
Použitie štandardizovaných posudzovacích stupníc v ošetrovateľskom procese v psychiatrii

Drobná T., Pečeňák J.

Psychiatrická klinika LF UK a FNŠP, Nemocnica Staré Mesto, Bratislava,
prednosta prof. MUDr. V. Novotný, CSc.

SÚHRN

Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrou je založená na používaní ošetrovateľského procesu. Je to metóda pozostávajúca z piatich krokov, zameraná na elimináciu alebo potlačenie pacientových problémov. Dôležitou súčasťou celého procesu je stanovenie sesterskej diagnózy. Na skvalitnenie starostlivosti poskytovanej metódou ošetrovateľského procesu môže sestra použiť posudzovacie škály. Ich význam je opodstatnený hlavne v psychiatrii, o čom svedčí aj ich množstvo. V našom prehľade podrobnejšie informujeme o dvoch škálach, ktoré sú určené pre používanie sestrou. Sú to NOSIE-30 (Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation) a PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers). NOSIE-30 je široko používaná škála zameraná na hodnotenie údajov na základe pozorovateľných prejavov u hospitalizovaných pacientov. PECC má oveľa väčší rozsah ako NOSIE a je určená pre všetkých, ktorí sa starajú o pacientov s psychotickými poruchami. Jej použitie je náročnejšie ako u NOSIE.

Kľúčové slová: psychiatrická sestra, ošetrovateľský proces, posudzovacie škály, NOSIE-30, PECC.

SUMMARY

Drobná T., Pečeňák J.: Application of Standardized Evaluating Scales in the Nursing Process in Psychiatry

Nursing care provided by a nurse is based on the use of a nursing process. It is a method consisting of five steps, concentrated on elimination or abolition of patient's problems. An important component of the whole process is the establishment of nurse's diagnosis. To improve the quality of the care provided by the method of nursing process, nurse can use rating scales. There are plenty of different rating scales especially in psychiatry. The scales must accomplish set of parameters with good reliability and validity as a basic assumption. A lot of rating scales for assessment of mental disorders can be used by psychiatric nurses. In our review the basic principles of nursing process in psychiatry are described and two scales dedicated for use by nurses NOSIE (Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation) a PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers) are depicted in more details. NOSIE is widely used scale based on observation of patient's behavior and expression. PECC has greater range than NOSIE and is designated for all professionals, who take care of patients with psychosis. Its use is more demanding than NOSIE.

Key words: psychiatric nurse, nursing process, rating scales, NOSIE-30, PECC.

Čes. a slov. Psychiat, 104, 2008, No. 8, pp. 398–404.

ÚVOD

Postavenie sestry v ošetrovateľskom procese sa v ostatných rokoch výrazne mení. Rozširujú sa predovšetkým kompetencie, ktoré sestra v práci samostatne uplatňuje. Koncepcia ošetrovateľstva jasne ukazuje, že úlohy ošetrovateľstva sa rozrástli a zahrňujú okrem iného napríklad vykonávanie ošetrovateľskej rehabilitácie, realizáciu výskumu, poskytovanie poradenstva alebo vzdelávanie sester.

Podľa súčasných legislatívnych stanovení je ses-

tra povinná poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu. Podľa zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti „ošetrovateľský proces je systematická, racionálna a individualizovaná metóda plánovania, poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. Jeho cieľom je určovať skutočné alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, napláňovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie. Súčasťou ošetrovateľského procesu je určenie sesterskej diagnózy“. Ošetrovateľ-

Tab. 1. Výber zo zoznamu sesterských diagnóz podľa Vyhlášky č. 306 MZSR.

	P 100 – 119 Psychické stavy a procesy		Príklady diagnóz z iných diagnostických skupín
P 100	Narušená pamäť	A 100	Narušená adaptácia jednotlivca
P 101	Zmena poznávacích funkcií	A 101	Riziko narušenej adaptácie
P 102	Zmenený myšlienkový proces	A 116	Riziko úrazu, poranenia
P 103	Zmenený psychický stav	B 101	Beznádej
P 104	Riziko zmeny psychického stavu	E 100	Nedostatok informácií
P 105	Nadmerná duševná záťaž	I 110	Sociálna izolácia
P 106	Citová tieseň	K 104	Narušená sociálna interakcia
P 107	Zmena správania	S 123	Riziko sebapoškodzovania
P 108	Psychické zneužívanie	S 140	Narušený spánok
P 109	Smútok	R 122	Narušené plnenie roly
P 110	Anticipačný smútok	R 124	Odmietanie plnenia roly
P 111	Strach	S 150	Nedostatočná spolupráca jednotlivca
P 112	Úzkosť	V 124	Odmietanie potravy

ský proces pozostáva z piatich fáz alebo krokov, ktoré sú: posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie. Tieto fázy nenasledujú striktne za sebou, ale navzájom sa ovplyvňujú, prekrývajú a sú na seba naviazané.

Jedným z podstatných krokov v rámci ošetrovateľského procesu je stanovenie sesterskej diagnózy. Zoznam sesterských diagnóz je uvedený vo Vyhláške č. 306 MZ SR z 30. júna 2005. Sesterskú diagnózu definuje vyhláška nasledovne: „Klinický záver o aktuálnej potrebe alebo potenciálnej potrebe, ošetrovateľskom probléme alebo stave osoby, rodiny alebo komunity, ktorý ovplyvňuje zdravotný stav a vyžaduje intervenciu špecifickú pre sestru alebo pôrodnú asistentku, je sesterská diagnóza“. Medzi sesterskými diagnózami sú uvedené stavy, ktoré aj podľa názvu kategórie primárne implikujú narušenie psychických procesov, no aj v ostatných diagnostických skupinách sú uvedené jednotky, ktoré môžu mať priamu súvislosť s psychickými poruchami (tab. 1). Psychiatrická sestra môže, samozrejme, podľa stavu pacienta využiť aj iné sesterské diagnózy, ktoré zodpovedajú telesným a psychickým príznakom.

Jednou z možností ako skvalitniť ošetrovateľský proces v psychiatrii a naplniť nové kompetencie, ktoré z neho vyplývajú pre psychiatrickú sestru, je využívanie posudzovacích škál. Ich aplikácia sa môže uplatniť vo všetkých krokoch ošetrovateľského procesu, môže dopĺňať stanovenie sesterskej diagnózy a napomôcť pri dynamickom a kvantifikovateľnom sledovaní zmien klinického stavu pacientov.

V práci prinášame základný prehľad o psychiatrických posudzovacích škálach a o možnosti ich aplikácie psychiatrickými sestrami v klinickej praxi. Podrobnejšie sa venujeme dvom posudzovacím prostriedkom, ktoré boli špeciálne vyvinuté pre použitie sestrami.

POSUDZOVACIE ŠKÁLY V PSYCHIATRII – VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA

Použitie štandardizovaných posudzovacích prostriedkov v psychiatrii je mimoriadne dôležité. Základným psychiatrickým vyšetrením – rozhovorom a pozorovaním – sa identifikujú psychopatologické symptómy, ktoré sú, spolu s výsledkami pomocných vyšetrení, základom pre stanovenie diagnózy. Vyhodnotenie pomocou škál či iných prostriedkov umožňuje kvantifikáciu závažnosti a zmeny klinického stavu štandardizovaným spôsobom. V obmedzenej miere sa uplatňujú pri diagnostickom rozhodovaní [14]. Sú využiteľné v bežnej klinickej praxi a ich použitie je nevyhnutné vo väčšine klinických štúdií.

Posudzovacie škály (z angličtiny rating scales) zaraďuje Ferjenčík [12] medzi reduktívne posudzovanie. Na rozdiel od pravého pozorovania, ktoré registruje celé spektrum prejavov, sú škály určené na hodnotenie vybraných znakov pozorovateľného správania. Vyhodnotenie má retrospektívny charakter (posudzovateľ vyhodnocuje prejavy, ktoré boli prítomné pred samotným posúdením, nie bezprostredne). V konečnom vyjadrení sa vyhodnocuje rôzna intenzita alebo kvalita vybraných zložiek prejavov a je vyjadrená pomocou numerických alebo grafických znakov. Pri vyhodnocovaní pomocou posudzovacích škál môže varírovať miera subjektívneho odhadu správania. Stančák [26] ich označuje ako miery subjektívneho odhadu. Najčastejšie vychádzajú z kontinuálneho prístupu k vyhodnocovaným znakom. Tento prístup sa však môže premiešavať s kategoriálnym poňatím, keď je stanovené, že určená hranica vedie k zmene kategórie (napr. skóre MMSE, ktoré je potrebné pre stanovenie diagnózy pravdepodobnej demencie).

Posudzovacie škály sa nesmú zamieňať za psychologické testy. Test je štandardizovanou experimentálnou situáciou, pri ktorej sú vyšetřované osoby exponované rovnakému materiálu [28]. Vý-

Tab. 2. Validita a reliabilita posudzovacích prostriedkov - základné pojmy (podľa Stančák, 1996, Ferjenčík 2000, Blacker a Endicott, 2000).

Validita		Reliabilita	
Obsahová	Merame to, čo v skutočnosti chceme (máme) merať?	Vnútoraná	Odhad zhodnosti medzi individuálnymi položkami prostriedku *
Kritériová (empirická)	Porovnanie s iným štandardom	Inter-rater	Zhodnosť medzi dvoma/viacerými posudzovateľmi
Prediktívna	Predpoveď správania sa/výkonu v budúcnosti	Test – retest	Zhoda medzi dvoma posudzovaniami v čase **
Konštruktová	Reprezentácia teoreticky formulovaného konštruktú		

* Ak je prostriedok viacdimenzionálny, je niekedy vhodnejšie posudzovať vnútornú konzistenciu pre jednotlivé dimenzie.

** Pri stabilnom stave posudzovaného javu.

sledky testu sú vyjadrené v kvantifikovaných ukazovateľoch, ktoré umožňujú porovnanie výkonu vyšetřovaného jedinca s výkonom ostatných osôb – s reprezentatívnou vzorkou populácie [12, 26].

Psychologické testy i škály však musia spĺňať základné požiadavky na meracie prostriedky a tými sú reliabilita (spoľahlivosť) a validita (platnosť, „zhodnosť s pravdou“). Základné definície sú uvedené v tabulke 2.

O význame využitia psychiatrických posudzovacích prostriedkov svedčí aj ich množstvo a rôznorodosť. Len v publikácii Handbook of Psychiatric Measures [2] je uvedených 235 rôznych posudzovacích prostriedkov. V novom vydaní tejto učebnice z r. 2008 do nej pribudlo ďalších štyridsať prostriedkov. Majú veľmi rôznorodé zameranie a charakter. Ich delenie je problematické, resp. môže byť viacvrstvé. Niektoré slúžia na vyhodnotenie symptómov a umožňujú overenie naplnenia diagnostických kritérií podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) alebo amerického Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-IV). Sú to vlastne štruktúrované interview, ktoré pokrývajú diagnostické kritériá s algoritmizovaným postupom pre stanovenie diagnózy. Podkladom je kategorické vyhodnotenie prítomnosti či neprítomnosti znaku – kritéria. Patria sem [25] napr. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, administrácia 60-90 minút), MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview; administrácia 15-20 min.). Ďalšie prostriedky sú zamerané na všeobecné charakteristiky, napr. celkový zdravotný stav, kvalitu života, nežiaduce účinky liekov či interpersonálne vzťahy, alebo riziko suicidálneho správania. Najviac škál je zameraných na špecifické symptómy jednotlivých diagnostických jednotiek či skupín diagnóz. Delenie je možné aj podľa veku.

Výber posudzovacieho prostriedku z takejto ponuky môže byť komplikovaný a závisí od viacerých faktorov. Voľba použitia posudzovacieho prostriedku by mala vychádzať z predpokladu o prínose jeho použitia (získanie cielených a kritických informácií), z pravdepodobných nevýhod (napr. cena, riziko falošných výsledkov) a z prínosov a nedostatkov voľby alternatívnych

postupov (napr. použitie iného prostriedku či nepoužitie formálneho posudzovania) [34].

Pováčšine nie je jednoznačne určené, ktoré z posudzovacích prostriedkov môže používať lekár, sestra či iný profesionál v rámci zdravotníckeho či výskumného tímu.

Pri príprave publikácie sme požiadali o vyjadrenie aj spoločnosť amerických psychiatrických sestier (www.apna.org). Podľa získanej odpovede je práva v použití škál súčasťou akademickej prípravy sestier. Pokiaľ používa škály sestra bez univerzitného vzdelania, môže byť pre použitie škál pripravená zamestnávateľom, ktorý vydáva na toto použitie povolenie.

V profile schopností pre kanadské registrované psychiatrické sestry [24] je použitie škál uvedené medzi vyšetřovacími postupmi, ktoré by registrovaná sestra mala využívať. Explicitne je uvedené, že sestra by mala ovládať škálu MMSE (Mini-Mental State Examination), škálu pre depresiu u geriatrických pacientov (Geriatric Depression Scale), posudzovaciu škálu funkčnosti (Functional Rating Scale), Beckovu škálu na depresiu (Beck Depression Inventory Scale) a GAF (Global Assessment of Functioning). Podľa dodatku k zoznamu však nie je tento výpočet škál konečný. Bez bližšej špecifikácie sa uvádza využitie škál na vyhodnotenie rizika u agresívnych pacientov.

Pri vyhľadávaní reťazca „nurs“ v digitálnej verzii publikácie Handbook of Psychiatric Measures [2] sme získali 20 odkazov, z ktorých vyberáme niektoré ilustrácie. Sestry a lekári dosiahli rovnakú inter-rater reliabilitu pri skóvaní Testu kreslenia hodín (Clock Drawing Test). Pri škále PANSS sa uvádza, že ju môžu administrovať zacičení profesionáli v oblasti mentálneho zdravia – psychiatri, psychológovia, klinickí sociálni pracovníci alebo psychiatrické sestry. Škálu Dementia Signs and Symptoms Scale môžu aplikovať psychiatri, iní klinickí pracovníci a sestry. Sestry sú explicitne uvedené pri administrácii škál The Psychogeriatric Dependency Rating Scales (PGDRS) a Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS). Pri použití Global Deterioration Scale (GDS) sú uvedení okrem sestier aj „zdravotníckymi technickými pracovníkmi“ (health care technicians). Pre známu škálu BPRS

boli vypracované špeciálne návody pre administráciu sestrami. MADRS bola cielene vytvorená tak, aby ju mohli používať aj nepsychiatrické sestry. Young Mania Rating Scale bola komponovaná tak, aby postihovala širšie spektrum prejavov ako predtým používaná škála Beigel Mania Rating Scale (BMRS), ktorá bola špecificky určená pre použitie sestrami u pacientov počas hospitalizácie. Pri zácvičku pre použitie Confusion Assessment Method (CAM) sa očakáva, že lekár vyhodnotí pod vedením supervízora 5 – 10 pacientov, u sestier sa vyžaduje intenzívnejšia príprava pre použitie škály. Vyhodnocovanie sestrami je explicitne uvedené aj pri škále Systematic Assessment for Treatment Emergent Events—General Inquiry (SAFTEE-GI). Apathy Evaluation Scale (AES) môže využívať registrovaná sestra, pri Clinical Dementia Rating (CDR) je uvedená ako možný administrátor klinická špecializovaná sestra.

PRÍKLADY POSUDZOVACÍCH ŠKÁL VYUŽITELNÉ V SESTERSKOM OŠETROVACOM PROCESE V PSYCHIATRII

Podrobnejšie opíšeme dve škály s odlišným zameraním, ktoré sú priamo určené pre vyhodnocovanie sestrami, resp. inými profesionálmi zapojenými do starostlivosti o pacienta. Ďalšie škály sú dostupné v českom preklade v publikácii Filipa a spol. [14] a v špecializovaných publikáciách [2, 25].

NOSIE-30

Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (ďalej NOSIE-30) [17] bola vytvorená špeciálne pre vyhodnocovanie pozorovateľných verbálnych aj neverbálnych prejavov hospitalizovaných pacientov sestrami/personálom. Autori [18] pôvodne vytvárali posudzovací prostriedok so zameraním na možnosť sledovania zmien klinického stavu u starších pacientov so schizofréniou. Keďže títo pacienti boli málo komunikatívni, niektorí z nich takmer mutistickí, len ťažko bolo možné využiť štandardné psychiatrické interview. Preto boli do škály zahrnuté položky, pri ktorých je hodnotenie založené na pozorovaní pacienta na oddelení pri bežných činnostiach. Posudzuje sa správanie a nevyžaduje sa aktívna intervencia či interakcia s pacientom. Pôvodne mala škála 100 položiek, ktoré na základe vyhodnotenia senzitivity a reliability redukovali na 80 položiek. NOSIE-30 sa napokon skladá z tridsiatich položiek. Hodnotenie je v rozsahu od 0 (znak sa nevyskytuje - „nikdy“) po 4 (znak prítomný stále - „vždy“). Vyhodnocuje sa správanie za posledné tri dni. Vyplnenie záznamového hárku trvá približne 10 min. Pri stanovovaní skóre sú niektoré položky reverzne kódované (0=4), čo je určené ich formuláciou a priradením

Tab. 3. Položky a faktory NOSIE-30.

POLOŽKA	Faktor
1. Je neupravený/á	3
2. Je netrepezlivý/á	4
3. Plače	7
4. Zaujíma sa o dianie okolo seba	2
5. Pokiaľ nie je vyzvaný/á k aktivite, posedáva	6
6. Lahko sa nahnevá a rozčúli	4
7. Počuje niečo, čo tam nie je	5
8. Udržiava odev pekne upravený	3
9. Snaží sa byť priateľský/á k okoliu	2
10. Lahko sa rozčúli, ak mu/jej niečo nevyhovuje	4
11. Odmieťa vykonávať bežné úkony, ktoré sa od neho/nej očakávajú	1
12. Je výbušný/á a podráždený/á	4
13. Má ťažkosti so zapamätávaním si	1
14. Odmieťa rozprávať	7
15. Usmieva sa alebo smeje na vtipných komentároch, udalostiach	2
16. Je „nechutný/á“ pri stravovaní	3
17. Prihovára sa ostatným	2
18. Hovorí, že sa cíti „pod psa“, deprimovaný	7
19. Rozpráva o svojich záujmoch	2
20. Vidí veci, ktoré tam nie sú	5
21. Treba mu/jej pripomínať, čo má robiť	1
22. Pokiaľ nie je vyzvaný/á k aktivite, spí	6
23. Hovorí, že nestojí za nič	7
24. Musí byť upozorňovaný/á, aby dodržiaval/a nemocničný režim	1
25. Nedokáže samostatne dokončiť ani jednoduché úkony	1
26. Hovorí, mrmle alebo šušká si sám/a pre seba	5
27. Pohybuje sa pomaly, „šuchce sa“	6
28. Bezdôvodne sa sám/sama pre seba chichoce alebo usmieva	5
29. Rýchlo vybuchne	4
30. Udržiava osobnú čistotu	3

k základným faktorom. Priemerná korelácia medzi dvoma hodnotiteľmi je 0,73. Dostupný je český preklad škály [13]. Položky škály a faktory sú uvedené v tabuľke 3.

Celkové skóre sa vypočítava ako súčet pozitívnych faktorov (F I+F II+F III) mínus skóre negatívnych faktorov (F IV+ F V + F VI + F VII) [13]. Výsledné skóre je dané súčtom skóre získaných od dvoch hodnotiteľov, pokiaľ hodnotenie vykonáva len jeden hodnotiteľ je pre možnosť porovnania potrebné vynásobiť dosiahnuté skóre dvomi [17]. Dostupná je možnosť vyhodnocovania škály online (<http://www.plainsclinic.com/cgi-bin/nosie30.pl>; prístup 1. 6. 2008). Vzorec na výpočet celkového skóre v sebe ešte zahŕňa konštantu: $96 - 2x$ (suma pozitívnych - suma negatívnych faktorov). V pôvodnej verzii ani na uvedenej internetovej stránke nie je do sumy negatívnych faktorov zahrnutý faktor depresie. Podobne nezahrňujú depresívny faktor do celkového negatívneho skóre ani Lyall a spol. [20], keďže tento faktor podlieha menším zmenám ako ostatné faktory. Talianski autori [3] použili pri

výpočte celkového skóre ako konštantu hodnotu 250.

Škála NOSIE-30 bola overená a preskúmaná vo viacerých štúdiách. McMordie a Swint [23] zistili najnižšiu koreláciu medzi dvoma hodnotiteľmi u pacientov so schizofréniou pre faktor psychotizmus a poukázali na skutočnosť, že hodnotitelia - muži sú „tolerantnejší“ k negatívnym prejavom a hodnotia ich nižšie. Najvyššiu koreláciu zistili pre faktor sociálnej kompetencie. Korelácia pre celkové skóre mala hodnotu 0,723. Autori skúmali aj prediktívnu validitu skóre faktorov NOSIE-30 vo vzťahu k prepusteniu pacientov z oddelenia. Zistili štatisticky signifikantný ($p < 0,05$) vzťah medzi hodnotami pozitívneho, negatívneho i celkového skóre NOSIE-30 k prepusteniu. Autori zdôrazňujú význam hodnotenia dvoma hodnotiteľmi - rozdiely prinášajú podnety pre diskusiu o rôznych pohľadoch na pacienta a sú zdrojom námetov pre vzdelávanie personálu. Príkladom je práve položka psychotizmus, pri ktorej bola korelácia najnižšia.

Lyll a spol. [20] overovali reliabilitu škály v moderných podmienkach psychiatrickej starostlivosti vo Veľkej Británii. Ich cieľom bolo aj dosiahnutie zlepšenia komunikácie medzi lekármi a sestrami na vizitách a pri diskusiách o vedení prípadov, keďže dovtedajšia komunikácia bola do značnej miery charakterizovaná nedostatočnou presnosťou a prílišnou generalizáciou. 23 kvalifikovaných sestier vyhodnocovalo 100 novoprijatých pacientov, rovnakého pacienta vždy hodnotili dve sestry. Zistili koreláciu dvoch hodnotiteľov pre celkové skóre 0,76, pre negatívny faktor 0,68 a pre pozitívny faktor 0,75. V závere práce autori uvádzajú, že napriek nižšej inter-rater zhode v porovnaní s originálnymi prácami je NOSIE-30 dobrým prostriedkom pre dokumentáciu klinického stavu pacientov a pre zlepšenie profesionálnej komunikácie.

Zaujímavá je analýza Dingemansa [11], ktorý skúmal korelácie medzi pozitívnym a negatívnym faktorom NOSIE k pozitívnemu a negatívnemu faktorom BPRS. Negatívny a pozitívny faktor sa pritom v práci konceptualizuje podobne ako pri schizofréni. Zisťuje sa trvalá a negatívna korelácia medzi negatívnym faktorom NOSIE-30 a negatívnym faktorom BPRS, čo nie je prekvapujúce. NOSIE negatívny faktor totiž reprezentuje nežiaduce konanie (napr. iritabilitu či neprispôsobovanie sa nemocničnému režimu).

Aj keď bola pôvodne škála NOSIE-30 vyvíjaná pre hodnotenie chronických pacientov so schizofréniou, jej uplatnenie v klinickej praxi je podstatne širšie.

V Taliansku bola škála NOSIE-30 validizovaná [22]. Neskôr bolo hodnotenie pomocou škály NOSIE-30 súčasťou sledovania priebehu hospitalizácie u akútne prijatých psychiatrických pacientov. Približne 40 % z nich malo diagnózu schizofrénie a u 20 % boli prejavy agresivity pri prijatí. Autori zistili, že skóre NOSIE-30 sa podstatne nemení od 4. dňa hospitalizácie [3].

Mak a De Koning [21] vo svojom prehľade vyhodnocovania agresívnych prejavov neodporúčajú využívanie NOSIE na hodnotenie pacientov so závažnejšou mentálnou retardáciou. Keďže títo pacienti mnohokrát trpia mnohonásobnými psychickými a fyzickými poruchami, sú pre nich vhodnejšie špecializované škály. Viacero položiek NOSIE-30 sa v tejto skupine pacientov nedá vyhodnocovať. NOSIE-30 je však vhodná napr. pre hodnotenie agresívnych prejavov u pacientov s poruchami osobnosti alebo u pacientov s psychotickými poruchami.

Škála NOSIE-30 je využívaná aj vo farmakologických klinických štúdiách. Volavka a spol. [29] použili hodnotenie pomocou NOSIE-30 vo významnej štúdii, kde sa zmena skóre škály využila ako sekundárny ukazovateľ zmeny klinického stavu. Primárnym ukazovateľom bola zmena skóre PANSS. Tieto dve škály použili na hodnotenie v rovnakom čase tak, že výskumníci pracujúci s NOSIE nevedeli o výsledkoch nadobudnutých použitím škály PANSS a naopak. NOSIE bola administrovaná sestrou, ktorá pracovala v rámci výskumného tímu a informácie o pacientoch získavala od sestier na oddelení. Autori zistili vysokú konzistenciu zmeny skóre NOSIE a škály PANSS. Potvrdzujú, že prednosťou NOSIE je jej jednoduchosť v používaní a hodnotení. So škálou NOSIE pracovali sestry, ktoré mali minimálny zácvik v používaní škály a dosiahli veľmi podobné výsledky ako PANSS hodnotitelia, čo boli väčšinou vedec-kí pracovníci na doktorandskej úrovni, ktorí mali za sebou rigorózný zácvik pre dosiahnutie inter-rater reliability. Podľa autorov môže NOSIE v štúdiách pridať dimenziu hodnotenia funkčnosti a môže prispieť k validite výsledkov reprezentovaných zmenou skóre PANSS škály. Aj v ďalších štúdiách bolo hodnotenie pomocou NOSIE-30 použité predovšetkým u pacientov so schizofréniou, napr. [1, 15, 19, 27], no aj u pacientov s demenciou [16] či bipolárnou poruchou [4].

PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers)

PECC [6] je nástroj na hodnotenie pacientov s psychózou, ktorý má oproti NOSIE-30 podstatne komplexnejšiu štruktúru a väčší rozsah. Bol cieľne vyvinutý tak, aby mohol byť používaný všetkými pracovníkmi, ktorí sa starajú o chorých, vrátane sestier. Položky pokrývajú 6 oblastí: symptómy ochorenia, náhľad na ochorenie, vedľajšie účinky liečby, kvalitu života, aktivity denného života (ADL – activities of daily life) a skoré varovné signály.

Prvé dve oblasti sú odvodené od faktorovej analýzy PANSS škály a obsahujú 5 faktorov: pozitívne symptómy, negatívne symptómy, depresívne symptómy, symptómy excitovanosti, kognitívne symptómy a posledný faktor (iné symptómy) tvoria dve položky postihujúce náhľad na chorobu a jedna položka, ktorá pokrýva suicidálne tendencie. Celko-

vo obsahuje škála 23 položiek - symptómov. Symptómy z prvého až štvrtého faktora sa identifikujú na základe pozorovania a semištrukturovaného interview. Vyhodnocujú sa na analógovej vizuálnej škále od 1 (nepřítomný) po 7 (extrémne závažný). Hodnota viac ako 3 znamená nepochybnú prítomnosť symptómu, hodnota 5 a viac znamená vplyv na funkčnosť, hodnota 7 celkom nepriaznivý vplyv na fungovanie. Symptómy týkajúce sa náhľadu na ochorenia a suicidalitu sú hodnotené na škále 1 - 4. Opis príznakov a oporné záchytné definície („anchor points“) pre kvantifikáciu závažnosti sú odvodené od škály PANSS.

Nežiaduce účinky sa hodnotia na škále od 1 (nepřítomné) po 4 (vplyv na funkčnosť, potrebná intervencia). Vyhodnocujú sa štyri okruhy nežiaducich účinkov. Extrapiramídové nežiaduce účinky (parkinsonizmus, dystónia, akatízia, tardívne dyskínezy), anticholinergické nežiaduce účinky (suchosť v ústach, neostre videnie, retencia moča, obštipácia a dva kognitívne nežiaduce účinky – poruchy koncentrácie a poruchy pamäti). Hormonálne nežiaduce účinky zahŕňujú galaktoreu, gynekomastiu a amenoreu. Medzi iné nežiaduce účinky sú zaradené závraty, denná ospalivosť, útlm, sexuálne dysfunkcie, insomnia, zvýšenie hmotnosti a ortostatická hypotenzia.

V časti na hodnotenie včasných varovných príznakov sa uvádzajú ich príklady, ako sú problémy so spánkom, anxieta a tenzia, svalové napätie či sociálne stiahnutie sa. Sestra by mala identifikovať tieto príznaky, vyhodnotiť ich na škále od 1 (absentujúce) až po 4 (prítomné každodenne) a tiež by sa mala pokúsiť vyhodnotiť príčinu. Podobným spôsobom sú kvantifikované psychosociálne stresory. Sestra by mala identifikovať päť najdôležitejších psychosociálnych stresorov a vyhodnocovať ich závažnosť pri kontrolách. Aktivity bežného života pokrývajú bežnú funkčnosť pacienta a tá sa hodnotí na škále od 1 (optimálna) do 4 (nemožnosť samostatného fungovania). V oblasti osobných cieľov sa tiež vyžaduje identifikácia piatich oblastí, v ktorých pacient nie je spokojný či má tendenciu ich zmeniť. Pri kontrolách sa týchto päť cieľov vyhodnocuje na škále od 1 (spokojný) po 4 (nespokojný).

Symptómové položky škály PECC sa porovnávali so škálou PANSS [7]. Vo vyhodnotení medziškálovej reliability sa zistil Pearsonov korelačný koeficient vyšší ako 0,8 pre všetky položky okrem položiek narušený kontakt, nedostatočná spolupráca, konceptuálna dezorganizácia a narušená pozornosť. Zistila sa vysoká zhoda pre skóre PECC a celkové skóre PANSS, korelácia medzi pozitívnym syndrómom hodnoteným pomocou PANSS a PECC bola na úrovni 0,8. Pre posúdenie medziškálovej reliability pre extrapiramídové nežiaduce účinky autori na porovnanie použili škálu ESRS (Extra-Pyramidal Side-Effect Scale). Vyššia korelácia medzi škálami sa zistila pre položky dystónia a tardívne dyskínezy (viac ako 0,80), nižšia pre parkinsonizmus (0,74)

a akatíziu (0,70). Do štúdie bolo zapojených 90 sestier z 25 psychiatrických oddelení.

Autori použili PECC vo viacerých publikovaných prácach na všeobecné posúdenie hospitalizovaných pacientov [8], ako prostriedok na posúdenie naplnenia kritérií pre remisiu [9] i v psychofarmakologicky orientovanej práci [10]. PECC bola tiež implementovaná do postupov pre psychiatrické sestry v Škótsku [30].

DISKUSIA A ZÁVERY

Starostlivosť o pacienta metódou ošetrovateľského procesu si vyžaduje, aby sestra neustále posudzovala a hodnotila stav pacienta a mohla vyhodnotiť či cieľ, ktorý si stanovila, bol dosiahnutý alebo nie. Veľkou pomôckou v starostlivosti o pacientov môže byť používanie posudzovacích škál. Sestra môže škály využívať na posúdenie závažnosti ochorenia, posúdenie aktuálneho stavu pacienta, zistenie miery vplyvu vedľajších účinkov liekov alebo zisťovanie zmien v priebehu liečby. Nadobudnuté údaje by mali sestry v spolupráci s lekármi využiť na skvalitnenie starostlivosti o pacienta. Údaje získané aplikovaním škál môžu slúžiť ako podklady pre výskumnú činnosť.

V našom prehľade sme podrobnejšie predstavili dve škály určené pre sestry, ktoré majú odlišnú koncepciu, odlišnú náročnosť vo vzťahu k vzdelaniu a príprave i odlišnú náročnosť na administráciu. Zatiaľ čo škálu NOSIE-30 je možné využiť v ošetrovateľskom procese v podstate bez špecifickej prípravy, škála PECC si vyžaduje iný prístup. Pri širšom použití a pre možnosť porovnania výsledkov si vyžaduje zaškolenie na zabezpečenie dostatočnej inter-rater reliability. PECC nie je, aspoň podľa údajov z medicínskych databáz, široko využívaná. V češtine bol o PECC publikovaný prehľad [32], v ktorom sa udáva, že administrácia PECC spolu so zadávaním údajov do počítača trvá približne 2 hod., čo je zaiste časovo náročné. Použitie PECC v klinických štúdiách by bolo pravdepodobne redundantné, keďže sa v nich pre jednotlivé oblasti, ktoré PECC pokrýva, používajú špecifické škály. Používanie PECC či jej častí psychiatrickými sestrami by však podľa názoru autorov znamenalo priznanie a obhájenie primeraného statusu sestier podľa modernej koncepcie ošetrovateľskej starostlivosti a významne by prispelo k vzdelávaniu prostredníctvom praxe i k lepšej komunikácii medzi sestrami a lekármi. Výuka psychiatrie je v Slovenskej republike súčasťou vysokoškolského vzdelávania sestier (bakalársky alebo magisterský stupeň). Špecializované vzdelávanie v psychiatrii sa uskutočňuje už po nástupe do klinickej praxe. Podľa dostupných informácií nie je praktická príprava v použití posudzovacích škál zahrnutá do špecializačnej prípravy tak v Slovenskej ako aj v Českej republike.

Pre použitie posudzovacích škál neplatia takmer žiadne obmedzenia. Obmedzením je len zodpoveda-

júca príprava a ich uvedenie do praktickej klinickej práce.

LITERATÚRA

1. **Alvarez, E., Bobes, J., Gómez, J. C., Sacristán, J. A., Cañas, F., Carrasco, J. L., Gascón, J., Gibert, J., Gutiérrez, M.:** EUROPA Study Group. Safety of olanzapine versus conventional antipsychotics in the treatment of patients with acute schizophrenia. A naturalistic study. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 13, 2003, pp. 39-48.
2. **APA Handbook of Psychiatric Measures.** Washington. Rush A.J. (corporate editor), Washington, APA, 2000. 820 p., ISBN 0-89042-415-2.
3. **Ballerini, A., Boccalon, R., Boncompagni, G., Casacchia, M., Margari, F., Minervini, L., Righi, R., Russo, F., Salteri, A.:** An observational study in psychiatric acute patients admitted to General Hospital Psychiatric Wards in Italy. *Ann. Gen. Psychiatry*, 6, 2007, pp. 1-10.
4. **Barbini, B., Bertelli, S., Colombo, C., Smeraldi, E.:** Sleep loss, a possible factor in augmenting manic episode. *Psychiatry Res.*, 65, 1996, pp. 121-125.
5. **Blacker, D., Endicott, J.:** Psychometric properties: concepts of reliability and validity. In: *APA: Handbook of Psychiatric Measures* (Rush A.J. (corporate editor)), Washington, APA, pp. 7-14.
6. **De Hert, M., Bussels, J., Lindstrom, E., Abrahams, F., Franses, C., Peuskens, J.:** PECC Psychosis evaluation tool for common use by caregivers. EPO, 1999.
7. **De Hert, M., Wampers, M., Thys, E., Wieselgren, I. M., Lindström, E., Peuskens, J.:** Validation study of PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers): Interscale validity and inter-rater reliability. *Int J. Psych. Clin. Pract.*, 6, 2002, pp. 135-140.
8. **De Hert, M., Wampers, M., Peuskens, J.:** Pharmacological treatment of hospitalised schizophrenic patients in Belgium. *Int J. Psych. Clin. Pract.*, 10, 2006, pp. 285-290.
9. **De Hert, M., van Winkel, R., Wampers, M., Kane J., van Os, J., Peuskens, J.:** Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort. *Schizophrenia Research*, 92, 2007, pp. 68-73.
10. **De Hert, M., Wampers, van Winkel, R., Peuskens, J.:** Anticholinergic use in hospitalised schizophrenic patients in Belgium. *Psychiatry Research*, 152, 2007b, pp. 165-172.
11. **Dingemans, P. M.:** The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and the Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) in the evaluation of positive and negative symptoms. *J. Clin. Psychol.*, 46, 1990, pp. 168-174.
12. **Ferjenčík, J.:** Úvod do metodologie psychologického výskumu. Praha, Portál, s.r.o., 2000. 256 p., ISBN 80-7178-367-6.
13. **Filip, V. a kol.:** Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic. Praha, Psychiatrické centrum, 1997, 214 s., ISBN 80-85121-06-9.
14. **Filip, V., Klaschka, J.:** Psychometrická vyšetření (škály). In: Höschl, C., Libiger J., Švestka J. (Eds.): *Psychiatrie. Druhé, doplnené a opravené vydání.* Praha, TIGIS, 2004. s. 288-294, ISBN 80-900130-7-4.
15. **Geller, V., Gorzaltsan, I., Shleifer, T., Belmaker, R. H., Bersudsky, Y.:** Clotiapine compared with chlorpromazine in chronic schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 80, 2005, pp. 343-347.
16. **Gutzmann, H., Kühl, K. P., Kanowski, S., Khan-Boluki, J.:** Measuring the efficacy of psychopharmacological treatment of psychomotoric restlessness in dementia: clinical evaluation of tiapride. *Pharmacopsychiatry*, 30, 1997, pp. 6-11.
17. **Honigfeld, G., Gillis, R. D., Klett, C. J.:** NOSIE-30: a treatment-sensitive ward behavior scale. *Psychol. Rep.*, 19, 1966, pp. 180-182.
18. **Honigfeld, G., Klett, C. J.:** The Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation: a new Scale for measuring improvement in chronic schizophrenia. *J. Clin. Psychol.*, 21, 1965, pp. 65-71.
19. **Janík, P., Pečeňák, J., Vašečková, B., Hapalová, Z., Waczulíková, I., Rybanská, M., Krajčiová, E.:** Hodnotenie klinického stavu pacientov so schizofréniou škálami PANSS a NOSIE-30. *Čes. a slov. Psychiat.*, 103, 2007, Suppl. 2, s. 35.
20. **Lyall, D. et al.:** Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation: reliability update. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 2003, pp. 390-394.
21. **Mak, M., de Koning, P.:** Clinical research in aggressive patients, pitfalls in study design and measurement of aggression. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiatry*, 19, 1995, pp. 993-1017.
22. **Margari, F., Matarazzo, R., Casacchia, M., Roncone, R., Dieci, M., Safran, S., Fiori, G., Simoni, L.:** The EPICA Study Group. Italian validation of MOAS and NOSIE: a useful package for psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 14, 2005, pp. 109-118.
23. **McMordie, W. R., Swint, E. B.:** Predictive utility, sex of rater differences, and interrater reliabilities of the NOSIE-30. *J. Clin. Psychol.*, 35, 1979, pp. 773-775.
24. **Registered Psychiatric Nurses: Competency Profile for the Profession in Canada Alberta Health and Wellness,** 2001, p. 263, ISBN: 0-9689811-0-0.
25. **Sajatovic, M., Ramirez, L.:** Rating scales in mental health, revised 2nd edition. Hudson, Ohio, Lexi-Comp, Inc., 2006, ISBN 1-59195-052-X.
26. **Stančák, A.:** Klinická psychodiagnostika dospelých. 7 publikácia, Nové Zámky, Psychoprof, spol. s r.o., 1996, ISBN 80-967148-5-6.
27. **Tang, W. K., Ungvari, G. S.:** Efficacy of electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia: a prospective open trial. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 27, 2003, pp. 373-379.
28. **Vajdičková, K. Kořínková, V.:** Psychodiagnostika. In: Kolibáš E. a kol.: *Všeobecná psychiatria.* Vydavateľstvo UK, Bratislava, 2007, s. 26-37, ISBN 978-80-223-2388-8.
29. **Volavka, J., Nolan, K. A., Kline, L., Czobor, P., Citrome, L.:** Efficacy of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in schizophrenia and schizoaffective disorder assessed with nurses observation scale for inpatient evaluation: *Schizophrenia Research*, 76, 2005, pp. 127-129.
30. www.tsh.scot.nhs.uk/FreedomOfInformation/docs/Public%20Health/Nursing/Nursing%20PDstrategy2006-2009Final200907.pdf prístup 1. 6. 2008.
31. **Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z. z 30. júna 2005,** ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.
32. **Wenigová, B.:** PECC - nová možnosť hodnotenia a méréni psychóz nejen pro lékaře a klinické psychology? *Psychiatrie pro Praxi*, 4, 2001, s. 173-176.
33. **Zákon 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.**
34. **Zarin, D. A.:** Consideration in choosing, using and interpreting a measure for a particular clinical context. In: *APA Handbook of Psychiatric Measures.* Washington. Rush A. J. (corporate editor), Washington, APA, 2000. pp. 15-31.

*Mgr. Terézia Drobná
Psychiatrická klinika LF UK a FN
Mickiewiczova 13
813 69 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: terezia.drobna@centrum.sk*