

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Škály pro zjišťování rizika pádů u dětí

Petra Růžičková

Bakalářská práce

2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Růžičková**
Osobní číslo: **Z12268**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Škály pro zjišťování rizika pádů u dětí**
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. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. MARX, David. **Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality.** 1. vyd. Překlad Radim Vyhnánek. Praha: Grada, 2007, 171 s. ISBN 978-802-4717-159

2. PETR ŠKRLA, Magda Škrlová. **Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.** 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4726-168.

3. ŠKRLA, Petr. **Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči.** 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-701-3419-4.

4. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. **Kreativní ošetrovatelský management.** 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.

5. Hlaváčková E, Klementová M, Macurová S. **Jak je sledováno riziko pádů u dětí v českých zdravotnických zařízeních? Pediatrie pro praxi.** 2012;13(6):412-414

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2015

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 11. 3. 2015

Petra Růžičková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za věnovaný čas, odborné vedení, laskavý přístup a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce. Poděkování rovněž patří mé kolegyni z dětského oddělení, která byla tak laskava a na mém výzkumném šetření se podílela.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku pádů v pediatrii. Je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se zabývám hospitalizací dítěte a jejími riziky, zvláštnostmi jednotlivých období dětského věku vzhledem k riziku pádu, definicím, klasifikacím a prevencím pádů, možnými příčinami a jejich následky. Na pád se zaměřím také z pohledu indikátoru kvality ošetrovatelské péče a postupu v případě pádu pacienta během hospitalizace. Součástí teoretické části jsou screeningové metody hodnotící riziko pádu u dětí.

Výzkumná část je zpracována kvantitativně – kvalitativní metodou. Kvantitativní metodu představuje analýza používané metody k hodnocení rizika pádu na dětském oddělení v nemocnici okresního typu, vytvoření vlastního nástroje sledování rizika pádu u dětí, zjištění jejich funkčnosti v praxi a srovnání obou metod. Kvalitativní metodou je určení shody a rozdílů mezi dvěma nezávislými posuzovateli.

KLÍČOVÁ SLOVA

Hospitalizované dítě, pediatrie, pády, kvalita péče, screeningové metody

ANNOTATION

This Bachelor's thesis is focused on issue of falls in pediatric patients. It is divided into two parts – theoretical and research. The theoretical part addresses hospitalization of children and its risks, differences in risk of fall in respect to age group, definition, classification and prevention of falls, possible causes and consequences. I am going to focus on healthcare quality indicators and steps to take in response to in-hospital fall. Fall risk screening methods are also included in this part. Research is conducted using quantitative and qualitative methods. Quantitative method includes analysis of the method used to assess in-hospital fall risk in Pediatric wards in district hospitals, creating a new method of monitoring fall risks and its evaluation and comparison of the two. Qualitative method includes determining differences between two independent observers.

KEYWORDS

Child hospitalization, pediatrics, falls, quality of care, screening methods

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 12 |
| CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE..... | 12 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST..... | 13 |
| 1 Hospitalizace dítěte a její rizika..... | 13 |
| 1.1 Rozdělení dětského věku..... | 14 |
| 1.2 Zvláštnosti jednotlivých období vzhledem k riziku pádu..... | 15 |
| 2 Pád..... | 16 |
| 2.1 Definice pádu..... | 16 |
| 2.2 Klasifikace pádu..... | 17 |
| 2.3 Příčiny pádu..... | 18 |
| 2.3.1 Rizikové faktory pádu..... | 18 |
| 2.4 Následky pádu..... | 21 |
| 2.5 Postup v případě pádu pacienta během hospitalizace..... | 22 |
| 2.6 Možnosti prevence pádu..... | 23 |
| 2.6.1 Prevence pádu u dětí..... | 24 |
| 3 Pád jako indikátor kvality..... | 26 |
| 4 Screeningové metody hodnotící riziko pádu u dětí..... | 28 |
| II. VÝZKUMNÁ ČÁST..... | 30 |
| Výzkumné otázky..... | 30 |
| 5 Metodika výzkumu..... | 31 |
| 5.1 Charakteristika zkoumaného souboru..... | 31 |
| 5.2 Výzkumný nástroj..... | 32 |
| 5.3 Zpracování dat..... | 32 |
| 6 Prezentace výsledků..... | 33 |
| 6.1 Analýza dosud používané metody hodnocení rizika pádu (škála 1)..... | 33 |
| 6.1.1 Položka č. 1 – Pohyb..... | 34 |
| 6.1.2 Položka č. 2 – Vyprazdňování..... | 35 |
| 6.1.3 Položka č. 3 – Medikace..... | 36 |
| 6.1.4 Položka č. 4 – Přidružená onemocnění..... | 37 |
| 6.1.5 Položka č. 5 – Mentální status..... | 38 |
| 6.1.6 Položka č. 6 – Pád v anamnéze..... | 39 |
| 6.2 Analýza vytvořeného dotazníku pro screening rizika pádu u dětí..... | 40 |
| 6.2.1 Položka č. 1 – Psychomotorický vývoj..... | 41 |
| 6.2.2 Položka č. 2 – Změny/Zhoršení ve fyzickém stavu..... | 42 |
| 6.2.3 Položka č. 3 – Změny/Zhoršení v mentálním stavu..... | 43 |
| 6.2.4 Položka č. 4 – Smyslové poruchy..... | 44 |
| 6.2.5 Položka č. 5 – Porucha chování..... | 45 |

| | |
|---|----|
| 6.2.6 Položka č. 6 – Rizika/Omezení související s diagnózou | 46 |
| 6.2.7 Položka č. 7 – Rizika/Omezení související s léčbou | 47 |
| 6.2.8 Položka č. 8 – Pád v anamnéze v posledních třech měsících | 48 |
| 6.3 Srovnání vyhodnocení škály 1 a škály 2 oběma posuzovateli..... | 49 |
| 6.4 Analýza obou metod hodnocení rizika pádu..... | 50 |
| 6.4.1 Škála 1..... | 50 |
| 6.4.2 Škála 2..... | 51 |
| 6.5 Počet pádů během výzkumného šetření..... | 51 |
| 7 DISKUZE | 53 |
| Výzkumná otázka č. 1..... | 53 |
| Výzkumná otázka č. 2..... | 55 |
| Výzkumná otázka č. 3..... | 56 |
| 8 ZÁVĚR..... | 57 |
| SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ..... | 58 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 61 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obr. 1 Graf – riziko pádu, posuzovatel 1, 2 | 33 |
| Obr. 2 Graf - pohyb, posuzovatel 1 | 34 |
| Obr. 3 Graf - pohyb, posuzovatel 2 | 34 |
| Obr. 4 Graf - vyprazdňování, posuzovatel 1 | 35 |
| Obr. 5 Graf - vyprazdňování, posuzovatel 2 | 35 |
| Obr. 6 Graf - medikace, posuzovatel 1, 2 | 36 |
| Obr. 7 Graf – přidružená onemocnění, posuzovatel 1 | 37 |
| Obr. 8 Graf - přidružená onemocnění, posuzovatel 2 | 37 |
| Obr. 9 Graf - mentální status, posuzovatel 1, 2 | 38 |
| Obr. 10 Graf - pád v anamnéze, posuzovatel 1 | 39 |
| Obr. 11 Graf - pád v anamnéze, posuzovatel 2 | 39 |
| Obr. 12 Graf – riziko pádu, posuzovatel 1, 2 | 40 |
| Obr. 13 Graf – psychomotorický vývoj, posuzovatel 1, 2 | 41 |
| Obr. 14 Graf - změny/zhoršení ve fyzickém stavu, posuzovatel 1 | 42 |
| Obr. 15 Graf – změny/zhoršení ve fyzickém stavu, posuzovatel 2 | 42 |
| Obr. 16 Graf – změny/zhoršení v mentálním stavu, posuzovatel 1, 2 | 43 |
| Obr. 17 Graf – smyslové poruchy, posuzovatel 1 | 44 |
| Obr. 18 Graf – smyslové poruchy, posuzovatel 2 | 44 |
| Obr. 19 Graf – porucha chování, posuzovatel 1, 2 | 45 |
| Obr. 20 Graf – rizika/omezení související s diagnózou, posuzovatel 1 | 46 |
| Obr. 21 Graf – rizika/omezení související s diagnózou, posuzovatel 2 | 46 |
| Obr. 22 Graf – rizika/omezení související s léčbou, posuzovatel 1, 2 | 47 |
| Obr. 23 Graf – pád v anamnéze v posledních třech měsících, posuzovatel 1 | 48 |
| Obr. 24 Graf – pád v anamnéze v posledních třech měsících, posuzovatel 2 | 48 |
| Obr. 25 Graf - škála 1, posuzovatel 1, 2 | 49 |
| Obr. 26 Graf - škála 2, posuzovatel 1, 2 | 49 |

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-------|--|
| ADHD | Attention Deficit Hyperactivity Disorder |
| ATB | antibiotika |
| ČAS | Česká asociace sester |
| ČR | Česká republika |
| EU | Evropská unie |
| HDFS | Humpty Dumpty Falls Scale |
| IKIS | integrovaný klinický informační systém |
| MŠ | mateřská škola |
| MZ | Ministerstvo zdravotnictví |
| NANDA | North American Nursing Diagnosis Association |
| NLZP | nelékařské zdravotnické profese |
| RBC | Resortní bezpečnostní cíle |
| WHO | World Health Organization |
| ZZ | zdravotnické zařízení |

ÚVOD

Pády patří ve zdravotnických zařízeních k nejčastějším a nejrizikovějším mimořádným událostem (Škrla, 2005, s. 60). Jsou významnými indikátory kvality péče, které jsou pravidelně sledovány a vyhodnocovány a jejich dlouhodobé zvyšování patří mezi priority všech zdravotnických zařízení. Důvodem výběru tématu je nedostatek informací o riziku pádu u dětských pacientů v odborné literatuře, která je zaměřena především na dospělé pacienty, absence jednoznačné definice pádu v pediatrii a nedostatek screeningových metod, které by umožnily děti s rizikem pádu identifikovat (Hlaváčková, Klementová a Macurová, 2012, s. 212).

V České republice i v zahraničí je věnována pozornost především pádům dospělých pacientů, ale k pádům dochází také u dětských pacientů, což dokazují i statistiky České asociace sester (Kroutilová, Hlaváčková a Pitrová, 2011, s. 26). Problematika pádů v pediatrii je složitá z mnoha důvodů, je to například i fakt, že pády jsou u dětí v určitém vývojovém období považovány za normu, přitom příčinou mohou být specifické rizikové faktory (Cooper, Nolt, 2007). Pády v pediatrii jsou málo zmiňované, je nedostatek komplexních informací, ale pozitivní zprávou je, že většina zdravotnických zařízení považuje screening rizika pádu u dětí za důležitý (Kroutilová, Hlaváčková a Pitrová, 2011, s. 27).

Pády hospitalizovaných dětí jsou problém a je třeba je řešit prostřednictvím zdravotnických organizací. Je nutné provést šetření ve větším měřítku, aby se stanovila definice, klasifikace a preventivní opatření týkající se dětí (Nursing children and young people, 2012, s. 22).

Nevyhovující je především používání škál pro dospělé pacienty, které jsou pro děti zcela nevhodné, tato skutečnost mě vedla ke snaze o vytvoření vlastní screeningové metody a zjištění její funkčnosti v praxi.

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

1. Analyzovat dosud používanou škálu pro hodnocení rizika pádu u dětí na vybraném pracovišti.
2. Vytvořit a analyzovat novou škálu pro screening rizika pádu u dětí.
3. Ověřit funkčnost škál dvěma nezávislými uživateli/posuzovateli v praxi.
4. Zjistit rozdíly při vyhodnocování rizika pádu u dětí na obou škálách.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Hospitalizace dítěte a její rizika

Péče o dítě, ať už zdravé či nemocné, má velmi dlouhou tradici. V minulosti byly děti léčeny převážně doma a jen ve výjimečných případech byly přijímány do nemocnic pro dospělé, kde však zkušenosti s léčbou dětí byly velmi malé. Velká úmrtnost dětí souvisela nejen se špatnou léčbou, ale také s těžkou fyzickou prací, kterou děti často musely vykonávat (Slezáková, 2010, s. 9).

Pediatric jako samostatný vědní obor se začala vyvíjet na přelomu 19. století. Do té doby byla péče o děti spojena s léčením dospělých a věnovalo se jí především interní lékařství a porodnictví. První dětská nemocnice byla založena v Paříži v roce 1802, u nás potom v Praze až v roce 1842 a v roce 1846 v Brně (Sedlářová, 2008, s. 13-14).

Pediatric se zabývá péčí o zdravé, nemocné a defektní děti od jejich narození do 18 let věku. Do této péče spadá oblast preventivní, diagnostická, terapeutická, rehabilitační a sociální. Dítě je vnímáno jako souhrn jeho bio-psycho-sociálních charakteristik (Slezáková, 2010, s. 9).

Nemocniční zdravotní péči poskytují dětská lůžková oddělení, která umožňují hospitalizaci dítěte a dospívajícího tam, kde není možné zajistit vyšetření a léčbu ambulantním způsobem. Ošetrovatelská péče v pediatrii má výrazná specifika, zásady přístupu k dětem a dospívajícím jsou vyjádřeny v Chartě práv hospitalizovaných dětí (Slezáková, 2010, s. 11).

Dětské oddělení se od oddělení pro dospělé liší v mnoha oblastech, je uspořádáno tak, aby odpovídalo potřebám dětí a jejich rodičů. Trendem je prostředí maximálně zpříjemnit a poskytnout stejně funkční zařízení a vybavení, která jsou běžně dostupná dospělým pacientům. Rozdíl mezi domácím a nemocničním prostředím pomáhá překlenout uvolněná a veselá atmosféra, která by také měla být odrazem emocionálních, vývojových a fyzických potřeb dětí. Na oddělení by měl být nábytek odpovídající výšky, barevně přitažlivé řešení interiéru a samozřejmostí by měla být herna, kde jsou k dispozici hračky pro různé věkové skupiny a na děti zde dohlíží odborník, herní terapeut nebo učitelka MŠ (Leifer, 2004, s.552-553).

I když je většina dětí hospitalizována krátkodobě, představuje hospitalizace pro dítě narušení jeho normálního života, jeho denních aktivit a životního stylu celé rodiny, vytržení z denního života rodiny, z kontaktu se sourozenci, příbuznými a vrstevníky. V průběhu hospitalizace dítě prožívá různé nové zkušenosti, někdy i bolestivé a je nuceno komunikovat s cizími lidmi. Pro každé dítě představuje příchod na nemocniční oddělení negativní zážitek, a to i přes to, že

se jej snaží rodiče i zdravotníci na tuto událost dobře dopředu připravit (Plevová, Slowik, 2010, s. 64-66). Faktory jako je změna prostředí nebo hospitalizace bez doprovázející osoby vyvolávají u dětí nepříznivé reakce, proto by kontakt dítěte s rodinou neměl být vůbec přerušen (Zacharová, 2010, s. 335).

Vhodné je přijímat s dítětem, zejména kojencem a batoletem, i matku, pokud je to z provozních důvodů jen trochu možné (Plevová, Slowik, 2010, s. 67). Je-li matka hospitalizovaná spolu s dítětem, může se podílet na ošetrovatelské péči, být přítomna při vyšetření, trvale být informována o zdravotním stavu a dalším postupu léčby a spolupracovat při zvládnutí různých problémů, které souvisejí s hospitalizací (Zacharová, 2010, s. 335).

1.1 Rozdělení dětského věku

Mezi charakteristické rysy dětského věku patří růst a vývin. Jsou to procesy, které jsou úzce spjaté, vzájemně se podmiňují a u konkrétního dítěte se hodnotí porovnáním s normou podle věku. Dětský věk tak lze rozdělit na období, které je charakterizované zvláštnostmi růstu a vývoje (Šašinka, Šagát a Kovács, 2007, s. 24)

Dle Říčana a Krejčířové (2006, s. 45) lze vývoj definovat jako změnu struktury, a to biologické, sociální a psychické, která je charakterizována jako změna nevratná, zákonitá, determinovaná zevnitř i zvenčí, změna od méně dokonalého k dokonalejšímu. Vývoj nelze hodnotit pouze jako kvantitativní růst, ale hlavně jako kvalitativní změny.

Vývoj by měl být posouzen u každého dítěte, které bylo vyšetřováno se zaměřením zejména na celkovou a jemnou motoriku a sociální či jazykový vývoj (O'Callaghan, Stephenson, 2005, s. 68).

Dětský věk je rozdělen na období novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, školní a období dospívání (Sedlářová, 2008, s. 21-22). Všechna tato období odpovídají zvláštnostem ve vývoji motorickém, mentálním a citovém a také v typu a průběhu onemocnění, která se v daném období vyskytují (Slezáková, 2010, s. 9).

1.2 Zvláštnosti jednotlivých období vzhledem k riziku pádu

Pády se nejčastěji vyskytují v období kojence a batolete, předškolního věku a potom v období stárnutí a stáří (Plevová, 2011, s. 191).

V každém období dětského věku je důležité od rodičů získat potřebné informace o dítěti, a to i v případě, že matka byla přijata spolu s dítětem a je vlastně trvale na oddělení k dispozici. Důležitý je denní režim dítěte (zvláště u kojenců a batolat), jeho návyky a záliby, stupeň samostatnosti při jídle, hygieně, vyprazdňování a spánku a také úroveň komunikačních schopností (Plevová, Slowik, 2010, s. 67). Vzhledem k tomu, že hlavní činností dítěte je hra, která přetrvává i u nemocného dítěte, je důležité se informovat na oblíbené hry a hračky. Hra zlepšuje citový stav, pomáhá dítěti přizpůsobit se na změněný zdravotní stav a prostředí, je tedy významným léčebným aspektem. Hra je dominantní činností dítěte, a to nejen v předškolním věku, ale setkáváme se s ní i ve školním věku, pubertě a adolescenci (Plevová, Slowik, 2010, s. 68).

V dětství má dítě také přirozenou potřebu pohybu a průměrná pohybová aktivita má významný vliv na dětský organismus, stimuluje morfologický i funkční vývoj dětského organismu, podporuje celkovou zdatnost organismu, kompenzuje jednostrannou tělesnou zátěž statického charakteru a zátěž psychickou, podporuje rozvoj sociálních vztahů, napomáhá rozvoji osobnosti a formuje návyky správné pohybové životosprávy. Potřeba pravidelného pohybu od dětství je základem pro potřebu pohybu v dospělosti a pohyb je jedním ze základních determinantů životního stylu a existence člověka, neboť lidské tělo je vyvinuto k pohybu a aktivitě (Plevová, 2011, s. 173).

Důležitým aspektem je uspokojování základních tělesných i psychických potřeb, které mají všechny děti, ať zdravé či nemocné, většinu společných. Aby děti mohly prospívat a vyvíjet se, musí být tyto potřeby naplňovány (Plevová, 2011, s. 99).

Děti mají právo, aby byly respektovány jejich věkové zvláštnosti, mají právo být v prostředí, které odpovídá nejen jejich vývojovým potřebám, ale zároveň vyhovuje platným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o dítě (Zacharová, 2010, s. 335).

2 Pád

Pády ve zdravotnických zařízeních patří k nejčastějším a nejrizikovějším mimořádným událostem. Výrazně ovlivňují hospodaření zdravotnických zařízení, celkový komfort a dobu hospitalizace (Česká asociace sester, 2010).

Pády hospitalizovaných pacientů jsou často zaviněny pochybením zdravotníků, např. nesprávným vyhodnocením rizika pádu nebo nesprávnou diagnózou (Škrála, 2005, s. 111).

2.1 Definice pádu

Pády jsou definovány a hlášeny různými způsoby, neboť nebyla obecně přijata žádná definice pádů. Z důvodu hodnocení a sledování těchto dat je však důležité, aby každé zdravotnické zařízení definici pádu mělo (Joint Commission Resources, 2007, s. 21).

Definice pádu dle Joint Commission Resources (2007):

„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 jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient“.

„Mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu“.

Pád také můžeme definovat 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“* (Cooper & Nolt, 2007).

Zobecnující definici předložili v roce 1980 lékaři E. V. Morris a B. Isaacs, podle nichž je „*pád nežádoucí událost, při níž pacient neplánovaně klesne k zemi*“ (Svobodová, 2013, s. 24).

Definice pádu dle Health Care Association of New Jersey (2006): „*Příhoda charakterizovaná neudržením vhodné polohy, výsledek je náhlé nežádoucí přemístění na zem*“ (Šenkárová, 2012, s. 36).

Ambler (2009, s. 256) uvádí, že „*Pády jako takové jsou definovány poruchou rovnováhy v průběhu chůze nebo některé jiné aktivity*“.

Podle Encyklopedického slovníku (Academia, 1981) je pád definován jako „*Pohyb tělesa svislým směrem k zemskému povrchu, způsobený zemskou přitažlivostí*“. (Dostálová, Nahodilová, 2011, s. 31).

Ke snížení množství pádů a zvýšení bezpečnosti zdravotnického zařízení je důležité vytvoření jasné definice pádu, která je přijata zdravotníky, je společná pro všechna oddělení a je efektivně používaná při vyplňování hlášení (Joint Commission Resources, 2007, s. 22).

2.2 Klasifikace pádu

Aby byly lépe pochopeny příčiny pádů, založila některá zdravotnická zařízení svou klasifikaci, která vychází z faktorů fyziologických a z faktorů prostředí. Jak uvádí americká výzkumná pracovnice Janice Morce (Joint Commission Resources 2007, s. 23), lze pády rozdělit na náhodné, fyziologické nepředvídané a fyziologické předvídané.

Náhodné pády představují neúmyslné upadnutí pacienta. Vznikají zakopnutím, uklouznutím nebo v důsledku selhání pomůcek. Příčinou mohou být také faktory prostředí, jako je např. rozlitá tekutina na podlaze.

Fyziologické nepředvídané pády vznikají na základě fyzického stavu, který nemohl být předvídan, příčinou může být mdloba, epileptický záchvat nebo patologická zlomenina krčku. V tomto případě není fyzická příčina součástí pacientova rizikového faktoru pro pád. K fyziologickým předvídaným pádům dochází u pacientů, kteří jsou pro pád rizikováni. Může to být např. pád v anamnéze, zhoršená chůze, používání pomůcek k pohybu, intravenózní kanyla nebo porucha duševních funkcí.

Podle Janice Morse (Joint Commission Resources 2007, s. 23) největší skupinu nemocničních pádů představují pády fyziologické předvídané, přibližně 14 % je náhodných a asi 8 % je fyziologických nepředvídaných.

Další možná klasifikační metoda pádů je založena na předpokladu, že jednou z příčin pádu je interakce vnitřních a vnějších faktorů (Joint Commission Resources 2007, s. 23).

Vnitřní faktory mají vztah přímo k nemocnému, jsou to především změny související s procesem stárnutí. Vnější faktory se vztahují k okolí, jako je např. kluzká podlaha, špatné osvětlení, schodiště či nerovný povrch (Ambler, 2009, s. 256).

2.3 Příčiny pádu

Příčiny pádů mohou být různé, jednou z příčin může být již samotné nemocniční prostředí, které je pro pacienta zcela odlišné od toho domácího (Hlaváčková, Klementová a Macurová, 2012, s. 412). Samotná hospitalizace znamená pro většinu pacientů stresovou situaci, je spojena se strachem, úzkostí a nejistotou před dalším osudem a představuje pro pacienta velkou zátěž. Každý pobyt v nemocnici narušuje jeho běžný způsob života, pacient ztrácí své soukromí, denní režim a musí se podřídít harmonogramu oddělení. Reakce pacienta je různá a závisí na jeho schopnosti adaptace na nové prostředí, typu osobnosti a povaze onemocnění (Dostálová, Nahodilová, 2011, s. 31).

Příčiny pádů ve zdravotnických zařízeních jsou multifaktoriální, jde o vícečetné rizikové faktory u jednoho nemocného, které by měl zdravotnický personál znát, aby jim mohl předcházet. Úkolem středního managementu ve ZZ je vytvářet standardy na předcházení pádům a také vytvářet bezpečné prostředí pro hospitalizované pacienty (Šenkárová, 2012, s. 37; Ambler, 2009, s. 256).

2.3.1 Rizikové faktory pádu

Riziko je historický výraz, který pochází z italského 17. století a používal se v souvislosti s lodní plavbou a označoval úskalí, kterému se museli plavci vyhnout. V kontextu zdravotnictví se pojem rizika spojuje s úsilím zajistit bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče. Riziko představuje něco, co se může stát a pokud se to něco stane, někdo nebo něco bude negativně ovlivněno. Jde o kombinaci pravděpodobnosti výskytu nežádoucího jevu

a stupně negativního dopadu takového jevu na výstup procesu. Existuje program řízení rizik, jehož cílem je rizika odstraňovat nebo alespoň je posouvat do akceptovatelné oblasti, je to především snížení nežádoucích událostí, které mohou určitým způsobem poškodit zdraví pacienta nebo zaměstnance, majetek ZZ nebo jeho pověst a také prevence finančních ztrát. K dosažení tohoto cíle přispívá včasná diagnóza existujících nebo potenciálních rizik (Škrla, Škrlová 2008, s. 12, 14, 16). Spojená komise pro akreditaci ZZ v ČR zařadila již v roce 2002 v rámci kvality a bezpečnosti péče do svých standardů požadavek na kontinuální vyhodnocování rizik. Kromě vyhodnocování rizik je důležitá jejich identifikace, řešení a zpětná vazba (Škrla,Škrlová 2008, s. 25, 101).

Rizikové faktory, které přispívají ke vzniku pádů, lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní rizikové faktory, které jsou závislé na typu poskytované péče a věku pacienta, patří předchozí pád, porucha zraku, nejistá chůze, poruchy rovnováhy, vertigo, pohybový aparát (svalová atrofie, osteoporóza, bolest), ortostatická hypotenze, duševní stav, akutní či chronické onemocnění. K pádům pacientů – seniorů přispívají také patologické stavy, jako jsou artritida, cévní mozková příhoda, zlomeniny krčku stehenní kosti, periferní neuropatie, demence a amputace (Joint Commission Resources 2007, s. 24-25).

Pády, které vznikají v důsledku somatických onemocnění, jsou označovány jako symptomatické pády a většinou se jedná o kombinaci několika chorob - polymorbiditu a sdružování příčin - polykauzalitu (Dostálová, Nahodilová, 2011, s. 31). Vnější rizikové faktory mají vztah k prostředí a jsou to léky, kvalita povrchu (kluzké nebo nerovné podlahy, předložky, koberečky), tvar nábytku (příliš nízký nebo naopak vysoký), vany a toalety (madla), nevhodné osvětlení, typ a stav obuvi, nesprávné používání různých zařízení a nevhodné pomůcky. Další příčinou jsou také problémy s přesuny (Joint Commission Resources 2007, s. 23-25, 29). Pády, které vznikají z důvodu vnějších příčin, jsou označovány jako mechanické pády a tvoří 25-30 % všech pádů. Nejčastěji k nim dochází při běžných denních činnostech (Dostálová, Nahodilová, 2011, s. 31). Pády mají také souvislost s typem oddělení, nejčastěji k nim dochází na odděleních poskytujících dlouhodobou péči geriatrickým pacientům (Šenkárová, 2012, s. 36).

Rizikovým faktorem pádu u dětí je samotná reakce na hospitalizaci, která je u každého dítěte jiná, závisí na věku, přípravě, podpoře rodiny a jistotě domácího života a také na jeho emocionálním zdraví. Vliv má také předchozí hospitalizace a podpora nemocničního personálu. Nové prostředí, separace, bolest a strach z invazivních výkonů často vytváří obraz vyděšeného a nešťastného dítěte (Leifer, 2004, s. 554). Nemoc se promítá do celé jeho osobnosti, omezuje ho v pohybu, izoluje od kamarádů a odloučení od rodiny v něm může

vyvolávat úzkost (Plevová, Slowik, 2010, s. 63). Během hospitalizace stráví s dítětem nejvíce času sestra a může tak pozitivně ovlivnit jeho adaptaci na hospitalizaci (Plevová, Slowik, 2010, s. 65).

Rychleji a lépe se na nemocniční prostředí adaptuje dítě, které je hospitalizované s blízkou osobou. Její přítomnost je pro dítě obrovským přínosem, zejména na jeho psychiku, která je ovlivněna somatickým onemocněním. Tento vztah mezi psychickým a fyzickým stavem děti prožívají intenzivněji než dospělí pacienti. Již při příjmu by měla být ale blízká osoba zdravotnickým personálem poučena o bezpečnostních opatřeních na oddělení, zejména o uzavírání postýlek v době její nepřítomnosti, o zásadách speciální péče o dítě a zodpovědnosti za své dítě (Klementová, 2012, s. 20).

Na riziko pádů u dětí má vliv jak akutní, tak chronické onemocnění. Je to především epilepsie, porucha mozkové perfúze manifestující se jako synkopa nebo trvalý neurologický deficit jako je hemiparéza. Zvýšené riziko představuje také ortostatická hypotenze, dehydratace a delší klid na lůžku (Svobodová, 2013, s. 26).

Dle NANDA domén jsou rizikové faktory pádů rozděleny do několika kategorií:

- u dospělých – pády v anamnéze, užívání pojízdného vozíku, věk nad 65 let, seniorský věk (častěji ženy), klient žije sám, protézy dolních končetin, používání pomůcek (chodítka, hole),
- tělesné – akutní onemocnění, pooperační stavy, potíže se zrakem či sluchem, artritida, ortostatická hypotenze, nespavost, slabost až mdloba, anémie, cévní onemocnění, vliv novotvarů (omezení mobility), urgentní inkontinence moči, průjem, zkrácení délky dolní končetiny, zvýšení hladiny glykémie po jídle, problémy s chodidly, rovnováhou, porušená mobilita,
- kognitivní – oslabený mentální stav (zmatenost, demence, delirium),
- medikace – antihypertenziva, diuretika, antidepresiva, narkotika, hypnotika,
- prostředí – různé překážky a neuspořádané prostředí, neupevněné malé koberce, málo osvětlená místnost, chybění protiskluzových opatření ve sprše,
- u dětí – věk do 2 let, nedostatek pudu sebezáchovy, nezabezpečené schody a okna, lůžko umístěné blízko okna, dítě ponechané bez dozoru na nezajištěném lůžku postranicemi či přebalovacím stole, nedostatečný dohled rodičů nebo zdravotníků (Marečková, 2006, s. 225-226).

Joint Commission pátrá po základních příčinách pádů a z přehledu mimořádných událostí vyplývá, že některé organizace identifikovaly několik dalších základních příčin, a to ze stran zaměstnanců (špatná komunikace mezi pracovníky, nedostatečné vstupní zaučení a zaškolení, nedostatečný počet pracovníků na oddělení). Mezi další příčiny patří neúplné hodnocení a přehodnocování stavu pacientů, nedostatečné plánování péče, nedostupná péče nebo péče poskytnuta opožděně, umístění sesterny nebo nedostatečná organizační kultura (Joint Commission Resources, 2007, s. 37).

2.4 Následky pádu

Následkem pádu vznikají lehká i těžká zranění, která komplikují léčbu, prodlužují hospitalizaci, čímž zvyšují finanční náklady a také nepříznivě působí na psychiku pacienta (Kroutilová, Hlaváčková a Pitrová, 2011, s. 25).

Nejzávažnější následky pádů, které musí zdravotnické zařízení řešit, jsou morbidita a mortalita, a to především u pacientů nad 65 let věku. Nutno zmínit také finanční náklady spojené s pády, neboť hospitalizace seniorů po pádech je téměř dvojnásobná. Následky pádů, které postihují přímo pacienta, jsou nejčastěji zlomeniny, luxace, poranění hlavy a měkkých tkání, strach, úzkost a deprese. Pády jsou také druhou nejčastější příčinou poranění mozku a míchy a v jejich důsledku vzniká až 87 % zlomenin u lidí starších 65 let. Kromě poranění to pro pacienta znamená prodloužení hospitalizace a léčby. Dlouhodobými následky úrazů jsou pak invalidita, snížená produktivita, snížená kvalita života a také zvýšená potřeba ošetrovatelské péče (Joint Commission Resources, 2007, s. 29-30).

Vážný důsledek pádu a pourazového stavu představuje také imobilizační syndrom, jehož rizikovými faktory jsou bronchopneumonie v důsledku hypoventilace, snížené rezervy kardiovaskulárního systému, dekubity, porucha vyprazdňování, inkontinence či postižení pohybového aparátu (Svobodová, 2013, s. 28). Počet pádů i zranění může být snížen pomocí efektivního programu redukce pádů, což je postup ke snížení četnosti a následků pádů. Mezi nejdůležitější kroky patří identifikace a vyhodnocení všech případů pádů, stanovení postupu ke snižování četnosti pádů a monitorace efektivity programu včetně dodržování postupů personálem (Joint Commission Resources, 2007, s. 94). Důležitý je také individualizovaný plán péče u pacientů s poruchou hybnosti a zvýšeným rizikem pádu, jednou ze strategií může být nastavení lůžka do co nejnižší polohy nebo umístění matrace přímo na zem. Musí být však zváženy i další aspekty, jaký vliv bude mít tato poloha na mobilitu pacienta a zda bude

zdravotnický personál schopen poskytovat bezpečnou péči. V případě pádu mohou však tato opatření minimalizovat riziko poranění. Dojde-li při pádu ke zranění, musí být zhodnocena jeho závažnost a započato léčení. Pro zjištění okolností pádu je nutná identifikace příčiny, proto některá ZZ vytvořila formulář Fyzikální vyšetření pacienta po pádu, na jehož základě je prováděn standardní postup. Poté je vyplněn formulář Podrobné hodnocení pacienta po pádu (Joint Commission Resources, 2007, s. 65).

2.5 Postup v případě pádu pacienta během hospitalizace

Pády v ošetrovatelství patří k častým situacím, se kterými se zdravotníci setkávají, proto jedním z cílů managementu ve ZZ je standardizovat postupy při řešení pádů a také vést statistické údaje (Šenkárová, 2012, s. 36).

Prvním krokem v případě pádu pacienta je zjistit okolnosti pádu a přítomnost rizikových faktorů. Důležité je vyšetřit, zda byl pád zapříčiněn vlivem prostředí nebo z jiných důvodů, jako je věk, akutní onemocnění, užívané léky, kognitivní poruchy, problémy s výživou či hydratací nebo užívání lokomočních pomůcek (berle, chodítka, protéza). Dalšími důležitými údaji jsou místo pádu, kdo pád oznámil ošetřujícímu personálu a přítomnost dalších osob.

K dalším krokům patří fyzikální vyšetření pacienta, zejména zhodnocení stavu vědomí, fyziologických funkcí, bolest, hybnost končetin, schopnost komunikace a také psychický stav pacienta po pádu. Vždy musí být informován lékař, který provede záznam do dokumentace a ordinuje další vyšetření či postup.

Sestra zaznamená informaci o pádu pacienta do ošetrovatelské dokumentace, odešle Hlášení pádu pacienta náměstkyni ošetrovatelské péče k evidenci, vyplní další formuláře dle zvyklostí pracoviště (protokol mimořádné události) a sleduje stav pacienta dle ordinace lékaře (Dostálová, Nahodilová, 2011, s. 31).

Zdravotní stav pacienta lze posoudit z globálního a individuálního hlediska. Globální hledisko hodnotí celý systém prevence pádů ve ZZ, pro individuální hledisko je důležité znát anamnézu pacienta, zejména četnost pádů v minulosti (Šenkárová, 2012, s. 37).

Česká asociace sester vydala doporučený ošetrovatelský postup při pádu pacienta (viz příloha A) jako doporučení pro ZZ, která si na základě svých podmínek, organizačního členění a kompetencí vytváří vlastní standardní postup (Česká asociace sester, 2007, s. 3-4).

2.6 Možnosti prevence pádu

Jak uvádí MUDr. David Marx (Joint Commission Resources, 2007, s. 7) je pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení pobyt ve vysoce rizikovém prostředí. V nemocnici se pacienti ocitnou většinou nedobrovolně, pod tlakem okolností a pacienti tyto obtíže vesměs zhoršují schopnost soustředění. Pády představují nejčastější a současně nejrizikovější mimořádnou událost, a to především ve věkové kategorii seniorů, ale vyskytují se i u mladších pacientů, včetně dětí. Mandysová a Vorlíčková (2008) uvádějí, že na lékařské pohotovosti jsou v důsledku pádu ošetřeni zejména pacienti nad 65 let věku a děti do 5 let. U dětí do 14 let patří pád mezi nejčastější příčinu poranění. U starších lidí ve srovnání s dětmi je však daleko větší pravděpodobnost, že budou v důsledku pádu hospitalizováni, nebo že dokonce dojde k úmrtí. Ambler (2009, s. 256) udává, že minimálně jednou do roka dojde k pádu asi u 30 % lidí nad 65 let v domácím prostředí a až u poloviny hospitalizovaných nad 75 let. Do 75 let jsou pády častější u žen, nad 75 let je frekvence u obou pohlaví přibližně stejná. Tyto skutečnosti zvyšují význam prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, důležitá je zejména edukace personálu o rizikosti pádu. Většina ZZ má screening rizika pádu zaveden, existují však ZZ, která se prevencí pádu nevěnují (Joint Commission Resources 2007, s. 7).

Z ekonomického hlediska je prevence nejdůležitější a nejlevnější, proto je vhodné, aby ZZ vytvářela prostředí, která budou riziko pádu minimalizovat (Šenkárová, 2012, s. 36).

Prevence pádu může být shrnuta do několika bodů, je to především identifikace rizikových pacientů a jejich dostatečná informovanost, zajištění pacientovi bezpečnosti, edukace pacienta o důvodu a způsobu prevence a o opatřeních snižujících riziko pádu, omezení faktorů vzniku pádu a minimalizace komplikací vzniklých při pádu. Neméně důležitý je jednoznačný a v celém zařízení shodný způsob značení pacientů v riziku pádu (označení lůžka, dokumentace, identifikační náramky).

Důležitou součástí prevence rizika pádu je používání pomůcek ke snížení rizika pádu, což jsou pomocná zařízení lůžka, protiskluzové podložky, madla, lokomoční pomůcky (berle, hole), stabilní lůžka, židle, dostatečné osvětlení, vhodná obuv a funkční signalizační zařízení (Dostálová, Nahodilová, 2011, s. 31).

Zásadní pro snížení rizika pádu je také správná komunikace a předávání informací mezi zdravotnickým personálem, zajištění kontinuálního sledování pacienta, zajištění koordinovaného poskytování péče, sdělení změn stavu a chování během střídání směn a přehodnocování stavu a plánu péče pacienta. Přehodnocení provést vždy, dojde-li u pacienta k pádu, změně zdravotního či duševního stavu a změně mobility. Důležité je zaznamenávání

všech změn stavu pacienta do zdravotnické dokumentace (Joint Commission Resources, 2007, s. 40-41). Česká asociace sester (2007) vypracovala doporučený ošetrovatelský postup při přijetí pacienta (viz příloha B) a doporučený ošetrovatelský postup v průběhu hospitalizace (viz příloha C).

Problematika pádů je systémově sledována od roku 2002. Projekt Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů je v České republice sledován na základě rozhodnutí Sdružení fakulturních nemocnic (v současnosti Asociace nemocnic).

Od roku 2008 projekt koordinuje Česká asociace sester a od roku 2011 je sledování pádů realizováno ve spolupráci s firmou Linet prostřednictvím elektronické aplikace na www.padovastudie.com. Jedním z cílů projektu je získat relevantní data pro pravidelné přehodnocování doporučeného standardu Prevence a péče o pacienty v souvislosti s pády (Česká asociace sester, 2013, s. 2).

Ze závěrečné zprávy projektu Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012 vyplývají tato doporučení:

- pravidelné vzdělávání a dostatek ošetrovatelského personálu,
- viditelné označení rizikových míst (schodiště, mokrá podlaha),
- nastavitelná výška lůžka, postranní zábrany, automatická brzda,
- bezbariérová úprava prostředí – odstranit překážky, které je nutné překračovat (nábytek, kabeláž, schodiště), zajistit kulaté rohy a hrany, židle a křesla se stabilnější základnou, přísuvné stolky na jídlo,
- protiskluzová úprava povrchu v koupelnách, opěrné pomůcky – madla, pevná zábradlí, chodítka a hole s protiskluzovými hroty (ČAS, 2013, s. 29-30).

2.6.1 Prevence pádu u dětí

Personál a zejména sestra na dětském oddělení musí dodržovat základní bezpečnostní opatření:

- pokud je dítě v postýlce bez dozoru, musí být postranice vždy vytažené,
- děti a zejména batolata, které mohou přelézt postranice, by měly být umístěny v postýlkách s plastickým nástavcem,
- dítě umístěné ve vysoké židli musí být připoutané,

- je-li malé dítě (kojenec, batole) mimo postýlku, nenechávat jej bez dozoru,
- vždy dohlížet na dítě v koupelně,
- při transportu dítěte na lůžku mít vždy zvednuté postranice,

zabraňuje tak zbytečným nehodám a je dobrým příkladem pro rodiče. Důležitá je také edukace v této oblasti, a to nejen rodičů, ale i návštěv.

Všechna bezpečnostní opatření jsou prevencí možného rizika úrazu a jsou realizována formou individuální a přímé péče o dítě (Leifer, 2004, s. 572-573).

Bude-li si personál vědom rizika pádu u dětí, může vyhodnotit potenciálně nebezpečné situace a tím snížit jejich frekvenci (Nursing children and young people, 2012, s 26.).

Mezi další opatření, která by měla být aplikovaná na odděleních pediatrie, patří umístění dětí do tří let vždy do dětské postýlky s postranicemi, malým dětem asistovat při vyprazdňování a zvážit zapojení rodičů do péče o dítě. V ambulanci nedovolit dětem, aby sedaly na kancelářské židle, lezly na stoly, pulty nebo další nábytek a nikdy nenechávat dítě bez dozoru na vyšetřovacím stole či váze (Mandysová, Vorlíčková, 2008).

Dětská lůžka musí být bezpečná, dobře přístupná pro ošetřující personál a přispívat ke zlepšení úrovně ošetrovatelské péče v pediatrii. Moderní lůžka pro všechny věkové kategorie jsou vyráběna v souladu s nejnovějšími trendy a vyznačují se nadstandardními bezpečnostními parametry. Nová technologie umožňuje tři různé polohy postranic pro bezpečný pobyt dítěte v lůžku, přičemž v žádné poloze nezabraňují personálu při manipulaci s dítětem a v přístupu k lůžku. Dominantním prvkem jsou průhledná čela, která poskytují ležícím dětem kontakt s okolím (Frolík, 2014, s. 35).

3 Pád jako indikátor kvality

Ve zdravotnictví se používá celá řada nejrůznějších indikátorů, které jsou buď generické, nebo vytvořené na míru. Jsou nazývány měřitelnými kritérii, ukazující v porovnání s určitým standardem nebo směrnicí, jak bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality se týkají struktury, procesu nebo výstupu důležitého aspektu procesu nebo péče. Jsou smysluplné, je to vždy číslo, je to kvantita, říkající něco o kvalitě, mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém. Aby byly indikátory nástrojem rozvíjení kvality, a ne pouhou statistikou, musí být výsledek zasazen do numerického kontextu, který porovná něco s něčím (Škrla, Škrlová, 2003, s. 37).

V rámci zvyšování kvality péče je důležité kontinuální sledování takových indikátorů, které jsou praktické a jejich sledování nejméně náročné. Je třeba začít zavedením těch indikátorů, které vyjadřují problémy nebo situace, které jsou časté, závažné, rizikové nebo nějakým jiným způsobem pro pracoviště charakteristické (Gladkij, 2003, s. 314).

Pády jsou významnými indikátory kvality péče, které jsou pravidelně sledovány a vyhodnocovány. K porovnání péče poskytované různými systémy zdravotní péče a k měření kvality managementu pádů Rubenstein (Joint Commission Resources, 2007, s. 106-107) navrhuje šest indikátorů těchto postupů. Patří sem zjišťování okolností pádu, detekce poruch rovnováhy a chůze, základní hodnocení pádů, hodnocení chůze a rovnováhy, předepisování cvičení a podpůrných pomůcek u problémů s rovnováhou, předepisování cvičení u problémů s chůzí a u slabosti (Joint Commission Resources, 2007, s. 106-107).

Pády pacientů při hospitalizaci jako indikátor kvality péče navrhlo ke sledování fakultním nemocnicím Sdružení fakultních nemocnic v roce 2002. Sledovaný indikátor je hodnocen jako podíl zraněných z pádu na 1000 ošetřovacích dnů, každé ZZ dostalo k dispozici doporučený standardní postup Prevence pádu a zranění pacienta, který vypracovala Česká asociace sester. Do projektu se mohou přihlásit všechna zařízení, která splňují specifické požadavky. Výsledky jsou hlášeny každé čtvrtletí v měsíčním členění. Pacienti jsou rozděleni do dvou věkových skupin do 65 let a nad 65 let a dle oborů, na interní, chirurgické, pediatrické a lůžka následné péče. Od roku 2011 se sledují rozšiřující údaje (místo, doba, příčina pádu, stav lůžka, psychický stav, vyšetření, ošetření a další vývoj). Zranění se dělí na lehká, jako povrchové odřeniny, hematomy a těžká, což jsou fraktury, bezvědomí, komoce a kontuze mozku (ČAS/pády, 2012, Svobodová, 2013, s. 28).

Pády patří mezi nejčastěji hlášenou mimořádnou událost, což je neočekávaná situace, při které dojde k úmrtí, vážnému tělesnému či duševnímu traumatu nebo hrozí nebezpečí takovéto

situace. V roce 2004 mělo 4,9 % mimořádných událostí sledovaných JC souvislost s pády (Joint Commission Resources, 2007, s. 31).

Kvalitu a bezpečí poskytované péče může ovlivnit právě monitorování mimořádných událostí, jejichž počet se sice sleduje, ale systém hlášení pochybení či omylů má u nás i v zahraničí stále vážné nedostatky. Příčinou je nedůvěra k systému hlášení a neznalost způsobu hlášení, nedostatek zpětné vazby a žádné výhody pro zaměstnance, strach z potrestání, obavy ze soudního postihu nebo také nepochopení, jak může hlášení pochybení přispět k bezpečnosti péče (Škrla, Škrlová, 2008, s. 49, 57).

Dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je poskytovatel povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Pro zavedení tohoto systému vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR minimální požadavky, které jsou uveřejněny ve Věstníku MZ č. 5/2012 a jedním z těchto požadavků je zavedení Resortních bezpečnostních cílů. MZ jich vyhlásilo celkem sedm, jedním z nich je i prevence pádů pacientů (RBC 4), jež je součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče (MZČR, 2013).

Požadavek zajišťování kvality zdravotní péče by měl být součástí zdravotní politiky v každé zemi, vyplývá to z doporučení WHO a Rady Evropské unie. Kvalita zdravotní péče je také jedním ze stěžejních cílů programu WHO Zdraví pro všechny v 21. století (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 171-173).

Pro zvyšování kvality je důležitým krokem zejména rozvoj komunikace zdravotnických pracovníků uvnitř zdravotnických týmů a rozvoj komunikace s pacienty. Jak vyplývá z průzkumů prováděných v našich nemocnicích, vyskytují se v této oblasti zbytečné nedostatky (Gladkij, 2003, s. 319-320).

4 Screeningové metody hodnotící riziko pádu u dětí

Univerzální nástroj hodnocení rizika pádu pro všechny populace pacientů neexistuje. K dispozici je několik screeningových nástrojů, které se používají, ale pro snižování pádů je důležitý výběr správného nástroje. Jedním z dostupných nástrojů hodnocení, který je určen v zařízeních akutní péče, je nástroj hodnocení rizika Morse (viz příloha D). Tento model vyvinula J. Morse po desetiletém výzkumu rizikových faktorů souvisejících s pády. Dle výsledků testů vykazuje tento nástroj vysokou validitu i senzitivitu a mnoho ZZ tento model přijalo a upravilo si dle svého typu (Joint Commission Resources, 2007, s. 77-78).

Vhodným nástrojem je Hendrichův model rizika pádu (The Hendrich II Fall Risk Model), jehož senzitivita je 74,9 % a specifita 73,9 %. Nástroj se zaměřuje na posouzení zmatenosti, deprese, změněné eliminace exkretů, závratí, identifikaci pohlaví a užívání rizikových léků, především antiepileptik nebo benzodiazepinů. V druhé části nástroje (Get Up and Go Test) se posuzuje schopnost pacienta vstát bez pomoci nebo s pomocí (viz příloha E). Tuto druhou část lze použít i samostatně na rychlé zhodnocení pacientovy mobility (Šenkárová, 2012, s. 36-37).

Zdravotnická zařízení, která jsou zapojena do projektu Sledování pádu u hospitalizovaných pacientů v České republice, používají hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou (viz příloha F) (ČAS, 2007).

V rámci prevence pádů lze použít také Gaitův funkční test k určení rovnováhy pacienta (viz příloha G). Tento test je jednoduchý a časově nenáročný, skládá se ze čtyř úkonů a je-li pozitivní, provede sestra opatření ke snížení či vyloučení rizika pádu. K vyhodnocení rizika poranění následkem pádů může sestře pomoci protokol, který by mělo mít vypracované každé ZZ (Škrla, Škrlová, 2008, s. 61). Tyto screeningové metody jsou využívány především u dospělých pacientů.

V České republice nejsou k dispozici žádné škály pro hodnocení rizika pádu u dětí, ty nabízí pouze zahraniční literatura, která doporučuje hodnotit riziko pádu u dětí již od osmi měsíců. Dětská oddělení využívají většinou škály určené pro dospělé pacienty, které jsou však pro pediatrii zcela nevhodné. Obsahují položky, které u dětí posuzovat nelze, jako je inkontinence nebo mentální stav.

Hlaváčková, Macurová a Klementová (2012, s. 414) uvádějí, že pro správné vyhodnocení rizika pádu, je nutné používat validní screeningové metody ověřené výzkumem. Zhodnocení rizika může být použitím nestandardizované metody zkreslené, může zařadit do rizika velké procento dětí nebo naopak a identifikace rizika pádu bude nedostatečná. To může vést

k ovlivnění bezpečí pacientů, snižování kvality péče a zvyšování ekonomických nároků. Správně vyhodnocené riziko pak umožňuje zajistit vhodná preventivní opatření a minimalizovat nežádoucí události.

Zahraníční literatura doporučuje zařadit do screeningových metod zejména položky, jako jsou pády v posledních třech měsících, fyzický stav (operace, vertigo, synkopa), funkční status (zhoršená mobilita, hypotenze), pomůcky (intravenózní kanyla, močový katetr a medikace) (Bowden, Greenberg, 2008). Hlaváčková, Klementová a Macurová (2012) doporučují zařadit zejména tyto položky: věk do 36 měsíců, porucha psychomotorického vývoje, pád v anamnéze v posledních třech měsících, změny/zhoršení ve fyzickém stavu, změny/zhoršení v mentálním stavu, poruchy chování, rizika a omezení související s diagnózou a léčbou (medikace, cévní vstupy, katetry a drény) (Hlaváčková, Klementová a Macurová, 2012, s. 412, 414).

Ze zahraniční literatury je dostupná škála pro hodnocení rizika pádu u dětí Humpty Dumpty Falls Scale (HDFS), kterou vytvořili Hill–Rodriguez et al., a zařadili zde 7 kritérií: věk, pohlaví, diagnózu, kognitivní poruchy, faktory životního prostředí, reakci na operaci, anestezii a užívání léků (viz příloha H). Tato škála vyhodnocuje pouze dvě kategorie, a to nízké nebo vysoké riziko pádu, kdy minimální dosažený počet bodů je 7 a maximální 23. Do 11 bodů je dítě v nízkém riziku pádu, nad 12 bodů je riziko pádu vysoké. Zároveň Hill–Rodriguez et al. vypracovali doporučený ošetrovatelský postup u dětí jak v nízkém, tak ve vysokém riziku pádu. Z výsledků studie HDFS vyplývá, že nejrizikovější skupinou jsou děti ve věku do tří let a děti s neurologickým onemocněním nad 13 let věku (Klementová, 2012, s. 23; Formánková, 2014, s. 21).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jaká je funkčnost obou metod hodnocení rizika pádu (dosud používané i vytvořené škály), jaké jsou jejich výhody a nevýhody?

Výzkumná otázka č. 2

Jak se shoduje/liší hodnocení rizika pádu na sledovaných škálách u dvou nezávislých posuzovatelů?

Výzkumná otázka č. 3

Jak posuzují nově vytvořenou škálu pro screening rizika pádu dva nezávislí hodnotitelé?

5 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem se zaměřila na hodnocení rizika pádu na dětském oddělení. Výzkum probíhal v měsících leden a únor 2015. Prováděla jsem kvantitativně – kvalitativní šetření. Výsledky kvantitativního výzkumu byly zpracovány popisnou statistikou. Kvalitativní výzkum představovala analýza dokumentů a rozhovor. Výzkumným nástrojem byla dosud používaná metoda hodnocení rizika pádu (škála 1), která je určena pro dospělé pacienty a není pro děti nijak upravena a nově vytvořený dotazník pro screening rizika pádu u dětí (škála 2). Zjišťovala jsem, kolik dětí ze souboru bylo zařazeno do rizika pádu a jaké byly nejčastější rizikové faktory pro vznik pádu během hospitalizace. Mým cílem bylo zjistit, jaká je funkčnost obou metod, jejich výhody i nevýhody a jak velké rozdíly jsou při použití obou hodnotících škál. K tomu jsem zvolila metodu shody mezi dvěma posuzovateli, což je jedna z nejpoužívanějších metod ke zjištění spolehlivosti. Čím vyšší je shoda mezi posuzovateli, tím by měla být metoda spolehlivější, toto jsem ale statisticky neověřovala. Cílem nebylo zjistit jen to, jak hodnotí riziko pádu dva nezávislí posuzovatelé, ale hlavně jaké jsou rozdíly a jaká je shoda a také jejich názor na obě použité metody. Druhým posuzovatelem byla sestra pracující na dětské příjmové ambulanci.

5.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumnou část bakalářské práce jsem prováděla na standardním dětském oddělení nemocnice okresního typu. Do zkoumaného souboru byly zařazeny všechny hospitalizované děti ve věku 6 – 18 let ve sledovaném období dvou měsíců. Děti do 6 let jsou dle organizační směrnice nemocnice „*Zásady vedení zdravotnické dokumentace*“ a ošetřovatelského standardu „*Péče o pacienta v riziku*“ (zdroje s ohledem na anonymitu ZZ neuvádím) vždy zařazeny v riziku pádu se stanovením ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelského plánu. Děti byly různého pohlaví i diagnózy. Zkoumaný soubor obsahoval celkem 125 dětí.

5.2 Výzkumný nástroj

Jako výzkumný nástroj byla použita metoda hodnocení rizika pádu (škála 1) obsahující šest položek, a to pohyb, vyprazdňování, medikaci, přidružená onemocnění, mentální status a pád v anamnéze (viz příloha I). Každá položka obsahuje jednotlivé rizikové faktory, které jsou ohodnoceny nulou nebo jedním bodem. Pacient může získat celkem 11 bodů. Riziko pádu vzniká při získání jednoho a více bodů a je rozděleno na nízké riziko (1–3 body), střední (4–6 bodů) a vysoké riziko (7 bodů a více). Druhým výzkumným nástrojem byl vlastní vytvořený dotazník pro screening rizika pádu (škála 2), který obsahoval osm položek, mezi které patří psychomotorický vývoj, změny/zhoršení ve fyzickém stavu, změny/zhoršení v mentálním stavu, smyslové poruchy, porucha chování, rizika/omezení související s diagnózou, rizika/omezení související s léčbou a pád v anamnéze v posledních třech měsících (viz příloha J). Na každou položku bylo možné odpovídat pouze ano/ne a získaný počet bodů byl nula nebo jeden a maximální počet přidělených bodů osm. Dítě bylo zařazeno do rizika při získání jednoho bodu a více a riziko nebylo nějak rozlišováno. Tento dotazník jsem vytvořila na základě doporučení odborné literatury (Bowden, Greenberg, 2008; Hlaváčková, Klementová a Macurová, 2012). Byla provedena analýza obou škál kvalitativní metodou a hodnocení škály 2. nezávislým posuzovatelem, který se podílel na výzkumném šetření, bylo získáno formou rozhovoru.

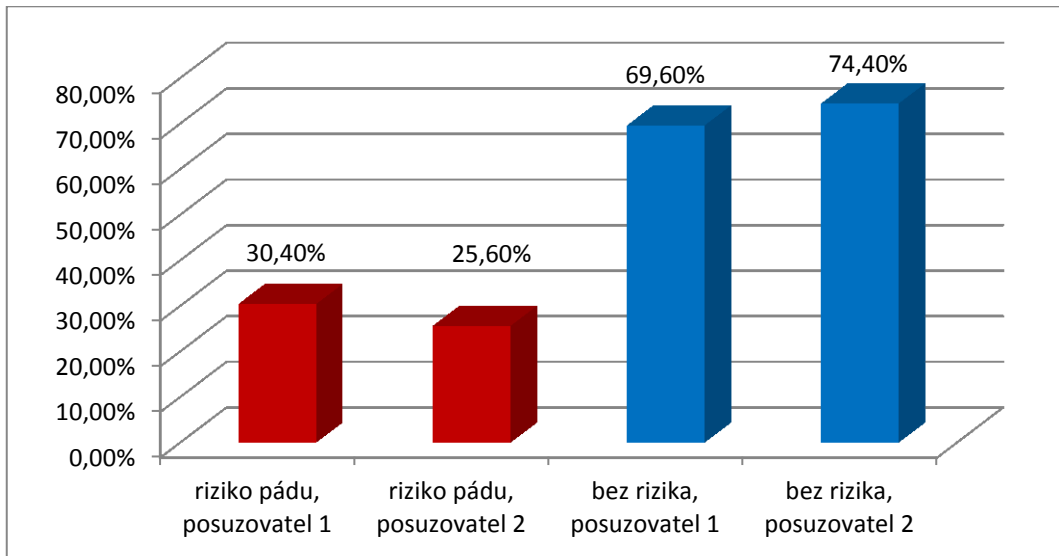
5.3 Zpracování dat

Pro zpracování dat jsem použila program Microsoft Office Excel 2010 a výsledky jsou zobrazeny formou grafů, které jsou doplněny stručnou charakteristikou. Pro prosté vyhodnocení výsledků šetření byla použita popisná statistika.

6 Prezentace výsledků

6.1 Analýza dosud používané metody hodnocení rizika pádu (škála 1)

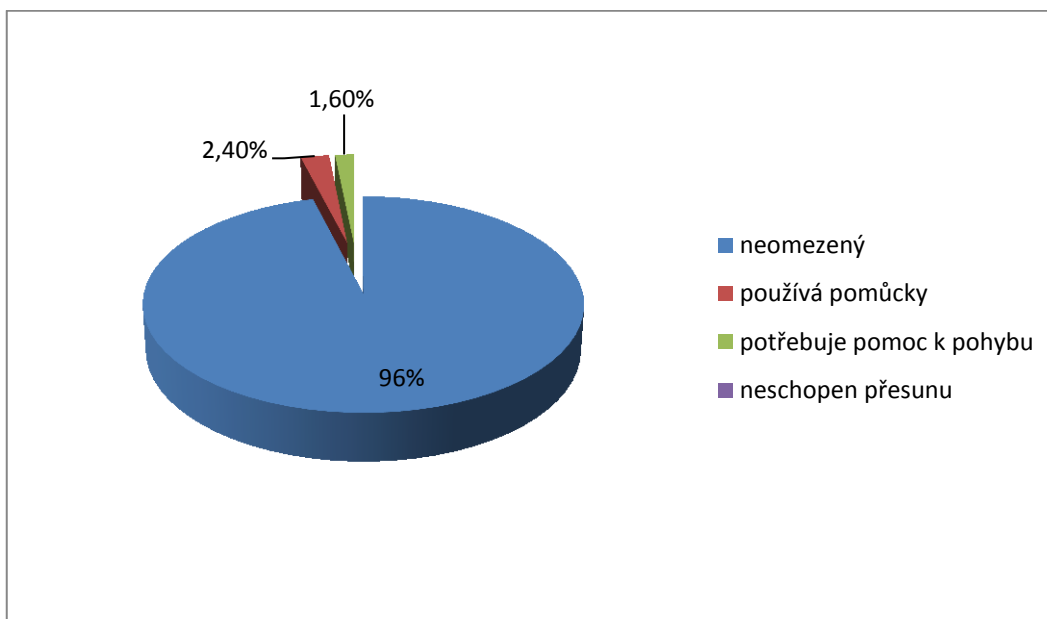
Jak je patrné na obrázku 1, bylo při použití této metody zařazeno do rizika pádu 1. posuzovatelem celkem 38 dětí (30,4 %) a 2. posuzovatelem 32 dětí (25,6 %).



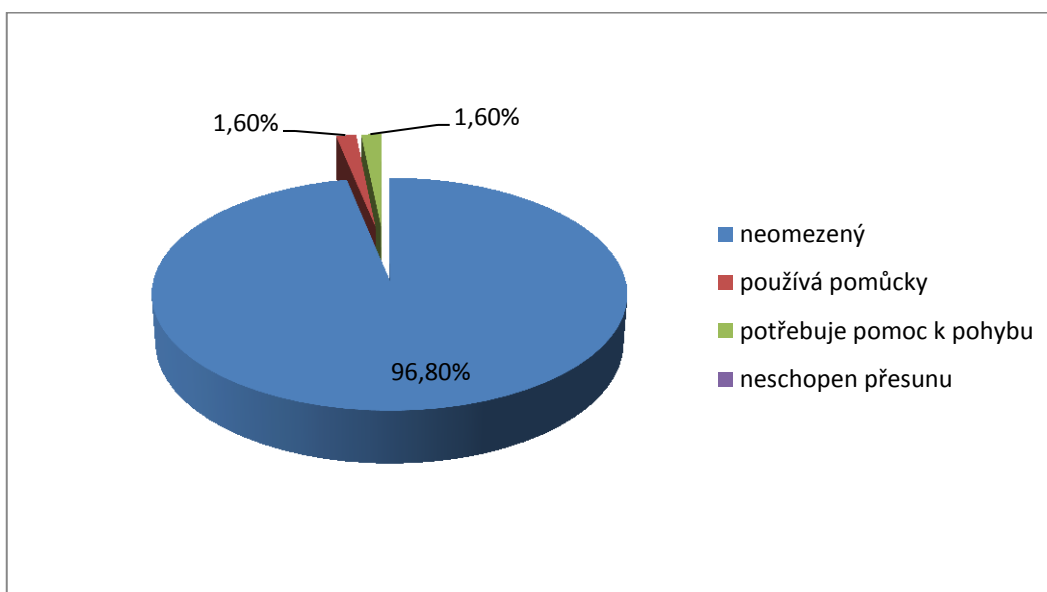
Obr. 1 Graf – riziko pádu, posuzovatel 1, 2 (n=125)

6.1.1 Položka č. 1 – Pohyb

V položce pohyb 1. posuzovatel vyhodnotil 120 dětí jako nerizikových a 5 dětí v riziku pádu, ve třech případech bylo důvodem používání pomůcek a dvě děti potřebovaly pomoc k pohybu (viz obrázek 2). Jak ukazuje obrázek 3, měl 2. posuzovatel v riziku čtyři děti, dvě používaly pomůcky a dvě potřebovaly pomoc k pohybu. 121 dětí bylo bez rizika. Do kategorie neschopen přesunu nebylo zařazeno žádné dítě.



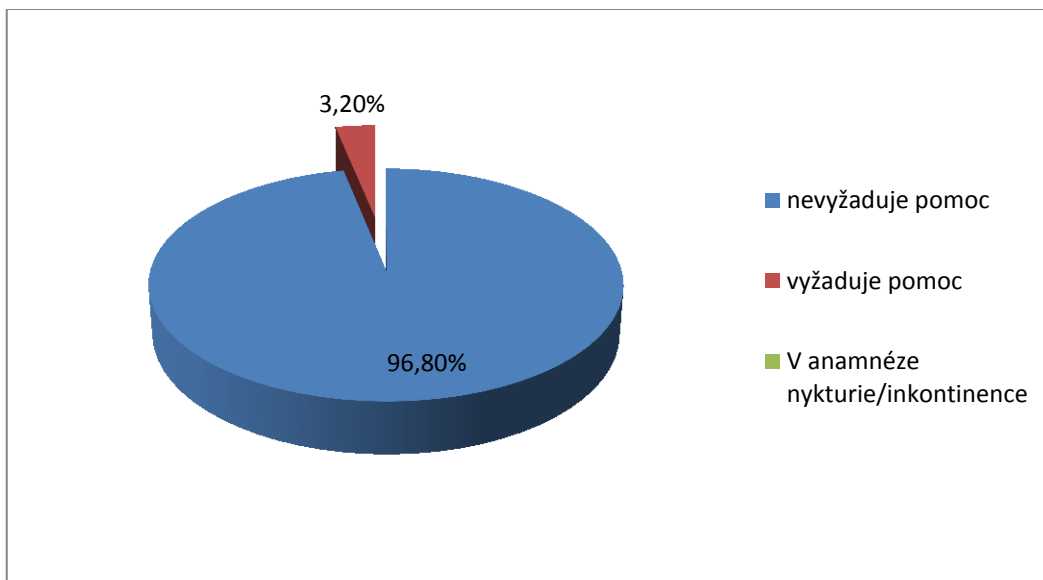
Obr. 2 Graf - pohyb, posuzovatel 1 (n = 125)



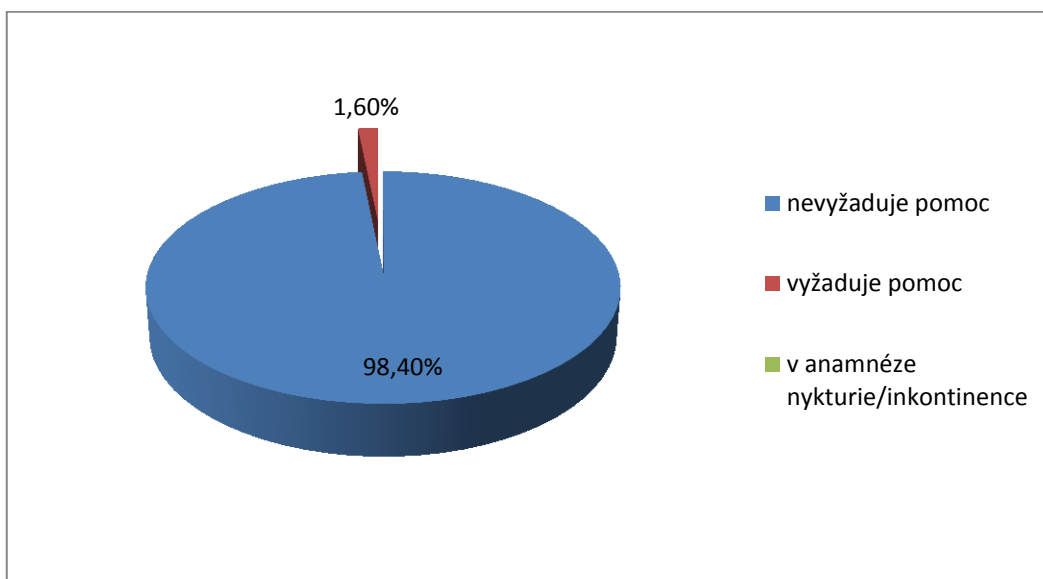
Obr. 3 Graf - pohyb, posuzovatel 2 (n = 125)

6.1.2 Položka č. 2 – Vyprazdňování

Zde byly do rizika zařazeny 1. posuzovatelem čtyři děti (viz obrázek 4) a 2. posuzovatelem dvě děti (viz obrázek 5). Příčinou rizika u obou posuzovatelů byla pomoc při vyprazdňování. Žádné z dětí nemělo nykturii či inkontinenci.



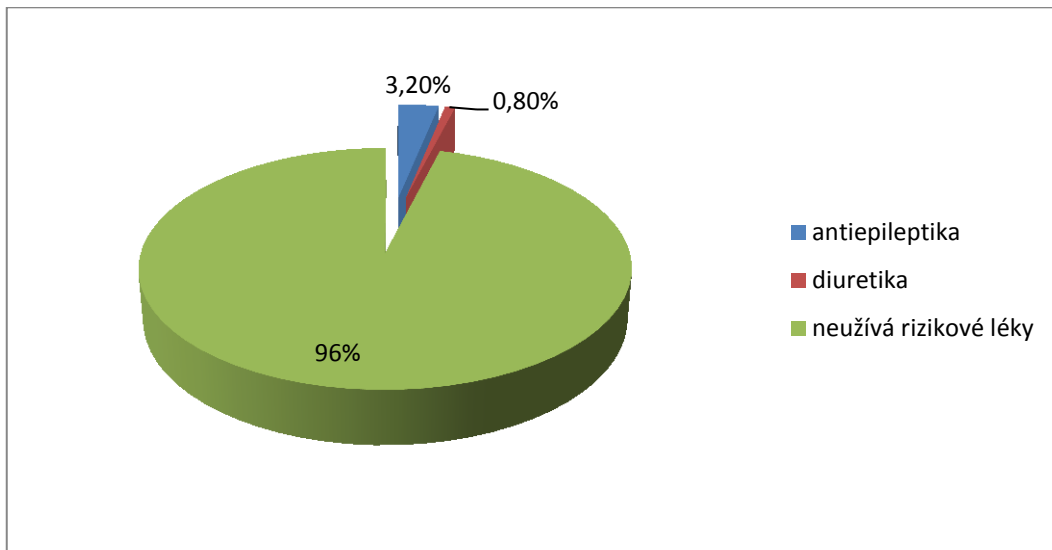
Obr. 4 Graf - vyprazdňování, posuzovatel 1 (n = 125)



Obr. 5 Graf - vyprazdňování, posuzovatel 2 (n = 125)

6.1.3 Položka č. 3 – Medikace

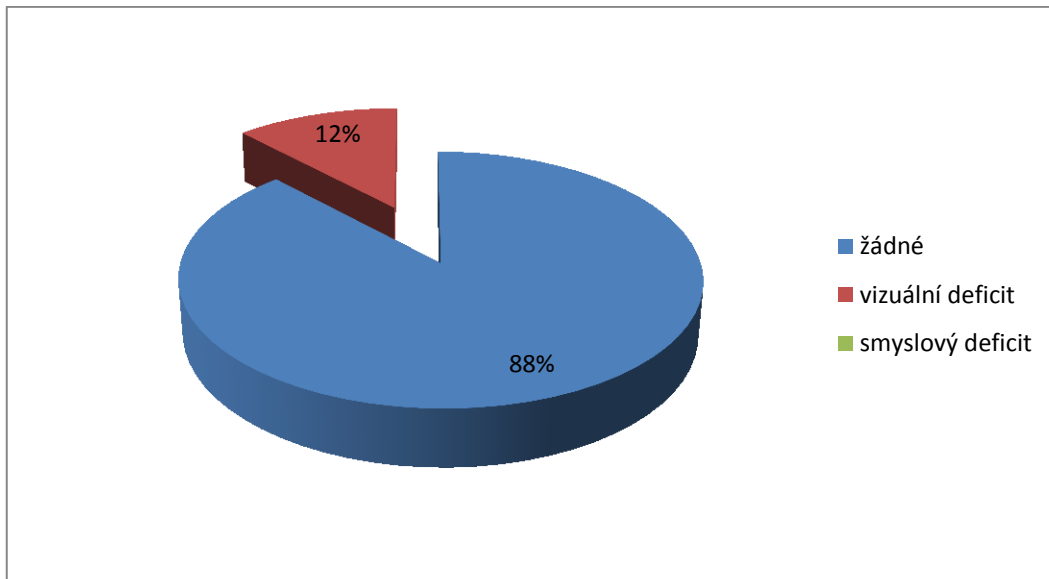
Jak ukazuje obrázek 6, došlo u této položky u obou posuzovatelů ke shodě, 120 dětí bylo nerizikových, zbylých pět dětí užívalo rizikové léky, ve čtyřech případech se jednalo o antiepileptika a jedno dítě mělo ordinováno diuretika.



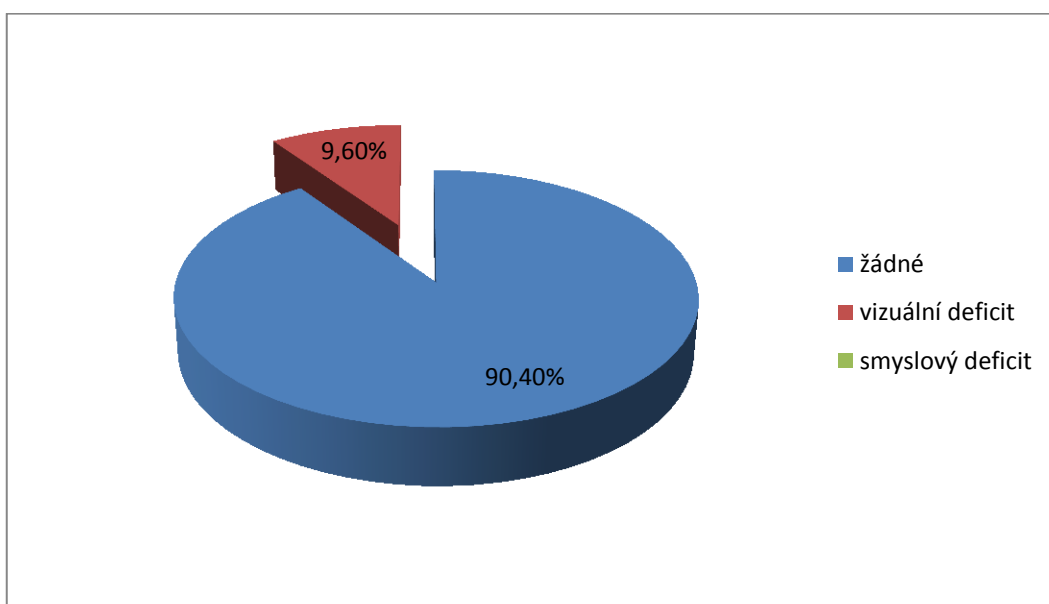
Obr. 6 Graf - medikace, posuzovatel 1, 2 (n = 125)

6.1.4 Položka č. 4 – Přidružená onemocnění

Do přidružených onemocnění je zařazen pouze smyslový a vizuální deficit. 1. posuzovatel vyhodnotil 15 dětí rizikových (viz obrázek 7), 2. posuzovatel potom dětí 12 (viz obrázek 8), příčinou rizika u obou posuzovatelů byl vizuální deficit, tedy porucha zraku, všechny děti potřebovaly brýle.



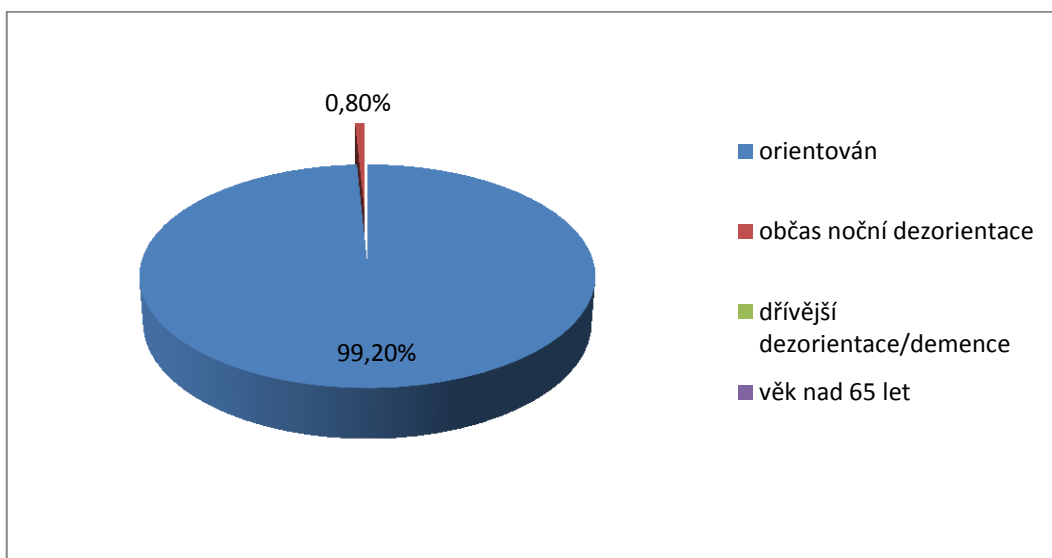
Obr. 7 Graf – přidružená onemocnění, posuzovatel 1 (n = 125)



Obr. 8 Graf - přidružená onemocnění, posuzovatel 2 (n = 125)

6.1.5 Položka č. 5 – Mentální status

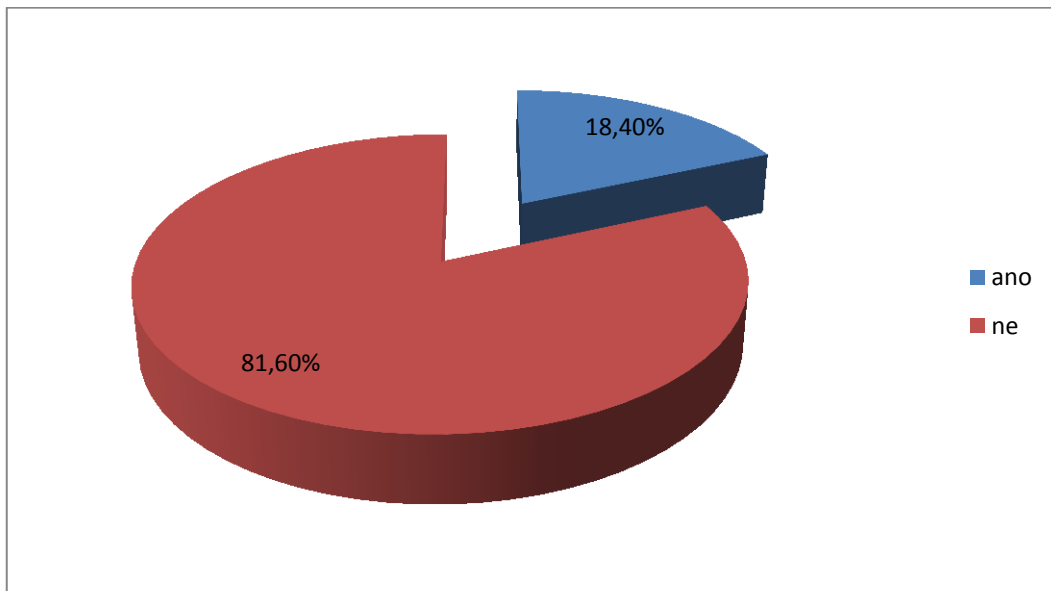
Z obrázku 9 je patrné, že v této položce se oba posuzovatelé opět shodovali, rizikové bylo jedno dítě z důvodu občasné noční dezorientace, kterou uváděli rodiče, a v průběhu hospitalizace se neprojevila. Kategorie demence a věková kategorie nad 65 let nemohla být u dětí hodnocena. Do věkové kategorie 18 – 65 let mohly být zařazeny děti od 18 do 19 let, což je horní hranice hospitalizace na dětském oddělení, ale v této kategorii nebylo žádné dítě.



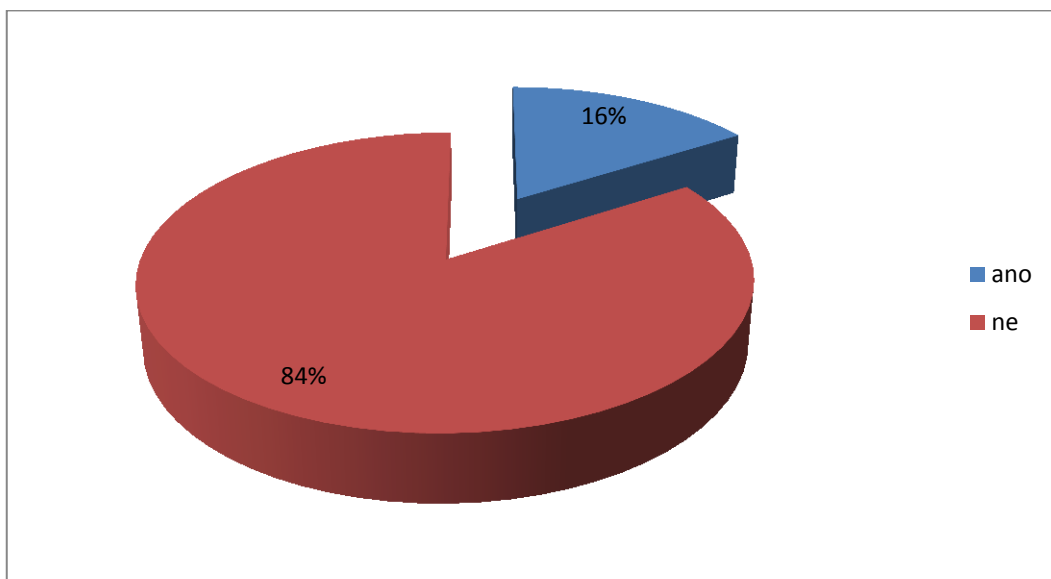
Obr. 9 Graf - mentální status, posuzovatel 1, 2 (n = 125)

6.1.6 Položka č. 6 – Pád v anamnéze

Při hodnocení této položky se oba posuzovatelé rozcházeli ve třech případech, 1. posuzovatel vyhodnotil 23 dětí rizikových (viz obrázek 10) a 2. posuzovatel zařadil do rizika 20 dětí (viz obrázek 11).



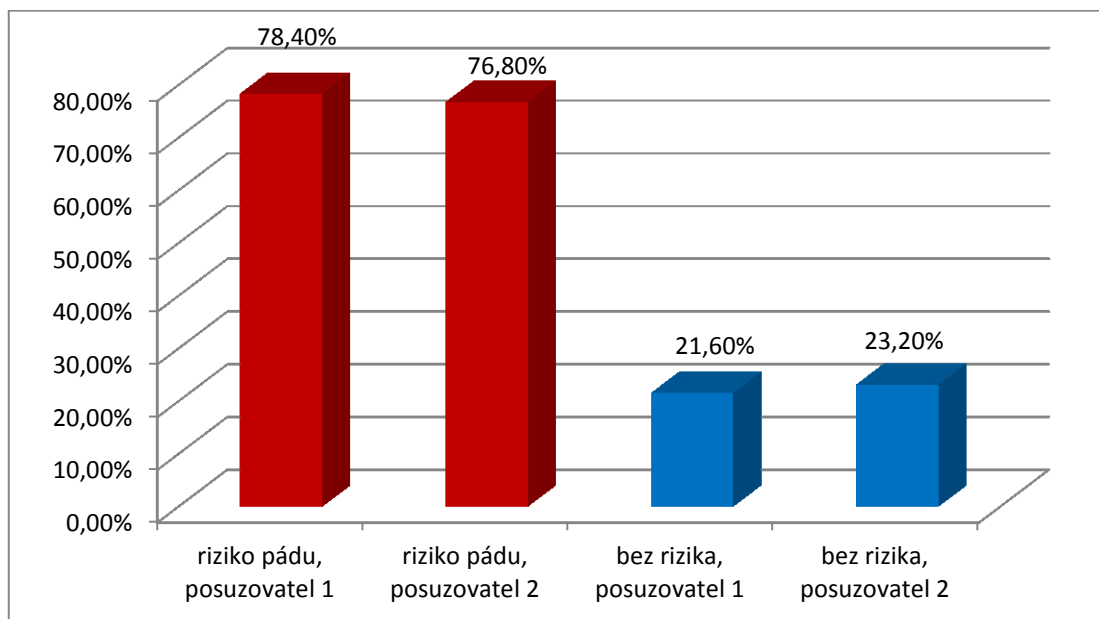
Obr. 10 Graf - pád v anamnéze, posuzovatel 1 (n = 125)



Obr. 11 Graf - pád v anamnéze, posuzovatel 2 (n = 125)

6.2 Analýza vytvořeného dotazníku pro screening rizika pádu u dětí (škála 2)

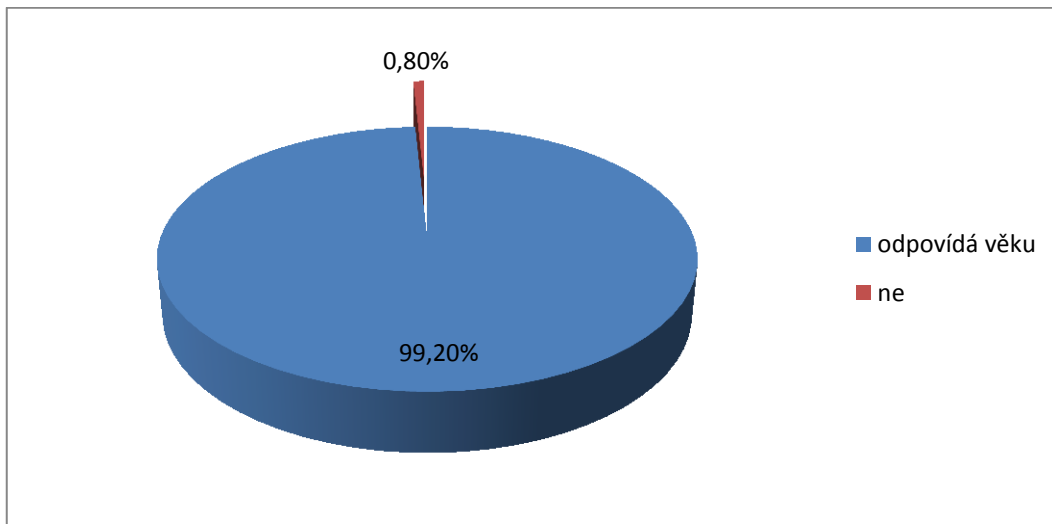
Při hodnocení rizika pádu pomocí vlastního screeningu bylo 1. posuzovatelem vyhodnoceno 98 dětí jako rizikových (78,4 %) a 2. posuzovatelem 96 dětí (76,8 %), což ukazuje obrázek 12.



Obr. 12 Graf – riziko pádu, posuzovatel 1, 2 (n = 125)

6.2.1 Položka č. 1 – Psychomotorický vývoj

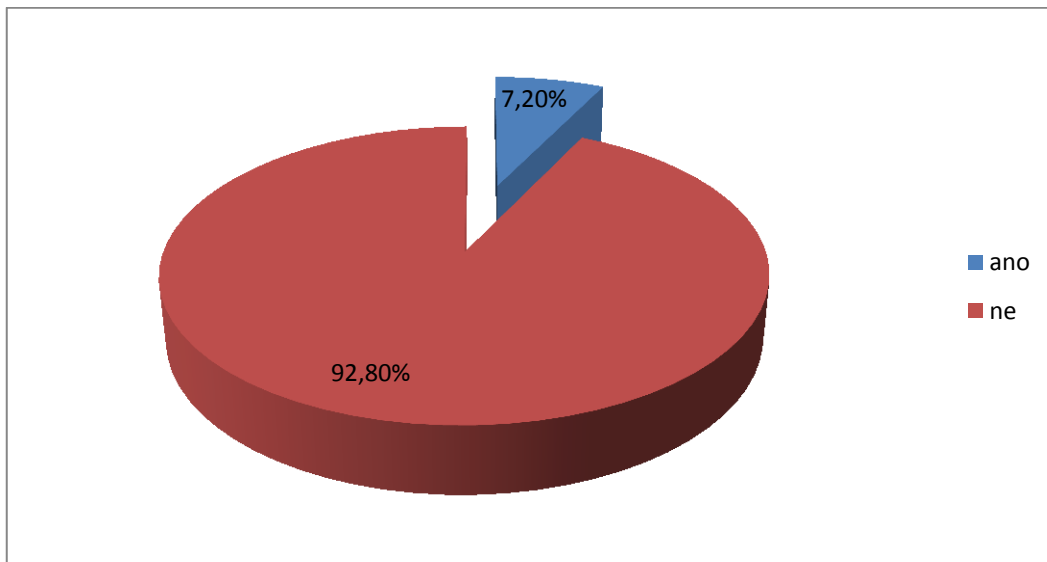
Jak je patrné z obrázku 13, psychomotorický vývoj odpovídal u 124 dětí věku, u jednoho dítěte bylo opoždění psychomotorického vývoje, oba posuzovatelé se shodovali.



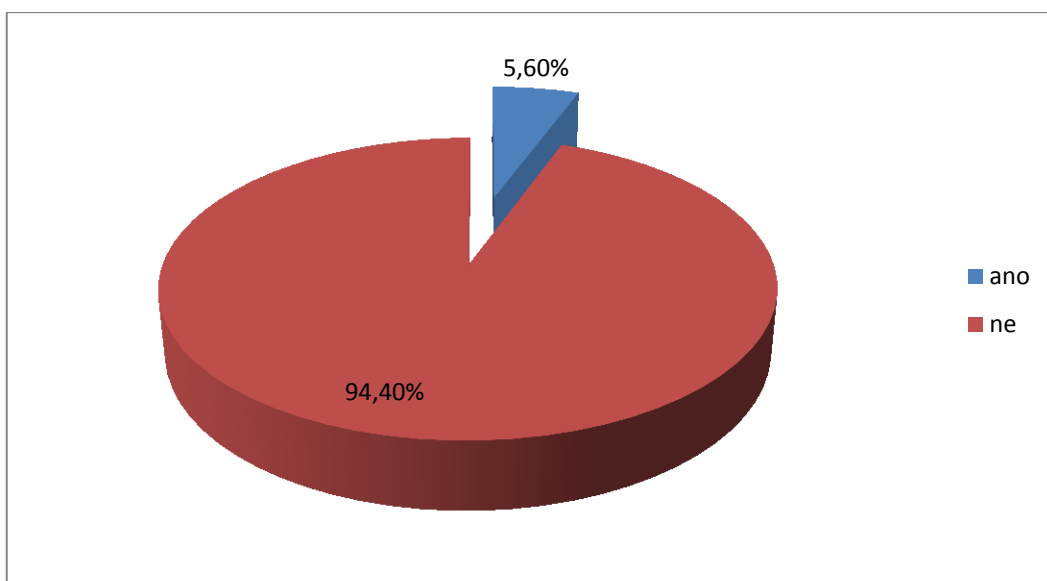
Obr. 13 Graf – psychomotorický vývoj, posuzovatel 1, 2 (n = 125)

6.2.2 Položka č. 2 – Změny/Zhoršení ve fyzickém stavu

V této položce bylo 1. posuzovatelem zařazeno do rizika pádu 9 dětí, což znázorňuje obrázek 14 a 2. posuzovatelem pak dětí 7 (viz obrázek 15).



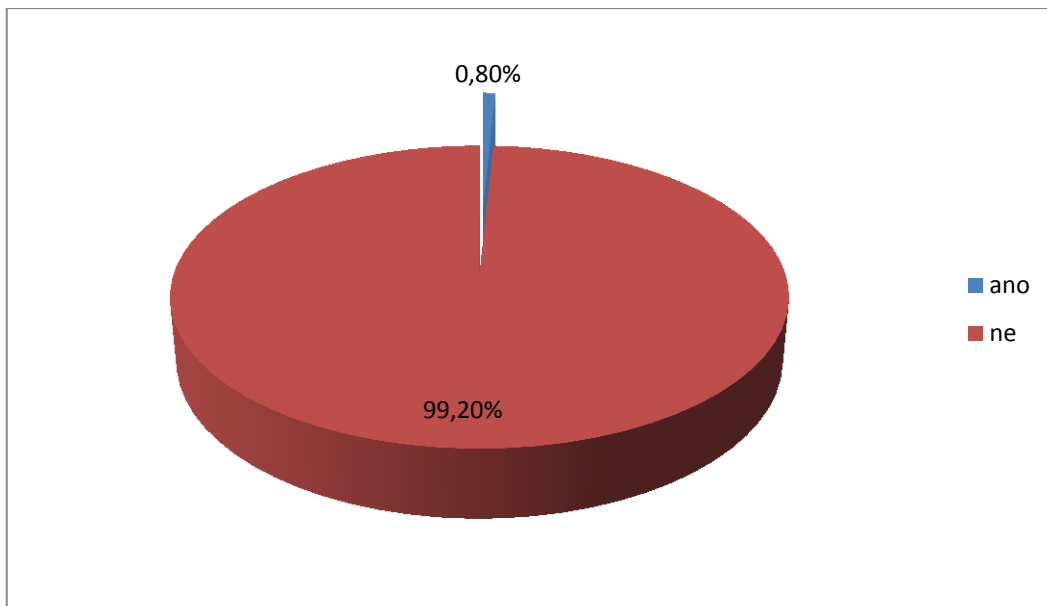
Obr. 14 Graf - změny/zhoršení ve fyzickém stavu, posuzovatel 1 (n = 125)



Obr. 15 Graf – změny/zhoršení ve fyzickém stavu, posuzovatel 2 (n = 125)

6.2.3 Položka č. 3 – Změny/Zhoršení v mentálním stavu

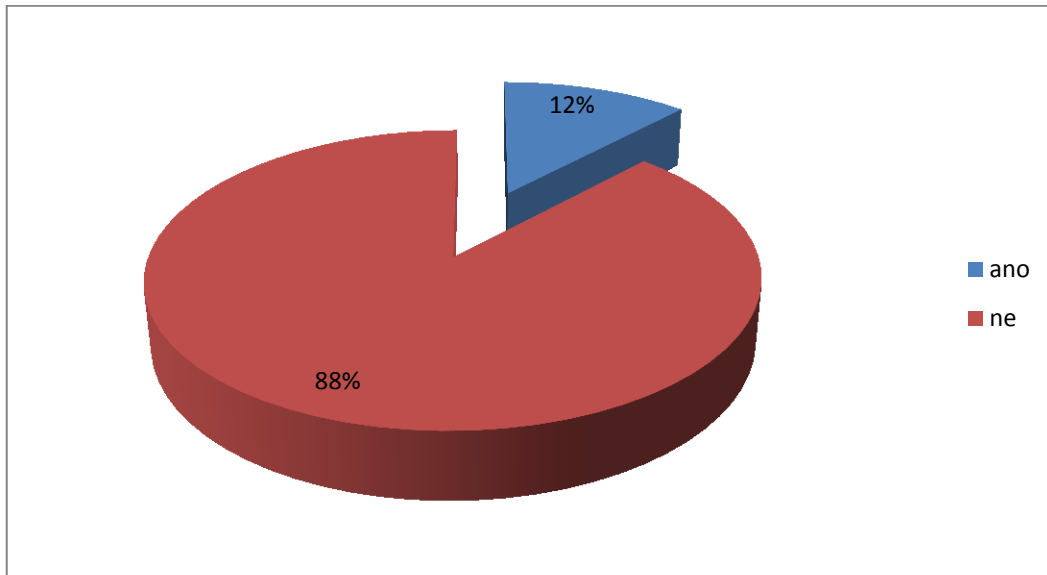
Z obrázku 16 vyplývá, že u obou posuzovatelů došlo ke shodě, oba vyhodnotili jedno dítě jako rizikové z důvodu mentální retardace.



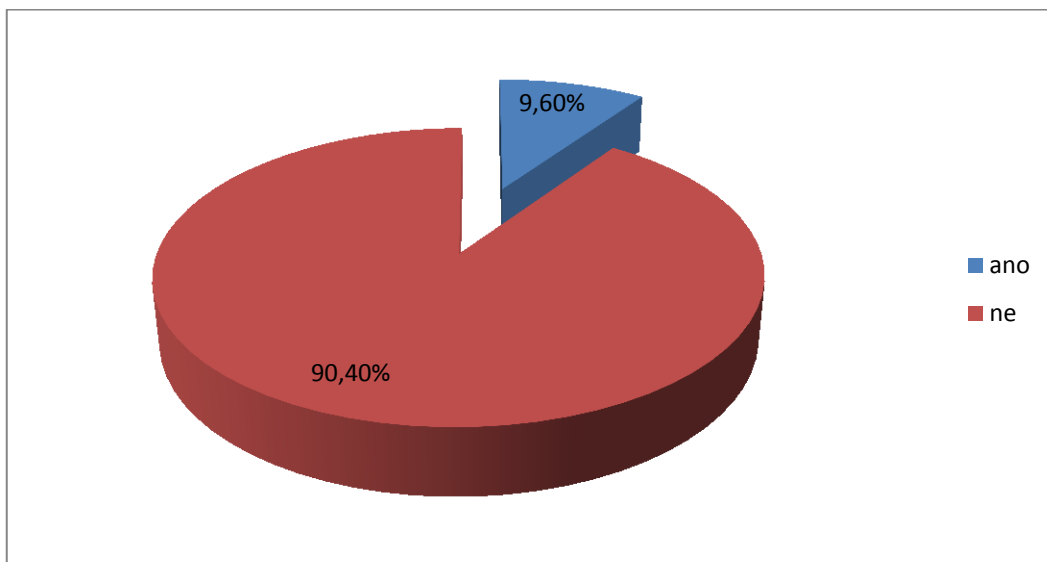
Obr. 16 Graf – změny/zhoršení v mentálním stavu, posuzovatel 1, 2 (n = 125)

6.2.4 Položka č. 4 – Smyslové poruchy

V této kategorii bylo u 1. posuzovatele 15 dětí rizikových z důvodu zrakového postižení (viz obrázek 17) a u 2. posuzovatele pak 12 dětí ze stejného důvodu (viz obrázek 18).



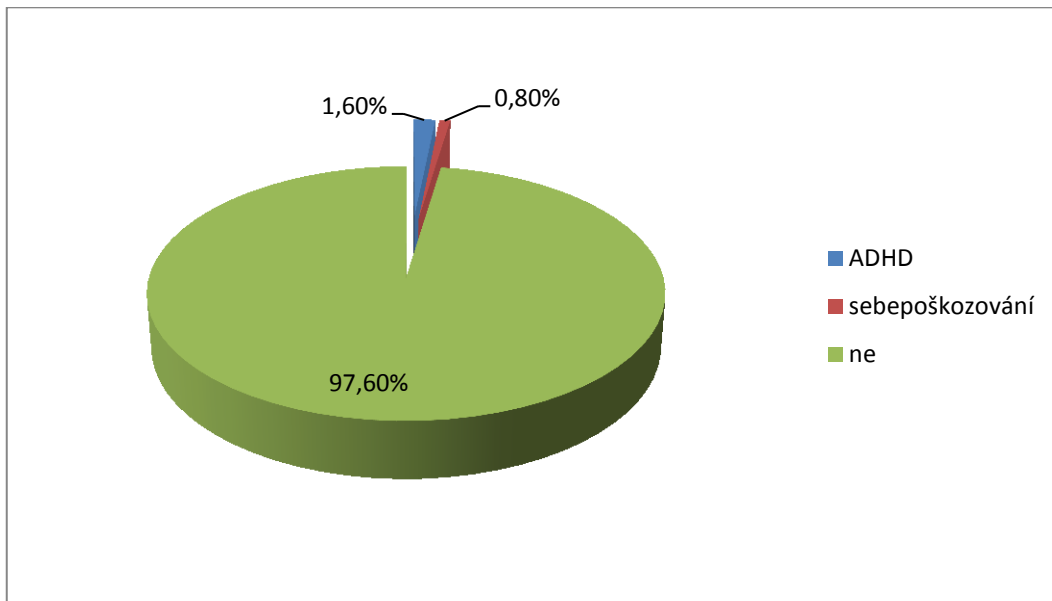
Obr. 17 Graf – smyslové poruchy, posuzovatel 1 (n = 125)



Obr. 18 Graf – smyslové poruchy, posuzovatel 2 (n = 125)

6.2.5 Položka č. 5 – Porucha chování

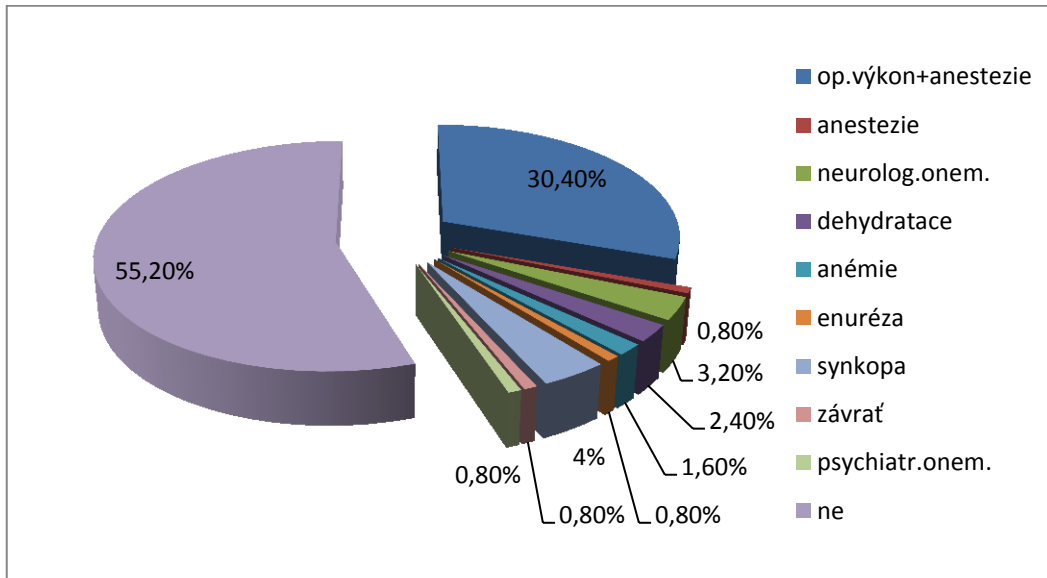
Z obrázku 19 je patrné, že při hodnocení této položky se posuzovatelé shodli, 122 dětí bylo nerizikových, tři děti byly vyhodnoceny jako rizikové, příčinou bylo 1x sebepoškozování a 2x ADHD.



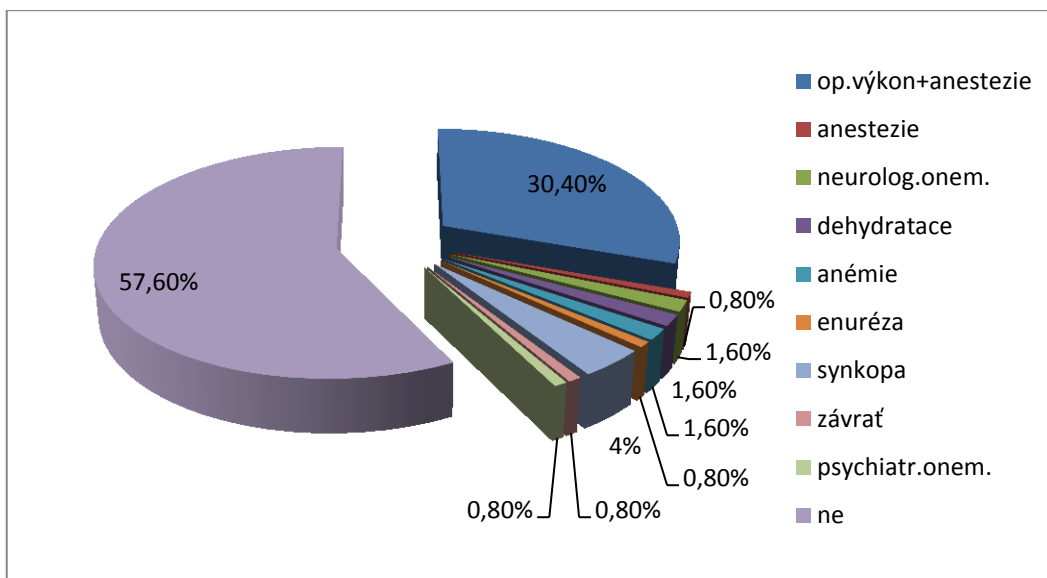
Obr. 19 Graf – porucha chování, posuzovatel 1, 2 (n = 125)

6.2.6 Položka č. 6 – Rizika/Omezení související s diagnózou

Na základě této položky byl do rizika pádu zařazen poměrně velký počet dětí. 1. posuzovatel jich vyhodnotil jako rizikových 56 (viz obrázek 20) a 2. posuzovatel 53 (viz obrázek 21). Nečastější příčinou rizika byl operační výkon a podání anestezie, dále synkopa, neurologické onemocnění, dehydratace, anémie, enuréza, závrať a psychiatrické onemocnění. Rozdíl mezi posuzovateli se týkal vyhodnocení neurologického onemocnění a dehydratace.



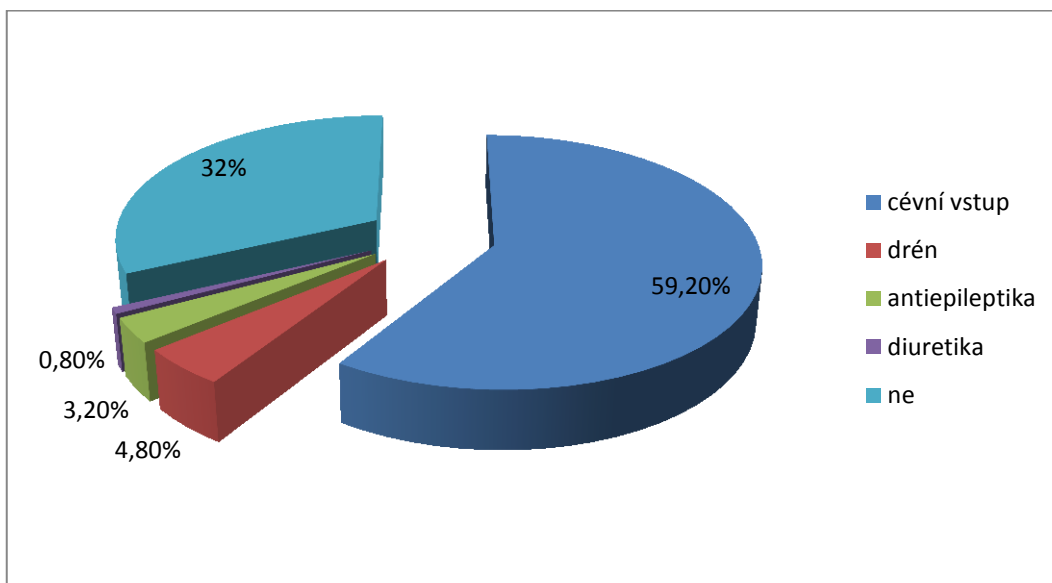
Obr. 20 Graf – rizika/omezení související s diagnózou, posuzovatel 1 (n = 125)



Obr. 21 Graf – rizika/omezení související s diagnózou, posuzovatel 2 (n = 125)

6.2.7 Položka č. 7 – Rizika/Omezení související s léčbou

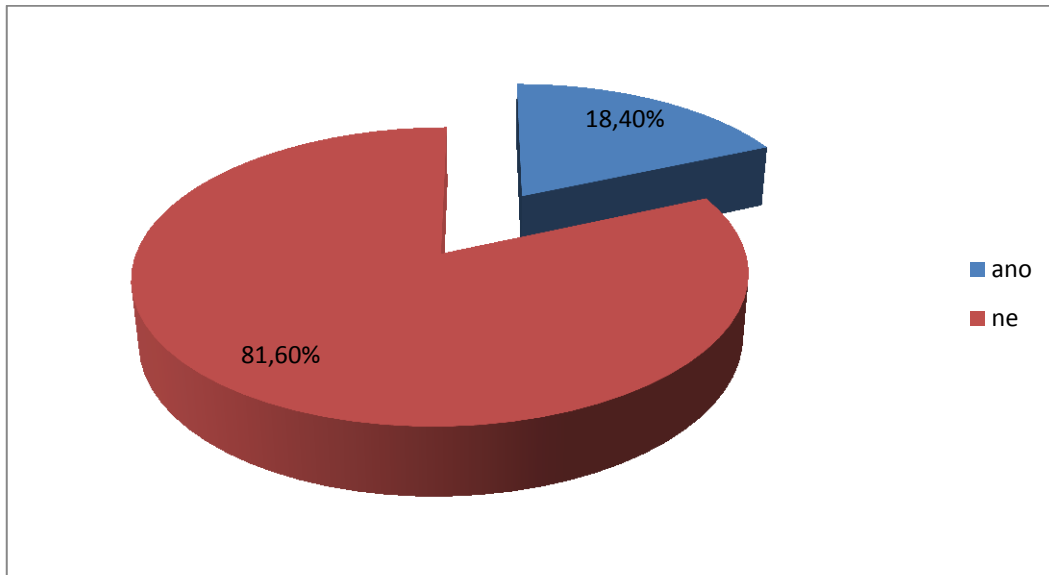
Při hodnocení této kategorie došlo u obou posuzovatelů ke shodě, jak ukazuje obrázek 22. Bylo zde zařazeno nejvíce dětí do rizika, a to 85. Nejčastějším důvodem byl cévní vstup (zavedení periferní kanyly), dále drény a rizikové léky. Močový katétr nemělo zaveden žádné dítě.



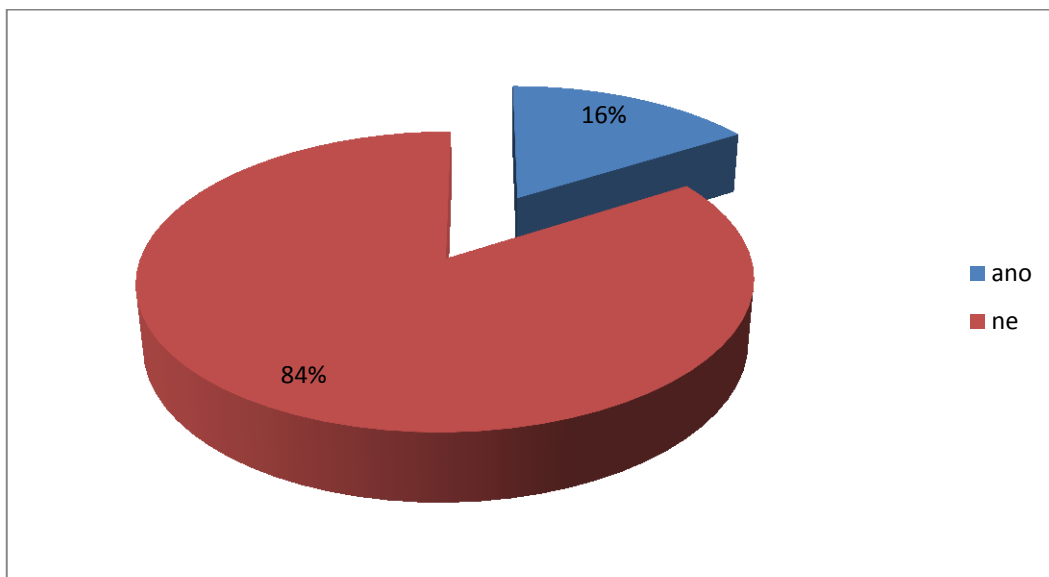
Obr. 22 Graf – rizika/omezení související s léčbou, posuzovatel 1, 2 (n = 125)

6.2.8 Položka č. 8 – Pád v anamnéze v posledních třech měsících

U této položky se oba posuzovatelé opět mírně rozcházel, 1. posuzovatel označil 23 dětí jako rizikových (viz obrázek 23) a 2. posuzovatel pak dětí 20 (viz obrázek 24).



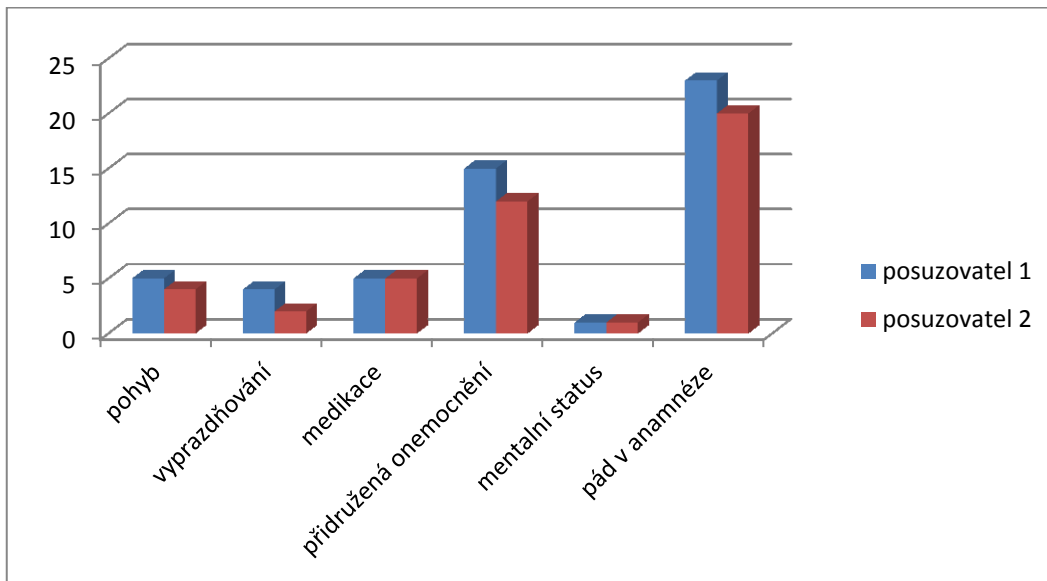
Obr. 23 Graf – pád v anamnéze v posledních třech měsících, posuzovatel 1 (n = 125)



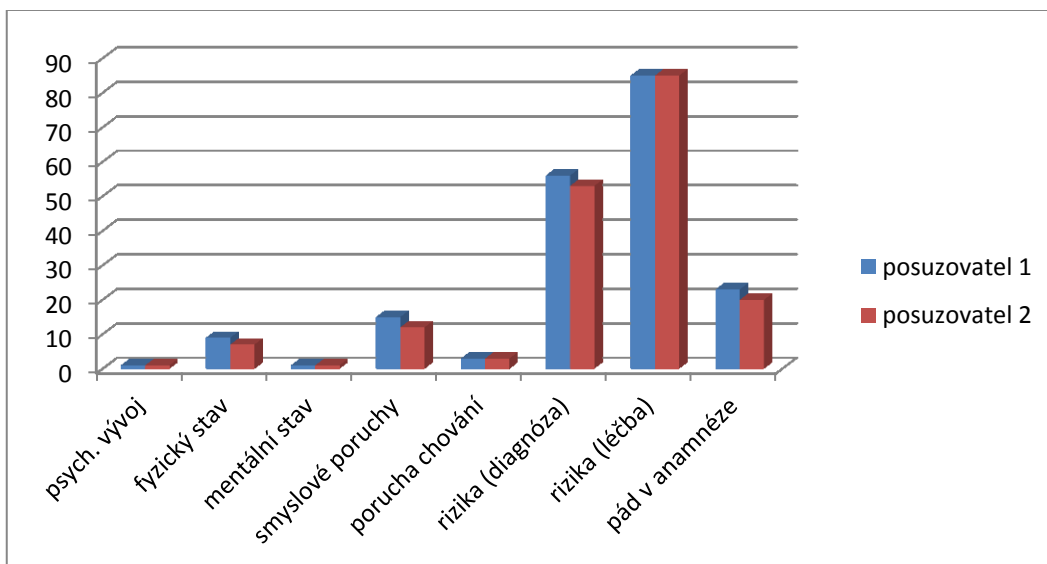
Obr. 24 Graf – pád v anamnéze v posledních třech měsících, posuzovatel 2 (n = 125)

6.3 Srovnání vyhodnocení škály 1 a škály 2 oběma posuzovateli

U škály 1 se oba posuzovatelé stoprocentně shodli pouze u dvou položek ze šesti, a těmi byly medikace a mentální status, což je znázorněno v obrázku 25. Škála 2 vykazovala větší shodu, oba posuzovatelé se shodli ve čtyřech položkách z osmi, což představuje poloviční shodu, která je vyjádřena v obrázku 26. Týkalo se to položek psychomotorický vývoj, mentální stav, porucha chování a rizika související s léčbou.



Obr. 25 Graf - škála 1, posuzovatel 1, 2 (n = 125)



Obr. 26 Graf - škála 2, posuzovatel 1, 2 (n = 125)

6.4 Analýza obou metod hodnocení rizika pádu

6.4.1 Škála 1

Škála 1, která je standardně používána u hospitalizovaných dětí, je určena pro dospělé pacienty a jak jsem již zmiňovala, není pro děti nijak upravena, a tudíž obsahuje položky, které jsou pro děti zcela nevhodné a nelze je ani vyhodnotit. Škála obsahuje šest položek.

- První položka, kterou je „*pohyb*“ (Obr. 2, Obr. 3), je rozdělena do čtyř oblastí, přičemž položky „*používá pomůcky*“ a „*potřebuje pomoc k pohybu*“, by mohly být sloučeny a tím by se zjednodušilo vyplnění, neboť dítě používající pomůcky ve většině případů vyžaduje i pomoc.
- Součástí položky „*vyprazdňování*“ (Obr. 4, Obr. 5) je „*nykturie/inkontinence*“, což jsou problémy vyskytující se převážně u starších lidí a nelze je vlastně u dětí hodnotit, proto se domnívám, že by bylo vhodné ji nahradit termínem enuréza, která je typická pro dětský věk. Stejně tak pod pojmem „*pomoc při vyprazdňování*“ si může každý představit něco jiného a položka tak nemusí být správně vyhodnocena, bylo by vhodné ji tedy více specifikovat.
- V položce „*medikace*“ (Obr. 6), která se týká užívání rizikových léků, nejsou žádné nejasnosti.
- Další položkou jsou „*přidružená onemocnění*“ (Obr. 7, Obr. 8), kde si lze vybrat pouze z nabídky žádné nebo „*smyslový či vizuální deficit*“, což je nedostatečné a určitě by se do této položky dalo zařadit spoustu jiných onemocnění (neurologická, psychiatrická, anémie, synkopa atd.).
- V položce „*mentální status*“ (Obr. 9) bylo nejvíce nehodnotitelných kategorií, a to „*demence*“, „*věk nad 65 let*“ a kategorie „*18 – 65 let*“, do které by bylo sice možné zařadit malé procento dětí, neboť hospitalizace na pediatrii je možná do ukončeného 18. roku, ale v mé studii se takové dítě nevyskytovalo.
- Poslední položkou škály je „*pád v anamnéze*“ (Obr. 10, Obr. 11), která je myslím jednoznačná a neměla by vést ke vzniku pochybností. Na základě této metody bylo do rizika pádu zařazeno 1. posuzovatelem 38 dětí a 2. posuzovatelem dětí 32 (Obr. 1), což je poměrně nízké číslo ve srovnání s vytvořeným dotazníkem pro screening rizika pádu (škála 2). Nejčastější příčinou rizika pádu dle škály 1 byla porucha zraku a pád v anamnéze.

6.4.2 Škála 2

Při použití škály 2 bylo vyhodnoceno 1. posuzovatelem 98 dětí rizikových a 2. posuzovatelem dětí 96 (Obr. 12) a nejčastějším rizikovým faktorem byl cévní vstup, operační výkon a anestezie, pád v posledních třech měsících, zrakové postižení a zanedbatelné nebyly ani změny či zhoršení ve fyzickém stavu. Vytvořený dotazník pro hodnocení rizika pádu obsahoval osm položek.

- První položkou dotazníku bylo, zda „*psychomotorický vývoj dítěte odpovídá věku*“ (Obr. 13), kde nebyly žádné pochybnosti, a oba posuzovatelé se shodovali.
- Druhá položka „*změny/zhoršení ve fyzickém stavu*“ (Obr. 14, Obr. 15) v praxi ukázala, že je potřeba tuto položku ještě rozvést a objasnit, neboť názor obou posuzovatelů se rozcházel a není vlastně jasné, co vše do změn či zhoršení ve fyzickém stavu zařadit.
- Třetí položku tvoří „*změny/zhoršení v mentálním stavu*“ (Obr. 16), která byla dobře hodnotitelná, stejně jako položka čtvrtá, kterou jsou „*smyslové poruchy*“, tedy zrakové nebo sluchové postižení (Obr. 17, Obr. 18).
- Jako pátou položku jsem si stanovila „*poruchu chování*“ (Obr. 19), do které jsem zařadila šest oblastí, u kterých se domnívám, že do poruch chování patří.
- Položka „*rizika/omezení související s diagnózou*“ (Obr. 20, Obr. 21) je poměrně rozsáhlá a obsahuje devět kategorií, které mohou zapříčinit pád.
- Další položkou jsou „*rizika/omezení související s léčbou*“ (Obr. 22), kam jsem zařadila jak invazivní vstupy, tak užívání rizikových léků.
- Poslední hodnocenou položkou je „*pád v posledních třech měsících*“ (Obr. 23, Obr. 24).

6.5 Počet pádů během výzkumného šetření

V průběhu výzkumného šetření došlo k pádu jednoho dítěte, které nebylo původní metodou hodnocení (škála 1) zařazeno do rizika. Na základě nově vytvořeného dotazníku pro screening rizika pádu (škála 2) bylo toto dítě rizikové. Důvodem zařazení do rizika pádu byla dehydratace (riziko související s diagnózou), změny/zhoršení ve fyzickém stavu a zavedení periferní kanyly (riziko související s léčbou).

Jednalo se o 17 – ti letého chlapce, který byl hospitalizován pro těžkou povlakovou tonzilitidu s vysokými teplotami, které přechodně klesaly po antipyreticích. Chlapec byl astenický,

udával bolesti v krku, obtížně polykal, doma i zvracel, měl oschlé sliznice a sníženou hydrataci. Po přijetí mu byla zavedena periferní kanyla, nasazena ATB parenterálně, kortikoidy, analgetika, antipyretika a parenterální výživa. První tři dny měl opakovaně febrilní špičky, byl unavený a bolestivý. Druhý den hospitalizace v noci v 1.15 hodin našla sestra chlapce sedícího na lůžku, udával, že spadl z lůžka, na událost si dobře pamatoval, ale nevěděl, proč se to stalo, ztěžoval si na bolest pravého ramene. Byl přivolán lékař, který chlapce vyšetřil, při pádu chlapec neutrpěl žádné zranění. Sestra lůžko opatřila postranicí a dále postupovala dle ošetrovatelského standardu (viz níže). Od čtvrtého dne hospitalizace byl již chlapec bez teplot a nutnosti parenterální rehydratace, od pátého dne se cítil dobře, polykání bylo minimálně bolestivé a desátý den hospitalizace byl propuštěn do domácí péče ve stabilizovaném stavu.

Péče o pacienta, včetně rizikového je zanesena v organizačních směrnicích nemocnice „*Organizace péče o pacienta*“ a „*Zásady vedení zdravotnické dokumentace*“. Nemocnice má také vypracovaný ošetrovatelský standard „*Péče o pacienta v riziku*“ (viz příloha K). Tuto přílohu přikládám po domluvě s náměstkyní NLZP dané nemocnice.

NLZP provádí posouzení stavu pacienta nejpozději do 24 hodin po přijetí. Součástí vstupního posouzení stavu je hodnocení rizik. V případě vyhodnocení rizikového pacienta postupuje NLZP dle tohoto standardu. Pacient v riziku pádu je na orientační tabuli označen zelenou značkou, pacient (rodina) je informován o preventivních opatřeních, pacient je umístěn na pokoj blízko pracovny sester a jsou zajištěna všechna nutná opatření (snížení lůžka, lůžkové brzdy, postranice, případně matrace na zem, signalizace, úprava okolí, vhodná poloha nočního stolku a pomůcek, kontrola obuvi, zvýšený dohled, kontrola nejméně po jedné hodině, vhodné noční osvětlení). Je-li identifikován rizikový pacient, je také stanovena ošetrovatelská diagnóza a ošetrovatelský plán.

Přehodnocení pacienta se provádí po sedmi dnech hospitalizace, při změně zdravotního stavu nebo v případě pádu pacienta. Dojde-li k pádu pacienta, zajistí NLZP poskytnutí první pomoci, informuje lékaře o pádu pacienta a dále postupuje dle jeho ordinací. Do hodnocení péče provede záznam o pádu a provedených opatřeních, zajistí hlášení nežádoucí události v systému IKIS v elektronické podobě a přehodnotí riziko pádu. V případě těžkého zranění je provedena vedoucí sestrou oddělení analýza příčiny pádu.

7 DISKUZE

Na základě zjištěných dat z výzkumného šetření provedu v této kapitole shrnutí, zodpovězení na položené výzkumné otázky a vyhodnotím cíle, které jsem si na začátku práce stanovila.

V této bakalářské práci jsem si vytyčila tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1

Jaká je funkčnost obou metod hodnocení rizika pádu (dosud používané i vytvořené škály), jaké jsou jejich výhody a nevýhody?

K zodpovězení této otázky mi pomohl rozbor obou metod hodnocení rizika pádu.

Mým cílem bylo zjistit funkčnost obou použitých metod pro hodnocení rizika pádu, jejich výhody a nevýhody.

Škála 1 zařazuje do rizika pádu malé procento dětí, vzhledem k tomu, že obsahuje položky, které jsou u dětí nehodnotitelné. Na základě organizační směrnice nemocnice „*Zásady vedení zdravotnické dokumentace*“ a ošetřovatelského standardu „*Péče o pacienta v riziku*“ jsou všichni pacienti (tedy i děti) po operačním výkonu v den operace (0. den) v riziku pádu bez vyhodnocení škály. Následující dny je ošetřovatelská diagnóza ponechána s ohledem na aktuální stav pacienta. Používaná škála tyto pacienty vyhodnotit nemůže, protože takovou položku neobsahuje. Ale už do rizika nelze zařadit děti, kterým je podána anestezie z důvodu vyšetření a ne operačního výkonu. Dle ošetřovatelského standardu „*Péče o pacienta v riziku*“ má NLZP kompetenci zařadit pacienta do rizika pádu i bez objektivního výsledku vyhodnoceného rizika. V hodnocení péče pak zaznamená důvod zařazení do rizika. U této škály používané v pediatrii nehodnotím žádné výhody, spíše jen nevýhody. Děti jsou zařazovány do rizika častěji na základě platných vnitřních norem nemocnice, než na základě vyhodnocení škály.

Nástroj pro screening rizika pádu (škála 2) jsem vytvořila na základě poznatků a doporučení odborné literatury (Bowden, Greenberg, 2008; Hlaváčková, Klementová a Macurová, 2012), tak aby odpovídal co nejvíce potřebám dětského věku, byl jednoduchý, stručný a časově nenáročný. Škála obsahuje položky, které jsou specifické pro dětský věk, lze je hodnotit u všech věkových kategorií a jsou zvláštností dětských pacientů přizpůsobeny. Vytvořený dotazník je přehledný a srozumitelný a obsahuje informace podstatné ke zjištění rizika pádu. Moje studie probíhala pouze dva měsíce a pouze na jednom dětském oddělení, což je pro

ověření v praxi nedostatečné. Ke zjištění výhod a nevýhod této metody je nutné ji ověřovat delší časový úsek, ve více zdravotnických zařízeních a také ji statisticky ověřit.

Během mého výzkumného šetření došlo k pádu jednoho dítěte, jednalo se o chlapce, který byl škálou 2 vyhodnocen jako rizikový. K pádu došlo v nočních hodinách, chlapec byl hospitalizován s onemocněním trávicího traktu, pádu nebyl nikdo přítomen, místem pádu byl pokoj a jednalo se o chlapce, což jsou shodné znaky se studií, jejíž výsledky k porovnání příkládám. Jednalo se o prospektivní studii, která byla prováděna v roce 2012 v dětské nemocnici v Janově v Itálii, a jejím cílem bylo zhodnotit počet pádů u dětí přijatých do dětské nemocnice. Data byla získána z evidence dětské nemocnice za šest měsíců a analyzována byla podle popisných statistik. Bylo hlášeno 58 pádů, děti byly ve věku od sedmi měsíců do 16 let, většina pádů nastala u dětí od jednoho do tří let. Byl pozorován zvýšený výskyt pádů u chlapců, z diagnóz to byla především onemocnění trávicího a respiračního traktu a také onemocnění ovlivňující centrální nervový systém. Převážná většina pádů byla ve večerních hodinách mezi 16. hodinou a půlnocí a místem pádu nejčastěji pokoj, dále chodba, herna a koupelna. Přítomnost pečovatele byla v 53 případech, což představuje 91,4 %, ve třech případech byly děti samy a u dvou byli přítomni rodiče. Příčinou pádů byly ztráta rovnováhy, porucha vědomí, závrať, vývojové faktory, nedostatečná pozornost rodičů či pečovatelů, mezi další faktory patřily nerovné a mokré povrchy, nesprávný typ lůžka, nestabilní židle a další. Následkem pádů byla fyzická zranění, pohmožděniny, exkoriace, tržné rány, podvrtnutí a v jednom případě fraktura. Emoční trauma nebylo zaznamenáno. Všechny děti byly vyšetřeny chirurgem.

Tato studie vypovídá, že zvýšený počet pádů je u chlapců, a to ve večerních hodinách, nejčastějším místem pádu je pokoj nemocného a mezi časté diagnózy patří onemocnění trávicího či respiračního traktu, což se shoduje i s mým zjištěním. Výsledky této studie jsou za období šesti měsíců, kdy v této nemocnici došlo k pádu 58 dětí ve věku od sedmi měsíců do 16 let, za stejné období došlo v naší nemocnici k pádu 2 dětských pacientů ve věku 15 a 17 let a jednalo se o dívku a chlapce. Toto nízké číslo je dáno zřejmě velikostí oddělení a nižším počtem přijatých dětí a srovnání výsledků není tedy objektivní (Nursing children and young people, 2012, s. 22 – 26).

Výzkumná otázka č. 2

Jaká je shoda a rozdíly mezi dvěma nezávislými posuzovateli?

Při hodnocení rizika pádu původní metodou (škála 1) bylo do rizika pádu zařazeno 1. posuzovatelem 38 dětí a 2. posuzovatelem dětí 32, rozdíl činil 4,8 %. Při použití vlastního dotazníku (škály 2) bylo rizikových dětí vyhodnoceno 1. posuzovatelem 98 a 2. posuzovatelem 96, rozdíl zde činil pouhých 1,6 %.

U škály 1, kde bylo hodnoceno šest položek, se oba posuzovatelé stoprocentně shodli pouze u dvou položek, a to v položce medikace a mentální status. U všech ostatních položek byly minimální rozdíly. Škála 2, kde se hodnotilo osm položek, vykazovala větší shodu, oba posuzovatelé se stoprocentně shodli u čtyř, tedy poloviny položek. Rozdíly se týkaly vyhodnocení změn/zhoršení ve fyzickém stavu, smyslových poruch, rizik/omezení souvisejících s diagnózou a pádu v posledních třech měsících.

Přítomnost rizikových faktorů byla hodnocena pomocí rozhovoru přímo s dítětem (dle věku a rozumových schopností) nebo s rodiči. Informace byly také získávány z lékařské dokumentace, a to zejména riziková medikace a přítomnost současných a vedlejších diagnóz. Časový odstup vyhodnocení mezi oběma posuzovateli nebyl více jak 12 hodin. Rozdíly ve vyhodnocení jednotlivých položek si vysvětlují tím, že hodnocení rizik je velmi subjektivní, může být dáno i určitou neznalostí či nepozorností posuzovatele, rodiče mohou v jiném časovém úseku udávat rozdílné informace a během časové prodlevy při hodnocení může dojít i k určitému vývoji zdravotního stavu. Vyhodnocení rizik v naprosto stejném časovém úseku nebylo ale možné. Za důležité považují zvýšit edukaci sester v této oblasti, prodiskutovat případné otázky, tak aby vyhodnocení rizik mělo co největší efekt.

I když při hodnocení rizik pomocí škály 2 došlo k větší shodě mezi posuzovateli, nelze stanovit jednoznačný závěr, neboť toto nebylo ověřováno statisticky.

Výzkumná otázka č. 3

Jak posuzují vytvořený dotazník pro screening rizika pádu dva nezávislí hodnotitelé?

Dotazník pro screening rizika pádu byl vytvořen pro účely výzkumného šetření v rámci této bakalářské práce. Důvodem byla absence vhodné škály pro dětské pacienty a používání metod určených pro dospělé pacienty, které jsou pro děti nevhodné hlavně tím, že obsahují položky, které nelze u dětí hodnotit. Škála byla vytvořena dle doporučení odborné literatury (Bowden, Greenberg, 2008; Hlaváčková, Klementová a Macurová, 2012), cílem bylo, aby byla pro sestry relativně stručná, srozumitelná, nabízela pouze odpovědi ano/ne, zahrnovala co nejvíce položek souvisejících s rizikem pádu a byla také časově nenáročná. Vyplnění dotazníku trvalo průměrně oběma posuzovatelům cca 5 minut, vždy záleželo na konkrétním dítěti, jeho zdravotním i mentálním stavu a diagnóze při přijetí. Časová náročnost vyplnění dosud používané metody (škála 1), byla sice méně než 5 minut, ale důvodem bylo méně položek v dotazníku a také skutečnost, že některé položky se jednoduše nehodnotily.

Druhý posuzovatel, kterým byla sestra pracující na dětské příjmové ambulanci, hodnotil dotazník kladně, a to pro jeho smysluplnost, neboť obsahoval položky, na které byla většinou jednoznačná odpověď na rozdíl od původní metody, která se se používá spíše ze setrvačnosti a nepřináší požadovaný efekt. Oba posuzovatelé se shodli, že by bylo dobré některé položky, zejména ty, kde se nejvíce rozcházel, ještě rozvinout o doplňující informace. Jsou to především změny/zhoršení ve fyzickém stavu, kde není úplně jednoznačné, co vše do této kategorie zařadit a bylo by asi dobré tuto položku doplnit. Otázkou je, zda do této položky zahrnout pouze onemocnění pohybová, poranění, traumata nebo také celkovou slabost, únavu, horečnaté onemocnění, patřit by zde mohla i onemocnění kožní, alergická či infekční. Stejně tak by bylo dobré specifikovat neurologické a psychiatrické onemocnění.

Také by bylo vhodné dostatečné proškolení personálu, zejména nově nastupujících sester, zvýšení edukace, tak aby nedocházelo k chybování při vyplňování.

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na hodnocení rizika pádů v pediatrii, které jsou často ignorovány s tím, že u dětí jsou pády normálním jevem, přitom jsou často důsledkem specifických rizikových faktorů. Problematika pádů je aktuální téma, kterým se zabývá i Ministerstvo zdravotnictví ČR, které vytvořilo Resortní bezpečnostní cíle v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotních služeb, do kterých prevence pádů patří.

Cílem výzkumné části bylo provést analýzu metody k hodnocení rizika pádu (škála 1) používané na dětském oddělení v nemocnici okresního typu, analýzu vlastního dotazníku pro screening rizika pádu u dětí (škála 2) na identickém oddělení a ověření jejich funkčnosti dvěma nezávislými posuzovateli v praxi. Cílem bylo také zjistit, jaké jsou rozdíly při vyhodnocování rizika pádu na obou škálách. Při výzkumu jsem zjistila, že původní metoda hodnocení je pro děti nevyhovující, zařazuje do rizika malé procento dětí, neboť obsahuje položky, které jsou pro děti nevhodné a mnohdy nehodnotitelné. Vlastní metoda, která byla vytvořena na základě studia dostupné literatury, obsahuje položky odpovídající zvláštnostem dětského věku a zařazuje do rizika pádu mnohem větší počet dětí. U této škály byla mnohem větší shoda mezi posuzovateli, stoprocentní shoda byla u poloviny položek, zatímco u původní škály to byla naprostá shoda pouze u dvou položek. Při vyplňování původní metody se posuzovatelé shodovali v 95 %, kdežto u nově vytvořeného dotazníku se shodovali ve více než 98 %. Domnívám se, že aby byl rozdíl mezi posuzovateli minimální, bylo by vhodné ještě některé položky více specifikovat, vypracovat doporučení, kterými by se sestry při vyplňování řídily a zaměřit se na edukaci personálu v této oblasti. Výsledky výzkumu ukazují, že u vlastního dotazníku hodnocení rizika pádu je shoda dvou posuzovatelů větší a rozdíl menší, aby bylo však možné konstatovat, že je tato škála pro praxi vhodnější, je třeba ji statisticky ověřit. Během výzkumu došlo také k pádu jednoho dětského pacienta, který nebyl původní škálou vyhodnocen v riziku, dle nově vytvořeného dotazníku byl rizikový. Vytvoření návrhu škály pro hodnocení rizika pádu u dětí, která je krátká, jednoznačná, obsahuje pouze odpovědi ano/ne, je přínosem pro praxi, i když v průběhu výzkumného šetření jsem odhalila i určité nedostatky, proto by bylo vhodné nabídnout ji odborné společnosti, aby mohla být podrobena dalšímu výzkumu. Předkládám tuto škálu k dispozici, neboť považuji za důležité, aby jednotlivá zdravotnická zařízení měla k dispozici soubor validních nástrojů, ze kterých by mohla volit podle svých potřeb a zaměření.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. AMBLER, Zdeněk. Neurologické poruchy a základní principy farmakoterapie staršího věku. *Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 5, s. 254-257. ISSN 1214-8687.
2. BOWDEN V. R.; GREENBERG C. S. *Pediatric Nursing Procedures*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
3. COOPER, L.; NOLT, J. D. Development of an Evidence-based Pediatric Fall Prevention Program. *Journal of Nursing Care Quality*. 2007, vol. 22, no 2.
4. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pády* [online]. [cit. 2014-10-14]. Dostupné z www: <http://www.cnaa.cz/narodni-indikatory-kvality-pece/pady/>
5. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pády u hospitalizovaných pacientů* [online]. [cit. 2014-11-24]. Dostupné z www: <http://www.padovastudie.com/>
6. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. Praha: Česká asociace sester, 2007 [cit. 2014 – 12 – 09]. Dostupné z www: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf
7. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012* [online]. [cit. 2014-12-09]. Dostupné z www: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf
8. DOSTÁLOVÁ, Barbora; NAHODILOVÁ, Helena. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 1, s. 31. ISSN 1210-0404.
9. FORMÁNKOVÁ, Eva. *Hodnocení rizika pádu u hospitalizovaných dětí*. Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
10. FROLÍK, Zbyněk. Inovace pro moderní pediatrickou péči. *Florence*. 2014, roč. X, č. 7- 8, s. 35. ISSN 1801-464X.
11. GLADKIJ, Ivan, *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
12. HLAVÁČKOVÁ, E.; KLEMENTOVÁ, M.; MACUROVÁ, S. Jak je sledováno riziko pádů u dětí v českých zdravotnických zařízeních? *Pediatric pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 6, s. 412-414. ISSN 1213-0494.
13. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-807-3675-929.

14. JOINT COMMISSOON RESOURCES. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 171 s. ISBN 978-80-274-1715-9.
15. KLEMENTOVÁ, Monika. *Screening rizika pádu v pediatrii jako indikátor kvality péče*. Pardubice, 2012. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
16. KROUTILOVÁ, L.; HLAVÁČKOVÁ, E.; PITROVÁ, M. Screening rizika pádů v pediatrii. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 3, s. 25-27. ISSN 1801-464X.
17. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
18. MANDYSOVÁ, P., VORLÍČKOVÁ, H. Portál EUNIO : *Pády* [online]. [2008] [cit. 2014-12-15]. Dostupný z:
<http://www.eunio.cz/offline/review_win_soubory/review_content.htm?review=56&tema=&sekce=0&show_all=t>.
19. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
20. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Resortní bezpečnostní cíle* [online]. 2013 [cit. 2015-01-24].
Dostupné z www: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html
21. MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽÉR PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
Hodnotící škály [online]. [cit. 2015-02-15].
Dostupné z www: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
22. NURSING CHILDREN AND YOUNG POEPL. *Falls among children in an Italian hospital: a prospective study* [online]. 2012 [cit. 2015-02-28].
Dostupné z www: <http://journals.rcni.com/journal/ncyp>.
23. O'CALLAGHAN, Christopher a Terence STEPHENSON. *Pediatric do kapsy*. Praha: Grada, 2005, 434 s. ISBN 80-247-0933-3.
24. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. ISBN 978-802-4729-688.
25. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4735-580

26. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006, 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
27. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-802-4716-138
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, 2010, 280 s. ISBN 978-802-4732-862.
29. SVOBODOVÁ, Dita. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. *Florence*. 2013, roč. IX, č. 6, s. 23-31. ISSN 1801-464X.
30. ŠAŠINKA, M., T. ŠAGÁT a L. KOVÁCS. *Pediatrics*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Bratislava: HERBA, 2007, S: 18, 741-1450, Dieškova edícia, zv. 2 (2. diel). ISBN 978-808-9171-491.
31. ŠENKÁROVÁ, Zuzana. Management pádů v ošetrovatelství. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 9, s. 36-37. ISSN 1210-0404.
32. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
33. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-802-4726-168.
34. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-701-3419-4.
35. ZACHAROVÁ, Eva. Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 5, s. 334-335. ISSN 1213-0494.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A: Doporučený ošetrovatelský postup při pádu pacienta
- Příloha B: Doporučený ošetrovatelský postup při přijetí pacienta
- Příloha C: Doporučený ošetrovatelský postup v průběhu hospitalizace
- Příloha D: Hodnocení rizika pádu dle Morse
- Příloha E: Get up and go test
- Příloha F: Hodnocení pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou
- Příloha G: Gaitův funkční test
- Příloha H: Humpty Dumpty Falls Scale
- Příloha I: Hodnocení rizika pádu
- Příloha J: Vlastní nástroj pro určení rizika pádu
- Příloha K: Ošetrovatelský standard Péče o pacienta v riziku

Příloha A: Doporučený ošetrovatelský postup při pádu pacienta

Doporučený ošetrovatelský postup při pádu pacienta dle České asociace sester (2007)

- Pokud je NLZP přítomen pádu, pokusit se zmírnit pád nebo zajistit měkký dopad
- Nechat pacienta sesunout k podlaze, přidržit hlavu a trup
- Nepokoušet se pacienta zvedat a držet vzhůru, přivolat pomoc
- Posoudit stav vědomí, schopnost pacienta reagovat na oslovení a zkontrolovat základní životní funkce
- Zjistit rozsah možného poranění pacienta po pádu a přivolat lékaře
- Spolu s lékařem zajistit první ošetření pacienta
- Zajistit dle ordinace další potřebná vyšetření a ošetření pacienta
- Zaznamenat do dokumentace pacienta pád včetně všech okolností, následků a navržených preventivních opatření
- Zjistit příčiny pádu a provést opatření zabraňující opakování pádu
- Pokud nebyl pacient primárně identifikován jako rizikový zařadit ho do rizika
- Zajistit, aby lékař informoval osoby určené pacientem nebo zákonné zástupce o pádu
- Předat informace o dalších preventivních opatřeních, a to pacientovi, osobám určených pacientem, průvodcům a zákonným zástupcům

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. Praha: Česká asociace sester, 2007 [cit. 2014 – 12 – 09]. Dostupné z [www: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf](http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf)

Příloha B: Doporučený ošetrovatelský postup při přijetí pacienta

Doporučený ošetrovatelský postup při přijetí pacienta dle České asociace sester (2007)

- Zhodnotit riziko vzniku pádu u pacienta nejpozději do 8 hodin od přijetí
- Informovat pacienta nebo průvodce pacienta o důvodu a způsobu prevence a opatřeních snižující riziko pádu a získat je ke spolupráci
- Stanovit preventivní opatření a zajistit jejich realizaci
- Seznámit pacienta s prostorovým uspořádáním oddělení (WC, koupelna, jídelna) a s rizikovými místy (překážky v cestě, schodiště)
- Seznámit pacienta se signalizací
- Zbavit pacienta obavy z přivolání personálu v případě nutnosti

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. Praha: Česká asociace sester, 2007 [cit. 2014 – 12 – 09]. Dostupné z www: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf

Příloha C: Doporučený ošetrovatelský postup v průběhu hospitalizace

Doporučený ošetrovatelský postup dle ČAS (2007) v průběhu hospitalizace

- Označit lůžko či pacienta v riziku pádu dle zvyklostí pracoviště
- Organizovat ošetrovatelskou péči tak, aby byl zajištěn u rizikového pacienta zvýšený dohled, informovat všechny členy ošetrujícího týmu
- Zajistit realizaci preventivních opatření (snažit se o co nejrychlejší orientaci pacienta ve svém okolí, pravidelně kontrolovat signalizační zařízení, přesvědčit se, že jej má pacient na dosah a umí jej používat, zajistit noční osvětlení pro lepší orientaci pacienta, odstranit pacientovi z cesty všechny možné překážky na pokoji, chodbě, koupelně či WC, ukládat pacientovi osobní věci a pomůcky, tak, aby byly pro něj dosažitelné, naučit pacienta správně a bezpečně používat lokomoční pomůcky, u pacientů s ortostatickou hypotenzí doporučit pomalou změnu polohy při vstávání z lůžka nebo křesla, pomáhat pacientovi na toaletu nebo nabízet v pravidelných intervalech 1-2 hodin podložní mísu)
- Poučit pacienta o nežádoucích účincích ordinovaných léků (ortostatická hypotenze, závratě, ospalost)
- V noci zajistit zvýšený dohled
- V případě potřeby použít omezující pomůcky k zabránění pádu
- V průběhu hospitalizace přehodnocovat riziko pádu dle zvyklostí zařízení a vždy při změně zdravotního stavu
- V případě hospitalizace průvodce nebo zákonného zástupce předávat informace související s rizikem pádu

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. Praha: Česká asociace sester, 2007 [cit. 2014 – 12 – 09]. Dostupné z www: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf

Příloha D : Hodnocení rizika pádu dle Morse

Stupnice pádů Morse

| Proměnná | Stupnice | Body | Hodnocení |
|---|----------------------------------|------|-----------|
| Pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících | ne | 0 | |
| | ano | 25 | |
| Vedlejší diagnóza | ne | 0 | |
| | ano | 15 | |
| Pomůcky k chůzi | klid na lůžku/pomoc sestry | 0 | |
| | berle/hůl/chodítka | 15 | |
| | nábytek | 30 | |
| Intravenózní přístup/heparinová zátka | ne | 0 | |
| | ano | 25 | |
| Chůze/pohyb | normální/klid na lůžku/nemobilní | 0 | |
| | slabé | 15 | |
| | zhoršené | 30 | |
| Duševní stav | vědom si svých možností | 0 | |
| | zapomíná na svá omezení | 15 | |

Celkový součet: _____

Míra rizika

Hodnocení

Opatření

bez rizika

0 - 24

dobrá základní ošetrovatelská péče

nízké riziko

25 - 50

standartní opatření k prevenci pádů

vysoké riziko

≥ 51

opatření u vysoce rizikových pacientů

JOINT COMMISSOON RESOURCES. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 171 s. ISBN 978-80-274-1715-9.

Příloha E: Get up and go test

GET UP AND GO TEST- Vstaňte, jděte, otočte se

Slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel cca 5 metrů k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

| | 3 body | 2 body | 1 bod | 0 bodů |
|-----------------|---------------|--------------------------|------------------------------------|---------------|
| Vstane | bez pomoci | s pomocí rukou | pouze s dopomocí | nesvede |
| Chůze | stabilní | s pomůckou nebo vrávorá | pouze s dopomocí, výr. nestabilita | nesvede |
| Otočení | jisté | nejisté, zavravorání | výrazně nejisté, potřeba dopomoci | nesvede |
| Usednutí | bez pomoci | s pomocí rukou či opření | výrazně nejisté, potřeba dopomoci | nesvede |

CELKEM:(max. 12 bodů)

MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽÉR PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE. *Hodnotící škály* [online]. [cit. 2015-02-15]. Dostupné z www: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha F: Hodnocení pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta 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 překlada 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 | |
| - nespolečující | 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* Bez rizika | 5 - 13 bodů* Střední riziko | 14 - 19 bodů* Vysoké riziko |
| * zaškrtněte možnosti | | |

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. Praha: Česká asociace sester, 2007 [cit. 2014 – 12 – 09]. Dostupné z www: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf

Příloha G: Gaitův funkční test

Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)

Slouží ke zhodnocení rizika pádu

1. Požádejte pacienta, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte pacienta, aby přešel napříč místností, a aby se otočil.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil ke své židli, a aby se na ni opět posadil.

Je-li pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by ztratil rovnováhu, potácel se, upadl nebo hledal předměty, o které by se mohl opřít, Gaitův test je negativní. Jestli pacient není schopen test dokončit nebo má výše uvedené problémy, je nutné, aby sestra iniciovala protokol pro prevenci pádu.

MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽÉR PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE. *Hodnotící škály* [online]. [cit. 2015-02-15]. Dostupné z www: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha H: Humpty Dumpty Falls Scale

Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

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**

(Klementová, 2012, s 24.)

Příloha I: Hodnocení rizika pádu

Nástroj pro určení rizika pádu používaný na dětském oddělení okresní nemocnice

| Hodnocení rizika pádu | | | | | | |
|---|--|------------|---|---|---|---|
| Datum | | | | | | |
| Pohyb | neomezený | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | používá pomůcky | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | potřebuje pomoc k pohybu | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | neschopen přesunu | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Vyprazdňování | nevyžaduje pomoc | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | v anamnéze nykturie/inkontinence | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | vyžaduje pomoc | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Medikace | neužívá rizikové léky | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | užívá léky ze skupiny: Diuretika, Antiepileptika, Antihypertenziva, benzodiazepiny, psychotropní látky | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Přidružená onemocnění | žádné | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | vizuální, smyslový deficit | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | orientován | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mentální status | občas, noční dezorientace | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | dřívější dezorientace/demence | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 18 až 65 let | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | nad 65 let | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Pád v anamnéze | ano | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Celkem | | | | | | |
| Hodnocení: 0 – bez rizika 1 – 3 ↓ riziko 4 – 6 střední riziko 7 ↑ riziko pádu | | Vyhodnotil | | | | |

(Vlastní zdroj)

Příloha J: Vlastní nástroj pro určení rizika pádu u dětí

Screening rizika pádu u dětí

| | | |
|--|-----|---|
| Psychomotorický vývoj odpovídá věku | ano | 0 |
| | ne | 1 |
| Změny/zhoršení ve fyzickém stavu | ne | 0 |
| | ano | 1 |
| Změny/zhoršení v mentálním stavu | ne | 0 |
| | ano | 1 |
| Smyslové poruchy (zrakové/sluchové postižení) | ne | 0 |
| | ano | 1 |
| Porucha chování (ADHD, agresivita, úzkostné stavy, užívání návykových látek, psychická deprivace, sebepoškozování) | ne | 0 |
| | ano | 1 |
| Rizika/omezení související s diagnózou (operační výkon, anestezie, neurologické a psychiatrické onemocnění, dehydratace, anémie, enuréza, synkopa, závrať) | ne | 0 |
| | ano | 1 |
| Rizika/omezení související s léčbou (cévní vstupy, drény, močový katetr, léky ze skupiny: antiepileptika, benzodiazepiny, antihypertenziva, diuretika) | ne | 0 |
| | ano | 1 |
| Pád v anamnéze v posledních třech měsících | ne | 0 |
| | ano | 1 |

Hodnocení: 0 – bez rizika
1 bod a více – riziko pádu

Příloha K: Ošetrovatelský standard okresní nemocnice

Péče o pacienta v riziku

| Sekce | Struktura/proces/výsledek | Strana |
|---|---------------------------------|--------|
| A 03 | Péče o pacienta v riziku | 1/2 |
| <p>1. CÍL: Profesionální péče o pacienta v riziku pádu, vzniku dekubitů, malnutrice. Dodržení jednotného postupu v péči o pacienta na oddělení.</p> <p>Kompetentní pracovník: všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický záchranář, zdravotnický asistent pod odborným dohledem, ošetrovatel, sanitář, pracovník v sociálních službách.</p> <p>2. Struktura:</p> <p>S1 Znalost jednotného postupu u pacienta v riziku. S2 Znalost biopsychosociálních potřeb pacientů v riziku. S3 Znalost postupu vyhodnocení rizik v IKIS. S4 Znalost postupu elektronického hlášení NU a dekubitů. S5 Dokumentace: zdravotnická dokumentace.</p> <p>3. Proces:</p> <p>P1 Při příjmu do ŠN proveďte u všech pacientů/uživatelů vyhodnocení rizik dle skórovacích škál (mimo pacientů s plánovanou hospitalizací do 3 dnů, pacientek na porodnickém oddělení a novorozenců) v IKIS, protokol vytiskněte a založte do zdravotnické dokumentace. Na onkologické ambulanci vyhodnoťte riziko malnutrice ve formuláři Posouzení zdravotního stavu pacienta při chemoterapii.</p> <p>P2 Vyhodnoťte riziko vzniku dekubitů, pádu, malnutrice, na ošetrovatelském a sociálním úseku i riziko závislosti. Stanovte aktuální ošetrovatelský plán.</p> <p>P3 Pacienti přijati (příjem/překlad) na oddělení intenzivní péče (ARIP, dětská JIP) jsou v riziku pádu, malnutrice a vzniku dekubitu bez vyhodnocení škál, se stanovením odpovídajících ošetrovatelských diagnóz a plánu.</p> <p>P4 Při překladi z oddělení intenzivní péče (ARIP, dětské JIP) na lůžkové oddělení, proveďte přehodnocení rizik a stanovte aktuální ošetrovatelský plán.</p> <p>P5 Pacienti po operačním výkonu a porodu jsou v den operace a porodu (0.den) v riziku pádu bez vyhodnocení škály, následující dny je ošetrovatelská diagnóza ponechána s ohledem na aktuální stav pacienta.</p> <p>P6 Na dětském oddělení vyhodnoťte riziko malnutrice, riziko vzniku dekubitů a pádu u dětí nad 6 let (děti do 6 let věku jsou vždy v riziku pádu se stanovením ošetrovatelské diagnózy a plánu). U dětí s DMO a poruchou vědomí vyhodnoťte riziko vzniku dekubitu vždy při příjmu.</p> <p>P7 Přehodnocení rizik provádějte po 7 dnech hospitalizace, na ošetrovatelském úseku po 14 dnech.</p> <p>P8 NLZP má kompetenci zařadit pacienta/uživatele do rizika i bez objektivního výsledku vyhodnoceného rizika. V hodnocení péče zaznamenejte důvod zařazení do rizika (např. dekubit – začervenání paty).</p> <p>Riziko pádu</p> <p>P1 Identifikujete-li riziko pádu, stanovte ošetrovatelskou diagnózu a plán.</p> | | |

| Sekce A 03 | Struktura/proces/výsledek Péče o pacienta v riziku | Strana 2/2 |
|-------------------------------|---|---------------|
| P2 | Neprodleně označte pacienta/uživatele na identifikační tabuli zelenou značkou a informujte pacienta (rodinu) o preventivních opatřeních. | |
| P3 | Pacienta umístěte na pokoj blízko pracovny sester. Vhodně upravte lůžko (snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy). | |
| P4 | Dle celkového stavu zajistěte postranice k lůžku, při neklidu případně matraci na zem. | |
| P5 | Upravte okolí lůžka (vhodná poloha nočního stolku a pomůcek). | |
| P6 | Zajistěte signalizaci k lůžku, informujte pacienta. Poučte pacienta/uživatele o přivolání doprovodu, pokud chce opustit lůžko. | |
| P7 | Zajistěte zvýšený dohled u neklidného pacienta/uživatele, provádějte kontrolu na pokoji nejméně po 1 hod. | |
| P8 | Zajistěte potřebné pomůcky k lůžku (např. berle, chodítka), zkontrolujte, zda obuv je vyhovující, při zjištění nevhovující obuvi informujte pacienta event. rodinné příslušníky o nutnosti výměny. | |
| P9 | Zajistěte vhodné noční osvětlení. | |
| P10 | V případě zavedených restriktivních opatření postupujte dle směrnice Organizace péče o pacienta. | |
| P11 | Dojde-li k pádu pacienta/uživatele, poskytněte první pomoc. Informujte lékaře o pádu a postupujte dle jeho ordinací. | |
| P12 | Do Hodnocení péče proveďte záznam o pádu a provedených opatřeních, zajistěte hlášení nežádoucí události v IKIS, přehodnoťte riziko pádu, v případě těžkého zranění provede vedoucí sestra oddělení analýzu příčin pádu. | |
| Riziko vzniku dekubitu | | |
| P1 | Identifikujete-li riziko vzniku dekubitu, postupujte dle OM Prevence a léčba dekubitu. | |
| P2 | Označte pacienta/uživatele na identifikační tabuli červenou značkou. | |
| P3 | Zajistěte péči o pacienta/uživatele, viz OM Prevence a léčba dekubitů. | |
| P4 | Zaznamenejte informace o dekubitu (vč. I. stupně) do protokolu v IKIS . | |
| Riziko malnutrice | | |
| P1 | Identifikujete-li u pacienta/uživatele riziko malnutrice, stanovte aktuální ošetřovatelský plán. | |
| P2 | Zajistěte konzilium NT (není-li písemná ordinace lékaře jiná). | |
| P3 | NT provede konzilium včetně edukace se záznamem, viz směrnice Příprava a podávání stravy, Výživa u rizikových pacientů. Při hodnocení nutričního stavu a zjištění, že nelze určit BMI, stanoví NT BMI pomocí antropometrického vyšetření měření obvodu paže krejčovským metrem. U rizikových pacientů/uživatelů provádí NT kontrolní konziliární vyšetření po 7 dnech, na ošetřovatelském úseku po 14 dnech, se záznamem do zprávy nutričního terapeuta. | |
| P4 | Označte pacienta na identifikační tabuli modrou značkou. | |
| 4. Výsledek: | | |
| V1 | Profesionální ošetřovatelská péče o pacienty/uživatele v riziku. | |
| V2 | U pacienta/uživatele jsou zavedena preventivní opatření, pacient/uživatel je informovaný. | |
| V3 | Je stanovena aktuální diagnóza a plán péče, rizika jsou přehodnocována. | |
| V4 | Dokumentace je kompletní. | |

(Vlastní zdroj)