

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Screening rizika pádu v pediatrii jako indikátor kvality péče

Bc. Monika Klementová

**Diplomová práce
2012**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Klementová**
Osobní číslo: **Z10164**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství**
Název tématu: **Screening rizika pádu v pediatrii jako indikátor kvality péče**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury týkající se screeningu rizika pádu v pediatrii.
2. Stanovení cílů práce.
3. Výběr metody výzkumu.
4. Konzultace vybrané metody a skupiny respondentů s vedoucím diplomové práce.
5. Provedení výzkumu, sběr dat.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení a diskuze výsledků.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

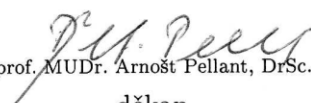
Seznam odborné literatury:

1. BOWDEN, V. R.; GREENBERG, C. S. Pediatric Nursing Procedures. 2nd Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
2. COOPER, C. L., NOLT, J. D., Development of an Evidence-based Pediatric Fall Prevention Program. Journal of Nursing Care Quality, 2007. Vol. 22, No. 2.
3. JOINT COMMISSION RESOURCES. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
4. KROUTILOVÁ, L.; HLAVÁČKOVÁ, E.; PITROVÁ, M. Screening rizika pádů v pediatrii. Florence. 2011, roč. 7, č. 3. ISSN 1801-464X.
5. ŠKRLA, P. Především neublížit. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2012**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 4. 2012

.....
Bc. Monika Klementová

Poděkování

Touto cestou chci poděkovat Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph. D. za odborné a trpělivé vedení a cenné rady při zpracovávání mé diplomové práce. Poděkování patří také Ing. Janě Holé, Ph. D. za připomínky ke statistickému zpracování dat. Velké poděkování patří i všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

Souhrn

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku pádů v pediatrii. Je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části se zabývám definicí, klasifikací, prevencí pádů ve zdravotnických zařízeních a projekty, které se zaměřují na tuto problematiku. Součástí teoretické části je také screening rizika pádu u dětí a problematika pádů v kontextu kvality péče ve zdravotnictví.

Empirickou část tvoří výzkumné šetření provedené dotazníkovou metodou v rámci studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice. Výzkumné šetření jsem zaměřila na sledování rizika pádu u dětí v českých zdravotnických zařízeních. Zjišťuji, jaké nástroje (metody, škály) jsou používány na hodnocení rizika pádu a zda mají oslovená zdravotnická zařízení vypracované standardy.

Klíčová slova

Pády ve zdravotnictví, pády v pediatrii, riziko pádů, kvalita péče

Summary

The diploma thesis focuses on the issues concerning falls in paediatrics. It consists of a theoretical and an empirical part. The theoretical part defines and classifies falls; it deals with the prevention of falls in healthcare facilities and with projects discussing this issue. The theoretical part also includes screening of fall risk to children and the issue concerning falls in the context of health care quality in health service.

The empirical part is based on a questionnaire survey conducted within the scope of a student grant competition of the Pardubice University. The survey has been aimed at monitoring the risk of falls to children in Czech healthcare facilities. It has been studied which tools (methods, scales) are used when assessing the fall risks and whether the selected healthcare facilities have particular standards.

Key Words

Falls in health service, falls in paediatrics, the risk of falls, health care quality

Obsah

Úvod	10
Cíle diplomové práce	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Pády ve zdravotnictví	12
1.1 Definice pádu.....	12
1.2 Rizikové faktory pádů	13
1.3 Klasifikace pádů.....	15
1.4 Prevence pádů	16
1.4 Postup v případě pádu.....	19
2 Pády v pediatrii	20
2.1 Hospitalizované dítě.....	20
2.2 Screening rizika pádu u dětí	21
2.3 Ošetrovatelská opatření při vyhodnocení rizika pádu	25
3 Pád jako ukazatel kvality péče ve zdravotnictví	26
3.1 Kvalita ve zdravotnictví	26
3.2 Historie kvality	27
3.3 Indikátory kvality péče.....	27
3.4 Metody měření kvality.....	28
3.5 Pád jako mimořádná událost.....	29
3.6 Sledování pádů hospitalizovaných pacientů.....	30
3.7 Projekt Pády pacientů při hospitalizaci.....	30
3.8 Projekt Národního systému hlášení nežádoucích událostí.....	32

II. VÝZKUMNÁ ČÁST	33
Výzkumné otázky a hypotézy	33
4 Metodika výzkumu	35
4.1 Výzkumný nástroj	35
4.2 Výzkumný vzorek	36
4.3 Navazující výzkumné šetření	36
4.3 Analýza dat	37
4.4 Statistické vyhodnocení dat	37
5 Prezentace výsledků	38
6 Diskuze	51
7 Závěr	58
Soupis bibliografických citací	59
Seznam příloh	63
Seznam obrázků	67
Seznam tabulek	68

Úvod

V České republice je od konce 20. století prosazována politika bezpečného státu, která je cílem Ministerstva zdravotnictví a vychází z doporučení WHO: *“Všechny členské státy by měly ve svých soustavách zdravotní péče vytvořit účinné mechanismy zajišťování kvality péče“*. K měření kvality by měly být používány vhodné nástroje. Pro měření kvality byly vytvořeny tzv. indikátory kvality péče neboli ukazatele kvality (Věstník MZČR, částka 9, 2004).

Mezi významné indikátory kvality péče ve zdravotnictví patří pády pacientů ve zdravotnických zařízeních. Pády pacientů patří k nejčastěji hlášeným mimořádným událostem, které komplikují základní onemocnění, prodlužují hospitalizaci, zvyšují náklady na léčbu a negativně působí na psychiku pacienta (Škrála, 2005; Joint Commission Resources, 2007). Pády se objevují ve všech věkových kategoriích, děti nevyjímaje. V odborné literatuře je věnována pozornost především pádům dospělých, zejména seniorům starším 65 let. Informací o pádech v pediatrii je v české literatuře nedostatek. Jejich problematika je složitější především z toho důvodu, že pády u dětí jsou v určitém vývojovém období považovány za normu (Cooper, Nolt, 2007). Situaci komplikuje i nejednoznačný výklad pojmu „pád“ (Joint Commission Resources, 2007).

Nejen nedostatek informací o pádech v pediatrii v české ošetrovatelské literatuře, ale i nedostatek screeningových metod pro sledování rizika pádu v pediatrii v České republice mě vedly k bližšímu prostudování této problematiky.

Cíle diplomové práce

1) v rovině teoretické

- a)** zaměřit se na definici, příčiny a prevenci pádu
- b)** zaměřit se na pády u dětí a screening rizika pádu v pediatrii
- c)** zaměřit se na problematiku pádů v kontextu kvality péče
- d)** popsat projekty zabývající se problematikou pádů

2) v rovině empirické

- e)** analyzovat, jak je sledováno riziko pádu u dětí v českých zdravotnických zařízeních
- f)** vyhodnotit, zda zdravotnická zařízení zjišťují počty dětských pádů a jakým způsobem
- g)** analyzovat, jaký nástroj (metodu, škálu) na hodnocení rizika zdravotnická zařízení používají
- h)** sledovat, zda mají zdravotnická zařízení vypracovaný standard prevence pádu pro děti a postup zajištění dětského pacienta po pádu

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Pády ve zdravotnictví

1.1 Definice pádu

V literatuře je uvedeno velké množství definic pádu, které vedou k nejednotnosti. Obecně ale nebyla přijata žádná definice pádu, která by jednoznačně vymezovala pád pacienta ve zdravotnickém zařízení. Nejednotná definice může být důvodem, proč bývají pády pojímány a hlášeny různými způsoby (Cooper, Nolt, 2007).

Cooper & Nolt (2007) definují pád jako „*Pacientův náhlý a neočekávaný sestup ze stoje, ze sedu nebo i z horizontální polohy, včetně uklouznutí ze židle na zem a včetně asistovaného pádu (kde jednotlivá osoba vede padajícího pacienta k zemi), s poraněním nebo i bez poranění pacienta*“.

V encyklopedickém slovníku (1981) je pád definován jako „*Pohyb tělesa svislým směrem k zemskému povrchu, způsobený zemskou přitažlivostí*“.

Joint Commission Resources (2007) uvádí tyto definice pádu:

„*Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze*“.

„*Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (se svědkem), nebo takovouto událost oznámí (beze svědků). Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou, jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat*“.

„*Událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta, nebo části jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient*“.

„*Mimořádná událost vyúsťující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu*“. Tuto definici si vybrala i Česká asociace sester při vypracování

pracovního postupu prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení (Česká asociace sester, 2007).

Vytvořením přesné definice je možné pády přesně hodnotit a odhalit faktory mající na ně vliv. K tomu, aby došlo ke snížení četnosti pádů ve zdravotnických zařízeních a zvýšila se celková bezpečnost, je důležité mít srozumitelnou definici pádu, která je stejná pro všechna oddělení a nemění se v čase. Vytvořená definice musí být přijata také zdravotníky, aby ji mohli efektivně využívat při hlášení pádu (Joint Commission Resources, 2007).

1.2 Rizikové faktory pádů

Mezi faktory, které zvyšují riziko pádu, patří: předchozí pády v anamnéze, porucha kognitivních funkcí, muskuloskeletární onemocnění, chronické onemocnění, porucha hybnosti a rovnováhy, problémy ve výživě a polypragmazie (Joint Commission Resources, 2007). Škrála (2005) uvádí, že pády jsou také zaviněny pochybením zdravotníků, které je způsobeno nedostatečnou supervizí pacientů nebo nesprávným vyhodnocením rizika pádu. Jamerson et al. (2009) uvádějí, že samotné nemocniční prostředí, které je rozdílné od domácí, zvyšuje riziko pádu.

Mezi vnitřní rizikové faktory patří:

- Předchozí pád v anamnéze
- Nejistá chůze
- Poruchy zraku (snížená zraková ostrost, zhoršené vidění za šera, snížení prostorového vnímání, zúžené zorné pole)
- Akutní onemocnění (ortostatická hypotenze, horečka, cévní mozková příhoda, epilepsie)
- Chronické onemocnění (diabetes mellitus, záněty kloubů, šedý a zelený zákal, Parkinsonova nemoc)
- Porušený duševní stav (zmatenost, dezorientace, poruchy paměti)
- Poruchy pohybového aparátu (svalová atrofie, zvápenatění svalů a šlach, zvýšené zakřivení páteře)

Mezi vnější rizikové faktory patří:

- Kvalita povrchu (koberec, linoleum, parkety)
- Vany, toalety (vybavení bez madel)
- Tvar nábytku (výška lůžka)
- Typ a stav obuvi (nevhodné, malé boty bez protiskluzové podrážky)
- Špatné osvětlení (nesprávná intenzita, odraz světla)
- Nevhodné pomůcky (chodítka, vozíky)
- Nesprávné používání různých zařízení (zadržovací systémy)
- Léky

Mezi léky, které mohou predisponovat k pádům, patří: antidepresiva, antiarytmika, diuretika, antidiabetika, antihypertenziva, neuroleptika, laxativa, nesteroidní protizánětlivé léky, sedativa/hypnotika, vazodilatancia (Joint Commission Resources, 2007).

Česká asociace sester (2007) uvádí faktory, které mohou ovlivňovat vznik pádu:

- Nedostatečná prevence
- Nedostatečná edukace zdravotnických pracovníků
- Nízký počet ošetřujícího personálu
- Nevhodný technický stav budov ve zdravotnickém zařízení
- Nevhodné a nedostatečné technické vybavení, např. lůžka
- Malé a stísněné prostory.

K pádům dochází také vlivem somatického onemocnění, kdy je pád jeho příznakem. Tyto pády označujeme jako symptomatické. Symptomatické pády se vyskytují u pacientů s ortostatickou hypotenzí nebo cévní mozkovou příhodou. Naopak mechanické pády vznikají v důsledku vlivu prostředí. Ve zdravotnickém zařízení může být tento pád způsoben nevhodnou obuví, nezabrzdným lůžkem, nesprávným používáním kompenzačních pomůcek, nestabilním nábytkem nebo kluzkou podlahou. Mechanickým pádům lze zabránit vhodnou ošetrovatelskou péčí, edukací personálu i pacienta a úpravou prostředí (Mandysová, Vorlíčková, 2008; Červenková, 2011; Dostálová, Nahodilová, 2011).

Na vzniku pádů se podílejí různé faktory. Z toho důvodu je zapotřebí zvážit co nejvíce možných rizik, která mohou vést ke vzniku pádu a provést selekci rizik, která mohou být zdravotníky ovlivnitelná. Znalost různých příčin má velký význam v jejich prevenci. Pokud je sestra schopna interpretovat rizika, která zvyšují předpoklad pádu, dokáže také některá z nich odstranit a tím snížit výskyt pádů pacientů (Joint Commission Resources, 2007).

1.3 Klasifikace pádů

Klasifikace pádu je založena na multifaktoriálním základě interakcí vnitřních a vnějších faktorů. Je obecně známo, že jsou pády zapříčiněny mnoha faktory (Joint Commission Resources, 2007).

Podle americké výzkumné pracovnice Janice Morse lze pády rozdělit na náhodné, fyziologicky nepředvídané a předvídané (Joint Commission Resources, 2007).

Náhodné pády jsou charakterizované neúmyslným upadnutím pacienta. Příkladem tohoto pádu je upadnutí či uklouznutí v důsledku faktorů prostředí, například mokré podlahy nebo selhání pomůcek.

K nepředvídaným fyziologickým pádům dochází, pokud fyzická příčina pádu není součástí rizikového faktoru pro pád. Tento pád je způsoben fyziologickým stavem, který nemohl být předvídan, například epileptickým záchvatem, mdlobou či patologickou zlomeninou krčku.

Předvídané fyziologické pády se objevují u pacientů, kteří jsou dle vyhodnocení rizika pádu pro pád riziková. U těchto pacientů nacházíme v anamnéze předchozí pád, zhoršenou chůzi, užívání pomůcek k chůzi či poruchu duševních funkcí (Joint Commission Resources, 2007).

K upřesnění mechanismu a příčiny pádu existuje rozdělení podle fenomenologického pohledu. Mezi ně řadíme pády zhroucením, skácením, zakopnutím (Kalvach a kol., 2008).

Pro pád zhroucením je typické, že postižený ztrácí svalový tonus a klesá k zemi. Důvodem může být extracerebrální postižení (synkopa (mdloba), ortostatická hypotenze) a cerebrální postižení (epilepsie, iktus).

Příčinou pádu skácením je porucha rovnováhy, proto pacient padá bez obraných reflexů. Tento pád je často doprovázen poraněním. Je sledován u poruch vestibulárního ústrojí.

Posledním typem pádu je pád zakopnutím. Postižený zakopne špičkou palce o překážku. Tento pád směřuje dopředu na předpažené ruce. Důvodem bývá spasticita (zvýšené napětí svalů) nohy či šoupání nohou.

Pády nemusí souviset jen s chůzí a stojem. Pády se mohou vyskytovat i při posazování na lůžko či vstávání z lůžka (Kalvach a kol., 2008).

Pády komplikují základní onemocnění, ať se jedná o lehké či těžší zranění, prodlužují hospitalizaci a zvyšují náklady na léčbu. Vedle těchto zřejmých úrazů, působí pády také dlouhodobě na fyzické a duševní zdraví, hybnost, soběstačnost a kvalitu života (Joint Commission Resources, 2007). Souhrnně lze říci, že komplikace plynoucí z pádů mají nepříznivý bio-psycho-sociální dopad. Z tohoto důvodu je ve zdravotnických zařízeních důležité zaměřit se především na jejich prevenci.

1.4 Prevence pádů

Prevence pádů je problematikou, která se týká celého ošetřovatelského týmu. Cílem prevence je co nejvíce snížit riziko pádu, ale současně neomezit pacienta v jeho denních aktivitách.

Pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení je pobytem ve vysoce rizikovém prostředí. V nemocnici jsou pacienti hospitalizováni vesměs nedobrovolně, pod tlakem okolností, které většinou zhoršují jejich schopnost soustředění. Pacient ztrácí svoje soukromí, nemůže dodržovat navykly denní režim, je nucen podřídit se požadavkům zdravotníků a prostředí. To vše zvyšuje význam prevence pádu ve zdravotnických zařízeních v ostatních rozvinutých státech, ale i u nás (Dostálová, Nahodilová, 2011; Cooper, Nolt, 2007).

Základem prevence pádů a bezpečnosti pacienta je bezpečné prostředí pacienta. Mezi preventivní opatření patří: určení rizikových faktorů pádu, poskytnutí informací pacientům a personálu o riziku pádu, zajištění bezpečného prostředí pacienta, systém hlášení pádů a mimořádných událostí, značení rizikových pacientů pro pád (záznam v dokumentaci, identifikační náramky, označení lůžka) (Červenková, 2011).

Ochranu lze rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivní bezpečnou ochranou se rozumí taková ochrana, která počítá s činností rizikového pacienta. Jedná se především o používání

kompenzačních pomůcek a chráničů. Pasivní ochranou se rozumí bezpečná úprava prostředí, kterou je možné omezit vznik pádu (Gebauerová, Kaletová, 2004).

Primární prevence spočívá v zamezení nebo oddálení vzniku rizika pádu. Při primární prevenci jsou využívány prvky aktivní mobilizace pacienta. V rámci této prevence dochází většinou k úpravě prostředí pacienta, zajištění dostatečného osvětlení, přiblížit se co nejvíce „bezpečnému pokoji“. Pacienta přijatého do zdravotnického zařízení personál provede oddělením, seznámí s prostorovým uspořádáním a rizikovými prostory (koupelna, toalety, sprchy) (Starošítková, 2006).

Při sekundární prevenci se hovoří o vyhledávání rizika pádu u pacienta. Jde o nástroje, většinou screeningové metody, používané k posouzení pacientova rizika. V literatuře je uvedeno mnoho nástrojů na hodnocení rizika pádu, avšak ne všechny jsou vhodné pro určitá zdravotnická zařízení. V zařízeních pro mentálně a fyzicky postižené nelze užívat nástroje používané pro oddělení následné péče. Stejně tak nelze užívat stejného nástroje pro děti a dospělé. Pacient hodnocený jednou metodou jako velmi rizikový, může při použití jiného nástroje spadat do nízkého rizika, nebo nemusí vyjít riziko žádné (Gebauerová, Kaletová, 2007; Starošítková, 2006).

O terciální prevenci mluvíme u pacientů, kteří mají již určené riziko pádu, a může u nich vlivem různých faktorů dojít k pádu. Někteří pacienti mají již prodělaný pád v anamnéze. Zde se věnuje pozornost patologickým stavům a chorobám, úpravě prostředí a podpoře mobility. Důležité je omezení či odbourání rizikové medikace (Starošítková, 2006).

Česká asociace sester (2007) ve svém pracovním postupu Prevence pádu a zranění pacienta/klienta uvádí tato doporučení:

- Zhodnotit riziko pádu u pacienta/klienta nejpozději do 8 hodin od přijetí
- Seznámit pacienta/klienta s prostorovým uspořádáním daného pracoviště (WC, koupelna...)
- Seznámit pacienta/klienta s rizikovými místy (schodiště)
- Informovat pacienta/klienta o signalizaci, kterou v případě potřeby přivolá zdravotnický personál
- Stanovit preventivní opatření a provést její realizaci
- Získat pacienta/klienta ke spolupráci v prevenci pádu

- Dle zvyklostí označit lůžko či pacienta/klienta, který je v riziku pádu
- Informovat celý ošetrovatelský tým o riziku pádu
- Zajistit v noci u rizikových pacientů zvýšený dohled
- Při potřebě použít omezující pomůcky zabraňující pádu

Všechna tato doporučení jsou důležitá, ale bohužel všechna nelze provést při hospitalizaci dětí.

Mandysová a Vorlíčková (2008) doporučují u dětí implementovat kromě obecných zásad ještě tato doporučení:

- U dětí do tří let věku používat dětské postýlky
- Malým dětem asistovat v pravidelných intervalech při vyprazdňování
- Zvážit zapojení rodičů do péče

Svobodová a Jurásková (2010) uvádí opatření, na která by měl ošetřující personál dbát:

- Bezbariérová úprava prostředí – odstranění překážek, kulaté hrany a rohy, stabilní židle a křesla
- Nastavitelná výška lůžka, vhodné umístění osobních věcí, zvonky na dosah ruky
- Dobré osvětlení prostoru
- Protiskluzová úprava povrchu v koupelnách, vhodně doplněná o madla, pevná zábradlí
- Protiskluzová úprava povrchu opěrných pomůcek
- Opatrné vstávání

Jurásková (2006) ve svém projektu „Bezpečný pokoj“ uvádí možnosti a pravidla zabezpečení pokojů pacientů. Cílem projektu je snížit incidenci pádů. Jurásková doporučuje protiskluzovou podlahu na pokojích a chodbách oddělení, noční a lokální osvětlení lůžka, přístup k lůžku ze tří stran, nastavitelnost lůžka. Lůžko pro pacienty s rizikem pádu by mělo být sníženo do nejnižší polohy. Do prostoru lůžka doporučuje Jurásková neumisťovat žádné další osobní věci, všechnen nábytek opatřit pojízdnými kolečky a brzdou, rohy nábytku zakulacovat. Doporučuje také zábrany lůžka dle ČSN, ideálně dělené a nastavené v mobilizační poloze. Stěny pokojů doporučuje vymalovat v kontrastních barvách (Jurásková, 2006).

1.4 Postup v případě pádu

V případě pádu pacienta během hospitalizace je nutné prvotně zjistit informace o okolnostech pádu a přítomnosti rizikových faktorů. Je důležité zjistit, zda k pádu došlo v souvislosti s vlivy prostředí nebo z jiných důvodů (např. užívání léků, předcházející pády, používání kompenzačních pomůcek). Je sledována i přítomnost dalších osob při pádu, kdo pád oznámil a místo pádu (Dostálová, Nahodilová, 2011).

Pokud je při pádu pacienta přítomen zdravotnický pracovník, je nutné zmírnit pád, zajistit měkký dopad a snížit tím možnost úrazu. Zdravotnický pracovník nechá pacienta sesunout k podlaze, nepokouší se pacienta zvedat a držet vzhůru. Zdravotnický pracovník přivolá pomoc, posoudí vědomí a stav pacienta, schopnost reakce na slovní podnět a zkontroluje základní životní funkce. Dále zjistí možná zranění, kontaktuje lékaře a ve spolupráci zajistí ošetření a vyšetření (Česká asociace sester, 2007).

Je důležité provést zápis do dokumentace a příslušných formulářů, včetně všech okolností, následků a navržených preventivních opatření. Zdravotnický pracovník provede řádný záznam do formuláře „Hlášení o mimořádné události“ nebo „Zápis o nežádoucí události“, dle pokynů zdravotnického zařízení a postupů. Při kontaktu s osobou určenou pacientem či zákonným zástupcem předá nutné informace o preventivních opatřeních. Pokud pacient nebyl při screeningovém hodnocení vyhodnocen jako rizikový, je nutné tento screening po pádu opakovat a označit rizikového pacienta dle zvyklostí zdravotnického zařízení (Dostálová, Nahodilová, 2011; Česká asociace sester, 2007).

2 Pády v pediatrii

V České republice je věnována pozornost především pádům u dospělých pacientů, většinou seniorům starších 65 let. K pádům dochází ale i v oborech pediatrie, což dokazují statistiky vydané jak Českou asociací sester, tak i Kabinetem veřejného zdravotnictví 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (Česká asociace sester, 2007; 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2011).

2.1 Hospitalizované dítě

Nemocniční prostředí je značně odlišné od těch, které dítě zná. Tento „svět“, který má účelově uspořádaný prostor, své vůně, zákonitosti a rytmus života, je pro hospitalizované dítě úplně jiný. Hospitalizované dítě se stává součástí nemocničního systému (Pšenicová, 2006).

Hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je náročné období nejen pro dospělé, ale hlavně pro děti v jakémkoliv věkovém období. K hospitalizaci se přistupuje v případech, kdy nelze dítě léčit doma, nejen ze zdravotních, ale i sociálních důvodů. Dochází k narušení normálního života dítěte, běžných aktivit a životního stylu rodiny. Dítě je vytrženo z rutiny denního života, z kontaktu s rodiči, sourozenci a kamarády. U malých dětí může být průběh hospitalizace zhoršen o to, že si nedokáže rozumně vysvětlit, proč je v nemocnici a navíc, pokud je dítě hospitalizované bez přítomnosti blízké osoby, často pociťuje strach a obavy z neznámého. Děti jsou často vystrašené a vylekané nejen z cizího prostředí, ale i z personálu. Na oddělení si dítě nemůže dělat, co chce, ale jen to, co je povoleno. Tímto dítě ztrácí svou relativní nezávislost (Ondřiová, Sinaiová, 2010; Nevrlková, 2007).

Pokud je dítě hospitalizované bez blízké osoby (nejčastěji matky), stává se pobyt dítěte ještě náročnější, protože dítě ztrácí nejen jistotu, ale i pocit bezpečí. Pokud je dítě hospitalizované s blízkou osobou, dochází většinou k lepší a rychlejší adaptaci na nemocniční prostředí. Blízká osoba by měla být zdravotnických personálem poučena o zodpovědnosti za své dítě. Při příjmu by měla být blízká osoba také poučena o bezpečnostních opatřeních na oddělení, jako je uzamčené oddělení, uzavírání dětí do postýlek či o zásadách speciální péče o dítě. I samostatně hospitalizované dítě by mělo být poučeno o tom, jak se má v nemocnici chovat (Nevrlková, 2007).

2.2 Screening rizika pádu u dětí

Pro správné vyhodnocení rizika pádu (i dalších rizik, kterými by mohl být pacient během hospitalizace ohrožen) je důležité používat validní screeningové metody, tedy metody ověřené výzkumem. Správně vyhodnocené riziko umožní zdravotníkům aplikovat vhodná preventivní opatření a minimalizovat nežádoucí události (Mandysová, Ehler, 2011).

Při prevenci pádu v pediatrii by měla být základem screeningová metoda, pomocí které by bylo možno identifikovat děti s rizikem pádu. Jednou z překážek při prevenci pádu v pediatrii je nedostatek screeningových metod, které by umožnily identifikovat děti s rizikem pádu. V zahraniční literatuře existuje několik škál používaných při prevenci pádu u dětí, avšak česká literatura se o nich nezmiňuje. Nástroj (škála) na hodnocení rizika pádu v pediatrii v české literatuře chybí (Mandysová, Vorlíčková, 2008). K dispozici jsou pouze škály, které se používají u dospělých. Tyto škály nejsou vhodné pro děti, protože obsahují položky, které nelze u dětí hodnotit. Pro příklad uvádím škálu na zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta (viz obr. 1) doporučenou Českou asociací sester (Česká asociace sester, 2007).

Kroutilová, Hlaváčková a Pitrová (2011) uvádějí, že v České republice je k dispozici několik škál, ale ty obsahují položky, které často nelze u malých dětí hodnotit (např. inkontinence). Rasmus et al. (2006) uvádějí, že nelze použít škálu na hodnocení rizika u dospělých pro děti z důvodu nemožnosti hodnocení mentálního stavu. Zahraniční guidelines proto doporučují standardně provádět hodnocení rizika pádu u každého dítěte staršího osmi měsíců (Bowden, Greenberg, 2008).

Bowden a Greenberg (2008) doporučují u dětí sledovat tyto položky:

- Pády v posledních 3 měsících
- Fyzický stav (operace, vertigo (závrať), synkopa (mdloba), onemocnění)
- Funkční status (zhoršená mobilita, hypoxie (snížený obsah kyslíku ve tkáních), hypotenze)
- Pomůcky (intravenózní nebo močový katétr)
- Medikace (narkóza, antikonvulziva, chemoterapie, antihypertenziva)

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta (součást ošetřovatelské anamnézy) Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006		
Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový / sluchový problém		1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia)		1 bod
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0 bodů	
- částečná	2 body	
- nesoběstačnost	3 body	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0 bodů	
- částečně spolupracující	1 bod	
- nespolupracující	2 body	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě ?		3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení ?		1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?		1 bod
Celkem		
0 – 4 body*	5 – 13 bodů*	14 – 19 bodů*
Bez rizika	Střední riziko	Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Obr. 1 Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta (Česká asociace sester, 2007)

Během let 2005 – 2006 proběhla studie, jejímž cílem bylo zjistit, zda nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí HDFS (Humpty Dumpty Falls Scale) může být účinným nástrojem pro rozpoznání rizikových dětských pacientů. Tato škála (viz obr. 2) obsahuje tyto položky: věk, pohlaví, diagnóza, kognitivní poruchy, faktory životního prostředí, reakce na operaci, anestezii a užívání léků. HDFS rozděluje dětské pacienty do dvou kategorií - nízkého a vysokého rizika pádu. Minimální počet bodů je 7, maximální počet bodů je 23. Pokud dítě získá 7 – 11 bodů je zařazeno do nízkého rizika, pokud získá více jak 12 bodů je riziko pádu vysoké (Hill-Rodriguez et al., 2008).

Pokud je dítě zařazeno do nízkého rizika pádu, doporučují Hill-Rodriguez et al. (2008) zajistit orientaci dítěte v prostoru, zajistit zabrzděné lůžko v co nejnižší poloze a používat protiskluzové podložky. K prevenci pádu doporučují používat oblečení přiměřené velikosti. Personál by měl zajistit v blízkosti dítěte signalizaci, o které poučí pacienta i rodinu. Personál by měl také posoudit a zajistit vhodné osvětlení a měl by noční osvětlení nechat zapnuté (Hill-Rodriguez et al., 2008).

Pokud dítě při screeningu získá více jak 12 bodů, je riziko pádu vysoké, a proto Hill-Rodriguez et al. (2008) doporučují kromě opatření jako u nízkého rizika pádu ještě další opatření. Doporučují navíc sledovat pacienta minimálně jedenkrát za hodinu a označit pacienta a postel. Doporučují také, aby personál doprovázel dítě při chůzi a dle věku správně umístil dítě do příslušného lůžka. Pacient s takto vysokým rizikem by měl být umístěn co nejbližce sesterně a měl by mít z pokoje odstraněn všechny nábytek, který je nepotřebný. Personál by měl pacienta i rodinu seznámit s rizikem pádu a opatřeními, která z něj vyplývají (Hill-Rodriguez et al., 2008).

Výsledky studie naznačují, že HDFS může být účinný nástroj pro rozpoznání rizikových dětských pacientů ve zdravotnickém zařízení. Ostatní výsledky naznačují, že děti s neurologickými, respiračními, střevními a renálními diagnózami jsou ve vysokém riziku pádu. Dle výsledků studie HDFS jsou pádem nejvíce ohroženy děti do 3 let věku a poté nad 13 let s neurologickými diagnózami (Hill-Rodriguez et al., 2008).



Preventing falls, enhancing safety.

**Falls Assessment Tool
The Humpty Dumpty Scale - Inpatient**

Parameter	Criteria	Score (circle)
Age	Less than 3 years old	4
	3 to less than 7 years old	3
	7 to less than 13 years old	2
	13 years and above	1
Gender	Male	2
	Female	1
Diagnosis	Neurological Diagnosis	4
	Alterations in Oxygenation (Respiratory Diagnosis, Dehydration, Anemia, Anorexia, Syncope/Dizziness, etc.)	3
	Psych/Behavioral Disorders	2
	Other Diagnosis	1
Cognitive Impairments	Not Aware of Limitations	3
	Forgets Limitations	2
	Oriented to own ability	1
Environmental Factors	History of Falls or Infant-Toddler Placed in Bed	4
	Patient uses assistive devices or Infant-Toddler in Crib or Furniture/Lighting (Tripled room)	3
	Patient Placed in Bed	2
	Outpatient Area	1
Response to Surgery/Sedation/Anesthesia	Within 24 hours	3
	Within 48 hours	2
	More than 48 hours/None	1
Medication Usage	Multiple usage of: Sedatives (excluding ICU patients sedated and paralyzed) Hypnotics Barbiturates Phenothiazines Antidepressants Laxatives/Diuretics Narcotic	3
	One of the meds listed above	2
	Other Medications/None	1
TOTAL		

Rev: 07/2007

Date: _____
 Name: _____
 MR#: _____
 Acct#: _____
 D.O.B.: _____
 Age: _____

**At risk for falls
if score is 12 or Above**

Minimum Score 7
Maximum Score 23

☞ Patient Falls Safety Protocol on back

PLACE
YOUR LOGO
HERE

Obr. 2 Humpty Dumpty Falls Scale (Hill-Rodriguez et al., 2008)

2.3 Ošetřovatelská opatření při vyhodnocení rizika pádu

Dle výsledků screeningové metody, kterou u pacienta zdravotnický personál vyhodnotí riziko pádu, lze pacienta zařadit do různého rizika pádu. Mandysová a Vorlíčková (2008) rozdělují pacienty do třech úrovní rizika pádu. Podle výsledků lze plánovat a realizovat příslušnou péči, která by měla zajistit prevenci pádu.

- Žádné riziko pádu/nízké riziko pádu

U této kategorie pacientů je nutné dodržovat pouze všeobecná bezpečnostní opatření v rámci prevence pacientova pádu. Není nutné zavádět ošetřovatelskou diagnózu - Riziko pádu (00155) (Marečková, 2006).

- Střední riziko pádu

U středního rizika je doporučováno dodržet všeobecná bezpečnostní opatření, provést edukaci pacienta, popřípadě rodinných příslušníků o bezpečnostních opatřeních, která budou realizována pro prevenci pádu. Pacient by měl být označený jako rizikový pro pád a měl by být kontrolován nejméně jednou za hodinu. Je nutné zkontrolovat, zda má pacient vhodnou obuv a zda má v dosahu lůžka signalizační zařízení a potřebné věci. Pacienta by měl zdravotnický personál umístit co nejbližší k sesterně a doprovázet jej při chůzi. Zdravotnický pracovník by měl zavést potencionální ošetřovatelskou diagnózu - Riziko pádu (00155) (Marečková, 2006).

- Vysoké riziko pádu

Pokud je u pacienta vyhodnoceno riziko pádu jako vysoké, je nutné postupovat jako u pacienta se středním rizikem pádu. Mimo tato doporučení je nutné informovat pacienta o nutnosti přivolat personál pomocí signalizačního zařízení vždy, když bude chtít opustit lůžko. Personál je povinný u tohoto pacienta okamžitě reagovat na přivolání. Zdravotnický personál se musí při výměně směn informovat o všech pacientech, kteří jsou ve vysokém riziku pádu (Mandysová, Vorlíčková, 2008).

3 Pád jako ukazatel kvality péče ve zdravotnictví

Důraz na zjišťování kvality zdravotní péče má svoji historii. V roce 1985 bylo sledování kvality zdravotní péče ustanoveno jako jeden z 38 cílů evropské strategie programu Zdraví pro všechny do roku 2000. I další dokument WHO (Světová zdravotnická organizace) Lublaňská charta o reformě zdravotní péče hovoří o kontinuálním zvyšování kvality a řadí je k základním principům zdravotnických reforem v Evropě. Současný strategický program Zdraví pro všechny v 21. století uvádí kvalitu zdravotní péče jako jeden ze stěžejních cílů. Orientace na kvalitu zdravotní péče je v dnešní době manažerským trendem ve zdravotnictví ve vyspělých zemích. I v České republice je v Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví 21 uveden záměr zvyšovat kvalitu zdravotní péče (Janečková, Hnilicová, 2009).

3.1 Kvalita ve zdravotnictví

Pojem kvalita je v dnešní době velice skloňovaný pojem nejen ve zdravotnictví. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je citlivým tématem a týká se nejen provozovatelů zdravotnických služeb, ale i státní správy, plátce zdravotního pojištění a hlavně veřejnosti, tedy pacientů (Maďar a kol., 2004).

A jaká je definice kvality ve zdravotnictví? V literatuře je možné najít mnoho definic kvality, proto není jednoduché kvalitu definovat. V roce 1966 definovala WHO kvalitu zdravotní péče jako: „*Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe*“ (Maďar a kol., 2004). Gladkij (2003) formuloval kvalitu zdravotní péče takto: „*Kvalita zdravotní péče může být definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků*“. Škrla, Škrlová (2003) uvádějí unikátní definici kvality dle Palmera: „*Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi*“.

3.2 Historie kvality

Pojem kvalita má svoji dlouhou historii. O pojmu „kvalita ve zdravotnictví“ se hovoří zhruba poslední dvě desetiletí. Prvními organizacemi, které se kvalitou zabývaly a sledovaly ji, byly jednotlivé cechy. Cechy si stanovily pravidla, která byla sledována a při nesplnění hrubě trestána, např. useknutím ruky či popravou. Změna ve sledování kvality se objevila s rozvojem manufakturní výroby, kdy přestává být zodpovědný za kvalitu pouze jeden člověk. Při dělbě práce je nutné sledovat a kontrolovat nejen celý proces výroby, ale i jednotlivé úseky. V období po druhé světové válce se stala kvalita výrobku hlavním faktorem konkurenčního boje. V 70. letech dochází k orientaci managementu na kvalitu výrobku. Průkopníky tohoto myšlení byli především Deming a Juran. Koncem 80. let se začíná management kvality orientovat na zákazníky. Zákazník je tím, kdo rozhoduje, zda je výrobek kvalitní. Pokud je zákazník spokojený, je výrobek kvalitní. Koncem 20. století dochází k prosazování managementu kvality zaváděním norem a udělováním akreditací (Maďar a kol., 2004).

3.3 Indikátory kvality péče

Kvalita ošetrovatelské péče a její hodnocení jsou zakotveny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2004, částka 9. Zdravotnická zařízení v České republice by měla dodržovat normy dané legislativou a přijmout akreditační či vlastní standardy. Tyto standardy vychází ze standardů rámcových a jsou doporučeny Ministerstvem zdravotnictví České republiky a akreditačními autoritami. Vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízeních jsou proto povinni průběžně hodnotit kvalitu poskytované péče. Při hodnocení je nutno používat objektivní metody hodnocení (Věstník MZČR, částka 9, 2004; Svobodová, Jurásková, 2010).

K měření kvality péče je nutné používat vhodné nástroje. Pro měření kvality byly vytvořeny ukazatele neboli indikátory kvality. Jde o kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnici nebo požadavkem určují, do jaké míry bylo dosaženo standardu. Indikátory musí splňovat určité vlastnosti, které musí být smysluplné a měřitelné. Musí měřit jak pozitivní, tak negativní událost. Škrļa a Škrlová (2003) uvádí, že indikátor kvality péče je číslo, které se musí vztahovat k určitému kontextu. Například počet pádů pacientů na určitém oddělení

v určitém měsíci a roce ve vztahu k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů na daném oddělení. Česká asociace sester uvádí, že sledovaný indikátor je vždy hodnocen v podobě – indikátor kvality péče – podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovacích dnů (Česká asociace sester, 2007).

Podle odborníka na kvalitu Daniela R. Longa je indikátor „*odborně určená, klinicky validní a opakovatelně měřitelná dimenze péče*“. Indikátor neboli statistický ukazatel je samozřejmě vyjádřen kvantitativně, tedy číslem či procentem. Pokud se vyjádřená hodnota vymyká stanovenému rozmezí, chápeme ji jako výstražný signál (Svobodová, Jurásková, 2010).

Škrla a Škrlová (2003) rozdělují indikátory kvality na poměrové a strážní (sentinelové). Strážní se vztahují převážně na mimořádné události a poměrové se vyskytují s určitou frekvencí. Indikátory se mohou týkat různých oblastí, jako je struktura, procesy a výstupy. Strukturou je myšlena například kvalifikace zdravotnického personálu. Procesy srovnáváme s platnými standardy, například úroveň ošetrovatelské péče. Mezi výstupy patří například mobilita pacienta při propuštění porovnaná s mobilitou při příjmu pacienta (Škrla, Škrlová, 2003).

Mezi nejčastěji sledované indikátory kvality péče ve zdravotnictví kromě pádů pacientů také nozokomiální nákazy, spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, pooperační komplikace a sledování výskytu dekubitů (Kramperová et al., 2010).

Indikátorem kvality péče může být také počet mimořádných událostí nebo nehod/rizik ve zdravotnickém zařízení. Výše vyjmenované příklady indikátorů kvality péče jsou často obsahem mimořádných událostí či neshod/rizik. Smyslem sledování není sankce, ale prevence a redukce chyb. Nelze monitorovat všechny procesy ve zdravotnických zařízeních, proto je nutné pečlivě vybírat ty indikátory kvality péče, které nám mohou poskytnout relevantní data. Je nutné zjistit, zda nám indikátor kvality péče říká něco o kvalitě, kterou bychom mohli na základě výsledků zvyšovat (Svobodová, Jurásková, 2010; Škrla, Škrlová, 2003).

3.4 Metody měření kvality

Kvalitu lze měřit několika metodami, které jsou různými způsoby využívané zdravotnickými zařízeními. Každý zdravotnický pracovník může ovlivnit kvalitu péče ve zdravotnickém

zařízení a negativní dopady na pacienta a to pozitivním, ale i negativním chováním. Výše uvedené indikátory kvality péče nám umožňují efektivní možnost monitorování výkonů, které můžeme porovnávat v čase, a tudíž mohou být podkladem pro zlepšení kvality (Škrla, Škrlová, 2003).

Jedním z nejefektivnějších nástrojů kontinuálního zvyšování kvality je audit. Audit je nejkompaktnější metodou identifikace možných problémů ve zdravotnickém zařízení. Lze jej definovat jako systematickou a pravidelnou kontrolu procesů a výsledků léčebné péče ve zdravotnickém zařízení nebo na specifických odděleních. Pokud je audit prováděn pracovníky ze stejného pracoviště, hovoříme o interním auditu. Pokud je audit prováděn nezávislým odborníkem, jedná se o externí audit (Janečková a Hnilicová, 2009).

Mastiliaková (2004) uvádí metody měření kvality, mezi které řadí výše zmiňovaný audit, dále rozhovor, přímé pozorování, vyplnění dotazníků, přímá revize kolegy či srovnání kritérií ve standardech.

3.5 Pád jako mimořádná událost

Prioritou zdravotnictví je zajištění bezpečí a bezpečné péče pro všechny pacienty. Hlášení a prevence mimořádných událostí napomáhá ke zvyšování kvality a bezpečné péče o pacienty. Cílem managementu hlášení mimořádných událostí je zapojení zaměstnanců do pečlivého a uceleného napravování a zkvalitňování vadných systémů a procesů. Sledování těchto událostí je pro zdravotnická zařízení důležitou zpětnou vazbou (Škrla, 2005; Škrla, Škrlová, 2008).

Za mimořádnou událost je považována taková událost, při které dojde k poškození pacienta vlivem lékařské či ošetrovatelské intervence. Dochází tedy k pochybení během léčby, procedury nebo výkonu. Způsob klasifikace mimořádných událostí není v České republice standardizován, zdravotnická zařízení si mohou vytvořit vlastní systém. Mezi největší problémy při hlášení mimořádných událostí ve zdravotnických zařízeních patří strach a obavy ošetřujícího personálu z následného potrestání (Škrla, 2005; Škrla, Škrlová, 2008).

Pády pacientů ve zdravotnickém zařízení jsou řazeny mezi mimořádné události či nežádoucí události. Hlášení pádu jako mimořádné události je důležité. Toto hlášení vede k prevenci opakovaného výskytu pádu a pochybení. Hlášení pomáhá určit opakující se problémy, příčiny

a také vyhodnotit situaci z hlediska možného soudního sporu (Škrla, 2005; Škrla, Škrlová, 2008).

3.6 Sledování pádů hospitalizovaných pacientů

Zdravotnická zařízení v České republice věnují velkou pozornost kontinuálnímu zvyšování kvality péče. Jednou z možností, jak kvalitu hodnotit, představuje analýza zvolených indikátorů kvality. Pády hospitalizovaných pacientů jsou v ošetrovatelské praxi řazeny k nejčastějším mimořádným událostem v České republice a jsou sledovány od roku 2002. Prvním koordinátorem projektu byla Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Praze, která první výsledky zveřejnila na základě údajů z let 2002/2003. Hlavním cílem bylo získat data pro vytvoření standardu Prevence a péče o pacienty v souvislosti s pády. Mezi další cíle lze zařadit sledování mimořádných událostí, stanovení metodiky efektivního nástroje srovnání výsledků a zkušeností při sledování tohoto indikátoru a navržení vzdělávacího programu pro zdravotníky a pacienty. V prvním roce se tohoto projektu zúčastnilo 15 zdravotnických zařízení (Svobodová, Jurásková, 2010).

3.7 Projekt Pády pacientů při hospitalizaci

Česká asociace sester se stala koordinátorem projektu v roce 2008. Projekt s názvem „Pády pacientů při hospitalizaci“ monitoruje pády nejen v oborech následné péče, v interních a chirurgických, ale i pediatrických. Výsledky sledování hlásí odpovědní pracovníci každé čtvrtletí v měsíčním členění elektronickou poštou. Zpracované výsledky se zasílají koordinátorovi projektu. Sledovaný údaj je vždy hodnocen jako indikátor kvality péče, což je podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovacích dnů. Zranění se rozdělují na lehká a těžká, kdy mezi lehká zranění jsou řazeny odřenin, hematomy, a blíže nespecifikované bolesti končetin nebo jiných částí těla. Za těžká zranění se považují fraktury (zlomeniny), tržné rány, bezvědomí, komoce (otřes) a kontuze (pohmoždění) mozku (Svobodová, Jurásková, 2010).

Česká asociace sester uvádí výsledky od roku 2004 do roku 2010. V tab. 1 uvádím počty zdravotnických zařízení, které se v uvedeném roce projektu zúčastnily. Dále uvádím celkový počet pádů, počet dětských pádů, indikátor kvality péče a počet těžce zraněných dětí.

Indikátor kvality péče pro dětské obory se pohybuje v rozmezí od 0,09 – 0,18, což lze považovat za dobrý výsledek, jelikož za optimální se považují hodnoty v rozmezí od 0,4 – 0,8.

Tab. 1 Vyhodnocení projektu Pády pacientů při hospitalizaci (Česká asociace sester, 2007; Svobodová, Jurásková, 2010).

Rok	Počet zdravotnických zařízení	Celkový počet pádů	Počet dětských pádů	Indikátor kvality péče pro dětské obory	Počet těžce zraněných dětí
2004	17	5476	71	0,09	9
2005	18	6650	88	0,09	3
2006	20	7499	89	0,1	2
2007	22	7521	116	0,12	8
2008	27	7933	123	0,13	8
2009	33	8522	103	0,11	6
2010	39	9814	113	0,18	9

Oproti ostatním oborům zaznamenali zdravotníci v pediatrických oborech nízké množství pádů (okolo 100), z nichž identifikovali těžké zranění průměrně u 4 dětí ročně. Statistiky z roku 2004 ukazují, že míra pádovosti u dětí je ze všech sledovaných oborů nejnižší, avšak podíl těžkých zranění je naopak největší. V následujících letech je podíl těžkých zranění u dětí srovnatelný s ostatními obory, proto nelze počty pádů v pediatrii zanedbávat (Česká asociace sester, 2007).

Tento projekt ukázal určité množství pádu, které nelze považovat za bezvýznamné a nelze říci, že by se pádům u dětí neměla věnovat pozornost (Svobodová, Jurásková, 2010).

3.8 Projekt Národního systému hlášení nežádoucích událostí

Pády se začal zabývat také projekt Národního systému hlášení nežádoucích událostí, jehož vytvoření bylo financováno Ministerstvem zdravotnictví České republiky v rámci projektu kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů. Pilotní provoz byl spuštěn v červnu 2008. Projekt probíhá pod záštitou Kabinetu veřejného zdravotnictví 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. V rámci tohoto projektu je sledováno mnoho nežádoucích událostí, včetně pádů, které patří k nejčastějším nežádoucím událostem. Pády jsou sledovány dle oddělení a dle statistik se objevují i u dětí (3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2011).

Tento systém byl vybudován po vzoru obdobných systémů fungujících ve Velké Británii, USA, Dánsku či Austrálii. Data jsou do systému zasílána online do projektu zapojenými zdravotnickými zařízeními, tedy nemocnicemi a léčebnami, které vedou elektronickou evidenci nežádoucích událostí pro vlastní interní potřebu. Nežádoucí událost tedy musí být nejprve nahlášena na úrovni zdravotnického zařízení (obvykle pracovníkem této instituce) a prohlášena manažerem rizik v této instituci za validní (3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2011).

Od listopadu 2010 je metodika sledování nežádoucích událostí vydána ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. V lednu 2011 bylo do projektu dobrovolně zapojeno 20 zdravotnických zařízení, především nemocnic okresního typu. V dubnu 2011 byly připojeny fakultní nemocnice a psychiatrické léčebny. V listopadu 2011 bylo celkem zapojeno 50 zdravotnických zařízení, což pokrývá cca 40 % lůžkového fondu České republiky. V dubnu 2012 by mělo dojít k zapojení zbylých zdravotnických zařízení přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví (3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2011).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumná otázka č. 1

Zjišťují zdravotnická zařízení počty dětských pádů?

Výzkumná otázka č. 2

Sledují zdravotnická zařízení pádovost v pediatrii jako indikátor kvality péče?

Výzkumná otázka č. 3

Zjišťují zdravotnická zařízení riziko pádu u dětí?

Výzkumná otázka č. 4

Používají zdravotnická zařízení na hodnocení rizika pádu v pediatrii vlastní nástroj (metodu, škálu)?

Hypotéza č. 1

H: Většina zdravotnických zařízení používá na hodnocení rizika pádu u dětí nástroj (metodu, škálu) neověřený výzkumem (vlastní nástroj, nástroj převzatý z jiného zařízení).

H₀= Četnosti výskytu nástrojů neověřených výzkumem na hodnocení rizika pádu u dětí jsou stejné jako četnosti nástrojů ověřených výzkumem.

H_A= Četnosti výskytu nástrojů neověřených výzkumem na hodnocení rizika pádu u dětí jsou rozdílné než četnosti nástrojů ověřených výzkumem.

Výzkumná otázka č. 5

Budou existenci standardu prevence pádu pro děti uvádět spíše zdravotnická zařízení zapojená do projektu České asociace sester?

Hypotéza č. 2

H: Zdravotnická zařízení, která jsou zapojena do projektu České asociace sester (ČAS), budou častěji uvádět, že mají vypracovaný standard prevence pádu pro děti.

H₀= Četnost ve vypracování standardu prevence pádu pro děti je v obou skupinách (rozdělení podle zapojení do projektu ČAS) stejná.

H_A= Četnost ve vypracování standardu prevence pádu pro děti není v obou skupinách (rozdělení podle zapojení do projektu ČAS) stejná.

4 Metodika výzkumu

Výše uvedené výzkumné otázky a hypotézy by mělo objasnit a zodpovědět výzkumné šetření.

Šetření navazuje na předchozí výzkum z roku 2010 provedený v rámci studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice. Tento výzkum se týká screeningu rizika pádů v pediatrii a lze jej považovat za pilotní. V tomto výzkumu byly osloveny vrchní sestry pomocí online dotazníku, který obsahoval 12 otázek. Výzkum probíhal od července do září roku 2010. Bylo při něm osloveno 65 zdravotnických zařízení, která mají dětské oddělení. Z celkového počtu se do výzkumu zapojilo pouze 18 zdravotnických zařízení (Kroutilová, Hlaváčková, Pitrová, 2011).

4.1 Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem byl nestandardizovaný dotazník, který se skládal z 8 otázek (viz. příloha A). Dotazník záměrně obsahoval méně otázek, abych respondenty časově nezatížila a zvýšila návratnost dotazníků. V dotazníku byly použity otevřené, polozavřené, uzavřené, dichotomické, filtrační, polytomické výběrové a polytomické výčtové typy otázek.

Otázka č. 1 sleduje, zda se ve zdravotnických zařízeních zjišťují počty dětských pádů. Respondenti mohli odpovědět ano/ne. Respondenti, kteří uvedli, že zjišťují počty dětských pádů, odpovídali dále na otázku č. 2. Tato otázka se týkala způsobu sledování pádovosti v pediatrii. Respondenti mohli vybírat ze tří možností: jako indikátor kvality péče, vlastní statistiky, jinak. Pokud respondenti uvedli, že sledují pádovost jinak, měli uvést jak. Respondenti mohli vybírat i více odpovědí. Otázka č. 3 sledovala, zda zdravotnická zařízení zjišťují riziko pádů u dětí. Respondenti mohli vybírat z odpovědí ano/ne. Otázka č. 4 sledovala, jaký nástroj (metodu, škálu) na hodnocení rizika pádu u dětí zdravotnická zařízení používají. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 3 odpověděli ano, tedy, že zjišťují riziko pádů u dětí. U respondentů jsem zjišťovala, zda používají na hodnocení rizika pádu nástroj (metodu, škálu) vlastní či převzatý. Pokud zdravotnická zařízení používají nástroj převzatý, zjišťovala jsem dále, zda je nástroj převzatý z jiného zařízení nebo zda je převzatý z literatury a ověřený výzkumem (na základě evidence based practice). Otázka č. 5 se týkala názoru na zjišťování rizika pádu v pediatrii. Respondenti vybírali ze tří navržených odpovědí. Touto otázkou jsem sledovala, zda zdravotnická zařízení považují sledování rizika

pádu u dětí za zbytečné nebo důležité a mělo by být součástí ošetřovatelské dokumentace. Respondenti mohli zvolit i třetí odpověď, že mají nedostatek informací o této problematice. Otázka č. 6 zjišťovala, zda je oslovené zdravotnické zařízení zapojeno do projektu České asociace sester, který sleduje výskyt pádů a zranění pacientů při hospitalizaci. Respondenti vybírali z odpovědí ano/ne. Otázka č. 7 zjišťovala, zda mají zdravotnická zařízení vypracovaný standard prevence pádu pro děti a také postup zajištění dětského pacienta po pádu. Respondenti vybírali z odpovědí ano/ne. Otázka č. 8 dala respondentům prostor pro jejich názory, rady a připomínky.

4.2 Výzkumný vzorek

Záměrným výběrem bylo osloveno celkem 86 zdravotnických zařízení z celé České republiky, která mají dětské oddělení. Celkem se výzkumu zúčastnilo 56 zdravotnických zařízení. Návratnost tedy činila 66 %. Výzkum probíhal od 9. 5. 2011 do 31. 8. 2011. Dotazník byl zaslán náměstkyním ošetřovatelské péče, hlavním sestram, manažerům kvality, eventuelně vrchním sestram prostřednictvím pošty. Do odeslaných obálek byl přidán motivační leták (viz příloha B), kde byl vysvětlen význam a cíl výzkumu. Respondentům byla k dispozici obálka se známkou a zpětnou adresou příjemce. Tímto jsem chtěla zajistit největší návratnost dotazníků.

4.3 Navazující výzkumné šetření

Na první fázi výzkumu navazoval výzkum Macurové (2012), která zjišťovala, jaký nástroj (metodu, škálu) na hodnocení rizika pádu v pediatrii zdravotnická zařízení používají. Jejimi respondenty byla zdravotnická zařízení, která v dotazníkovém šetření v první fázi výzkumu uvedla, že používají na hodnocení rizika pádu v pediatrii nástroj ověřený výzkumem na základě evidence based practice. Takto bylo do výzkumu záměrně zařazeno 10 zdravotnických zařízení. Zvolenou metodou k získání informací o nástroji (metodě, škále) na hodnocení rizika pádu u dětí byl nestandardizovaný dotazník o šesti otázkách, který byl rozeslán emailem do vybraných zdravotnických zařízení. Dále Macurová (2012) zvolila metodu telefonického dotazování, prostřednictvím polořízeného rozhovoru. Nakonec získala potřebné informace pouze ze čtyř zdravotnických zařízení. Jejich nástroj (metodu, škálu) na hodnocení rizika pádu v pediatrii ve svém výzkumu srovnává se třemi vybranými škálami

prezentovanými v zahraniční literatuře a s metodou Conleyové upravenou Juráskovou, kterou používají zdravotnická zařízení zapojená do projektu sledování pádů v České republice u starších pacientů (Macurová, 2012).

4.3 Analýza dat

Výsledky výzkumu jsou zpracovány v kapitole prezentace výsledků. Data v tabulkách analýzy dotazníkového šetření jsou vyjádřena absolutními a relativními četnostmi nebo jsou znázorněna grafickým znázorněním relativních četností. Při zpracování výzkumné části byl využit program Microsoft Excel 2007.

4.4 Statistické vyhodnocení dat

Pro prosté vyhodnocení dotazníkového šetření je použita popisná statistika a k testování hypotéz je použit Chí-kvadrát (χ^2 – test). Tento test je založen na porovnání rozdílů mezi zjištěnými četnostmi (empirickými) a očekávanými četnostmi (teoretickými). Východiskem pro možné zhodnocení jednotlivých závislostí je sestavení kontingenční tabulky. Tento test se řadí do kategorie testů dobré shody, které jsou založeny na principu potvrzení či vyvrácení domněnky. Existuje celá řada forem vzorce pro výpočet, ale vždy se jedná o vzorec stejný (Cyhelský a Souček, 2009).

Testovací kritérium chí-kvadrát (χ^2) se vypočte podle vzorce:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

Očekávané četnosti - byly naměřeny na základě vzorce (počet odpovědí naměřených ve sloupci x počet naměřených odpovědí v řádku/celkový počet prvků).

Stupeň volnosti – je určen na základě vzorce (počet sloupců – 1 x počet řádků – 1).

Hladina významnosti – standardně stanovena na hladině 5 % - určuje riziko chybného zamítnutí nulové hypotézy (Cyhelský a Souček, 2009).

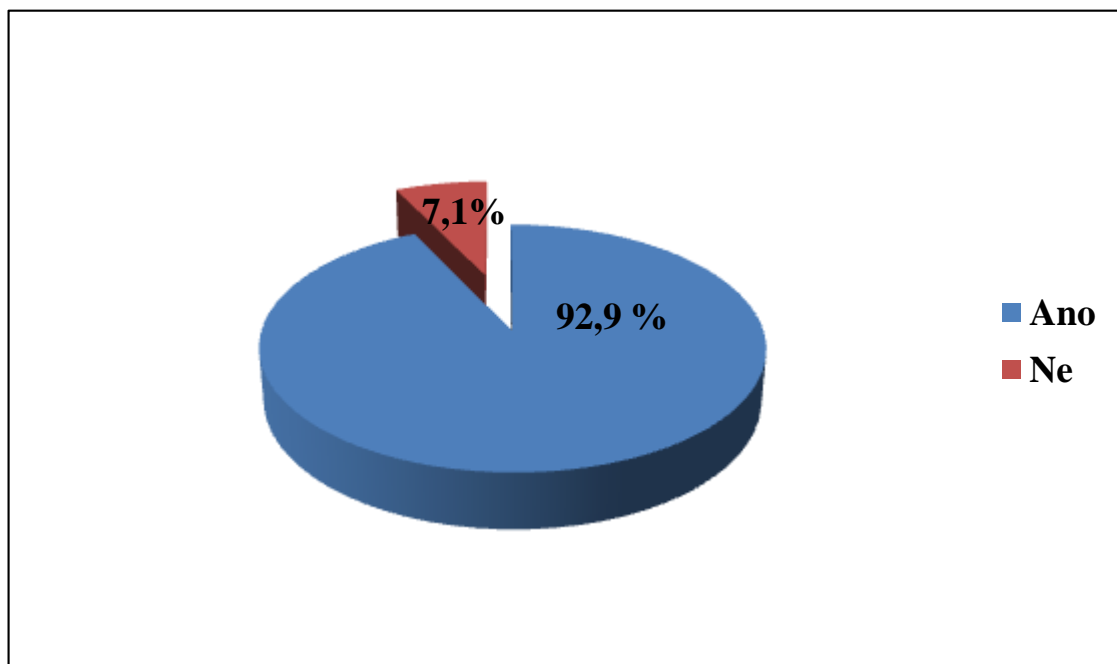
5 Prezentace výsledků

Analýza dotazníkové otázky č. 1

Znění dotazníkové otázky:

Zjišťujete ve Vašem zařízení počty dětských pádů?

Jak je patrné z obrázku č. 3, většina zdravotnických zařízení zjišťuje počty dětských pádů. Pouze 4 zdravotnická zařízení v dotazníkovém šetření uvedla, že počty dětských pádů nezjišťují.



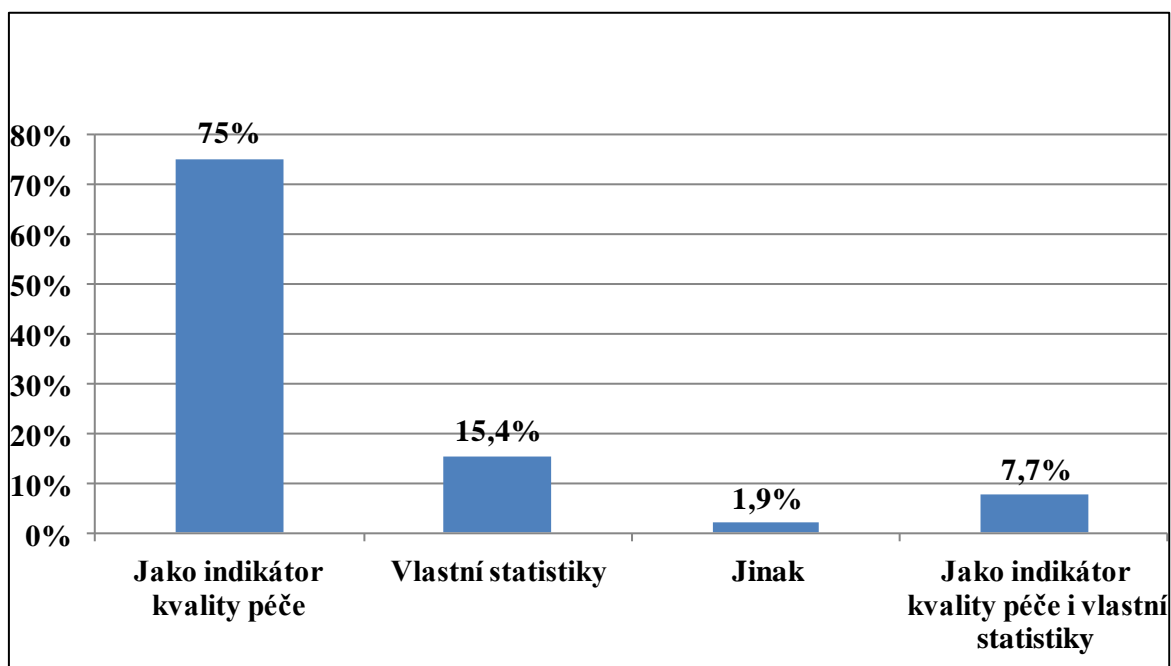
Obr. 3 Graf – Procentuální rozdělení zdravotnických zařízení dle zjišťování počtu dětských pádů (n = 56)

Analýza dotazníkové otázky č. 2

Znění dotazníkové otázky:

Jakým způsobem sledujete pádovost v pediatrii?

Z obrázku 4 je patrné, jakým způsobem sledují respondenti pádovost u dětí. Tři čtvrtiny respondentů uvedly, že sledují pádovost jako indikátor kvality péče. Prostřednictvím vlastních statistik sleduje pádovost v pediatrii 8 zdravotnických zařízení. 4 zdravotnická zařízení uvedla, že sleduje pádovost v pediatrii jako indikátor kvality péče i prostřednictvím vlastních statistik. Pouze jedno zdravotnické zařízení sleduje pádovost jinak, tedy jako mimořádnou událost.



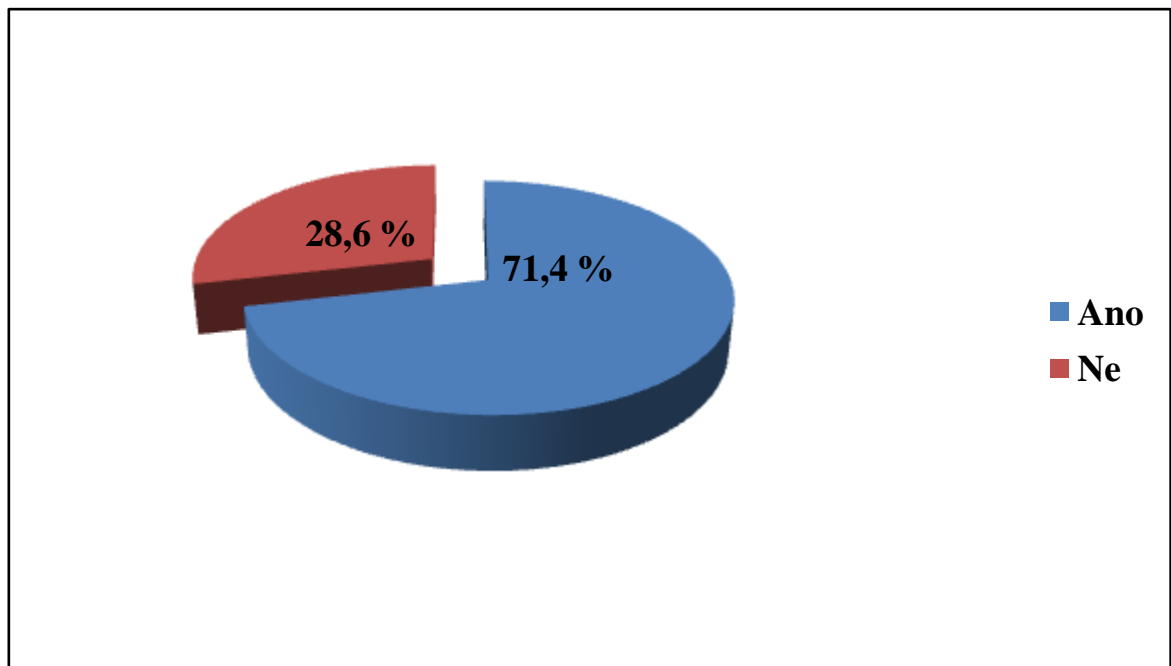
Obr. 4 Graf – Sledování pádovosti v pediatrii (n = 56)

Analýza dotazníkové otázky č. 3

Znění dotazníkové otázky:

Zjišťujete riziko pádů u dětí?

Na otázku, zda zdravotnická zařízení zjišťují riziko pádu, odpovědělo 40 respondentů, tedy tři čtvrtiny kladně. Zbýlých 16 zdravotnických zařízení nezjišťuje riziko pádů u dětí (viz obr. 5).



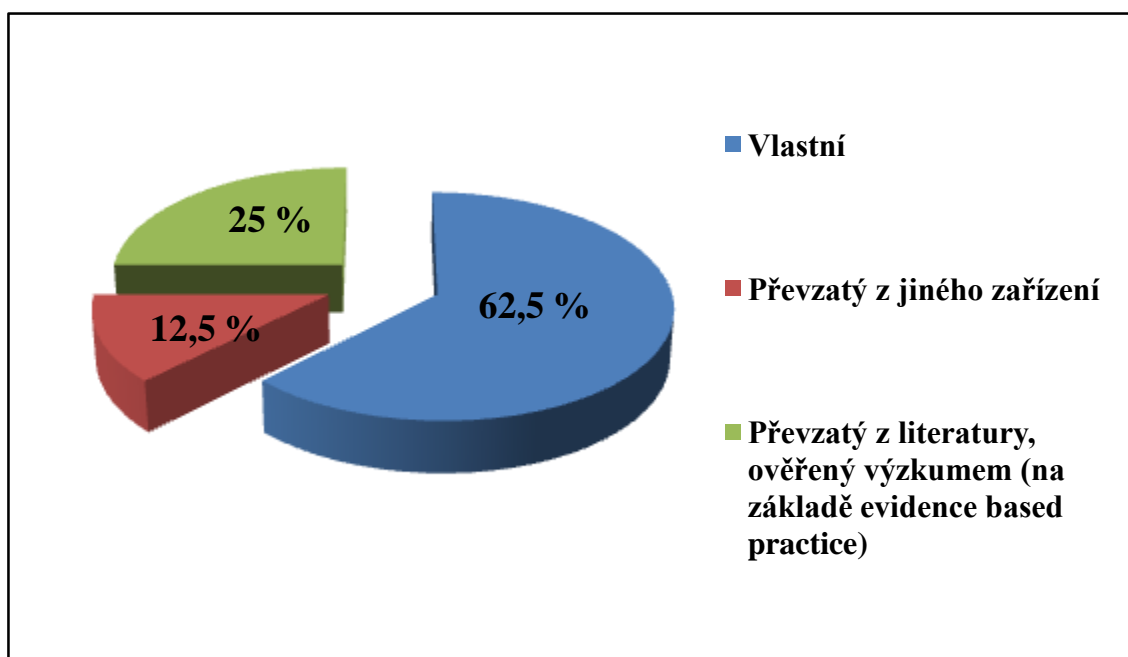
Obr. 5 Graf – Zjišťování rizika pádu v pediatrii (n = 56)

Analýza dotazníkové otázky č. 4

Znění dotazníkové otázky:

Jaký nástroj (metodu, škálu) na hodnocení rizika pádu u dětí používáte?

Na tuto otázku odpovídali ti respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že zjišťují riziko pádů u dětí. Jak je patrné z obrázku 6, používá 25 z celkového počtu 40 zdravotnických zařízení na hodnocení rizika pádů u dětí vlastní nástroj (metodu, škálu). 5 respondentů uvedlo, že používá na hodnocení rizika pádu nástroj převzatý z jiného zařízení. Čtvrtina zdravotnických zařízení uvedla, že používá na hodnocení rizika pádů u dětí nástroj převzatý z literatury, ověřený výzkumem (na základě evidence based practice).



Obr. 6 Graf – Nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí (n = 40)

Vyhodnocení hypotézy č. 1

H: Většina zdravotnických zařízení používá na hodnocení rizika pádu u dětí nástroj (metodu, škálu) neověřený výzkumem (vlastní nástroj, nástroj převzatý z jiného zařízení).

H₀= Četnosti výskytu nástrojů neověřených výzkumem na hodnocení rizika pádu u dětí jsou stejné jako četnosti nástrojů ověřených výzkumem.

H_A= Četnosti výskytu nástrojů neověřených výzkumem na hodnocení rizika pádu u dětí jsou rozdílné než četnosti nástrojů ověřených výzkumem.

Tab. 2 Nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí – ověřený/neověřený

	ni	pi v %	pi
Nástroj neověřený výzkumem	30	75	0,75
Nástroj ověřený výzkumem	10	25	0,25
Celkem	40	100	1

Vzorec:

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j}$$

$$x^2 = 40 * \frac{(0,75 - 0,25)^2}{0,75 + 0,25}$$

$$x^2 = 10$$

Stupňů volnosti: 1

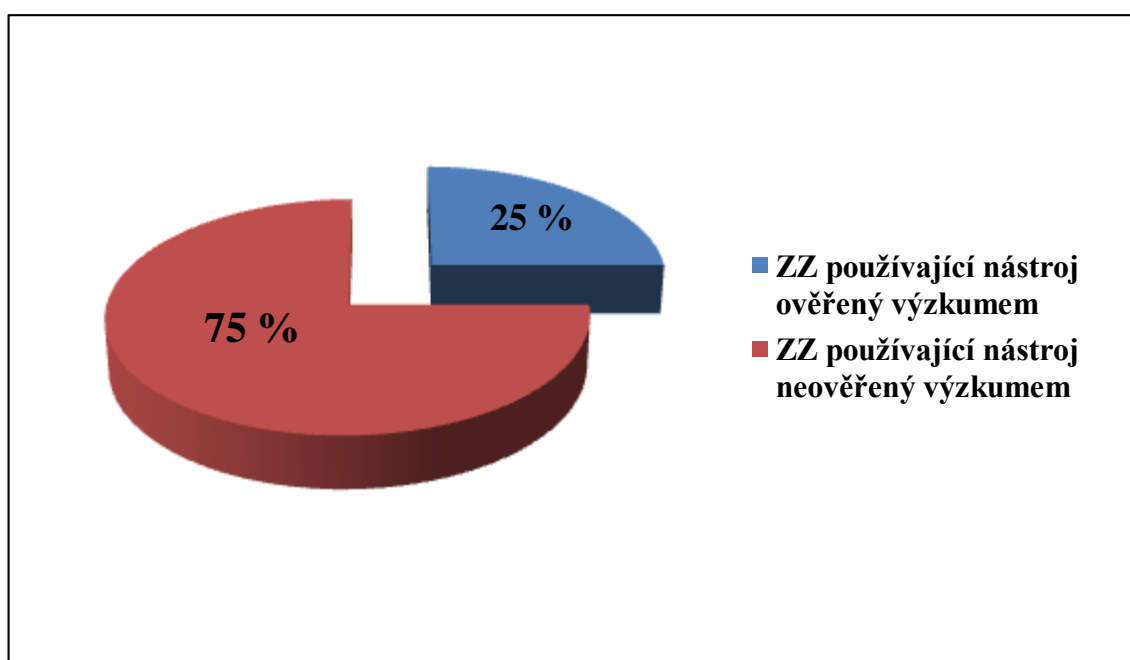
Hladina významnosti: 0,05

Vypočítaná hodnota: 10

Tabulková hodnota CHIINV: 3,841459

V tab. 2 je patrné, že 30 zdravotnických zařízení používá na hodnocení rizika pádu nástroj neověřený výzkumem. Pouze 10 zdravotnických zařízení v dotazníku uvedlo, že na hodnocení rizika pádu u dětí používá nástroj ověřený výzkumem na základě evidence based practice.

Na základě testování rozdílu dvou četností a na základě obr. 7 lze tvrdit, že v mém sledovaném souboru používá většina zdravotnických zařízení na hodnocení rizika pádu u dětí nástroj neověřený výzkumem.



Obr. 7 Graf – Nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí – ověřený/neověřený (n = 40)

Závěr:

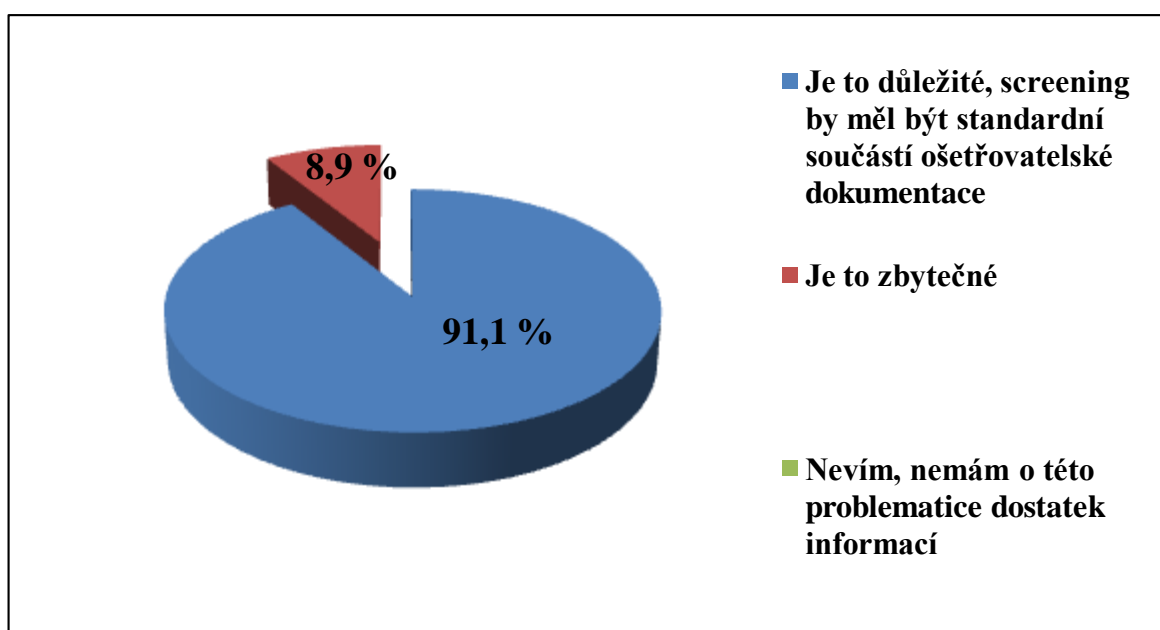
Vypočítaná hodnota je vyšší než kritická hodnota, proto **přijímáme alternativní hypotézu**. Ve sledovaném vzorku převažuje používání nástrojů neověřených výzkumem na hodnocení rizika pádu u dětí nad ověřenými. Zdravotnická zařízení ve sledovaném vzorku používají při hodnocení rizika pádu u dětí nástroj (metodu, škálu) neověřený výzkumem.

Analýza dotazníkové otázky č. 5

Znění dotazníkové otázky:

Jaký je Váš nástroj na sledování rizika pádu v pediatrii?

Dále jsem zjišťovala názor na sledování rizika pádu v pediatrii. Jak je patrné na obrázku 8, většina oslovených respondentů považuje sledování rizika pádu u dětí za důležité a screening by měl být podle jejich názoru standardní součástí ošetrovatelské dokumentace. Pouze 5 respondentů považuje sledování rizika pádu za zbytečné. Žádný respondent v dotazníku neuvedl poslední možnost, tedy, že neví, nemá dostatek informací o této problematice.



Obr. 8 Graf - Názor na sledování rizika pádu u dětí (n = 56)

Analýza dotazníkové otázky č. 6

Znění dotazníkové otázky:

Je Vaše zařízení zapojeno do projektu České asociace sester, který sleduje výskyt pádů a zranění pacientů při hospitalizaci?

Jak je patrné z tabulky 3, polovina zdravotnických zařízení, která se výzkumu zúčastnila, je zapojena do projektu České asociace sester, který sleduje výskyt pádů a zranění pacientů při hospitalizaci.

Tab. 3 Zapojení zdravotnických zařízení do projektu ČAS

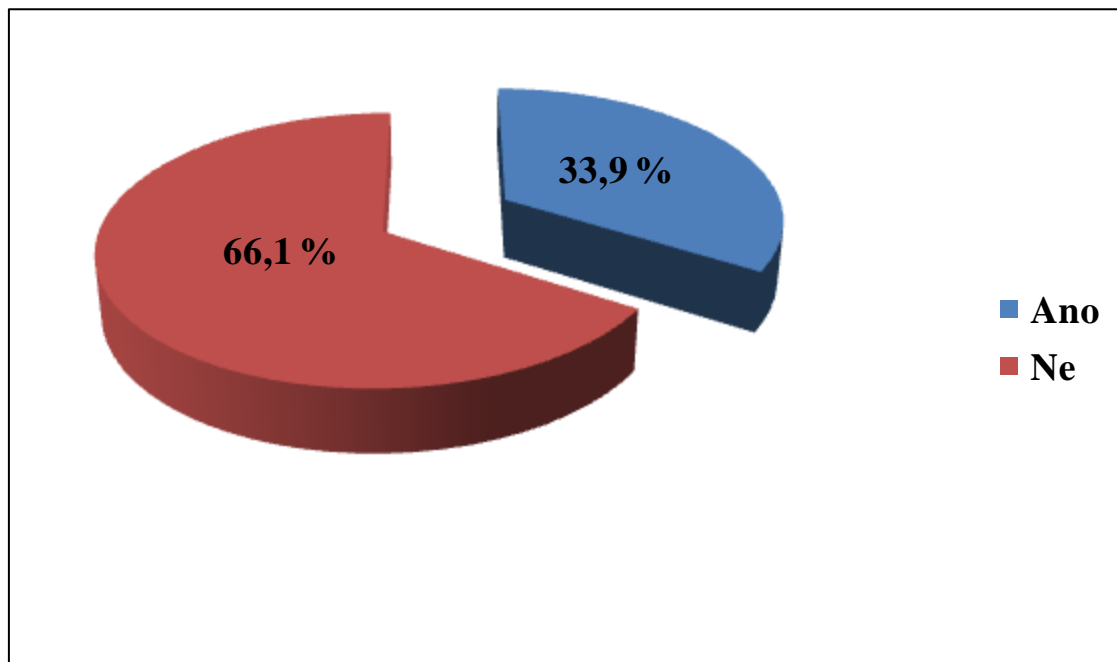
Zapojení zdravotnických zařízení do projektu ČAS		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	50 %
Ne	28	50 %
Celkem	56	100 %

Analýza dotazníkové otázky č. 7

Znění dotazníkové otázky:

a) Máte vypracovaný standard prevence pádu pro děti?

Z obrázku 9 je patrné, že standard prevence pádu pro děti má vypracováno pouze 19 zdravotnických zařízení. Ostatní respondenti uvedli, že standard prevence pádu pro děti vytvořený nemají.



Obr. 9 Graf – Standard prevence pádu pro děti (n = 56)

Vyhodnocení hypotézy č. 2

H: Zdravotnická zařízení (ZZ), která jsou zapojena do projektu České asociace sester (ČAS), budou častěji uvádět, že mají vypracovaný standard prevence pádu pro děti.

H₀= Četnost ve vypracování standardu prevence pádu pro děti je v obou skupinách (rozdělení podle zapojení do projektu ČAS) stejná.

H_A= Četnost ve vypracování standardu prevence pádu pro děti není v obou skupinách (rozdělení podle zapojení do projektu ČAS) stejná.

Tab. 4 Pozorovaná četnost

Standard prevence pádu pro děti	Ano	Ne	Celkem
ZZ zapojená do projektu ČAS	10	18	28
ZZ nezapojená do projektu ČAS	9	19	28
Celkem	19	37	56

Tab. 5 Očekávaná četnost

Standard prevence pádu pro děti	Ano	Ne	Celkem
ZZ zapojená do projektu ČAS	9,5	18,5	28
ZZ nezapojená do projektu ČAS	9,5	18,5	28
Celkem	19	37	56

Teorie:

Test dobré shody (chí-kvadrát test) je metodou matematické statistiky, která umožňuje ověřit, zda má náhodná veličina určité předem dané rozdělení pravděpodobnosti. Chí-kvadrát test testuje shodu očekávaných a skutečných četností v částech oboru možných hodnot.

Tento test je založen na porovnání rozdílů mezi zjištěnými četnostmi (empirickými) a očekávanými četnostmi (teoretickými) (viz. tab. 4, tab. 5)

Testovací kritérium chí-kvadrát (χ^2) se vypočte podle vzorce:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

$$\chi^2 = \frac{(10-9,5)^2}{9,5} + \frac{(18-18,5)^2}{18,5} + \frac{(9-9,5)^2}{9,5} + \frac{(19-18,5)^2}{18,5} = 0,026 + 0,0135 + 0,026 + 0,0135 = 0,078$$

Počet stupňů volnosti: 1

Hladina významnosti: 0,05

Tabulková hodnota CHINV: 3,841459

Vypočítaná hodnota: 0,078

Závěr:

Vypočítaná hodnota 0,078 je menší než tabulková hodnota funkce CHINV 3,841459, proto **nezamítáme nulovou hypotézu.**

Ve sledovaném vzorku nelze tvrdit, že by byl rozdíl mezi výskytem standardu prevence pádu pro děti u zdravotnických zařízení zapojených do projektu České asociace sester a zdravotnických zařízení, která do projektu zapojena nejsou. Tedy není souvislost mezi zapojením zdravotnických zařízení do projektu České asociace sester a vytvořením standardu prevence pádu pro děti.

b) Máte vypracovaný postup zajištění dětského pacienta po pádu?

Z tabulky 6 je patrné, že postup zajištění dětského pacienta po pádu má vypracována polovina zdravotnických zařízení. Druhá polovina zdravotnických zařízení postup zajištění dětského pacienta po pádu nemá.

Tab. 6 Postup zajištění dětského pacienta po pádu

Postup zajištění dětského pacienta po pádu		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	50 %
Ne	28	50 %
Celkem	56	100 %

Analýza dotazníkové otázky č. 8

V otázce číslo 8 jsem nechala prostor pro připomínky, názory a doplnění.

Tento prostor využila pouze třetina zdravotnických zařízení. Ostatní zdravotnická zařízení neuvedla žádnou připomínku, názor či doplnění.

Objevily se zde pozitivní ohlasy týkající se výzkumu a podpora k vytvoření nástroje (metody, škály) na hodnocení rizika pádu u dětí. Dále respondenti uvedli kontakt a chtěli seznámit s výsledky výzkumu. Těmto respondentům budou následně výsledky zaslány. Objevily se i názory, že každé dítě je rizikové a musí k němu být takto přistupováno. Dva respondenti zde uvedli, že nejvíce pádů u dětí v jejich zdravotnickém zařízení je v doprovodu rodiče či jiné doprovázející osoby, i přesto, že bývají matky při příjmu edukovány o riziku pádu. Jedno zdravotnické zařízení přiložilo i pokyny pro hospitalizovaný doprovod dítěte, kde je uvedeno, jak o dítě v nemocničním zařízení pečovat, aby k pádu nedošlo. Dvě zdravotnická zařízení uvedla některá opatření, která provádějí, aby zamezila pádu u dětí (například vhodné lůžko). Objevila se i připomínka, že zdravotnické zařízení není zapojeno pro projektu České asociace sester, ale hlásí pády jako nežádoucí události do projektu 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

6 Diskuze

Na začátku bych ráda upozornila, že dle statistik se pády v pediatrii vyskytují a procento těžkých úrazů u dětí je srovnatelné s ostatními obory (Česká asociace sester, 2007; 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2011). Proto je sledování pádovosti v pediatrii a hodnocení rizika pádu u dětí důležité. Jako pozitivní zjištění vidím fakt, že většina respondentů považuje screening rizika pádu za důležitý a domnívá se, že screening by měl být standardní součástí ošetrovatelské dokumentace.

Zapojení 56 zdravotnických zařízení z celé České republiky do výzkumu považuji za úspěch. Počet respondentů se oproti šetření z roku 2010 ztrojnásobil. Vytvořila jsem dotazník pouze o 8 otázkách, protože jsem chtěla respondentům šetřit čas a jednoduchostí zvýšit návratnost. Zvolená metodika (dotazníky rozesílané poštou, oslovení náměstkyň ošetrovatelské péče, hlavních sester či manažerů kvality) se ukázala vhodnější než metodika z roku 2010 (dotazník on-line zasílaný vrchním sestram dětských oddělení) (Kroutilová, Hlaváčková, Pitrová, 2011). Nedostatek informací o této problematice a zájem o vytvoření vhodného nástroje pro screening rizika pádu v pediatrii mohly přispět k výše zmiňované návratnosti. Riziko mého výzkumu vidím v návratnosti méně než 70 %, proto se výsledky nedají zobecnit na celou Českou republiku, ale pouze na sledovaný soubor. Smím jen předpokládat, že je to v celé České republice stejné.

Pro celkové zhodnocení výzkumu jsem si stanovila výzkumné otázky, na které jsem poté odpověděla.

Výzkumná otázka č. 1:

Zjišťují zdravotnická zařízení počty dětských pádů?

Z výzkumu vyplynulo, že více než 90 % zdravotnických zařízení pády v pediatrii sleduje. Kroutilová, Hlaváčková, Pitrová (2011) ve výsledcích výzkumu uvádějí, že z celkového počtu 18 zdravotnických zařízení zapojených do projektu, 16 z nich sleduje četnost dětských pádů. Důvody ke sledování různých druhů mimořádných či nežádoucích událostí mohou být pro jednotlivá zdravotnická zařízení různá. U většiny zdravotnických zařízení je však jejich sledování motivováno snahou o prevenci jejich důsledků na zdravotní stav pacientů. Z mezinárodních studií totiž vyplývá, že až 70 % nežádoucích či mimořádných událostí je

preventabilních. Jedním z důvodů sledování mimořádných či nežádoucích událostí je potřeba splnit požadavek legislativy, zřizovatele či požadavky systémů externího hodnocení kvality (akreditace, certifikace). Legislativní povinnost je dána pro hlášení nozokomiálních infekcí, nežádoucích účinků léků a radiačních incidentů. Dále se jedná o povinnosti hlášení dekubitů (3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2011).

Výzkumná otázka č. 2:

Sledují zdravotnická zařízení pádovost v pediatrii jako indikátor kvality péče?

Kvalita ošetrovatelské péče a její hodnocení jsou zakotveny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2004, částka 9. Vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízeních jsou proto povinni průběžně hodnotit kvalitu poskytované péče. Při hodnocení je nutno používat objektivní metody hodnocení (Věstník MZČR, částka 9, 2004).

Svobodová, Jurásková (2010) uvádějí, že jednou z možností, jak procesuálně hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče představují právě výše zmíněné indikátory kvality péče. Smyslem sledování indikátoru kvality péče není sankce, ale prevence a redukce chyb.

Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že ve sledovaném vzorku sleduje pádovost v pediatrii jako indikátor kvality péče 39 zdravotnických zařízení. Česká asociace sester uvádí, že sledovaný indikátor je vždy hodnocen v podobě – indikátor kvality péče – podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovacích dnů (Česká asociace sester, 2007). Dále v mém výzkumu 8 zdravotnických zařízení uvedlo, že sleduje pádovost v pediatrii prostřednictvím vlastních statistik. Bližší charakteristiku jsem nezjišťovala, ale mohu se domnívat, že tato zdravotnická zařízení sledují pouze počty pádů za určité období. 4 zdravotnická zařízení uvedla první i druhou variantu, tedy že sleduje pádovost jako indikátor kvality péče i prostřednictvím vlastních statistik. Jeden respondent sleduje pádovost u dětí jinak, jako mimořádnou událost.

Sledování nežádoucích či mimořádných událostí poskytuje také data pro některé indikátory kvality stanovené ve zdravotnickém zařízení. Pokud má zdravotnické zařízení samotnou potřebu měření nějakého indikátoru kvality péče, nemělo by to být důvodem ke sledování nežádoucích událostí. Proto by mělo mít sledování indikátorů kvality vždy svůj racionální důvod. Například takový, že na základě výsledků ze sledování indikátoru se sníží finanční nebo administrativní náklady nebo budou přijata opatření zlepšující kvalitu péče a bezpečí pacientů (3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2011).

Výzkumná otázka č. 3:

Zjišťují zdravotnická zařízení riziko pádu u dětí?

Dle výsledků mého výzkumu zjišťuje riziko pádů u dětí 40 zdravotnických zařízení, což znamená téměř tři čtvrtiny zdravotnických zařízení v mém sledovaném souboru. Zbylých 16 zdravotnických zařízení nezjišťuje riziko pádu u dětí. Kroutilová, Hlaváčková, Pitrová (2011) ve svém výzkumu z roku 2010 uvádějí, že pouze necelá polovina zdravotnických zařízení zjišťuje riziko pádu u dětí.

Škrla, Škrlová (2008) upozorňují, že každé zdravotnické zařízení by mělo mít vypracovaný protokol, který by sestřám umožnil hodnotit riziko poranění pacientů následkem pádu. Je nutné, aby screeningová metoda byla jednoduchá a efektivní. Často bývají problémy se splněním následujících faktorů:

- Validita – míra, do jaké měří daná screeningová metoda to, co má měřit.
- Sensitivita – míra, do jaké je schopna daná screeningová metoda správně identifikovat „případ“.
- Specificita – míra, do jaké je schopna screeningová metoda správně identifikovat „nepřípad“.
- Reliabilita – míra, do jaké dvě osoby používající stejnou screeningovou metodu přidělí stejnou hodnotu těm atributům, které tato metoda měří (Mandysová, Vorlíčková, 2008).

Mandysová, Vorlíčková (2008) uvádějí, že při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení by měla sestra zhodnotit riziko vzniku pádu pomocí screeningové metody používané v daném zdravotnickém zařízení. Toto zhodnocení by mělo proběhnout také při přeložení pacienta z jiného oddělení nebo jiného zdravotnického zařízení. Pravidelné přehodnocování se doporučuje 1x týdně a vždy při změně pacientova stavu.

Ze sledovaného souboru uvedly necelé tři čtvrtiny zdravotnických zařízení, že určitý protokol na vyhodnocování rizika pádu u dětí mají. I přesto, že to nevedla všechna oslovená

zdravotnická zařízení, si dovoluji konstatovat, že se jedná o velmi dobrý výsledek, zejména z toho důvodu, že informací o sledování rizika pádu v pediatrii je v české ošetrovatelské literatuře nedostatek. Navíc pády u dětí jsou přehlíženy a velice často považovány za normu, což může negativně ovlivňovat motivaci k využívání standardní screeningové metody (Cooper, Nolt, 2007).

Výzkumná otázka č. 4:

Používají zdravotnická zařízení na hodnocení rizika pádu v pediatrii vlastní nástroj (metodu, škálu)?

Většina oslovených zdravotnických zařízení uvedla, že používá pro vyhodnocování rizika pádu v pediatrii vlastní, výzkumem neověřený nástroj (metodu, škálu). Dle statistického hodnocení převažuje používání nástrojů neověřených výzkumem na hodnocení rizika pádu u dětí nad ověřenými. Ve sledovaném vzorku používají zdravotnických zařízení na hodnocení rizika pádu u dětí nástroj (metodu, škálu) neověřený výzkumem. K podobným výsledkům došli i Jamerson et al. (2009) při výzkumu prováděném v USA. Tento výzkum ukázal, že jen necelá čtvrtina oslovených zařízení používá nástroj validizovaný výzkumem.

Autoři Mandysová a Ehler (2011) upozorňují, že pro správné vyhodnocení rizik, kterými by mohl být pacient během hospitalizace ohrožen, je důležité používat validní screeningové metody, tedy nástroje ověřené výzkumem. Používání nestandardizované škály může zhodnocení rizika zkreslovat. Může se jednat o nedostatečnou identifikaci rizika pádu u dětí, nebo naopak může být do rizika zařazeno velké procento dětí. To může následně ovlivňovat bezpečí pacientů, zvyšovat ekonomickou náročnost a snižovat kvalitu péče. Navíc škály, vytvářené bez důkazů doložených výzkumem mohou obsahovat zbytečně mnoho položek, nebo položky, které se u dětí dají těžko hodnotit.

Na výsledky mého výzkumu navazovala Macurová (2012), která zjišťovala, jaký nástroj (metodu, škálu) na hodnocení rizika pádu v pediatrii zdravotnická zařízení používají. Jejími respondenty byla zdravotnická zařízení, která v dotazníkovém šetření v první fázi výzkumu uvedla, že používají na hodnocení rizika pádu v pediatrii nástroj ověřený výzkumem na základě evidence based practice. Takto bylo do výzkumu záměrně zařazeno 10 zdravotnických zařízení. I přesto, že tito respondenti v mém výzkumu uvedli, že mají na

hodnocení rizika pádu u dětí nástroj ověřený výzkumem na základě evidence based practice, tak při podrobném zjišťování o nástroji tuto skutečnost nepotvrdili. Otázkou je, zda zdravotnická zařízení opravdu tento nástroj (metodu, škálu) nemají, popřípadě se o něj nechtějí podělit nebo pro ně student není dostatečný partner.

Česká asociace sester (2007) doporučuje na hodnocení rizika pádu u pacienta/klienta škálu dle Conleyové upravené Juráskovou (viz obr. 1). V této škále se nachází několik položek, které nelze u dětí hodnotit. Například hodnocení dezorientace, demence, deprese či soběstačnosti a spolupráce. Za sporné lze považovat otázky, zda má pacient závratě, má v noci nucení na močení a zda se v noci budí. Rasmus et al. (2006) uvádějí, že nelze použít škálu na hodnocení rizika u dospělých pro děti z důvodu nemožnosti hodnocení mentálního stavu.

Zahraníční literatura (Bowden, Greenberg, 2008) doporučuje při screeningu rizika pádu u dětí sledovat položky: pády v posledních 3 měsících, fyzický stav (např. operace, vertigo, synkopa, onemocnění), funkční status (zhoršená mobilita, hypotenze, hypoxie apod.), pomůcky (např. intravenózní nebo močový katétr) a medikaci (narkóza, antikonvulziva, chemoterapie, antihypertenziva).

Oproti tomu škála Humpty Dumpty Falls Scale (viz obr. 2) obsahuje tyto položky: věk, pohlaví, diagnóza, kognitivní poruchy, faktory životního prostředí, reakce na operaci, anestezii a užívání léků. HDFS rozlišuje dětské pacienty do nízkého a vysokého rizika pádu. Minimální počet bodů je 7, maximální počet bodů je 23. Pokud dítě získá 7 – 11 bodů je zařazeno do nízkého rizika, pokud získá více jak 12 bodů je riziko pádu vysoké (Hill-Rodriguez et al., 2008).

Česká asociace sester vytvořila Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení. Tento pracovní postup je veřejný a může se jím řídit jakékoli zdravotnické zařízení. Je zde uvedena jak prevence pádu, tak i zajištění pacienta po pádu. Upozornila bych na to, že v rámci prevence není rozdělena míra rizika. Zdravotnickým zařízením by měla být nabídnuta vhodná screeningová metoda, která by rozdělila pacienty dle rizika pádu. Rozdělení na nízké, střední a vysoké riziko pádu by mohlo pomoci ke zkvalitnění a zefektivnění péče. Zdravotnickým pracovníkům by měly být doporučeny zásady a přístupy k jednotlivým úrovním rizika pádu.

Například Hill-Rodriguez et al. (2008) ve svém výzkumu uvádějí doporučení pro děti zařazené do nízkého a vysokého rizika pádu. Pokud je dítě zařazeno do nízkého rizika pádu, je doporučeno zajistit orientaci dítěte v prostoru, zajistit zabrzděné lůžko v co nejnižší poloze

a používání protiskluzových podložek. K prevenci pádu doporučují používat oblečení přiměřené velikosti. Personál by měl zajistit v blízkosti dítěte signalizaci, o které poučí pacienta i rodinu. Personál by měl také posoudit a zajistit vhodné osvětlení a měl by noční osvětlení nechat zapnuté.

Pokud dítě při screeningu získá více jak 12 bodů, je riziko pádu vysoké, a proto Hill-Rodriguez et al. (2008) doporučují kromě opatření jako u nízkého rizika pádu ještě další opatření. Doporučují ještě také sledovat pacienta minimálně jedenkrát za hodinu a označit pacienta a postel. Doporučují také, aby personál doprovázel dítě při chůzi a dle věku správně umístil dítě do příslušného lůžka. Pacient s takto vysokým rizikem by měl být umístěn co nejbližce sesterně a měl by mít z pokoje odstraněn všechny nábytek, který je nepotřebný. Personál by měl pacienta i rodinu seznámit s rizikem pádu a opatřeními, která z něj vyplývají.

Validních nástrojů pro posuzování rizika pádu v pediatrii je v České republice nedostatek. Pro českou ošetrovatelskou praxi by bylo velmi přínosné, kdyby zdravotnická zařízení vytvořila a výzkumem ověřovala škálu a svoje výsledky zveřejnila v odborném tisku. Je velice neefektivní, pokud si zdravotnická zařízení vytváří svoje vlastní nástroje na hodnocení rizika pádu u dětí. Škrļa, Škrļová (2008) uvádějí, že kvalita a bezpečnost péče se může zvyšovat pouze na základě úprav a zlepšování toho, co již bylo objeveno a vyzkoušeno. Příliš úzkostná ochrana a utajování vytvořeného „nástroje“ nevede k potřebnému vývoji.

Výzkumná otázka č. 5:

Budou existenci standardu prevence pádu pro děti uvádět spíše zdravotnická zařízení zapojená do projektu České asociace sester?

Pouze 19 zdravotnických zařízení uvedlo, že má vypracovaný standard prevence pádu pro děti. Toto považuji za méně příznivé zjištění, protože standardizace ve zdravotnictví je důležitým nástrojem pro zajištění kvality péče. Kvalita ošetrovatelské péče a její hodnocení jsou zakotveny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2004, částka 9. Standard definuje nepodstupitelné minimum, strukturální, procesuální a výsledková kritéria, což usnadňuje zdravotnickému personálu orientaci v dané problematice, zvyšuje bezpečnost péče a umožňuje kvalitu sledovat, hodnotit a měřit (Věstník MZČR, částka 9, 2004; Škrļa, Škrļová, 2008).

Předpokládala jsem, že zdravotnická zařízení zapojená do projektu České asociace sester budou mít vytvořený standard prevence pádu pro děti z důvodu větší informovanosti a zájmu o tuto problematiku. Při statistickém hodnocení jsem proto sledovala zapojení zdravotnického zařízení do projektu České asociace sester a vytvoření standardu prevence pádu pro děti. Zjistila jsem, že ve sledovaném vzorku nelze tvrdit, že by byl rozdíl mezi výskytem standardu prevence pádu pro děti u zdravotnických zařízení zapojených do projektu České asociace sester a zdravotnických zařízení, která do projektu zapojena nejsou. Tedy není souvislost mezi zapojením zdravotnických zařízení do projektu České asociace sester a vytvořením standardu prevence pádu pro děti. Naproti tomu při výzkumu Kroutilové, Hlaváčkové a Pitrové (2011) z roku 2010 častěji zdravotnická zařízení zapojená do projektu České asociace sester uváděla, že mají vytvořený standard prevence pádu pro děti.

Zjišťovala jsem také, zda mají zdravotnická zařízení vytvořený postup zajištění dětského pacienta po pádu. Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že postup zajištění dětského pacienta po pádu má vytvořeno 28 zdravotnických zařízení, tedy polovina respondentů. Je zajímavé, že zdravotnická zařízení mají častěji vytvořený postup zajištění dětského pacienta po pádu než standard prevence pádu pro děti.

Pády mohou vést k řadě problémů a komplikací, proto je důležité jim předcházet. Nejen statistiky dětských pádů, ale i uvedená důležitost screeningu rizika pádu by měla přispět k vytvoření vhodného nástroje (metody, škály). Je potřeba vytvořit na hodnocení rizika pádu takový nástroj, který bude vhodný pro použití v pediatrii. Otázkou je, jaké položky by měl nástroj obsahovat a kolik času by mělo zdravotní sestře zabrat její vyplnění. Pro využití v praxi je důležité, aby nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí (například vytvořená škála), obsahoval co nejméně položek a aby vyplnění například vytvořené škály zabralo zdravotnickému personálu co nejméně času.

Důležité doporučení pro praxi je také zvýšit informovanost o této problematice a sjednotit definici pádu tak, aby byla jednoznačná a jasná pro všechna zdravotnická zařízení a zdravotníky. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít vytvořený standard prevence pádu pro děti a také postup zajištění dětského pacienta po pádu.

Výsledky výzkumu jsou důležité a měly by být podkladem pro rozvoj této problematiky v českém ošetrovatelství.

7 Závěr

Diplomová práce je zaměřená na aktuální téma, které se týká sledování pádů v pediatrii. Teoretická část popisuje obecně problematiku pádů, pádů u dětí při hospitalizaci a pádů v kontextu kvality péče ve zdravotnictví. Cílem empirické části bylo na základě kvantitativního výzkumného šetření s využitím dotazníku zjistit, jakým způsobem jsou sledovány pády v pediatrii v českých zdravotnických zařízeních a jak je vyhodnocováno riziko pádu u hospitalizovaných dětí. Diplomová práce vznikla v rámci studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice.

Při výzkumu jsem získala data z 56 zdravotnických zařízení z celé České republiky. Zjistila jsem, že více než 90 % zdravotnických zařízení ve sledovaném vzorku zjišťuje počty dětských pádů. Většina zdravotnických zařízení sleduje pádovost v pediatrii jako indikátor kvality péče, některá i jako vlastní statistiky. V mém výzkumu jsem dále zjistila, že téměř tři čtvrtiny zdravotnických zařízení vyhodnocují riziko pádu u dětí, přičemž většina z nich používá vlastní, výzkumem neověřený nástroj. Pouze třetina zdravotnických zařízení má vypracovaný standard pro prevenci pádu v pediatrii. Za jednoznačně pozitivní považuji zjištění, že většina zdravotnických zařízení má snahu tuto oblast standardizovat a považuje ji za důležitou.

Domnívám se, že by bylo velice přínosné na národní úrovni vytvořit a validizovat škálu pro screening rizika pádu v pediatrii, která by byla dosažitelná pro všechna zdravotnická zařízení. Takto efektivně vytvořený a výzkumem ověřený nástroj by přispěl ke zvýšení bezpečnostní kultury a kvality péče ve zdravotnických zařízeních. Do budoucna bych doporučovala vytvořit soubor validních nástrojů, ze kterých by mohli zdravotníci volit podle svých potřeb a zaměření zdravotnických zařízení. Tyto nástroje (metody, škály) by měly být rozděleny pro dospělé a dětské pacienty. Měly by jednoduše, rychle a efektně rozdělit pacienty do nízkého, středního a vysokého rizika pádu. Současně k těmto screeningovým metodám bych doporučovala vytvořit bezpečnostní doporučení dle míry rizika, kterými by se zdravotničtí pracovníci mohli řídit.

Soupis bibliografických citací

Monografie

1. BOWDEN V. R.; GREENBERG C. S. *Pediatric Nursing Procedures*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
2. CYHELSKÝ, Lubomír; SOUČEK, Eduard. *Základy statistiky*. Praha : Vysoká škola finanční a správní, o.p.s., 2009. ISBN 978-80-7408-013-5.
3. GLADKIJ, Ivan, et al. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno : Computer Press, a.s., 2003. ISBN 80-7226-996-8.
4. JANEČKOVÁ, Hana; HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
5. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Vyd. 2. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0629-6.
6. JOINT COMMISSOON RESOURCES. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-274-1715-9.
7. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
9. MAĎAR, Jiří a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení : Vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0585-0.
10. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1399-3.
11. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství II. díl : Systémový přístup*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0428-0.

12. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit : Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
13. ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. 1. Praha : Advent-Orion s.r.o., 2003. ISBN 80-7172-841-1.
14. ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
15. ŠTĚPÁNEK, Miroslav. *Ilustrovaný encyklopedický slovník*. Vyd. 1. Praha : Academia, 1981.

Články

16. COOPER, L.; NOLT, J. D. Development of an Evidence-based Pediatric Fall Prevention Program. *Journal of Nursing Care Quality*. 2007, vol. 22, no 2.
17. DOSTÁLOVÁ, Barbora; NAHODILOVÁ, Helena. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 1. ISSN 1210-0404.
18. GEBAUEROVÁ, E., KALETOVÁ, Š. Sledování pádů a úrazů. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 9. ISSN 1210-0404.
19. HILL-RODRIGUEZ, D. et al., The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case – Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* [online]. 2008, vol 14, no. 1, [cit.2012-03-08]. Dostupný z WWW: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x/pdf>.
20. JAMERSON, P. A. et al. Pediatric falls: State of the Science. *Pediatric Nursing*. 2009, vol. 35, no 4.
21. JURÁSKOVÁ, D. Sborník přednášek z konference Gerontotechnologie a technologie pro handicapované, směr budoucnosti. *Bezpečný pokoj* [online]. 2006 [cit.2012-03-08] Dostupné na WWW: <http://www.czechdesign.cz/index.php?status=c&clanek=1209&lang=1>.
22. KRAMPEROVÁ, Hana, et al. *Novinky v ošetrovatelské péči* [online]. Praha : Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, 2010 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z WWW: http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf.

23. KROUTILOVÁ, L.; HLAVÁČKOVÁ, E.; PITROVÁ, M. Screening rizika pádů v pediatrii. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 3. ISSN 1801-464X.
24. MANDYSOVÁ P., EHLER, E. Role sestry při screeningu poruch polykání v neurologii. *Neurologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 6. ISSN: 1213-1814.
25. MANDYSOVÁ, P., VORLÍČKOVÁ, H. Portál EUNIO : *Pády* [online]. [2008] [cit. 2011-5-9]. Dostupný z: <http://www.eunio.cz/offline/review_win_soubory/review_content.htm?review=56&tema=&sekce=0&show_all=t>.
26. ONDRIOVÁ, Iveta, SINAIOVÁ, Anna. Zmírňování negativních následků hospitalizace. *Sestra*. č. 7-8, 2010. ISSN 1210-0404.
27. RAZMUS, I., et al. Falls in Hospitalized Children. *Pediatric Nursing*. 2006, vol. 32, no. 6, p. 568-572.
28. STAROŠTÍKOVÁ, A. Úrazy ve stáří. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 7-8. ISSN 110-0404.
29. SVOBODOVÁ, Dita; JURÁSKOVÁ, Dana. Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 9. ISSN 1801-464X.

Zákony a vyhlášky

30. Česko. Koncepce ošetřovatelství. In *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004, částka 9, s. 2-9. Dostupný také z WWW: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html>.

Absolventské práce

31. ČERVENKOVÁ, Marcela. *Specifika ošetřovatelské péče o pacienty s rizikem pádu*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
32. MACUROVÁ, S. *Metody pro hodnocení rizika pádů v pediatrii*. Pardubice, 2012. Nepublikovaná diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

33. NEVRLKOVÁ, Vendula. *Problematika hospitalizovaného dítěte v doprovodu matky*. Zlín, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta Humanitních studií.

34. PŠENICOVÁ, Kateřina. *Psychologie hospitalizovaného dítěte*. Brno, 2006. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

Jiné webové zdroje

35. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy [online]. 2011 [cit. 2011-6-9]. *Národní systém hlášení nežádoucích událostí*. Dostupné z: <<http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/>>.

36. Česká asociace sester [online]. 2007 [cit. 2012-5-4]. *Pády*. Dostupné z : <<http://www.cnaa.cz/pady/>>.

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Dotazník Pády v pediatrii

Dobrý den,

dovolujeme si Vás požádat o spolupráci na průzkumu, který se týká problematiky pádů v pediatrii. Tento průzkum navazuje na předešlou studii z roku 2010 a snaží se zmapovat situaci v ČR. Výsledky připraví půdu pro další výzkum týkající se české verze screeningové metody pro rizika pádů v pediatrii. Účast je dobrovolná a výsledky budou anonymně zpracovány a prezentovány. Pokud souhlasíte s účastí na průzkumu, prosíme Vás o vyplnění krátkého dotazníku.

1. Zjišťujete ve Vašem zařízení počty dětských pádů?

- Ano
- Ne

2. Jakým způsobem sledujete pádovost v pediatrii?

- Jako indikátor kvality péče
- Vlastní statistiky
- Jinak (doplňte jak):

.....
.....

3. Zjišťujete riziko pádu u dětí?

- Ano
- Ne

Pokud jste označili možnost Ano, pokračujte otázkou č. 4.

Pokud jste označili možnost Ne, pokračujte otázkou č. 5.

4. Jaký nástroj (metodu, škálu) na hodnocení rizika pádu u dětí používáte?

Vlastní (vytvořený ve Vašem zařízení, na Vašem oddělení)

- Ano
- Ne

Převzatý

- Ano, z jiného zařízení
- Ano, z literatury, ověřený výzkumem (na základě evidence based practice)
- Ne

Jiný (doplňte jaký):

.....
.....

5. Jaký je Váš názor na sledování rizika pádu v pediatrii?

- Je to důležité, screening by měl být standardní součástí ošetrovatelské dokumentace.
- Je to zbytečné
- Nevím, nemám o této problematice dostatek informací

6. Je Vaše zařízení zapojeno do projektu České asociace sester, který sleduje výskyt pádů a zranění pacientů při hospitalizaci?

- Ano
- Ne

7. Máte vypracovaný standard:

a) Prevence pádu pro děti

- Ano
- Ne

b) Postup zajištění dětského pacienta po pádu

- Ano
- Ne

8. Prostor pro Vaše připomínky, názory a doplnění:

.....
.....
.....

Děkujeme Vám za spolupráci a Váš čas, který jste věnoval/a vyplňování dotazníku.
Za řešitelský kolektiv Bc. Monika Klementová, Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.,
MonikaKlementova@seznam.cz, eva.hlavackova@upce.cz, tel: 466 037 725,
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Příloha B: Motivační leták



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií



Dobrý den,

jmenuji se Monika Klementová, jsem studentkou 1. ročníku navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Pracuji na výzkumu, jehož cílem je zjistit, jak je sledováno riziko pádu u dětí v českých zdravotnických zařízeních.

Jste jedno z 86 zařízení z České republiky, které bych ráda požádala o spolupráci při zmapování situace týkající se pádů v pediatrii.

> Proč byste měl/a vyplnit rovnou tento dotazník? <

- ✚ Jste zkušený odborník z praxe, proto je Váš názor pro nás důležitý.
- ✚ Pomůžete zmapovat situaci týkající se pádů v pediatrii.
- ✚ Výsledky výzkumu mohou být podkladem pro vznik české verze screeningové metody pro rizika pádů v pediatrii, která by měla přispět ke snižování rizik v oblasti ošetrovatelské péče.
- ✚ Výsledky umožní zvýšit informovanost nelékařského zdravotnického personálu o této problematice.
- ✚ Dotazník má pouze 8 otázek.
- ✚ Výsledky budou zpracovány a prezentovány anonymně.

Seznam obrázků

Obr. 1 Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta.....	22
Obr. 2 Humpty Dumpty Falls Scale	24
Obr. 3 Graf – Procentuální rozdělení zdravotnických zařízení dle zjišťování počtu dětských pádů.....	38
Obr. 4 Graf – Sledování pádovosti v pediatrii	39
Obr. 5 Graf – Zjišťování rizika pádu v pediatrii.....	40
Obr. 6 Graf – Nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí	41
Obr. 7 Graf – Nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí – ověřený/neověřený	43
Obr. 8 Graf - Názor na sledování rizika pádu u dětí.....	44
Obr. 9 Graf – Standard prevence pádu pro děti.....	46

Seznam tabulek

Tab. 1 Vyhodnocení projektu Pády pacientů při hospitalizaci	31
Tab. 2 Nástroj na hodnocení rizika pádu u dětí – ověřený/neověřený	42
Tab. 3 Zapojení zdravotnických zařízení do projektu ČAS	45
Tab. 4 Pozorovaná četnost	47
Tab. 5 Očekávané četnost	47
Tab. 6 Postup zajištění dětského pacienta po pádu	49