- Proč FGV ?
 - je důležité pro lékaře při posuzování účinku léčby a návrhu rehabilitačních postupů
 - pro návrh sociálních dávek pro bezmocnost
 - pro indikaci domácí ošetrovatelské péče, pečovatelské služby
 - při umístění do dlouhodobé ústavní péče



Funkční geriatrické vyšetření

- FGV – zahrnuje obvyklé vyšetření zdravotního stavu + posouzení celkové zdatnosti, soběstačnosti, psychosociální pohody a socioekonomické situace seniora
1. zdravotní stav, zdravotní rizika a komorbidita (cílený screening rizikových faktorů)
 2. fyzická výkonnost a soběstačnost (mobilita, schopnost sebeobsluhy)
 3. duševní zdraví a psychická pohoda (hodnocení kognitivních poruch – demence, poruchy afektu – deprese)
 4. sociální status a ekonomické zajištění (sledujeme sociální kontakty, poskytované sociální služby)

Funkční kategorizace seniorů

- **kategorie elite** – senioři ve vynikající kondici, schopni i ve vysokém věku sportovních aktivit
- **kategorie fit** – senioři schopni zabezpečit sebe sama a pěstovat koníčky (zahrada atd.)
- **kategorie independent** – senioři schopni pečovat sami o sebe bez pomoci zvenčí
- **kategorie frail** – křehcí senioři, změna zdravotního stavu → ztráta soběstačnosti
- **kategorie dependent** – senioři trvale závislí na pomoci zvenčí, ale schopni setrvat ve svém domově
- **kategorie disabled** – senioři odkázáni na pomoc jiných →
institucionalizovaná péče

Hodnotící a měřicí techniky

- při překladu na jiné oddělení, zařízení, jiné osobě, při ukončení hospitalizace
- neopakuje lékařské informace, ale poskytuje informace o:
 - sebepéči a soběstačnosti,
 - pohyblivosti,
 - změnách na kůži,
 - používání pomůcek, přítomnosti handicapu,
 - aktuálním stavu psychiky, kvalitě psychických funkcí,
 - změnách v komunikaci,
 - provedené ošetrovatelské činnosti aj.

Hodnotící a měřící techniky

- Hodnocení zdravotního stavu (měření fyziologických funkcí – krevní tlak, puls, dech, tělesná teplota, stav vědomí)
- Hodnocení výkonnosti a soběstačnosti
- Hodnocení stavu výživy
- Hodnocení bolesti
- Hodnocení duševního zdraví a psychické pohody
- Hodnocení rizika vzniku dekubitů
- Hodnocení rizika vzniku pádu
- Hodnocení mobility
- Hodnocení rizika vzniku komplikací v dýchacích cestách
- Hodnocení rizik u diabetu mellitu ...

Hodnocení výkonnosti a soběstačnosti

- základním cílem ošetřovatelství je pomoc nemocnému zůstat soběstačný, tzn. nezávislý na pomoci druhých
- ztrátu soběstačnosti, neschopnost provádět běžné činnosti prožívá senior velmi negativně, často se stav komplikuje plíživě, s postupně se rozvíjejícím imobilizačním syndromem
- **SOBĚSTAČNOST** = míra samostatnosti popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit
- stupeň soběstačnosti můžeme zjišťovat odhadem, pozorováním, k přesnému vyjádření funkčního potenciálu slouží měřicí techniky

Hodnocení výkonnosti a soběstačnosti

- na základě zhodnocení výkonnosti a soběstačnosti se stanovuje tzv. pohybový režim:
- **A (1)** zcela soběstačný, chodící, volný pohyb po areálu nemocnice
- **B (2)** soběstačný, chodící, volný pohyb po oddělení
- **C (3)** částečně soběstačný, soběstačný v rámci lůžka, nutná pomoc
- **D (4)** nesoběstačný, upoután na lůžku

Hodnocení výkonnosti a soběstačnosti

- Hodnotící testy:
 - Test Barthelové základních všedních činností – ADL = Activity of Daily Living
 - Test instrumentálních všedních činností – IADL = Instrumental Activity of Daily Living
 - Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga
 - Funční míra nezávislosti – FIM = Functional Independence Measure

Test Barthelové základních všedních činností (ADL = Activity of Daily Living)

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	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 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

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

Test instrumentálních všedních činností (IADL = Instrumental Activity of Daily Living)

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	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů	částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačný

Test ošetrovateľskej zátěže dle Svanborga

Test ošetrovateľskej 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 stavu výživy

- Škála pro orientační hodnocení stavu výživy – Mini Nutritional Assessment
- Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice – Nottingham Screening Tool

Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Příjmení:		Jméno:		
Pohlaví:	Věk:	Váha, kg:	Výška, cm:	Datum:

Vypište část Screeningu, 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 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

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 vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s pomocí
 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)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

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

12 až 14 bodů: normální výživový stav
 8 až 11 bodů: v riziku podvýživy
 0 až 7 bodů: podvyživený/á

Pro obsáhlejší vyšetření pokračujte s otázkami G-R

Hodnocení

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

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

I Proleženiny nebo kožní defekty
 0 = ne 1 = ano

Ref.: Velasco B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® – Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2008; 10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y., Velasco B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001; 56A: M396-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10:466-467.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Révisión 2009.
 Pro více informací: www.mna-elderly.com

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 1×
 0,5 = je-li odpověď 2× ano
 1,0 = je-li odpověď 3× 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 šálky
 0,5 = 3 až 5 šálků
 1,0 = více než 5 šálků

N Přijímá stravu
 0 = pacienta je nutné krmit
 1 = pacient se nají s pomocí
 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

24 až 30 bodů normální výživový stav
 17 až 23,5 bodů v riziku podvýživy
 Méně než 17 bodů podvyživený/á

Hodnocení nutričního stavu

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu (skóre) pacienta

- slouží ke zhodnocení nutričního stavu pacienta

„Screeningový“ nástroj	odpověď	skóre	Aktuální skóre pacienta
Otázka A: Ztratil pacient v poslední době váhu, aniž by se o to aktivně pokoušel?*	ano – jděte k otázce B ne – jděte k otázce C neví – jděte k otázce C	0 0 2	
Otázka B: Kolik kilogramů váhy pacient ztratil?	0,5-5 5-10 10-15 více než 15 není si jist	1 2 3 4 2	
Otázka C: Jí pacient v současné době méně, protože ztratil chuť k jídlu?	ne ano	1 2	
	CELKOVÉ SKÓRE		

V případě, že nutriční skóre pacienta je vyšší než 3, volejte _____

* Období posledních 3-6 měsíců

Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Nejdříve proveďte screening, dále postupujte dle jeho výsledku

Screening:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících?

(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)

- 0 - ano, výrazně méně
- 1 - ano, trochu méně
- 2 - ne, jím pořád stejně

B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

- 0 - více než o 3 kg
- 1 - nevím
- 2 - úbytek mezi 1-3 kg
- 3 - žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

- 0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2 - samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

- 0 - ano
- 1 - ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

- 0 - deprese nebo těžká demence
- 1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
- 3 - bez těchto problémů

F. BMI – Body Mass Index

- 0 - BMI méně než 19
- 1 - BMI 19 až méně než 21
- 2 - BMI 21 až méně než 23
- 3 - BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)
11 bodů a méně - RIZIKO MALNUTRICE – (pokračujte ve vyšetření)

Doplňující vyšetření

G. Žije samostatně v domácím prostředí (není nikde dlouhodobě umístěn či hospitalizován)

- 0 - ne
- 1 - ano

H. Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)

- 0 - ano
- 1 - ne

I. Dekubity či jiné výrazné kožní defekty

- 0 - ano
- 1 - ne

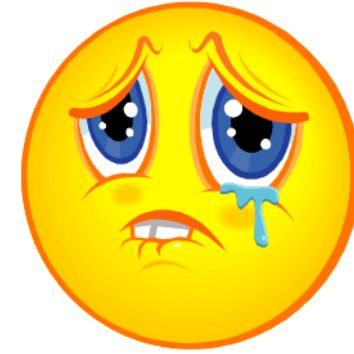
J. Kolik plnohodnotných jídel sní pacient za den?

- 0 - jedno
- 1 - dvě
- 2 - tři

Hodnocení bolesti

- tolerance bolesti závisí na:
- **věku** » senioři mají vyšší práh bolesti (bolest snášejí lépe)
- **nemoci** » chronicky nemocní mají nižší práh bolesti (bolest snášejí hůře)
- **pohlaví** » muži mají vyšší práh bolesti (bolest snášejí lépe)
- **denním rytmu** » ráno je vyšší práh bolesti než večer
- **etnografických vlivech** » některé národy mají vyšší práh bolesti
- **emocionálním stavu** » například strach a úzkost snižují práh bolesti (placebo a relaxace zvyšují práh bolesti)
- **sociálním posilování** (vnějším ovlivňování)

Hodnocení bolesti



- Co hodnotíme?
 - charakteristiku, nástup, průběh, intenzitu
- Co sledujeme?
 - neverbální projevy (paralingvistické fenomény – neverbální projevy během komunikace např. emoční zabarvení a melodičnost hlasu, tempo a hlasitost řeči i její plynulost), mimiku, tělesnou aktivitu, aktivitu nervového systému aj.

Hodnocení bolesti

- Hodnotící škály
 - verbální škály (slovní hodnocení pacientem),
 - vizuální analogové škály (zejména u seniorů a dětí, měří jen intenzitu),
 - dotazníky (intenzita i charakter)

Verbální škály hodnocení bolesti

Denní záznam bolesti podle Melzacka



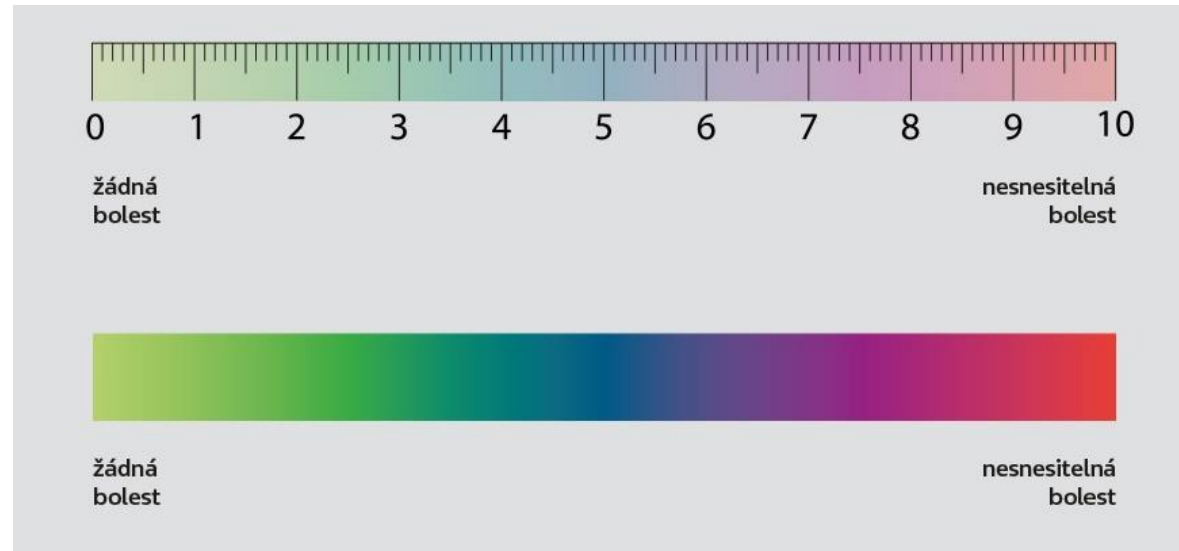
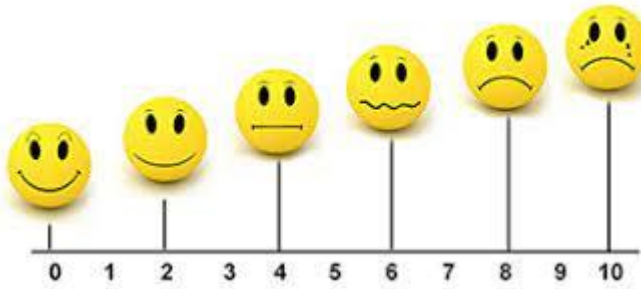
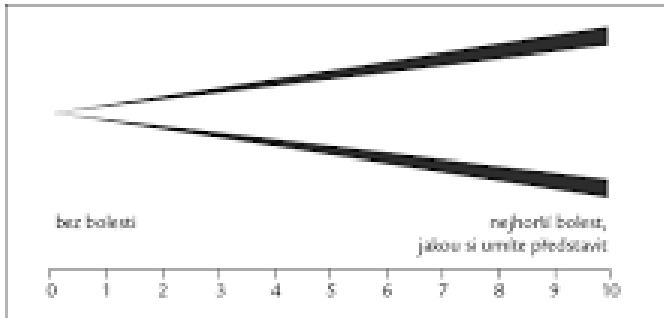
NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

- 0 - žádná
- 1 - mírná
- 2 - nepříjemná
- 3 - intenzivní
- 4 - krutá
- 5 - nesnesitelná

Uvedte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tišení bolesti.

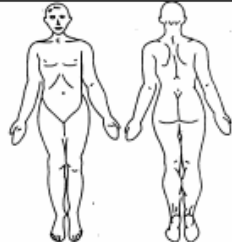
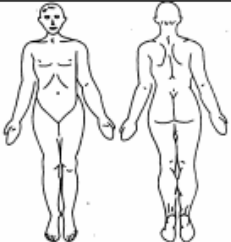
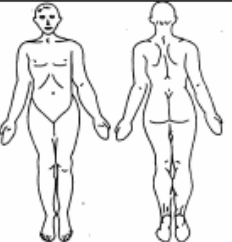
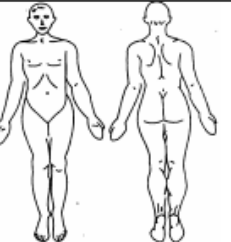
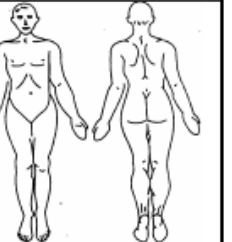
	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

Vizuální analogová škála



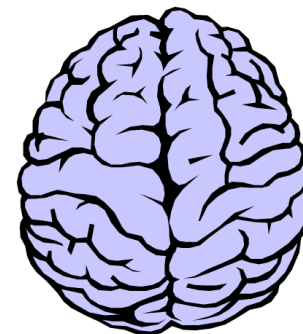
Hodnocení bolesti

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

DATUM					
ANALGETIKA					
TOPOLOGIE Kde to bolí? Propagace bolesti (zakresli šípkou)					
INTENZITA Jak moc to bolí? (označ číslicí na stupnici, např. 7)	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest
KVALITA Jak to bolí? (pulzující, řezavá, tupá, pálivá, apod.)					
CAS Kdy to bolí?					
OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest? Co zesiluje bolest?					
REAKCE NEMOCÉHO NA BOLEST					
PODPIS SESTRY					


Hodnocení duševního zdraví a psychické pohody

- Folsteinův test kognitivních funkcí MMSE – Mini Mental State Examination
- Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu podle Gajda)
- Montrealský kognitivní test
- Stupnice hodnocení psychického zdraví
- Škála deprese pro geriatrické pacienty (Geriatric Depression Scale)
- Test kreslení hodin
- Ischemické skóre podle Hachinskiho



MMSE

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápísem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Montrealský kognitivní test

Identifikační číslo osoby: _____

Administrátor: _____

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST MoCA-CZ1

Jméno a příjmení: _____ **Datum narození:** _____

Datum vyšetření: _____ **Dominance (kroužkujte):** 1 – pravák, 2 – levák, 3 – ambidexter

Vzdělání (kroužkujte): 1 – ZŠ, 2 – SŠ bez maturity, 3 – SŠ s maturitou, 4 – VŠ **Počet let vzdělání:** _____

INSTRUKCE	HODNOCENÍ	Paměťový skór *	MoCA skór			
ZRAKOVĚ-PROSTOROVÉ A EXEKUTIVNÍ ÚLOHY						
1. Zkrácený test cesty						
„Spojte postupně čárou číslice a písmena. Začněte od čísla 1 směrem k A, pak od A ke 2 a tak dále a skončete u E.“	1 bod náleží správně spojeným číslicím a písmenům 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E. Čáry se nesmí křížit. Bod může být přiznan i při chybném propojení, jen když se vyšetřovaní/sám okamžitě opraví.		/1			
2. Obkreslování krychle						
„Okopírujte tuto kresbu co nejpřesněji na volné místo vedle ní.“	1 bod náleží přesné kopii krychle. Kresba musí být trojrozměrná. Žádné čáry nesmí chybět ani přebývat. Čáry by měly být rovnoběžné, přibližně stejné délky. Lze uznat kresbu kvádra. Pokud kresba nevyhovuje těmto požadavkům, bod se neudělí.		/1			
3. Test kreslení hodin						
„Nakreslete hodiny. Na ciferník umístěte všechna čísla a vyznačte čas 11 hodin 10 minut. Snažte se kreslit co nejpřesněji.“	Kontura _____ Čísla _____ Ručičky _____ 1 bod náleží za ciferník nakreslený jako kruh. Lze uznat drobné odchylky - např. ne zcela přesné spojení kružnic.	1 bod se přidělí, pokud žádná čísla nechytí ani nepřebývají. Čísla musí být uvedena ve správném pořadí a ve správných kvadrantech ciferníku. Akceptují se i římské číslice. Čísla mohou být umístěna vně kontury kruhu.	1 bod náleží za několika podmínek: Musí být zakresleny dvě ručičky ukazující správný čas. Ručičky musí vycházet ze středu ciferníku a poblíž středu ciferníku musí být spojeny. Hodinová ručička musí být zřetelně kratší než minutová.			
4. POJMENOVÁNÍ						
„Pojmenujte tato zvířata.“	Lev _____ Nosorožec _____ Velbloud _____		/3			
1 bod se přidělí za každé správně pojmenované zvíře. Místo „velbloud“ lze uznat i „dromedár“.						
5. PAMĚŤ – vštípení						
Čtěte rychlostí 1 slovo za sekundu.						
1. „Nyní vyzkoušíme Vaši paměť. Přečtu Vám seznam slov, která si máte teď zapamatovat a pak si na ně později vzpomínat. Poslouchejte pozorně. Až skončím, snažte si vzpomínat na co nejvíce slov. Na pořadí nezáleží.“	TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybavené (body)
1. pokus						*
2. „Přečtu Vám stejný seznam slov ještě jednou. Snažte si zapamatovat co nejvíce slov a poté mi je vyjmenujte, včetně těch, která jste jmenoval/a poprvé.“						*
2. pokus						
„Na konci testu Vás požádám, abyste si na tato slova znovu vzpomněl/a.“						
Za každé správně vybavené slovo udělte 1 nepovinný bod.						
6. POZORNOST						
A. Opakování číslic						
1. „Řeknu Vám řadu číslic. Až skončím, opakujte je ve stejném pořadí, v jakém jste je slyšel/a.“	2 1 8 5 4 _____	2. „Nyní Vám řeknu další řadu číslic. Až skončím, opakujte je v opačném pořadí, než jste je slyšel/a.“	7 4 2 _____			
Čtěte rychlostí 1 číslice za sekundu.	1 bod za správné zopakování všech číslic.	Čtěte rychlostí 1 číslice za sekundu.	1 bod za správné zopakování všech číslic pozpátku.			
			/2			

AD Centrum, Bartoň a Orliková, tréninková verze, 2012

MoCA-CZ1

© Z. Nasreddine MD

Škála deprese pro geriatrické pacienty (Geriatric Depression Scale)

Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?
ANO - 0 / NE - 1
2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy - stejné jako dříve nebo jste většinu z nich zanechal/a?
STEJNÉ - 0 / ZANECHAL/A - 1
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?
ANO - 1 / NE - 0
4. Často se nudíte?
ANO - 1 / NE - 0
5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná?
DOBŘÁ - 0 / ŠPATNÁ - 1
6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?
ANO - 1 / NE - 0
7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á?
ŠTĚSTNÝ/Á - 0 / NEŠTĚSTNÝ/Á - 1
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?
ANO - 1 / NE - 0
9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?
DOMA - 1 / SPOLEČNOST - 0
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?
ANO - 1 / NE - 0
11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?
ANO - 0 / NE - 1
12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi?
ANO, mívám ten pocit - 1 / NE - 0
13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?
ANO - 0 / NE - 1
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?
ANO, myslím si to - 1 / NE - 0
15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?
ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

Hodnocení:

- 0-7 bodů odpovídá normě
- 8-12 bodů mírná deprese
- 13-15 bodů těžká deprese

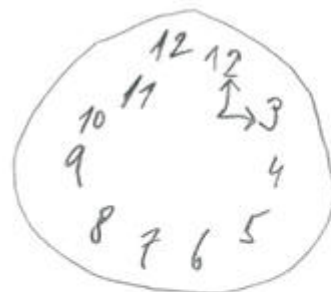
Test kreslení hodin

- je rychlou orientační zkouškou sloužící k detekci kognitivních poruch a demence
- úkolem vyšetřovaného je nakreslit ciferník, všechna správně umístěná čísla a nastavit dvě různě dlouhé ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas, nejčastěji 11:10 hod
- jedná se o oblíbenou a jednoduchou zkoušku, která postihuje několik kognitivních funkcí současně, používá se nejen samostatně, ale také jako součást krátkých komplexních testů s vlastním skórováním

Test kreslení hodin



Ciferník A



Ciferník B

Správné vyhodnocení dvou provedení Testu kreslení hodin podle BaJa skórování

Ciferník A: 3 body (1 + 1 + 1 + 0 + 0); Ciferník B: 2 body (1 + 1 + 0 + 0 + 0)

Skórovací systém BaJa k hodnocení Testu kreslení hodin				
23:20		V KRESBĚ.....	NE	ANO
CIFERNÍK	1	... je všech 12 správných čísel od 1 do 12 rozmístěno po obvodu ciferníku uvnitř nebo vně a všechna ve správné poloze (v každém kvadrantu 4 čísla)?	0	1
	2	... je správný počet ručiček jakékoli délky, tj. právě 2?	0	1
RUČIČKY	3	... je nastavena ručička jakékoli délky správným směrem k požadované hodině?	0	1
	4	... je nastavena ručička jakékoli délky správným směrem k požadované minutě?	0	1
	5	... jsou obě ručičky správně nastaveny a je zřetelný rozdíl v jejich délce, tj. zakreslena správná hodina malou ručičkou a správná minuta velkou ručičkou?	0	1
CELKOVÝ SKÓR BAJA (max. 5 bodů):				

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4	dobry	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apaticky	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Waterlowova škála

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Poměr výška / váha	Typ kůže v ohrožené oblasti	Pohlaví, věk	Zvláštní rizika	Kontinence
průměrný	0 zdravá	0 muž	1 podvýživa tkání	8 úplná / katetrizován
nadprůměrný	1 papírová	1 žena	2 srdeční selhávání	5 občasná inkontinence
obézní	2 suchá	1 14-49	1 periferní vaskulární porucha	5 katetrizován / inkontinence stolice
podprůměrný	3 edematózní	1 50-64	2 anemie	2 obojí inkontinence
	vlhká (teplota)	1 65-74	3 kouření	1
	nepřiměřeně zbarvená	2 75-80	4	
	porušená	3 81 +	5	
Pohyblivost	Chuť k jídlu	Neurologická porucha	Operace/trauma	Medikace
úplná	0 průměrná	0 DM	4 ortopedická, pod úrovní pasu	5 cytostatika, steroidy, protizánětlivé léky
neklidný	1 chabá	1 RSM	4 páteř, na stole déle než 2 hod	5
apatie	2 sonda	2 paraplegie	4 - 6	
omezená hybnost	3 nic per os	3		
nehybný	4			
v křesle	5			

Čím vyšší skóre bodů, tím větší riziko vzniku dekubitů

Knollova stupnice

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Vysvětlivky: • - tyto stavy započítat dvojnásobně

Parametry	0	1	2	3
Všeobecný stav zdraví	dobry	přiměřený	chatrný	skomírající
Mentální stav	bdělý	letargie	semikomatózní	komatózní
Aktivita	chodící	potřebuje pomoc	•trvale na vozíku	•trvale na lůžku
Pohyblivost	plná	omezená	•velmi omezená	•imobilita
Inkontinence	žádná	občasná	•obvykle močová	•úplná stolice i moči
Příjem výživy ústy	dobry	přiměřený	špatný	žádný
Příjem tekutin ústy	dobry	přiměřený	špatný	žádný
Náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anemie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

Skóre nad 12 bodů znamená, že pacient je ohrožen vznikem dekubitů.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Bradenové stupnice

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Citlivost / percepce	úplně limitovaný	1	hodně limitovaný	2	mírně limitovaný	3	žádné poškození	4
Vlhkost	velmi vlhká kůže	1	příležitostně mokrý	2	zřídka mokrá	3	nikdy mokrá	4
Aktivita	nemocný připoutaný na lůžko	1	připoutaný k židli	2	příležitostně chodí	3	chodí často	4
Pohyblivost	úplná nepohyblivost	1	velmi omezená	2	mírně omezená	3	bez omezení	4
Výživa	velmi špatná	1	neadekvátní	2	adekvátní	3	výborná	4
Tření	problém	1	možný problém	2	bez problému	3		

POČET BODŮ:

- 16** - minimální riziko vzniku dekubitů
- 13-15** - střední riziko vzniku dekubitů
- 12 a méně** - vysoké riziko vzniku dekubitů

Hodnocení rizika vzniku pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny:	1
	- diuretik	
	- antikonvulziv	
	- antiparkinsonik	
- antihypertenziv		
- psychotropní léky nebo benzodiazepiny		
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

- Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
- Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
- Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
- Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
- Zajistěte vhodnou obuv
- Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
- Odstraňte překážky v okolí pacienta
- Zajistěte vhodné noční osvětlení
- Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Hodnocení mobility – Screeningový test mobility (Mobility Screening Test)

Screeningový test mobility (Topinková, Neuwirth In Topinková 2006 s.229)

Návod k provedení: vyzvěte nemocného, aby postupně provedl aktivity 1-9 a u každé položky zhodnotte, zda je provedení normální (N) nebo abnormální (A).			
Aktivita	Normální provedení	Hodnocení	
1. Posazení na židli s opěrkami pro ruce	posazení provede hladce, koordinovaně bez pomoci rukou	N	A
2. Vstávání ze židle	postavení provede na první pokus bez zaváhání, bez pomoci rukou, jedním kontinuálním koordinovaným pohybem		
3. Stoj po postavení asi 30 sekund bez opory	klidný, jistý stoj bez opory		
4. Stoj se zavřenýma očima přibližně 15 sekund	klidný, jistý stoj bez ztráty rovnováhy		
5. Tlak se sternum v klidném stoji	vyrovná přiměřeně vychýlení těžiště bez ztráty rovnováhy		
6. Stoj se záklonem (jako při pokusu dosáhnout na předmět z vysoké police)	jistě, bez ztráty rovnováhy		
7. Zdvížení předmětu ze země	klidný, jistý stoj bez opory		
8. Chůze po rovině asi 15 m	chůze jistá, koordinované pohyby, přiměřenou rychlostí – s pomůckou		
	chůze jistá, koordinované pohyby, přiměřenou rychlostí – bez pomůckou		
9. Otočení při chůzi	otočení jistě, bez zaváhání a přešlapování – s pomůckou		
	otočení jistě, bez zaváhání a přešlapování – bez pomůckou		
Celkové skóre (počet abnormálně provedených aktivit):			

Hodnocení mobility – Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové

Hodnocení rovnováhy podle Tinetti – I. rovnováha (Tinetti In Topinková 2006, s.230-231)

Návod k provedení: pacient sedí na pevné židli bez opěrek pro ruce. Požádejte ho o provedení úkonů 1-9.		
Činnost	Provedení	Bodové skóre
1. Rovnováha vsedě	<ul style="list-style-type: none"> • potíže s udržení rovnováhy (nakláni se, sklouzává) • stabilní, jistý sed 	0 1
2. Postavení ze sedu na židli	<ul style="list-style-type: none"> • neschopen bez pomoci • pomáhá si rukama • postaví se bez pomoci rukou 	0 1 2
3. Postavení z lehu na lůžku	<ul style="list-style-type: none"> • neschopen bez pomoci • postaví se, ale potřebuje více pokusů • postaví se na první pokus 	0 1 2
4. Rovnováha po postavení (prvních 5 sekund)	<ul style="list-style-type: none"> • nejistý (kolísá, oscilace trupu, pohyby nohou), neschopen • stabilní, ale používá hůl nebo se chytá předmětů • stoj jistý, bez pomůcky a opory 	0 1 2
5. Rovnováha ve stoji	<ul style="list-style-type: none"> • nejistý, neschopen • stoj jistý, ale o širší bázi nebo s holi či >> choditko <<< • stoj jistý o úzké bázi, bez opory 	0 1 2
6. Stoj, udržení rovnováhy při tlaku na sternum (stoj o úzké bázi)	<ul style="list-style-type: none"> • začíná padat, neschopen • osciluje, nejistý, sám se udrží • stoj jistý 	0 1 2
7. Stoj se zavřenými očima (stoj o úzké bázi)	<ul style="list-style-type: none"> • nejistý, padá, titubuje, neschopen • jistý 	0 1
8. Otáčení o 360 stupňů	<ul style="list-style-type: none"> • provede nesouvisle, přerušovaně, neprovede 	0
	<ul style="list-style-type: none"> • provede plynule, souvislymi kroky 	1
	<ul style="list-style-type: none"> • nejistý, chytá se předmětů, s oporou • bez poruchy rovnováhy 	0 1
9. Posazení zpět na židli	<ul style="list-style-type: none"> • nejistý (neodhadne vzdálenost, dopadne na židli, pomáhá si rukama) • s pomoci paží, přerušovaně, s potíženími • provede plynule, jistě 	0 1 2
Celkové skóre rovnováhy:	(z 16 bodů)

Návod k provedení: pacient stojí vedle vyšetřujícího, na jeho pokyn projde napříč pokojem/chodbou, nejprve obvyklým krokem, zpět co možná nejrychleji s dodržáním bezpečnosti. Může používat obvyklé pomůcky (hůl, berle, >>> choditko <<<).		
Činnost	Provedení	Bodové skóre
10. Inicie (rozejít se ihned po pokynu)	<ul style="list-style-type: none"> • váhání, obtíže zahájit pohyb, přešlapování • rozejde se bez potíží 	0 1
11. Délka a výška kroku – A –	<ul style="list-style-type: none"> • pravá noha se švihem nedostává před levou • pravá noha předkročí levou 	0 1
	<ul style="list-style-type: none"> • pravá noha se úplně nezdvihne od podložky • normální pohyb 	0 1
	<ul style="list-style-type: none"> • levá noha se švihem nedostává před pravou • levá noha předkročí pravou 	0 1
	<ul style="list-style-type: none"> • levá noha se úplně nezdvihne od podložky • normální pohyb 	0 1
12. Souměrnost kroku	<ul style="list-style-type: none"> • pravý a levý krok nesouměrné • oba kroky souměrné 	0 1
	<ul style="list-style-type: none"> • přerušování plynulosti kroku • plynulá chůze 	0 1
13. Plynulost kroku	<ul style="list-style-type: none"> • neudrží směr chůze • mírně vybočuje, používá hůl • chůze přímá, bez pomůcky 	0 1 2
	<ul style="list-style-type: none"> • oscilace trupu, užívá pomůcky • není kolísání, ale pokrčení v kyčlích, v kolenou, pomáhá si rukama • normální poloha trupu při chůzi 	0 1 2
15. Rovnováha trupu	<ul style="list-style-type: none"> • chůze o široké bázi, paty od sebe • normální chůze 	0 1
16. Chůze		0 1
Celkové skóre chůze:	(z 12 bodů)
Celkové skóre rovnováhy a chůze:	(z 28 bodů)
Hodnocení:		
26 – 28 bodů normální provedení, nezvýšení riziko pádu		
< 26 bodů abnormální výsledek, nutné vyšetření, léčba příčiny, rehabilitace a režimová opatření		
< 19 bodů vysoce rizikové skóre riziko pádu zvýšeno pětinašobně		

Zdroje

- SCHULER, Matthias a Peter OSTER. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. ISBN 9788024730134.
- POKORNÁ, Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ, Michaela SCHNEIDEROVÁ a Hana PINKAVOVÁ. Ošetřovatelství v geriatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie : východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 238 s. ISBN 9788024745442.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie : úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 9788024739014.
- POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. první. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 160 s. Sestra (4048). ISBN 978-80-247-3271-8.
- ŠMEJKALOVÁ, Kateřina. Etické problémy komunikace se seniory, jako obětí domácího násilí. 2016.
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a Pavel WEBER. Geriatrie. In Vnitřní lékařství. Praha: Grada, 2011. 30 s. Vnitřní lékařství 1. ISBN 978-80-247-2110-1.

Děkuji za pozornost!

M A S A R Y K O V A
U N I V E R Z I T A