

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení rizika pádu u hospitalizovaných dětí

Eva Formánková

Bakalářská práce

2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Formánková**
Osobní číslo: **Z11229**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Hodnocení rizika pádu u hospitalizovaných dětí**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. DRTÍLKOVÁ, I., Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD), Galén, 2007, ISBN 9788072624478.
2. KUČERA, M., KOLÁŘ P., DYLEVSKÝ I., Dítě, sport a zdraví, Galén, 2011, ISBN 9788072627127.
3. LEBL, J., JANDA, J., POHOUNEK, P., a kol., Praktická pediatrie, Galén, 2008, ISBN 9788072625789.
4. MARX, D., Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, Grada Publishing, a.s., ISBN 9788024717159.
5. PASTUCHA, D. a kol., Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity, Grada Publishing a.s., 2011, ISBN 9788024740652.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 14. července 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární zdroje 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

Eva Formánková

Poděkování:

Děkuji Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph. D. a Bc. Sabině Slavičkové za odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřena na hodnocení rizika pádů u hospitalizovaných dětí. Teoretická část charakterizuje pády ve zdravotnictví, pády na pediatrickém oddělení, jejich definici, klasifikaci, prevenci, rizikové faktory, následky a způsob hlášení pádů. Dále teoretická část zahrnuje rozdělení dětského věku. Výzkumné šetření bylo uskutečněno pomocí rozhovoru a dotazníkového šetření. Bylo zaměřeno na hodnocení rizika pádu u hospitalizovaných dětí, využitelnost dotazníku k hodnocení rizika pádu v praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Pády ve zdravotnictví, pády v pediatrii, rizikové faktory, prevence, hodnocení, riziko pádu, hospitalizované děti

ANNOTATION

The bachelor thesis is focused on the evaluation of the risk of falls in hospitalized children. The theoretical part describes the health sector falls, falls on the pediatric ward, their definition, classification, prevention, risk factors, consequences and signal falls. Furthermore, the theoretical part involves the division of childhood. The survey was carried out through interviews and questionnaires. It was designed to assess the risk of falls in hospitalized children usability questionnaire on fall risk assessment in practice.

KEY WORDS

Falls in health service, falls in pediatrics, prophylaxis, risk factors, assessment, risk of falls, hospitalized children

Obsah

Úvod.....	11
Cíle práce.....	12
Cíle teoretické části	12
Cíle praktické části	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Pády ve zdravotnictví.....	13
1.1 Definice pádu.....	13
1.2 Klasifikace rizikových faktorů pádů	14
1.3 Prevence pádů.....	15
1.4 Klasifikace pádů	16
1.5 Následky pádů	16
1.6 Hlášení pádů	17
2 Pády v pediatrii.....	19
2.1 Rizikové faktory pádů u dětí	19
2.2 Sledování rizika pádu u dětí	20
2.2.1 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou	20
2.2.2 Humpty dumpty falls scale – zahraniční škála pro screenning rizika pádů u dětí ..	20
3 Rozdělení dětského věku se zaměřením na riziko pádů	22
3.1 Novorozenecké období.....	22
3.2 Kojenecké období.....	22
3.3 Batolecí období.....	23
3.4 Předškolní období.....	24

3.5 Školní období.....	25
3.6 Období adolescence.....	26
4 Hospitalizované dítě.....	27
4.1 Prevence pádů u dětí.....	28
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	30
5 Metodika výzkumu	30
5.1 Výzkumné otázky	30
5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	31
5.3 Zpracování dat	31
5.4 Výzkumný nástroj – dotazník.....	31
5.5 Výzkumný nástroj – rozhovor.....	32
6 Analýza a interpretace výsledků.....	33
6.1 Analýza dotazníkového šetření.....	33
6.2 Analýza rozhovoru	41
7 Diskuze	44
8 Závěr	48
Seznam zkratk	49
Seznam bibliografických citací.....	50
Seznam obrázků	52
Seznam příloh	53
Příloha A: Dotazník s vysvětlujícím komentářem.....	54
Příloha B: Dotazník pro hodnocení rizika pádu u dětí	55
Příloha C: Rozhovor	56
Příloha D: Doplňující tabulka.....	57

Příloha E: Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta.....	57
Příloha F: Humpty Dumpty Falls Scale.....	59
Příloha G: Doporučení k prevenci pádu	60

Úvod

Mezi dlouhodobé priority všech českých zdravotnických zařízení patří zvyšování kvality poskytované péče. Jako jeden z hlavních indikátorů kvality péče jsou považovány pády. Pády ve zdravotnických zařízeních se řadí k nejrizikovějším mimořádným událostem. Jejich následkem dochází zejména k lehkým, středním a těžkým poraněním, která komplikují léčbu základního onemocnění, prodlužují hospitalizaci a zvyšují náklady na léčbu. Dalším aspektem pádů je i to, že mají negativní vliv na psychiku pacienta. (Kroutilová, Hlaváčková, Pitrová 2011)

V ČR, ale i v zahraničí je velká pozornost věnována hlavně pádům u dospělých, především u geriatrických pacientů. Pády na pediatrii jsou často opomíjené s domněním, že jde o běžnou situaci. Vliv na vznik pádu má mnoho rizikových faktorů jako např. Věk dítěte, jeho pohybové omezení, užívání rizikových medikamentů, psychomotorický stav dítěte, prostředí, ve kterém se pohybuje a mnoho dalších. (J. C. Resources, 2010)

Nedostatek informací o pádech na pediatrickém oddělení a zájem o dané téma, mě vedly k důkladnějšímu prostudování problematiky hodnocení rizika pádu u hospitalizovaných dětí. Zaměřila jsem se na příčiny a prevenci pádu u dětských pacientů, na změnu rizika pádu v průběhu hospitalizace, a také má vliv hospitalizace na dítě. Práce by mohla být přínosná pro zvýšení povědomí o možnosti sledování rizikových faktorů pádů, jejich prevenci a o bezpečnostních opatřeních vedoucích k zabránění vzniku pádu. Mohla by být motivací pro uskutečnění celonárodního výzkumu zaměřeného na screening metody pro hodnocení rizika pádu u dětských pacientů a vytvoření jednoho dotazníku, který by používaly všechny zdravotnické zařízení ČR.

Cíle práce

Cíle teoretické části

Cíl 1: Cílem teoretické části je popsat problematiku pádů ve zdravotnickém zařízení, zaměřit se na definici, příčiny a prevenci pádu a na pády v pediatrii.

Cíle praktické části

Cíl 1: Zaměřit se na nejčastější oblasti rizikových faktorů pro vznik pádu v průběhu hospitalizace dítěte.

Cíl 2: Zaměřit se na proměnu rizika pádu v průběhu hospitalizace během prvního a druhého dne a změnu návrhů preventivních opatření.

Cíl 3: Zjistit pomocí rozhovoru se sestrami na oddělení hospitalizovaných dětí využitelnost a srozumitelnost vytvořeného dotazníku pro screening rizika pádů v praxi.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Pády ve zdravotnictví

1.1 Definice pádu

Doposud nebyla obecně přijata žádná definice pádů, proto pády zůstávají nadále definovány a hlášeny různými způsoby. Přesto však je velmi důležité, aby si každé zdravotnické zařízení stanovilo definici pádu, a díky ní mohly být pády řádně hlášeny a analyzovány. Při vytváření definice pádu, můžeme také narazit na jeden sporný moment, a to zda se má do množství definic zahrnout také asistovaný pád – situace, kdy je pacient v pádu zachycen, nebo je položen na zem. (Joint commission resource 2010, Dostálová, Nahodilová, 2011)

Joint Commission Resource (2010) uvádí některé z uznávaných definic pádu:

„Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze.“ (Joint commission resources 2010, str. 21)

„Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (se svědkem), nebo takovou událost oznámí (beze svědků). Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou, jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat.“ (Joint commission resources 2010, str. 21)

„Událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta, nebo části jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je umístěna níže než pacient.“ (Joint commission resources 2010, str. 21)

„Mimořádná událost vyúsťující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo na jiném, níže položeném povrchu.“ (Joint commission resources 2010, str. 21)

Pád je definován jako *„Pohyb tělesa svislým směrem k zemskému povrchu, způsobený zemskou přitažlivostí.“* (Klementová 2012)

Pro tvorbu definice rizika pádu by se mohlo vycházet z toho, že uvedené definice se shodují v tom, že pád je nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi, nebo na níže položené podložce než je pacient. Které není zapříčiněno úmyslným pohybem pacienta.

1.2 Klasifikace rizikových faktorů pádů

Jedna z mnoha klasifikačních metod pádů, která je založena na předpokladu, toho že pád může být zapříčiněn interakcí vnitřních a vnějších faktorů, dělí rizikové faktory pádu na **vnitřní** a **vnější**. (Joint commission resources 2010)

Vnitřní rizikové faktory jsou závislé na typu ošetrovatelské péče. Mnoho z nich je spjato se změnami, které jsou závislé na věku pacienta. Mezi vnitřní rizikové faktory jsou zařazeny tyto: předchozí pád v anamnéze, porucha zraku, nejistá chůze – způsob a typ chůze, pohybový aparát – svalová atrofie, duševní stav – dezorientace, stavy zmatenosti, akutní a chronické onemocnění. (Joint commission resources 2010)

Vnější rizikové faktory mají vztah přímo k organismu. Mezi vnější rizikové faktory jsou zařazeny tyto: medikace, vany a wc, tvar používaného nábytku, kvalita povrchu, nevhodné osvětlení, typ a stav obuvi, nesprávné užívání různých zařízení a nevhodné pomůcky. (Joint commission resources 2010)

Dále můžeme rizikové faktory pádů rozdělit podle americké výzkumné pracovnice Janice Morse na náhodné, fyziologické nepředvídatelné a fyziologické předvídané. (Joint commission resources 2010)

Náhodné pády znamenají neúmyslné spočinutí pacienta na zemi. Pacient může v důsledku selhání pomůcek nebo díky faktorům prostředí jako např. rozlitá tekutina na podlaze zakopnout, uklouznout či spadnout. (Joint commission resources 2010)

K nepředvídaným fyziologickým pádům může dojít, pokud prvkem pacientova rizikového faktoru pro vznik pádu není fyzická příčina. Pád může být zapříčiněn např. mdlobou, epileptickým nebo astmatickým záchvatem, což je fyzický stav, který nemohl být do doby vzniku pádu předvídan. (Joint commission resources 2010)

Předvídané fyziologické se mohou vyskytnout u pacientů, kteří dle získaných bodů, spadají na stupnici rizika pádu mezi pacienty s rizikem pádu. Tyto pacienty můžeme popsat dle J. Morse těmito charakteristikami: předešlý pád v anamnéze, zhoršená chůze, používání pomůcek k chůzi, i. V. kanyla či porucha duševních funkcí. (Joint commission resources 2010)

Podle Janice Morse je okolo 14 % pádů ve zdravotnickém zařízení náhodných, dalších 8 % pádů je nepředvídaných a zbylé jsou pády předvídané fyziologické. (Joint commission resources 2010)

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association uvádí, jak se rizikové faktory rozdělují do tříd. A to na rizikové faktory: *u dospělých* (pády v anamnéze, používání pojízdného vozíku, věk nad 65 let, protetika dolních končetin, klient žijící sám), *tělesné* (akutní onemocnění, pooperační stavy, obtíže se zrakem, obtíže se sluchem, průjem), *kognitivní* (oslabený mentální stav – zmatenost, delirium, demence, porucha reálného hodnocení), *medikace* (antihypertenziva, diuretika, narkotika, hypnotika, třífázová antidepressiva), *prostředí* (překážky různého typu, vlivy počasí, neupevněné malé koberce, neuspořádané prostředí, neznámá, málo osvětlená místnost), *u dětí* (věk do dvou let, nedostatek pudu sebezáchovy, nedostatečné zabezpečení zábrany na schodech, nedostatečné zabezpečení oken, postel umístěná blízko okna, dítě ponechané bez dozoru na lůžku, stole, nebo na pohovce). (Marečková 2006)

1.3 Prevence pádů

Hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení je pobytem ve velmi rizikovém prostředí, kdy se zde pacient nachází převážně „nedobrovolně“, pod tlakem událostí. Zdravotní obtíže, které byly příčinou pobytu ve zdravotnickém zařízení, většinou zhoršují schopnost soustředění pacientů. Toto vše společně s faktem, že stejně jako v ostatních rozvinutých státech, naše populace stárne, navyšuje význam prevence pádů pacientů ve zdravotnickém zařízení. (Cooper, Nolt 2007, Dostálová, Nahodilová 2011)

Mezi cíle prevence pádů můžeme začlenit tyto body:

- rozpoznání pacientů v riziku pádu, dle určujících rizikových faktorů
- zaopatření informovanosti pacienta
- snížit faktory pro vznik pádu
- zabezpečení pacientovi bezpečnosti
- významnou část pozornosti věnovat lůžku pacienta, jeho nočnímu stolku a židli
- edukovat pacienta o důvodech a možnostech prevence a o intervencích, které snižují riziko pádu

- získat pacientovu důvěru a přimět ho ke spolupráci
- pravidelná edukace všech zaměstnanců o riziku, prevenci a hlášení pádů
- v celém zařízení shodné a jednoznačné označení rizikových pacientů (označení lůžka, ošetřovatelské dokumentace, identifikační náramek)
- okamžitá reakce na signalizaci pacienta
- zformulovat systematické hlášení pádů, které by umožňovalo v nejlepším případě srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními (Joint commission resources 2010, Dostálová, Nahodilová, 2011, Studia sportiva 2007)

1.4 Klasifikace pádů

Existuje několik klasifikací, dle kterých se pády dělí. Nejčastěji se využívá rozdělení na symptomatické pády a mechanické pády. **Symptomatické** pády jsou ty, k nimž dojde v důsledku somatické poruchy. Velmi často se jedná o polymorbiditu (kombinace několika chorob najednou) a polykauzalitu (sdružení příčin). Neurologická a cerebrovaskulární onemocnění, onemocnění pohybového aparátu, smyslová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, metabolické poruchy, nežádoucí a vedlejší účinky léků, poruchy psychiky-demence, deprese, delirantní stavy a věk pacienta (především nad 65 let). **Mechanické pády** tvoří přibližně 25 – 30% všech pádů a vznikají v důsledku vnějších vlivů. Většinou nastanou při každodenních činnostech, jako je chůze do schodů nebo ze schodů, denní činnosti prováděné v koupelně a další. Vliv na vznik mechanického pádu může mít, ale také i šatně denní i noční osvětlení, nevhodná výška postele nebo židle, podlaha, která může mít nevhodnou barvu, nerovný povrch či na ni může být neoznačená rozlitá tekutina. (Dostálová, Nahodilová, 2011)

1.5 Následky pádů

Za nejzávažnější problémy, kterým musí zdravotnické zařízení čelit při řešení pádů, se považují: morbidita, mortalita a finanční náklady, které jsou spojené s pády ve zdravotnických zařízeních. Následky pádů, kterým je vystaven přímo pacient, jsou mimi jiné zlomeniny, poranění hlavy a měkkých tkání, dále strach z pádu, úzkost a deprese. (Dostálová, Nahodilová 2011)

U 5 – 15% pádů dojde k větším poraněním včetně poranění hlavy, měkkých tkání, luxací a zlomenin. Zlomeniny se podílí na vážných poraněních v 75%. Podle CDC platí, že riziko pádu stoupá exponenciálně s věkem. Jedna polovina až dvě třetiny pádů u lidí nad 65 let se stává v okolí jejich domova. Starší lidé, kteří mají již pád v anamnéze nebo často klopýtnou, mají dvakrát větší pravděpodobnost, že opakovaně upadnou následující rok. Uvádí se, že 20 – 30% lidí, kteří upadnou, utrpí středně těžká až těžká poranění, která vyúsťují ve sníženou pohyblivost a samostatnost. U lidí starších 65 let zvyšují pády riziko předčasné smrti, výskyt zlomenin v 87 %. Pády jsou také druhou nejčastější příčinou poranění míchy a mozku u starších lidí. (Dostálová, Nahodilová 2011, Joint Commission Resources 2010)

1.6 Hlášení pádů

I přes veškerá opatření, která mají za cíl snižovat riziko pádů, je nereálné předpokládat, že k pádům přestane docházet. Jakýkoliv pád, by se měl doplnit o rozbor faktorů mající vliv přímo nebo nepřímo na pád. Následně si zkusit odpovědět na to, zda se tyto faktory daly zmírnit či je bylo možné zcela odstranit. (Dostálová, Nahodilová 2011)

Pacienta po pádu je potřeba v co nejkratší době vyšetřit a ošetřit. K vyšetření a ošetření pacienta je důležité co nejrychleji přivolat lékaře. Všeobecná sestra asistuje u fyzikálního vyšetření dle zvyklostí na oddělení, svých zkušeností, znalostí a pokynů lékaře. Po časném ošetření pacienta se sestra zabývá psychickým stavem pacienta a jeho citovým rozpoložením. Jelikož v důsledku pádu mohlo dojít ke změnám v těchto oblastech. (ČAS 2007, Dostálová, Nahodilová 2011)

Dále musí přehodnotit a aktualizovat plán ošetrovatelské péče. Rozšířit opatření vedoucí ke snížení rizika pádu. Informace o pádu by se měly systematicky shromažďovat s cílem označit příležitosti vedoucí ke zlepšení bezpečnosti pacienta. (Dostálová, Nahodilová 2011)

Vše co se stane během pádu, se zaznamenává do protokolu o pádu pacienta. Tento dokument o pádu je velmi důležitý, a měl by být nedílnou součástí jakékoliv sesterské dokumentace. Bývá často rozdělen na dvě části. V první části je uveden stav pacienta před pádem, v části druhé je hodnocení stavu pacienta po pádu. Krátké anamnestické údaje zaznamenávající pacientovo jméno, diagnózu, druh ošetrovatelské péče a čas pádu jsou uvedeny v hlavičce

protokolu. Část první obsahuje záznam pacientova stavu před pádem, jeho schopnost pohybu, emocionální stav, soběstačnost a úroveň spolupráce, smyslové poruchy a jeho současnou medikaci. Do záznamu se uvádí i kompenzační pomůcky, které pacient používal. Každý údaj by měl být náležitě obodován. (ČAS 2007, Macurová 2012)

Stav pacienta po pádu je zhodnocen v části druhé. Zde jsou zaznamenány, subjektivní potíže a fakta, mající vliv na pacienta těsně před pádem. Situace, během níž k pádu došlo, místo pádu a čas, zda byl u pádu zdravotník, a jestli byl zdravotnický personál pomocí signalizace na pád upozorněn. Dále se zapisují informace o emocionálním a fyzickém stavu pacienta okamžitě po jeho pádu. (ČAS 2007, Macurová 2012)

2 Pády v pediatrii

Pediatric je samostatný obor, zabývající se tělesným i duševním vývojem zdravého i nemocného dítěte včetně prostředí, ve kterém dítě žije. Pády v pediatrii jsou velmi časté, což dokazuje statistika vydaná českou asociací sester. (ČAS 2007, Šamánková 2006)

2.1 Rizikové faktory pádů u dětí

NANDA ošetrovatelské diagnózy uvádějí tyto rizikové faktory pádu u dětí: věk do dvou let, nedostatek pudu sebezáchovy, nedostatečné zabezpečení zábrany na schodech, nedostatečné zabezpečení oken, postel umístěná blízko okna, dítě ponechané bez dozoru na lůžku, stole, nebo na pohovce, nedostatečný dohled rodiči.

- Mezi další rizikové faktory patří tělesné rizikové faktory: akutní onemocnění, pooperační stavy, potíže se zrakem, potíže se sluchem, anémie, vliv novotvaru, průjem, problémy s chodidly, porušená tělesná mobilita, potíže s rovnováhou, obtíže při chůzi.
- Další jsou kognitivní rizikové faktory: oslabený mentální stav.
- Následujícím rizikovým faktorem jsou medikamenty: hypnotika, opiáty, anestetika, antiepileptika, inzulin, antipsychotika.
- Poslední skupinou rizikových faktorů je vliv prostředí: překážky různého typu, vlivy počasí (např. mokro, náledí), neupevněné malé koberce, neuspořádané prostředí, neznámá málo osvětlená místnost, nepřítomnost protiskluzných opatření ve vaně nebo sprše. (Marečková 2006)

V zahraniční literatuře se doporučuje, standardně provádět screening rizika pádu u dětí starších osmi měsíců. U mladších dětí není nutné tento screening provádět. Bowden a Greenberg (2008) doporučují sledovat tyto údaje o dětech: pád v posledních třech měsících, tělesný stav (např. onemocnění, synkopa, vertigo a pooperační stav), zhoršenou mobilitu, hypoxii, hypotenzi, pomůcky používané u dítěte, medikamenty. (Macurová 2012)

2.2 Sledování rizika pádu u dětí

K posouzení rizika pádu je vhodné používat metody, které jsou ověřené výzkumem. V České republice je mnoho škál rizika pádu pro dospělé, ale ne všechny se hodí pro screening rizika pádu u dětí. Pro názornost zde uvádím dvě škály. První doporučuje ČAS, pro hodnocení rizika pádu u dospělých. Druhá škála je zahraniční, a je určena pro hodnocení rizika pádu u dětí. Jmenuje se HDFS (Humpty Dumpty Falls Scale). (ČAS 2007, Macurová 2012)

2.2.1 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou

Tuto metodu pro screening rizika pádu využívají všechna zdravotnická zařízení, která jsou zapojena v projektu sledování pádů v ČR. Je určena pro dospělé pacienty. Sledovaný údaj je vyhodnocen jako indikátor kvality péče (viz příloha E). (ČAS, 2011)

Tato metoda posuzuje aktuální výskyt rizika pádu u pacienta. U pacienta se hodnotí výskyt dezorientace, demence, deprese, zda se nachází ve věkové skupině 65 let a více, z anamnézy jeho předchozí pády, pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové oddělení, zda má pacient zrakový nebo sluchový problém, jestli užívá rizikové léky – diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva a laxantiva. Vyšetřuje se pacientova soběstačnost, ta je odstupňovaná na úplnou, částečnou nebo žádnou. Dále hodnotíme pacienta z hlediska schopnosti spolupráce na spolupracujícího, částečně spolupracujícího a na nespolupracujícího. Také je zde část kde se ošetřující personál přímo ptá pacienta nebo jeho rodiny na to zda mívá závratě, nucení na močení v noci a na to zda se budí v noci a nemůže usnout. Každá oblast je příslušně bodově ohodnocená. Maximální počet získaných bodů je 19 a minimální 0 bodů. Pacient dle součtu bodů spadá buď do kategorie bez rizika – 0 až 4 body, nebo do kategorie se středním rizikem – 5 až 13 bodů či do vysokého rizika pádu 14 – 19 bodů. Je důležité, aby zdravotnický personál a pacient porozuměl údajům a otázkám v dotazníku, čímž přispějí k jeho správnému vyplnění. (ČAS 2007)

2.2.2 Humpty dumpty falls scale – zahraniční škála pro screening rizika pádů u dětí

Autorem této metody pro hodnocení rizika pádu je Deborah Hill – Rodriguez a je určena pro ambulantní a lůžková zařízení. Je v ní obsaženo 7 kategorií a to věk, pohlaví, diagnózy,

vyskytnutí kognitivního zhoršení, faktory okolního prostředí, reakce na operaci spojenou se sedativy a anestezií, poslední je užívání rizikových medikamentů. Pokles pádů pacientů, při používání této metody byl o 28% (viz příloha č.6.). (Hill – Rodriguez et. Al. 2008, Macurová 2012)

Pacient hodnocený touto metodou může být zařazen do nízkého rizika pádu (7 – 11 bodů) nebo do vysokého rizika pádu (12 – 23 bodů). Minimální počet bodů získaný v touto metodou je 7 bodů a maximální možný počet je 23 bodů. (Hill – Rodriguez et. Al. 2008, Klementová 2012)

Hill – Rodriguez et. al. vypracovaly doporučení jak postupovat u pacientů v nízkém, ale i ve vysokém riziku pádu. Zde jsou některé z nich: pomoci dítěti zorientovat se v okolí, zajistit lůžko v nejnižší možné poloze, zabrzdit kolečka u lůžka, dbát na to, aby měl pacient v dosahu signalizační zařízení, nechat zapnuté noční osvětlení, označit pacienta a jeho lůžko, aby bylo poznat, že je v riziku pádu. (Hill – Rodriguez et. Al. 2008, Klementová 2012)

Dle závěrů studie HDFS jsou pádem nejvíce ohroženy děti do 3 let věku a poté děti s neurologickými dg nad 13 let. HDFS by mohl být účinným nástrojem k rozpoznání a identifikaci rizika pádu u dětí. (Hill – Rodriguez et. Al. 2008, Klementová 2012)

3 Rozdělení dětského věku se zaměřením na riziko pádů

Dětská období se rozdělují na novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, školní období a období adolescence. V následujících podkapitolách uvádím stručnou charakteristiku každého období.

3.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období je v rozmezí od 0 – 28 dní. Je to období adaptace, během kterého se novorozenec přizpůsobuje podmínkám nového prostředí. (Vágnerová 2000)

Novorozenec je vybavený základními reflexy jako je např. hledací reflex, sací reflex, dále reflexy, které vymizí během prvních měsíců života např. Moorův reflex. Je vybaven také vrozenými způsoby chování a schopností učit se. Jeho rozvoj je závislý hlavně na přísunu podnětů a učení je aktivováno během sociální interakce. (Vágnerová 2000)

V průběhu prvního měsíce života novorozeného dítěte se postupně a nerovnoměrně rozvíjejí funkce smyslových orgánů (1. reakce na dotykové podněty okolí úst, 2. reakce na tepelné podněty (teplo, chlad), 3. reakce na změnu polohy – úlek, 4. reakce na chuťové podněty – kyselé, sladké, hořké.). Dále u novorozence můžeme vidět první projevy uspokojení, výrazné reakce při nelibosti i první náznaky soustředění. Koncem období je možné zachytit první projevy socializace. (Hladík 2008)

Dítě kladně reaguje na blízkost rodiče, který mu dodává důležité podněty k jeho následujícímu vývoji. Novorozenec je plně odkázán na péči rodiče. Ten má za úkol rozpoznat a kvalitně zajistit všechny jeho potřeby. (Šamánková 2006)

3.2 Kojenecké období

Kojenecké období je obdobím velmi intenzivního růstu, rozvoje motoriky a psychiky dítěte. Začátek období je datován od 28. dne života dítěte a je zakončeno jeho prvním rokem. Dítě je převážně plně kojeno, což má kladný význam pro rozvoj jeho obranných funkcí, emocionálního vývinu, dále na správnou funkci orgánových systémů. V prvních měsících tohoto období rostou kojenci rychleji. Donošený kojenec do 4 – 6 měsíců zdvojnásobí svoji porodní hmotnost a na konci období jí ztrojnásobí. Mléčný chrup se mu prořezává mezi 5 – 9

měsícem. Typickou patologií v tomto období je projevení se vrozených vad, respirační infekce a infekce zažívacího traktu a úrazy způsobené **nejčastěji pády**. (Hladík 2008, Šamánková 2006, Vágnerová 2000)

Na konci tohoto období se dítě zvládne pohybovat po svém okolí lezením, dokáže se samo postavit, chůzi zvládá s držením za ruku, a také dokáže udělat i své první samostatné krůčky. Od úchopu pomocí dlaně přechází ke klešťovému úchopu. Dále se zdokonaluje motorika funkce ruky, dokáže záměrně uchopit a upustit předměty. Za pomoci dospělého je schopno napít se z hrnku a kousat rohlík, který si samo drží. Všechny dětské potřeby je nutné uspokojovat v takové míře, aby nenastal jejich nadbytek (supersaturace) nebo nedostatek (deprivace). Oba dva extrémy jsou pro dítě velmi škodlivé a mohou jej do budoucna dokonce i poškodit. (Hladík 2008, Šamánková 2006)

Dítě se pomalu začíná orientovat mezi lidmi v jeho okolí a vnímá okolní svět. Velkou pozornost věnuje především zvukovým podnětům. Jeho projev už není jen plný křiku, ale pomalu přechází od dětského žvatlaní k prvním smysluplným slůvkům dětského slovníku, čímž začíná úspěšně komunikovat se svými blízkými. Rozumí jednoduchým příkazům a výzvám. Začíná být méně závislé na přítomnosti jeho matky. (Hladík 2008)

3.3 Batolecí období

Batolecí období je datováno od 1 roku do 3 let. Dochází k velkému rozvoji dětské osobnosti. V tomto věku je dítě samostatnější a aktivnější, dal by se také charakterizovat větou „já sám.“ Typickým pro toto období je i rozvolňování různých vazeb, které byly významné pro předešlé vývojové období, ale nyní by mohly být spíše překážkou k dalšímu vývoji dítěte, jako např. charakteristická vazba s matkou. Bohužel snaha o osamostatnění bývá častou příčinou úrazů a otrav z důsledku nedostatku zkušeností u této věkové skupiny. (Hladík 2008, Vágnerová 2000)

Osamostatnění se týká chůze, přijímání stravy, udržování tělesné hygieny a v poznávání okolního prostředí. Okolo 12 měsíce dítě využívá průměrně 2 slova, ve dvou letech okolo 200 – 300 slov. V rozvoji řeči jsou často velké individuální rozdíly. V průběhu druhého roku života se tělesný růst zpomaluje, na jeho konci má již 14 – 16 zubů. Okolo 12 měsíce dítě využívá průměrně 2 slova, ve dvou letech okolo 200 – 300 slov. V rozvoji řeči jsou často velké individuální rozdíly. Typickou činností pro batolata je hra, ale neumí se zapojit

do kolektivních her. Rozvíjejí se všechny druhy her, jako např. hra sociální, konstruktivní, napodobovací, mají v oblibě loutky a knížky s obrázky či lehkými říkankami. (Hladík 2006)

Rozvoj hrubé motoriky je postupný, od prvních samostatných kroků až k samostatné chůzi bez držení za ruku. Okolo 18. měsíce si dítě samo sedne na židli, stoupá do schodů a běh má toporný. Mezi 18 – 24 měsícem se běh stane oblíbeným prostředkem k přemísťování, chůze do schodů provádí s držením za zábradlí a ze schodů jde za ruku. Dítě si začíná vnímat sebe jako osobnost, vyvíjí se u něj autonomie. Osvojuje si vědomě chtít a nechtít. Má zvýšenou snahu o sebeprosazení, což vede při konfliktech s okolím k projevu hněvu a neuspokojení a častým záchvatům vzteku. Také se toto období nazývá obdobím negativismu. (Hladík 2006, Šamánková 2008)

3.4 Předškolní období

Období předškolního věku trvá přibližně od 3 do 6 let. Ukončení tohoto období není však určeno jen fyzickým věkem, ale zvláště sociálně, nástupem do školy. Nástup do školy sice s věkem souvisí, ale je možný, že se posune o jeden někdy i víc let. Typickým pro toto období je postupné rozvolňování vazeb na rodinu a rozvoj činnosti, která není tolik samoúčelná a umožňuje dítěti, aby se dokázalo prosadit mezi vrstevníky. Osvojením norem chování, znalost obsahu sociálních rolí a komunikace přispívají uvolnění závislosti na rodině. Předškolák je šikovnější, rád si hraje, zpívá, sportuje, poslouchá pohádky a dívá se na televizi. (Vágnerová 2000)

Charakteristické v tomto období je neustálé zlepšování motorického vývoje např. souhra pohybů a hbitost, střídání nohou při výstupu do schodů a při sestupu ze schodů, dítě umí stát na jedné noze, dobře běhá, skáče, umí nakreslit svou představu. Je schopné vyslovit 2 – 3 souvislé věty a zapamatovat si lehkou říkanku, kolem 4 roku je schopno běžné komunikace. Pokládá otázky zaměřené na objasnění příčin či funkcí (Jak to dělá? Proč to dělá?), v čemž je patrný rozvoj jeho myšlení. Dokáže již prožívat pocit viny. Převaha dětí se dobře adaptuje v mateřské škole. Z nemocí převládají respirační infekce a stále trvá zvýšené riziko úrazů a intoxikací. (Hladík 2006)

Stále v životě předškoláka má významnou roli jeho rodina, ale i jeho vrstevníci. Dítě neustále obohacuje pro něj typická činnost hra. Pomalu si začíná uvědomovat svou sexuální roli. Velmi často, se v tomto období projeví následky nesprávné výchovy a nejružnější

psychosociální poruchy. Proto je důležitá znalost vývojové psychologie u všech, kteří se podílí na výchově a ošetřování dítěte. (Hladík 2006, Šamánková 2008)

3.5 Školní období

Nástup do školy můžeme chápat jako fázi procesu odtrhnutí od závislosti na rodině. Její vliv je pomalu nahrazován vlivem ostatních sociálních skupin. Škola je pro dítě první velká instituce, které se stane součástí. Dítěti připadá velmi mocná, jelikož i rodiče musí dodržovat a respektovat její nařízení. Také ovlivňuje rozvoj dětské osobnosti, jeho sebehodnocení a to často podstatným způsobem. Dle Vágnerové se školní věk dělí na:

1. **Ráný školní věk** – trvá od nástupu do školy v 6/7 letech do 8/9 let. Charakteristická je pro něj změna životní situace a různé vývojové změny, které se projeví hlavně ve vztahu ke škole. (Vágnerová 2000)
2. **Střední školní věk** – trvá od 8 – 9 let do 11 – 12 let, je to období kdy dítě přechází z prvního na druhý stupeň základní školy během níž období dojde k mnoha změnám, které jsou podmíněny sociálně a biologicky. Můžeme je pokládat ze přípravu na období dospívání. (Vágnerová 2000)
3. **Starší školní věk** – Navazuje na předešlé období a je ukončeno spolu se zakončením povinné školní docházky tj. přibližně okolo 15 let. Bývá také často označováno jako období pubescence. (Vágnerová 2000)

Dalším rozdělením tohoto věku je rozdělení na dvě etapy, první je etapa mladšího školního věku – 6 až 10/11 let, druhá je etapa staršího školního věku – 10/11 až 15 let. Každá etapa má své zvláštnosti a charakteristiku. (Hladík 2006, Šamánková 2008)

Mladší školní věk – na začátku období se hodnotí tzv. školní zralost dítěte. Dítě by mělo být na školu připraveno po stránce rozumové, tělesné, emoční a sociální. Vstup do školy zásadně změní jeho život. Vyplývají pro něj nové povinnosti a nároky spojené se školou. Již si nemůže jen bezstarostně hrát. Mladší školní věk můžeme rozdělit na dvě části, první se projevuje zrychleným tělesným růstem a výměnou mléčného chrupu za trvalý. V druhé části se vývoj dítěte stabilizuje, dítě uznává autoritu dospělých. (Hladík 2006, Šamánková 2008)

Starší školní věk – Jinak také označován jako pubescence začíná dříve u dívek než u chlapců. Jedná se o období výrazného tělesného růstu, dozrávání pohlavních orgánů a změn v rozvoji všech psychických funkcí. Pubescenci často doprovází hledání sebe sama, neuznávání autorit např. rodičů, učitelů, je velmi citově labilní, mnohdy si neumí poradit se svým překotným vývojem. Pubescent má často pocit, že ho dospělí nechápu a tím dochází k častým konfliktům mezi nimi. Má tendence prosazovat svá práva, ale nepřipouští si své povinnosti. Porozumění vyhledává mezi vrstevníky, někdy ale kontaktuje nesprávné osoby. Jejich vliv může mít špatný dopad na jeho rozhodnutí a vývoj. Komunikace s pubescentem vyžaduje citlivý a chápavý přístup dospělých a jeho okolí. (Hladík 2006, Šamánková 2008)

3.6 Období adolescence

Období adolescence trvá od 15 do 20 let, je to poslední etapou dospívání. Začíná ukončením povinné školní docházky a pozvolna přechází v dospělost. Mohou se vyskytovat individuální rozdíly, převážně v psychické, sociální, vzácněji i somatické oblasti. Za vstup do této fáze se také považuje pohlavní dozrávání, psychosociální proměny a měnící se osobnost dospívajícího. Problematika tohoto období se sice velmi podobá předešlému období pubescence, ale pokud má adolescent příznivé podmínky tak se postupně zklidňuje a ubývá jeho konfliktů s okolím. V případě, že by se rodičům a ostatním dospělým nezdařilo obtíže pubertálního dítěte zvládnout, budou pak problémy přetrvávat i v adolescenci, kde mohou mít i závažnější charakter. Vrstevníci mají významnou roli, partnerské vztahy se stávají trvalejší. (Šamánková 2008, Vágnerová 2000)

Období adolescence můžeme charakterizovat několika proměnami:

1. Do období adolescence spadá první pohlavní styk. Také může nastat početí dítěte, což je v mnoha hlediscích velmi předčasné. (Vágnerová 2000)
2. Jedním ze dvou mezníků adolescence je ukončení povinné základní školní docházky, druhým je nástup na střední školu – dovršení přípravného profesního období doprovázeno nástupem do zaměstnání. (Vágnerová 2000)
3. Dosažení plnoletosti, která funguje zároveň jako jeden ze sociálních mezníků dospělosti. Dle současného práva po dovršení 18 let, se člověk stává plně zodpovědný za své činy. (Vágnerová 2000)

4 Hospitalizované dítě

Hospitalizace je náročná událost nejen pro dospělé, ale především pro děti v kterémkoliv věku. K hospitalizaci dětí dochází v případech, kdy je není možné léčit v domácím prostředí ze zdravotních či sociálních důvodů. U malých dětí se může průběh hospitalizace zhoršit díky tomu, že si nedokáží odůvodnit, proč jsou v nemocnici, navíc při nepřítomnosti blízké osoby (nejčastěji matky) pociťují strach a obavy z neznámého prostředí a osob. (Nevrlková 2007)

Fenomén pocitu strachu je u dětí obecně známý, vyskytuje se z důvodů racionálních, ale i iracionálních. Dětské obavy vychází z vyšetření, z léčebných postupů a s nimi spojené bolesti, např. při podávání medikamentů injekcí, u odběrů biologického materiálu, podávání inhalací, infúzí apod. Další vyvolavatel strachu je strach z bílého pláště, neznámého prostředí, zdravotnického personálu a hospitalizace bez rodičů (Nevrlková 2007, Šamánková 2008)

Prostředí nemocnice má podstatný vliv na vnímání nemocného dítěte i jeho doprovodu. Vybavení dětských oddělení by mělo vycházet z potřeb dětí různých věkových kategorií, tzn. adekvátní velikost lůžek, vhodný nábytek, lůžka či přistýlky pro rodiče, oddělení by mělo být barevné, mělo by mít hernu s dostatečným výběrem hraček, knih, popřípadě může být vybaveno počítačem, hlavně by mělo být čisté a vkusně upravené. (Nevrlková 2007, Šamánková 2008)

Na dětských odděleních jsou povoleny v dostatečné míře nebo také i neomezeně návštěvy rodičů a blízkých. Během delší hospitalizace za dětmi docházejí učitelky ze základní školy nebo mateřské školy. Dále je již na některých odděleních i přítomen herní terapeut a dobrovolníci, kteří děti vhodně připraví na různé výkony a doprovázejí je na vyšetření. (Šamánková 2008)

Zdravotnický personál na dětských odděleních má za úkol co nejvíce eliminovat negativní vlivy na dítě, ale i na doprovázející osobu dítěte. Míra změn u dítěte se odráží od jeho věku a osobnosti. Pobyt v nemocnici může přinášet, ale i kladné stránky a to hlavně z léčebného hlediska, jelikož je dítěti poskytnuta odborná lékařská a ošetrovatelská péče a je pod neustálým dohledem. Pokud dojde ke změně jeho zdravotního stavu, je mu ihned poskytnuta odborná zdravotní pomoc. (Nevrlková 2007, Šamánková 2008)

Časný návrat zdraví a překonání choroby má pro dítě velký význam, jelikož dobrá fyzická kondice je jeden z aspektů pro zdravý duševní vývoj. (Šamánková 2008)

4.1 Prevence pádů u dětí

Jedna z hlavních intervencí jak zamezit vzniku pádu je užívat dětské postýlky pro všechny pacienty do tří let. Postýlky mají na vznik pádu velký vliv. Převaha lůžek v nemocnici není navržena tak, aby se malé děti přesunuly z a do postele bez pádu. (Macurová 2012)

Prevenci pádu z postele u malých dětí nezaručí nic jiného, než přítomnost postranic na posteli. Snížit riziko vzniku pádu či zranění pokud by k pádu z lůžka u pacienta došlo, můžeme tím, že snížíme výšku lůžka pacienta na co nejmenší výšku od podlahy. To mu také usnadní přesun z lůžka a zpátky do něj. Další důležitou intervencí k zajištění prevence pádu je zapojení rodičů do péče o dítě. Obeznamit je s nejčastějšími rizikovými faktory pádů u dětí. Pokud by to bylo nutné, je dobré provést u rodičů reedukaci v oblasti rizikových faktorů pádů. Je důležité, aby si rodina i zdravotnický personál uvědomili, že zdravotnické zařízení je pro dítě nové prostředí, což vede ke zvýšení rizika neočekávaného pádu. Pacientovi můžeme pomoc tím, že ho provedeme po novém prostředí a pomůžeme mu se v něm zorientovat. Někdy je potřeba u některých dezorientovaných pacientů označit pokoje a toalety fotografiemi či obrázky. (Macurová 2012)

Jestliže to zdravotní stav dítěte vyžaduje, je na místě dítěti asistovat při činnostech jako je chození na záchod, vstávání z postele a lezení do ní zpátky, jelikož jsou tyto činnosti jeden z rizikových faktorů pro vznik pádu. V průběhu ambulantní péče neumožnit dětským pacientům, aby lezly na stoly, pulty, pojízdné vozíky a aby si sedaly na kancelářské židle. Velký význam má podněcovat rodiče a další osoby, které se podílí na péči o dítě, aby je doprovázely do vyšetřovny, čekárny a nenechávaly děti na vyšetřovacím stole bez dozoru. Během příjmu zjistit zda nepoužívá nějakou kompenzační pomůcku k pohybu. Pokud ano, je na ošetřovatelském personálu zjistit zda jí má sebou, popřípadě jí zajistit. Dále zkontrolovat ve spolupráci s fyzioterapeutem zda jí umí pacient správně používat a dále, jestli je kompenzační pomůcka funkční. V průběhu hospitalizace provádíme pravidelný screening pacientova stavu a 1x týdně přehodnotíme riziko pádu a dál vždy při výrazné změně zdravotního stavu pacienta. (Macurová 2012)

Neměli bychom zapomenout na to, aby se na oddělení, především na pokojích pacientů a na chodbách nenacházely žádné překážky, které mohou zapříčinit pád pacienta, např. židle či sedačka zanechaná na chodbě atd. K zamezení nežádoucímu přesunu lůžka pacienta během vstávání nebo jiném pohybu je důležité zabezpečení pojízdných koleček u lůžka jejich zablokováním. V dosahu u lůžka by měl být i noční stolek pacienta. (Dostálová, Nahodilová 2011, Macurová 2012)

Dále je potřeba zkontrolovat a zajistit funkční signalizační zařízení, které by měl mít pacient u lůžka, na toaletě, ve sprchovém koutě apod. a edukovat pacienta o jeho použití již při příjmu na oddělení. Jestliže pacient potřebuje z nějakého důvodu v noci opustit lůžko, je vhodné zajistit osvětlení, které bude mít pacient v dosahu. Také musíme zabezpečit, aby byla jakákoliv tekutina na podlaze ihned vytřena do sucha, pacient upozornit na tuto situaci a vyzvat ho k tomu, aby během vytírání podlahy setrval v lůžku nebo na židli. Na mokrou podlahu, především na chodbách, by měla být umístěna tabulka s nápisem „mokrá podlaha – nebezpečí pádu“, nebo žlutý jehlan upozorňující na mokrou podlahu. (Bowden Greenberg 2008, Macurová 2012)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části jsem zjišťovala, jaké jsou nejčastější rizikové faktory pro vznik pádů během hospitalizace dítěte, jak se mění riziko pádu v průběhu hospitalizace a návrhy preventivních opatření pro vznik pádů. Dále bylo mým cílem zjistit, zda vytvořený dotazník pro screening rizika pádu u hospitalizovaných dětí je srozumitelný a použitelný v praxi.

Pro získání potřebných informací byl použit dotazník pro screening rizika pádu u hospitalizovaných dětí vytvořený Bc. Sabinou Slavíčkovou. Na zodpovězení výzkumné otázky č. 3 „Je vytvořený dotazník pro screening rizika pádu na pediatrii přínosný v praxi?“ byl uskutečněn rozhovor o 6ti otázkách určený pro všeobecné sestry pracující na pediatrickém oddělení. Dotazníkové šetření a následné rozhovory s všeobecnými sestrami probíhaly od začátku března do půlky května. Výzkum probíhal na dvou pracovištích. Na jednom z nich byl proveden pilotní výzkum, který byl uskutečněn na konci února. Po pilotním výzkumu byly provedeny na dotazníku drobné úpravy za účelem jeho zdokonalení. Vše probíhalo ve spolupráci s Bc. Sabinou Slavíčkovou. Upravený dotazník byl využit pro výzkum (viz příloha B).

5.1 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou nejčastější rizikové faktory pro vznik pádu během hospitalizace dítěte?
2. Jak se mění riziko pádu v průběhu hospitalizace a návrhy preventivních opatření k zabránění vzniku pádu.
3. Je vytvořený dotazník pro screening rizika pádu na pediatrii přínosný v praxi?

5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Cílovou skupinou byly pacienti na dětských odděleních a všeobecné sestry pracující na oddělení hospitalizovaných dětí. Zkoumané děti byly vybírány bez ohledu na věk, pohlaví a diagnózu. U dětí bylo zkoumáno 6 oblastí, které jsou v dotazníku uvedené jako potenciální pro vznik rizika pádů. Do těchto oblastí byl zařazen pohyb, zdravotní znevýhodnění, psychomotorický stav dítěte, orientace, medikace, a sdělení pečující osoby. Dále jsou v dotazníku obsaženy návrhy opatření pro prevenci pádu.

Všeobecné sestry, se kterými byl proveden rozhovor určený k získání informací pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 3, byly vybrány bez ohledu na věk, pohlaví, dosažené vzdělání a délky trvání praxe ve ZZ. S dotazníkem pro screening rizika pádu byly seznámeny, a měly k dispozici i dotazník s vysvětlujícím komentářem (viz příloha A). Všechny všeobecné sestry souhlasily s uvedením jejich odpovědí v mé BP.

5.3 Zpracování dat

Pro zpracování výsledků jsem využila program Microsoft Office Excel, v němž byly vyhodnoceny získané data a vytvořeny grafy uvedené v kapitole analýza dat. Data v grafech jsou vyjádřena absolutními a relativními četnostmi.

5.4 Výzkumný nástroj – dotazník

V první fázi výzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník viz. příloha B který byl vytvořen Bc. Sabinou Slavičkovou. Dotazník je určen pro hodnocení rizika pádu u hospitalizovaných dětí. Riziko pádu se pomocí dotazníku ve dvou dnech. První hodnocení rizika pádů u dítěte proběhlo v den jeho příjmu. Druhé hodnocení se uskutečnilo následující den.

V dotazníku se hodnotí šest kategorií, a to kategorie ohybu, zdravotního znevýhodnění, psychomotorický stav, orientace, medikace a uvádí se i sdělení pečující osoby. V každé z uvedených kategorií lze zaškrtnout jednu, ale i více možností. Pozitivní zjištění rizik pádu je ohodnoceno u každé oblasti jedním bodem.

Maximální možný počet bodů získaný v dotazníku je 6, minimální počet je 0 bodů. Při získání 1 a více bodů je pacient zařazen do rizika pádů a sestra pokračuje výběrem ošetřovatelských

opatření vedoucích k prevenci vzniku pádu. V dotazníku je uvedeno 9 ošetřovatelských intervencí. Pokud však zdravotní sestra v nabídce nenalezne vhodnou ošetřovatelskou intervenci, má možnost ji doplnit do kolonky „jiné uveďte“. Získaná data pomocí dotazníkového šetření jsou uvedena v kapitole 5.1.

5.5 Výzkumný nástroj – rozhovor

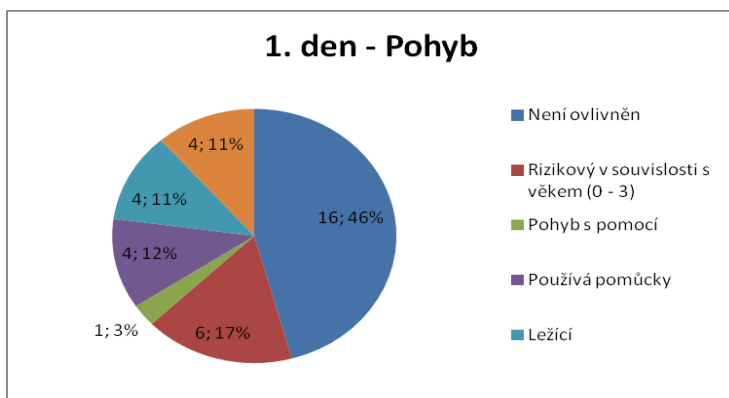
V druhé fázi výzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovor viz. příloha C který obsahuje 6 otázek. Byl použit pro získání zpětné vazby o vytvořeném dotazníku. Otázky v něm obsažené sloužily jako vodítko k polostrukturovanému rozhovoru. Byly zaměřené na časovou náročnost vyplnění dotazníku, na jeho obsahovou stránku, zda se v něm nachází něco přebytečného k vyplnění, dále na způsob jeho vyhodnocení a ošetřovatelské intervence, které jsou v nabídce. Také v něm je zahrnutá otázka, zaměřená na smysluplnost vyplňování dotazníku pro vyhodnocení rizika pádu u dětí.

Rozhovor jsem udělala s 12 všeobecnými sestrami pracujícími na oddělení hospitalizovaných dětí. Probíhal v soukromí na denní místnosti sester na dětského oddělení. Sestry jsem vybrala ty, které s dotazníkem byly seznámeny a pracovaly s ním. Nebrala jsem ohled na délku jejich praxe, věk a dosažené vzdělání. S jejich souhlasem jsem si odpovědi zaznamenávala na papír a vždy jsem jim jejich odpověď zpětně přečetla, aby nedošlo k neúmyslné záměně jejich odpovědí vzájemným neporozuměním. Všechny sestry souhlasily s šetřením.

6 Analýza a interpretace výsledků

6.1 Analýza dotazníkového šetření

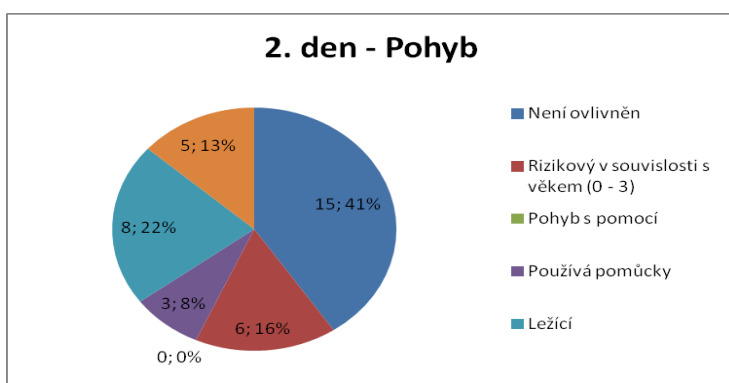
Kategorie č. 1 – 1. den Pohyb



Obrázek 1 1. den - Pohyb

Výsledek: 1. den bylo 16 pacientů bez rizika pádu spojeného s pohybem. U zbylých 19 pacientů byl pohyb označen jako rizikový faktor pro vznik pádu. Nejčastěji to bylo z důvodu sníženého věku (0-3 let) a to u 6 pacientů. Dále jeden pacient potřeboval dopomoci k pohybu, 4 pacienti byli ležící, 4 používali k pohybu pomůcky a 4 měli riziko pádu v souvislosti s pohybem způsobené akutním onemocněním.

Kategorie č. 1. – 2. den POHYB

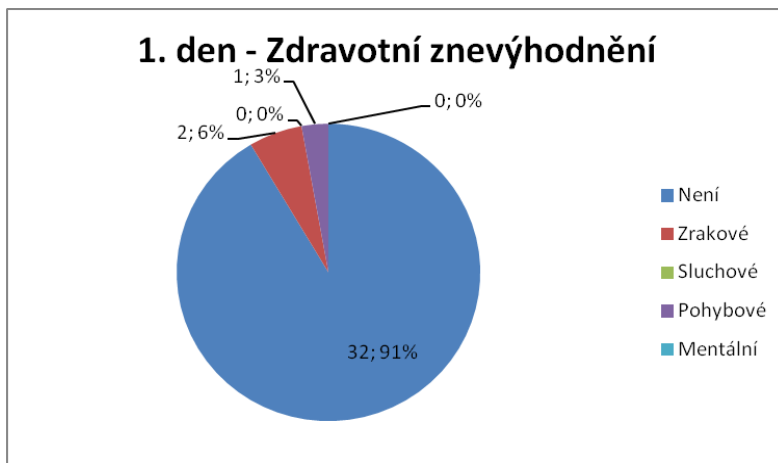


Obrázek 2 2. den - Pohyb

Výsledek: 2. den bylo riziko pádu z důvodu omezeného pohybu u 22 dětí z 35. Osm dětí bylo ležících, 3 děti používaly k pohybu pomůcky, 5 dětí mělo pohyb ovlivněno v souvislosti

s onemocněním. Počet dětí se nezměnil v riziku spojeném v souvislosti s věkem (0-3 roky). Stále jich bylo 6. U 15 pacientů nebyl pohyb rizikovým faktorem pádu.

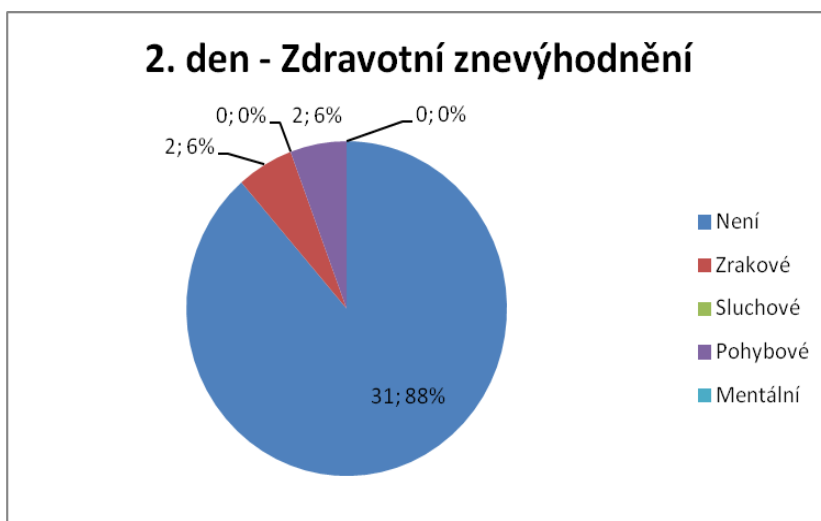
Kategorie č. 2 – 1. den ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ



Obrázek 3 1. den - Zdravotní znevýhodnění

Výsledek: Zdravotně znevýhodněny byly první den 3 děti a to v oblasti zraku (2) a pohybu (1).

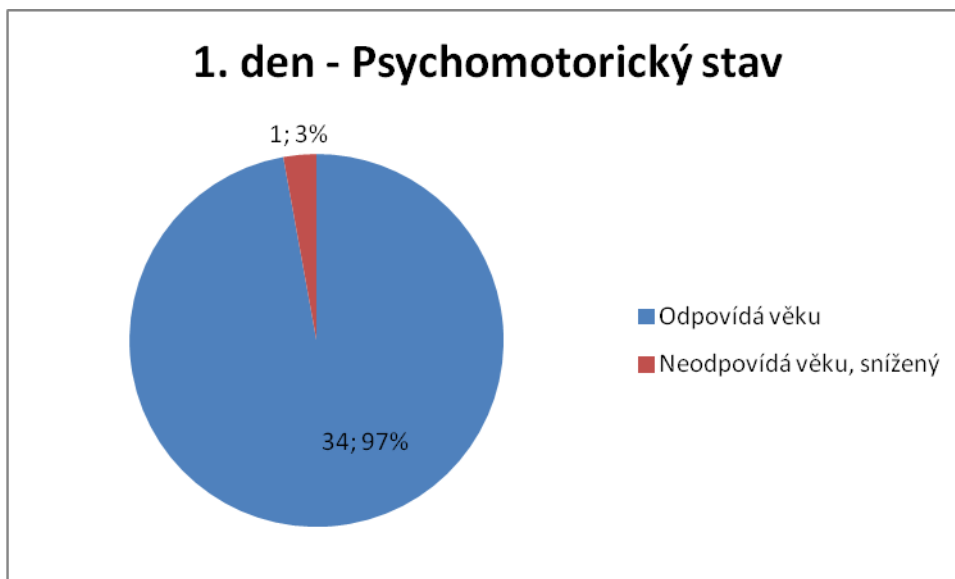
Kategorie č. 2 – 2. den ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ



Obrázek 4 2. den - Zdravotní znevýhodnění

Výsledek: V oblasti zdravotního znevýhodnění 2. den bylo bez rizika 31 pacientů. Rizikem se stalo u 2 pacientů zrakové znevýhodnění a u dalších 2 dětí byl rizikem pro vznik pádu pohyb. Žádné z dětí nebylo postihnuto mentálním nebo sluchovým znevýhodněním.

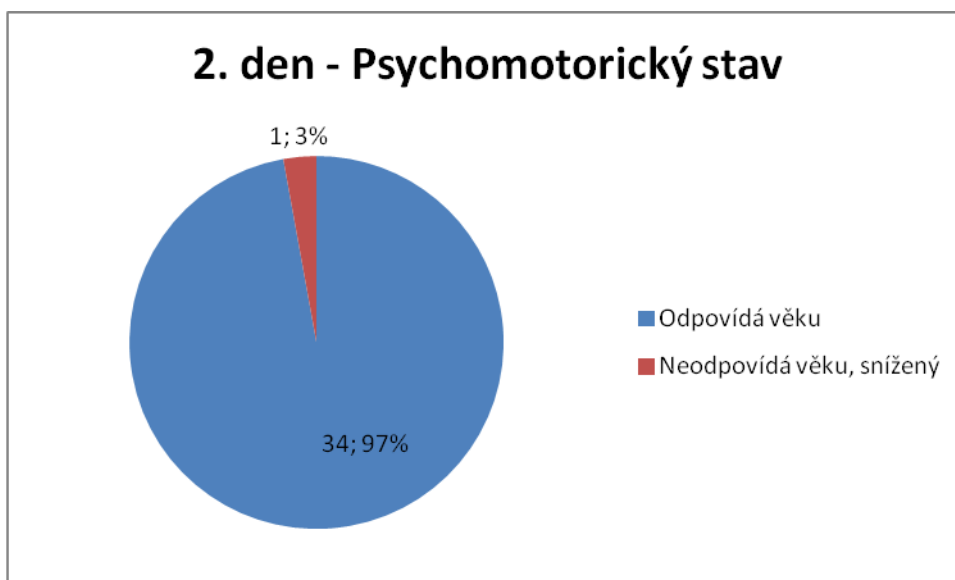
Kategorie č. 3. – 1. den PSYCHOMOTORICKÝ STAV



Obrázek 5 1. den - Psychomotorický stav

Výsledek: Psychomotorický stav neodpovídal věku pouze u jednoho dítěte.

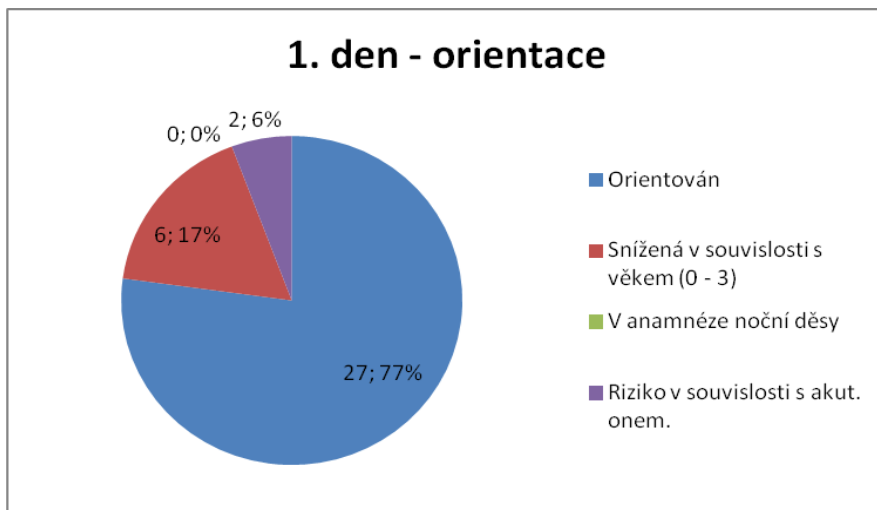
Kategorie č. 3. – 2. den PSYCHOMOTORICKÝ STAV



Obrázek 6 2. den - Psychomotorický stav

Výsledek: Psychomotorický stav byla kategorie, u které nedošlo k žádné změně oproti prvnímu dni. Stále byl snížený psychomotorický stav pouze u jednoho dítěte.

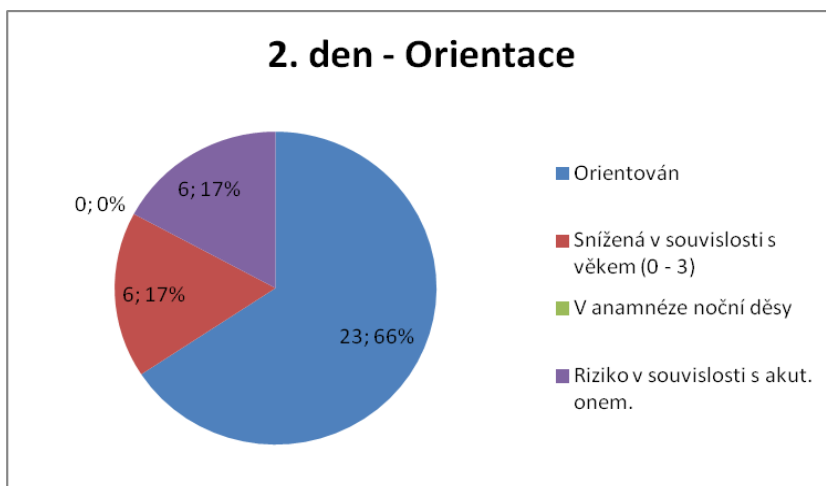
Kategorie č. 4 – 1. den ORIENTACE



Obrázek 7 1. den - Orientace

Výsledek: V této hodnotící oblasti bylo 27 dětí první den plně orientováno, dalších 6 dětí mělo sníženou orientaci z důvodu nízkého věku, zbylé 2 děti měly sníženou orientaci díky akutnímu onemocnění. Žádné z 35 dětí nemělo zaznamenáno v anamnéze noční děsy.

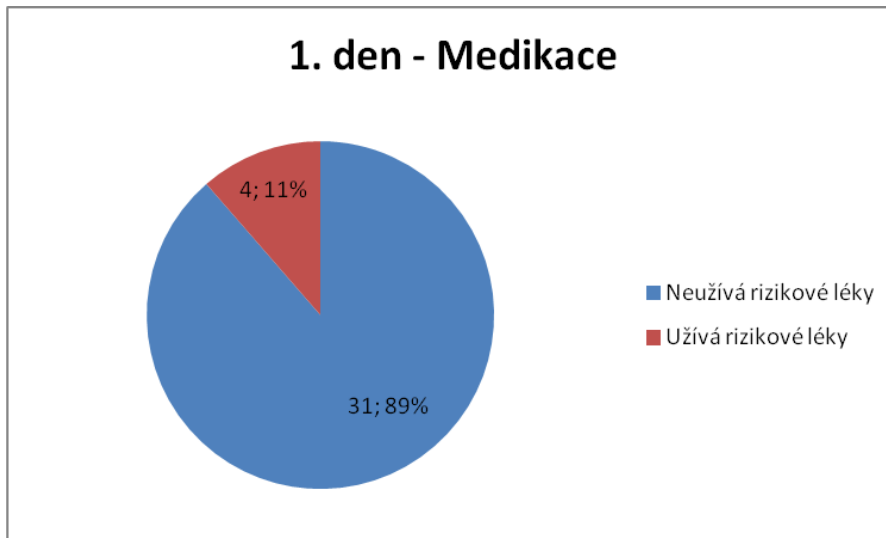
Kategorie č. 4 – 2. den ORIENTACE



Obrázek 8 2. den - Orientace

Výsledek: V druhém dnu se snížil počet plně orientovaných dětí z 27 na 23. Riziko pádu mělo v souvislosti snížené orientace 12 pacientů.

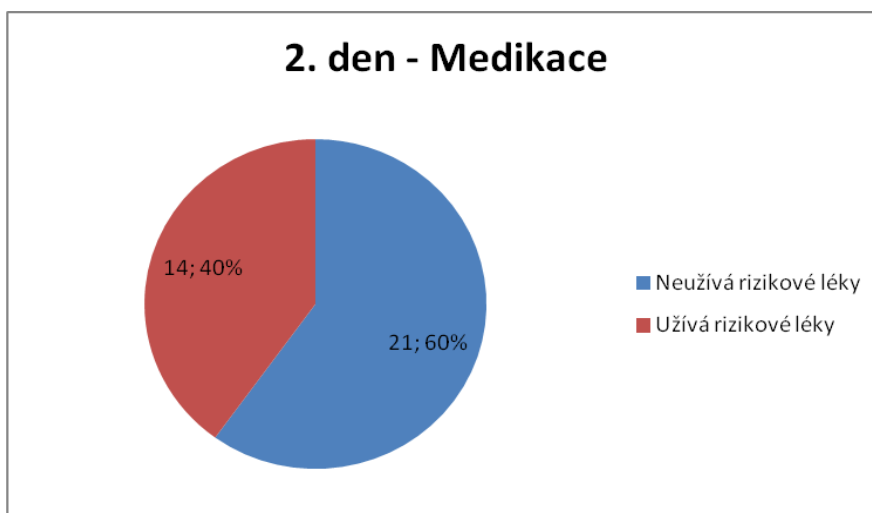
Kategorie č. 5 – 1. den MEDIKACE



Obrázek 9 1. den - Medikace

Výsledky: První den hospitalizace užívaly léky označené za rizikové 4 děti a zbylých 31 bylo bez medikace rizikových léků.

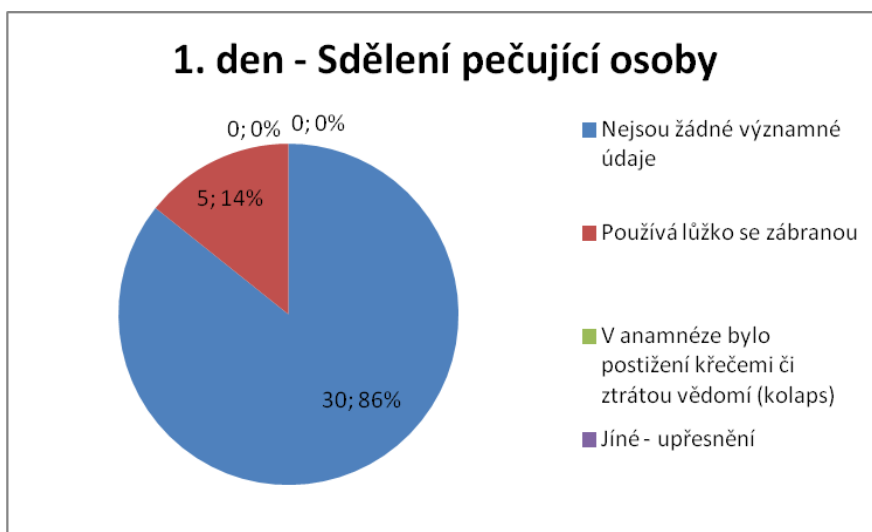
Kategorie č. 5 – 2. den MEDIKACE



Obrázek 10 2. den - Medikace

Výsledky: Druhý den mělo ordinováno léky z kategorie rizikové 21 dětí a pouze 14 dětí bylo bez léků, které by byly rizikovým faktorem pádu.

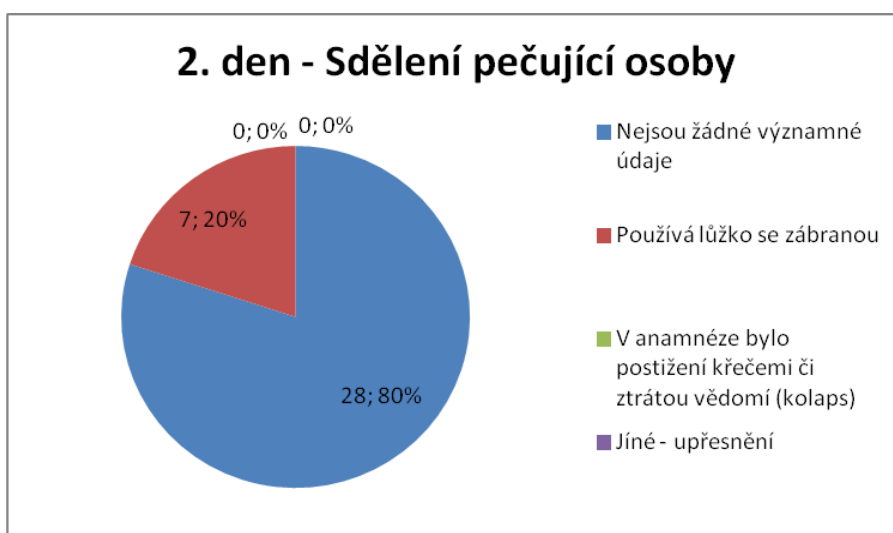
Kategorie č. 6 – 1. den SDĚLENÍ PEČUJÍCÍ OSOBY



Obrázek 11 1. den - Sdělení pečující osoby

Výsledky: U 30 dětí nebyly v anamnéze zaznamenány žádné významné údaje, u dalších 5 dětí pečující osoba uvedla, že užívají lůžko se zábranou.

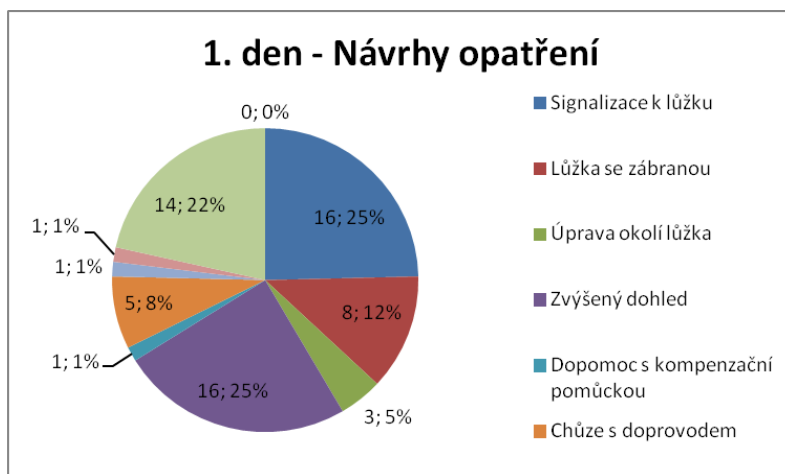
Kategorie č. 6 – 2. den SDĚLENÍ PEČUJÍCÍ OSOBY



Obrázek 12 2. den - Sdělení pečující osoby

Výsledky: V druhém dnu používalo lůžko se zábranou 7 dětí, u dalších 27 nebyly zaznamenány žádné významné anamnestické údaje.

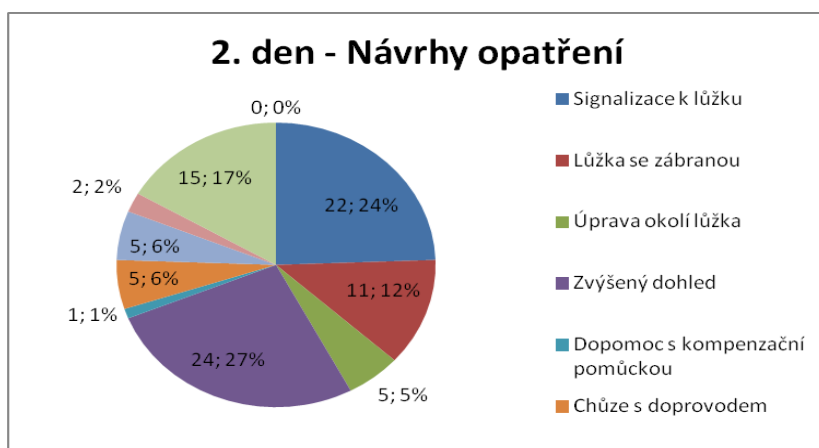
Kategorie č. 7 – 1. den NÁVRHY OPATŘENÍ



Obrázek 13 1. den - Návrhy opatření

Výsledky: První den hospitalizace byla 16 – krát navržena signalizace k lůžku a zvýšený dohled, 14 – krát byla navržena edukace dítěte a doprovodu, ani jednou nevyužil ošetřující personál možnost doplnit své vlastní opatření.

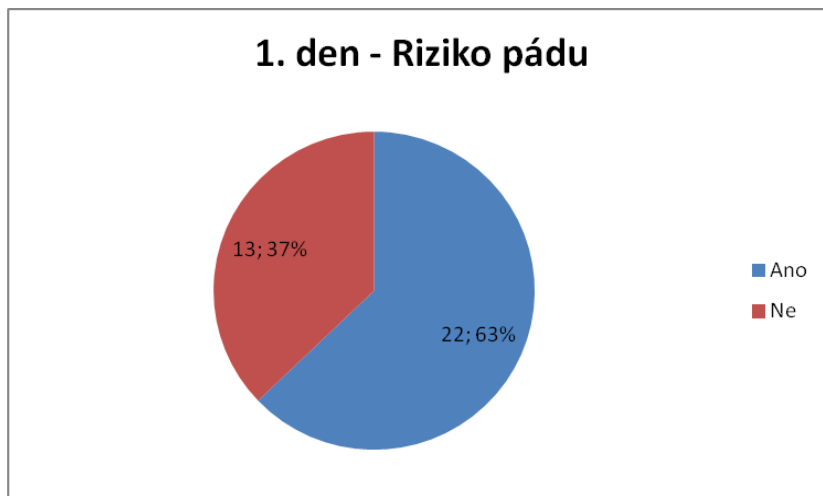
Kategorie č. 7 – 2. den NÁVRHY OPATŘENÍ



Obrázek 14 2. den - Návrhy opatření

Výsledky: V druhém dnu bylo nejčastější intervencí zvýšený dohled u pacienta a to celkem u 24 dětí, u 22 dětí bylo jako opatření navrhnutá signalizace k lůžku. 15 – krát byla provedena edukace dítěte a doprovodu a 11 – krát bylo uvedeno jako opatření proti vzniku pádu lůžko se zábranou. Ani jednou ošetřující personál nenavrhnul jiná opatření než, byla uvedena v nabídce.

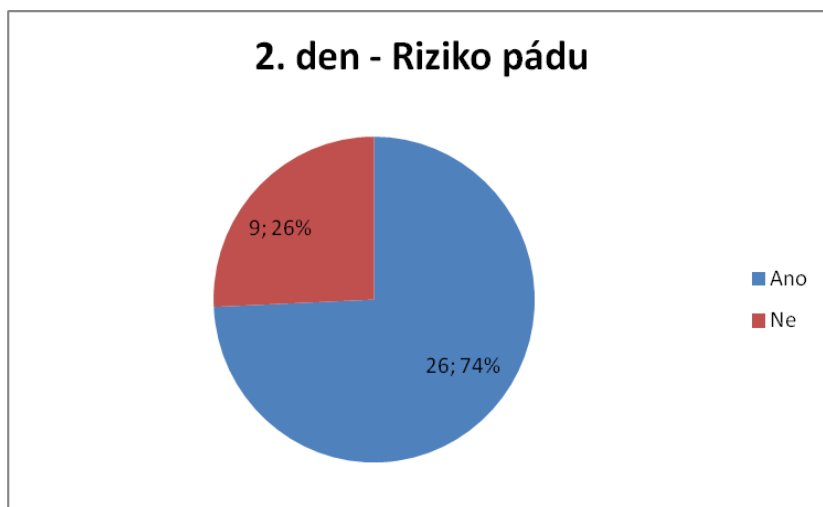
Kategorie č. 8 – 1. den VÝSKYT RIZIKA PÁDU



Obrázek 15 1. den - Riziko pádu

Výsledky: První den bylo rizikem pádu postiženo 22 dětí z 35.

Kategorie č. 8 – 1. den VÝSKYT RIZIKA PÁDU



Obrázek 16 2. den - Riziko pádu

Výsledky: Druhý den bylo v riziku pádu také 26 dětí z 35.

6.2 Analýza rozhovoru

Otázka č. 1 – Jak Vás časově zatěžuje vyplnění dotazníku? 2min, 5 min ?

Na otázku č. 1 mi všech 12 sester odpovědělo, že je vyplnění dotazníku časově nezatěžuje. Některé již byly zvyklé vyplňovat dotazník pro hodnocení rizika pádu při příjmu, a každý den ho přehodnocovat. Všechny zapisovaly časový údaj na papír s dotazníkem. V průměru jim to trvalo od 1 do 5 minut. Možnost porovnání prvního dne s druhým bralo jako pozitivní 10 sester. Pomáhalo jim to stanovit vhodné ošetřovatelské intervence. Mohly díky tomu provést kontrolu, zda ošetřovatelské intervence z předešlého dne jsou aktuální, popřípadě je doplnily o další potřebné k prevenci vzniku pádu.

Otázka č. 2 – Je dotazník přehledný? Nachází se v něm něco čemu nerozumíte, či kam máte zařadit konkrétní zjištění nebo problém?

Na otázku č. 2 odpovědělo 11 z 12 sester. Po jeho důkladném vysvětlení a přečtení spolu s uvedeným vysvětlujícím komentářem k obsahu, připadá srozumitelný. Dotazník nebyl přehledný pouze pro jednu sestru, která uvedla, že jí nevyhovuje jeho celková úprava. Vyhovoval by jí pouze jeden dotazník na stránce a pod ním tabulka, ve které by bylo uvedené datum, součet bodů v den hodnocení, zda je či není pacient v riziku pádu a podpis sestry, která dotazník vyplňovala. Pro názornost jsem navrhla tabulku, na základě odpovědí Vitoria, ukázala ji sestře, která ji navrhla a s jejím souhlasem jsem ji uvedla v přílohách (viz příloha C) BP. Dále mi sestry uvedly, že by bylo vhodné do sdělení pečující osoby přímo zařadit údaj „předchozí pád v anamnéze“.

Otázka č. 3 – Je něco, co Vám připadá v dotazníku zbytečné k vyplnění a proč?

Ani jedné z 12 všeobecných sester nepřipadalo nic v dotazníku k vyplnění zbytečné. Uváděly, že vyplňované oblasti dotazníku jim podávají důležité informace o možnosti vzniku rizika pádu. Jako např. pohybové omezení, či riziková medikace u pacienta. Tři sestry z 12 dotazovaných uvedly, že by bylo vhodné zařadit mezi hodnocené údaje, oblast nazvanou hospitalizace s doprovodem, jelikož je důležitá řádná edukace doprovodu o možnostech vzniku rizika pádu, dále přímo i zavedených preventivních opatřeních, které mají za úkol snížit riziko vzniku pádu.

Otázka č. 4 – Je pro Vás způsob vyhodnocení dotazníku vyhovující?

U této otázky došlo k nejčastějším rozdílným odpovědím. 7 sester označilo způsob vyhodnocení dotazníku k hodnocení rizika pádu jako vyhovující a nic by na něm neměnily. 5 sester se ve svých odpovědích shodlo na tom, že je malé bodové rozpětí u jednotlivých oblastí hodnocení rizika pádu. Uvítaly by možnost odstupňovat riziko pádu, konkrétně na nízké, střední a vysoké a podle toho zvolit vhodné ošetřovatelské intervence vedoucí k prevenci vzniku pádu. Uváděly, že pokud by bylo dítě v nízkém riziku pádu, tak by u něj provedly edukaci, popřípadě edukaci i doprovodu, pokud by byl s ním hospitalizovaný a další ošetřovatelské intervence vedoucí k zabránění vzniku pádu. Pokud by však dítě bylo ve vysokém riziku pádu, věnovaly by větší pozornost častějšímu přehodnocování rizika pádu, a v pravidelných intervalech např. Každé 3 hodiny by chodily pacienta kontrolovat. Dále navrhovaly vytvořit štítek či náramek, který by upozornil na skutečnost, že je pacient v riziku pádu. Tím by byl veškerý zdravotnický personál, který přijde do kontaktu s pacientem upozorněn na to, že je pacient v riziku pádu, aniž by nahlédl do ošetřovatelské dokumentace.

Otázka č. 5 – Je nějaká intervence podle vás zbytečná, popřípadě proč?

U této otázky se všechny sestry shodly, že není žádná intervence, která by jim připadala zbytečná. Vyhovuje jim, že dotazník dává možnost doplnit svou vlastní intervenci, pokud by jí nenašly v nabídce.

Otázka č. 6 – Myslíte si, že vyplňování dotazníku na hodnocení rizika pádu u dítěte má význam? Ano x Ne – uveďte důvod

Všechny dotazované zdravotní sestry přikládají význam vyplňování dotazníku k hodnocení rizika pádu. Vypovídaly, že vyplněním dotazníku, jsou schopné efektivněji nastavit opatření, které mají za cíl zabránit vzniku pádu a také upozornit na již vzniklé riziko pádu u pacienta. Jedna uvedla, že i kdyby dotazník nevyplnila, tak by k dítěti přistupovala, jako kdyby bylo v riziku pádu a udělala by u dítěte potřebné intervence k zabránění vzniku pádu. Dala by mu signalizační zařízení tak, aby ho mělo nadosah, ukázala by mu oddělení, upozornila na možnost uklouznutí na mokré podlaze, také na to, že pokud bude u jeho lůžka rozlita tekutina, musí si přivolat pomoci signalizačního zařízení ošetřovatelský personál, do té doby by měl zůstat v lůžku. Tato sestra uznala, že tyto opatření jsou pouze všeobecná a ne přímo zaměřená

na individuální potřeby pacienta. Čímž nemůže efektivně zabránit vzniku pádu, tak jako po vyplnění dotazníku na screening rizika pádu.

7 Diskuze

V této kapitole bych ráda shrnula zjištěné výsledky a nové poznatky, které jsem zjistila během mého výzkumného šetření. Také si zde odpovím na položené výzkumné otázky.

Dotazník sloužil ke zjištění rizika pádu u hospitalizovaných dětí. Zjišťoval u nich výskyt rizika pádu v souvislosti s pohybem, zdravotním znevýhodněním, psychomotorickým stavem, orientací dítěte, jeho medikací a dále uvedené sdělení pečující osoby. Riziko pádu bylo sledováno první a druhý den hospitalizace dítěte. Následné šetření pomocí rozhovoru hodnotilo práci s dotazníkem. Rozhovor byl proveden s 12 sestrami na oddělení hospitalizovaných dětí. Všechny tyto sestry byly s dotazníkem seznámeny a používaly ho v praxi. Měly k dispozici i dotazník s vysvětlujícím komentářem, souhlasily se zaznamenáním jejich odpovědí a následným uvedením v BP.

Výzkumná otázka č. 1

Jaké jsou nejčastější rizikové faktory pro vznik pádu během hospitalizace dítěte?

Na zodpovězení této otázky jsem použila nestandardizovaný dotazník, vytvořený Bc. Sabinou Slavíčkovou. Je určený pro hodnocení rizika pádu hospitalizovaných dětí. Výsledkem mnou provedeného výzkumu je, že nejčastějším rizikovým faktorem pro vznik pádu je oblast pohybu. Tato oblast byla nejrizikovější první i druhý den hodnocení rizika pádu u hospitalizovaných dětí.

První den byl ohrožen rizikovým u 19 pacientů, druhý den došlo k navýšení v této oblasti o 3 děti, tedy celkem jich bylo v riziku z důvodu omezeného pohybu 22. Jako druhý nejčastější rizikový faktor první den hospitalizace byla oblast orientace dítěte, zde bylo z důvodu snížené orientace v riziku 8 dětí. Třetím nejčastějším rizikovým faktorem byla oblast se sdělením pečující osoby, zde jako rizikové bylo uvedeno, že dítě používá lůžko se zábranou a to celkem u 5 dětí. Čtvrtou nejčastější oblastí s rizikem pádu byla medikace, kde rizikové léky užívaly 4 děti. Pátou nejčastější oblastí bylo zdravotní znevýhodnění, zde se nacházely v riziku pouze 3 děti a poslední oblastí rizika pádu byl psychomotorický stav dítěte, a to pouze u jednoho pacienta, tento údaj se nezměnil ani druhý den. Psychomotorický stav dítěte byl uveden jako snížený v jeho dokumentaci.

V druhém dnu hospitalizace se řadila oblast medikace na druhé místo, medikací bylo ovlivněné celkem 14 dětí. Mezi třetí nejčastější oblast s rizikem pádu bylo sdělení pečující osoby, oproti prvnímu dni se zvýšilo o dva pacienty. Čtvrtou nejčastější rizikovou oblastí byla orientace, ta byla snížena u 6 dětí, což je menší počet než den první. Pátou nejčastější kategorií bylo zdravotní znevýhodnění. Zde se nacházely v riziku pouze 4 děti. Poslední nejčastější oblast rizika zůstala nezměněná od prvního dne.

Z výsledků mě překvapilo, že se změnil počet dětí, které byly zařazeny do rizika v oblasti uvedeného sdělení pečující osoby. Tato oblast se totiž zjišťuje při příjmu dítěte od jeho rodičů či jiných příbuzných, a díky tomu jsem předpokládala, že se už jinak nezmění. Počet dětí s tímto rizikovým faktorem se z 5 navýšil na 7, a to přímo tím, že používaly lůžko se zábranou. Po zpětném doptání jsem zjistila, že to bylo způsobeno špatným pochopením dotazníku. Tyto děti začaly používat lůžko se zábranou až druhý den hospitalizace. Tento nově zjištěný údaj měl být zařazen mezi navržená opatření jako ošetřovatelská intervence.

Výzkumná otázka č. 2

Jak se mění riziko pádu v průběhu hospitalizace a návrhy preventivních opatření k zabránění vzniku pádu?

Pro zodpovězení druhé výzkumné otázky mi stejně jako u té první posloužil nestandardizovaný dotazník. Výzkumem se prokázalo že riziko pádu se u hospitalizovaných dětí mění. První den hospitalizace bylo v riziku pádu celkem 22 dětí a zbylých 13 bylo bez rizika. Druhý den se riziko pádu navýšilo o 4 děti. Celkem bylo v riziku pádu 26 dětí a pouze 9 jich bylo bez rizika pádu. Riziko pádu se tedy v průběhu hospitalizace u dětí zvyšovalo. Největší podíl na změně výskytu rizika pádu měla oblast medikace. Ta se navýšila z původních 4 dětí v riziku pádu, které užívaly rizikové medikamenty na 14.

Stejně jako se zvyšovalo riziko pádu tak i návrhy opatření, mající za cíl zabránit vzniku pádu se navyšovaly. Nejčastěji užívané opatření k prevenci pádu byl první i druhý den zvýšený dohled u pacienta. První den bylo toto opatření použito u 16 pacientů, den druhý dokonce u 24 pacientů. Ani jednou nevyužily sestry k návrhům opatření možnost doplnit svou vlastní ošetřovatelskou intervencí. Z toho se dá usuzovat, že nabízené intervence uvedené v dotazníku jsou dostačující.

Výzkumná otázka č. 3

Je vytvořený dotazník pro screening rizika pádu na pediatrii využitelný v praxi?

Pro zodpovězení 3. výzkumné otázky byl použit rozhovor s 12 všeobecnými sestrami. Všechny sestry byly s dotazníkem seznámeny a měly k dispozici i dotazník s vysvětlujícím komentářem.

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že vytvořený dotazník není pro všeobecné sestry časově zatěžující. V průměru jeho vyplnění trvalo od 1 do 5 minut. Dále 10 z 12 uvedlo jako pozitivní, možnost srovnání stavu dítěte v den kdy ho hodnotily se dnem předešlým, čímž získaly možnost provést i aktualizaci navrhovaných opatření u dítěte. Pro 11 sester byl dotazník přehledný a srozumitelný, pouze jedna by upravila jeho grafickou stránku tak, že by dotazník byl vytisknutý jen jednou na stránku a pod ním by byla tabulka, kde by se vyplnilo datum, součet bodů, zda je či není pacient v riziku pádu a podpis sestry která, dotazník vyplnila. Kromě toho navrhovala očíslovat předepsané ošetřovatelské intervence a vyplnit vždy k přehodnocení dotazníku, aktuální ošetřovatelské intervence. Tabulka je uvedena v přílohách bakalářské práce. Dále nepřipadalo žádné z 12 sester v dotazníku nic zbytečné k vyplnění. Všechny informace obsažené v dotazníku, jim podávaly informace, podstatné k zjištění rizika pádu. I navrhovaná opatření k prevenci vzniku pádu, vyšly jako dostačující, nejspíš i proto, že sestry mají možnost doplnit svou vlastní intervenci. V čem se názory sester rozcházely bylo vyhodnocení dotazníku. Sedm sester uvedlo, že způsob vyhodnocení dotazníku je pro ně dostačující, zbylým pěti nevyhovovalo. Uvedly, že by uvítaly větší bodové rozpětí u hodnocených kategorií a také možnost odstupňovat riziko pádu, konkrétně na nízké, střední a vysoké a podle toho zvolit u dítěte vhodné návrhy opatření. Například, že pokud by bylo dítě v nízkém riziku pádu, tak by u něj provedly edukaci, popřípadě edukaci i doprovodu. Pokud by však dítě bylo ve vysokém riziku pádu, věnovaly by větší pozornost častějšímu přehodnocení rizika pádu, a v pravidelných intervalech např. každé 3 hodiny by chodily pacienta kontrolovat.

Bylo také navrženo, celkem třemi sestrami doplnit hodnotící dotazník o oblast nazvanou hospitalizace s doprovodem, jelikož už byly svědky pádu dítěte právě z nedbalosti hospitalizovaného doprovodu. Hospitalizovaný doprovod se v tento okamžik stal rizikovým faktorem pro vznik pádu u dítěte.

Jako poslední byl návrh vytvořit náramek či štítek, který by upozornil na skutečnost, že je pacient v riziku pádu. Tím by byl veškerý zdravotnický personál, který přijde do kontaktu s pacientem seznámen s tím, že je pacient v riziku pádu a podle toho by k němu přistupoval.

I přes nedostatky dotazníku, které uváděly všeobecné sestry ve svých odpovědích v průběhu rozhovoru, byl dotazník účinným nástrojem k určení rizika pádu u dětských pacientů. V průběhu provádění výzkumu totiž nedošlo k žádnému pádu hospitalizovaného dítěte. Tento fakt, můžeme přikládat buď kvalitnímu zhodnocení rizika pádu u dětí nebo také komplexní ošetrovatelské péči.

Bylo by vhodné aktualizovat dotazník o připomínky sester, znovu ho zkusit využít v praxi a popřípadě provést rozsáhlejší výzkum a pokusit se zjistit validitu dotazníku.

8 Závěr

Má bakalářská práce je zaměřena na hodnocení rizika pádu u hospitalizovaných dětí. Teoretická část popisuje problematiku pádu ve zdravotnickém zařízení, dále se zaměřuje na jeho definici, příčiny, prevenci pádu a na pády v pediatrii.

Výzkumným cílem práce bylo zaměřit se na nejčastější oblasti rizikových faktorů pro vznik pádu, dále na proměnu rizika pádu v průběhu hospitalizace během prvního a druhého dne a změnu v návrzích preventivních opatření. Jako poslední cíl bylo zjistit pomocí rozhovoru se zdravotními sestrami na pediatrickém oddělení využitelnost vytvořeného dotazníku pro screening rizika pádu v praxi.

Pomocí dotazníkového šetření, které sloužilo ke zjištění rizika pádu u hospitalizovaných dětí, že nejčastější oblastí s výskytem rizika pádu je pohyb. Tato oblast byla první i druhý den, hodnocení rizika pádu vyhodnocena jako nejčastější.

Z mého výzkumu vyplývá, že nejčastější oblastí rizikových faktorů pro vznik pádu u zkoumaného vzorku byl první i druhý den pohyb. Pomocí výzkumu bylo i zjištěno jak se mění riziko pádu během prvního a druhého dne hospitalizace. První den bylo rizikem pádu označeno 22 pacientů, druhý den se tento údaj navýšil 26 dětí. S tím souviselo i to, že četnost návrhů opatření vedoucích k prevenci pádu se druhý den oproti prvnímu dni zvýšila.

Za pomoci rozhovorů s 12 všeobecnými sestrami pracujícími na pediatrickém oddělení se domnívám, že vytvořený dotazník, by mohl sloužit jako nástroj k hodnocení rizika pádu na pediatrii, ale bylo by zapotřebí zvážit doplnění dotazníku o odstupňování míry rizika pádu. Přesněji na nízké, střední a vysoké. Podle toho vypracovat bezpečnostní doporučení, kterými by se zdravotní pracovníci řídili. Dále doplnit do dotazníku oblast kde by bylo zahrnuto zda je dítě hospitalizováno s nebo bez osoby blízké. Jelikož v některých případech, může nedbalost hospitalizovaného doprovodu zapříčinit pád dítěte a v některých případech pádu zabránit. Také by bylo vhodné upravený dotazník podrobit dalšímu výzkumu a zjistit jeho specifitu a senzitivitu.

Seznam zkratek

CDC	Centres for Disease Control and Prevention – Centra kontroly a prevence nemocí
ČR	Česká republika
HDFS	Humpty Dumpty Falls Scale
ZZ	zdravotnické zařízení

Seznam bibliografických citací

- 1) BOWDEN, V. R., GREENBERG C. S. *Pediatric Nursing procedures*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2008.
- 2) COOPER, L., NOLT, J. D. *Development of an Evidence – based Pediatric Fall prevention Program*. *Journal of Nursing Carte Quality*. 2007, vol. 22, no 2.
- 3) ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup prevence pádů a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. Praha: Česká asociace sester, 2007 [cit. 2012 – 02 – 15]. Tiskoviny. Dostupný z WWW: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf
- 4) ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011 - 2012* [online]. [cit. 2014-06-18]. Dostupné z WWW: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf
- 5) DOSTÁLOVÁ, Barbora, NAHODILOVÁ, Helena. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení*. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 1. ISSN 1210 – 0404.
- 6) HILL – RODRIGUEZ, D. et. al., *The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case – Control Study*. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* [online]. 2008, vol 14, no 1, [cit. 2012 – 03 - 08]. Dostupný z WWW: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x/pdf>
- 7) HLADÍK, Michal. *Dětské lékařství: pro studenty ošetrovatelství*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita, 2008, 222 s. ISBN 978-807-2484-720.
- 8) JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 3224 – 4.
- 9) KLEMENTOVÁ, Monika. *Screening rizika pádu v pediatrii jako indikátor kvality péče*. Pardubice, 2012. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- 10) KROUTILOVÁ, L., HLAVÁČKOVÁ, E., PITROVÁ, M., *Screening rizika pádu v pediatrii*. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. roč. 7, č. 3, 2011. ISSN 1801 - 464X.
- 11) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.
- 12) MACUROVÁ, Simona. *Metody pro hodnocení rizika pádů v pediatrii*. Pardubice, 2012. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

- 13) MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
- 14) NEVRLKOVÁ, Vendula. *Problematika hospitalizovaného dítěte v doprovodu matky*. Zlín, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta Humanitních studií.
- 15) STUDIA SPORTIVA. Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2007-
, roč. 2011, č. 2. ISSN 1802-7679.
- 16) ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80 - 246 - 1091 - 4.
- 17) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

Seznam obrázků

Obrázek 2 1. den - Pohyb.....	33
Obrázek 3 2. den - Pohyb.....	33
Obrázek 4 1. den - Zdravotní znevýhodnění.....	34
Obrázek 5 2. den - Zdravotní znevýhodnění.....	34
Obrázek 6 1. den - Psychomotorický stav	35
Obrázek 7 2. den - Psychomotorický stav	35
Obrázek 8 1. den - Orientace	36
Obrázek 9 2. den - Orientace	36
Obrázek 10 1. den - Medikace	37
Obrázek 11 2. den - Medikace	37
Obrázek 12 1. den - Sdělení pečující osoby.....	38
Obrázek 13 2. den - Sdělení pečující osoby.....	38
Obrázek 14 1. den - Návrhy opatření.....	39
Obrázek 15 2. den - Návrhy opatření.....	39
Obrázek 16 1. den - Riziko pádu	40
Obrázek 17 2. den - Riziko pádu	40

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník s vysvětlujícím komentářem

Příloha B: Dotazník pro hodnocení rizika pádu u dětí

Příloha C: Rozhovor

Příloha D: Doplnující tabulka

Příloha E: Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta

Příloha F: Humpty Dumpty Falls Scale

Příloha G: Doporučení k prevenci pádu

Příloha A: Dotazník s vysvětlujícím komentářem

ID pacienta (štítek)

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU U DĚTÍ každé kategorii přiřadte 0 či 1 bod	body	VYSVĚTLUJÍCÍ KOMENTÁŘ K OBSAHU
POHYB		
<input type="checkbox"/> není ovlivněn (bez omezení)	0	
<input type="checkbox"/> rizikový v souvislosti s věkem (0-3) <input type="checkbox"/> pohyb s pomocí <input type="checkbox"/> používá pomůcky <input type="checkbox"/> ležící <input type="checkbox"/> ovlivněn v souvislosti s onemocněním		Dopomoc při aktivním pohybu berle, ortéza, vozík, chodítko Flexila, sonda, redonův dren, teploty, záchvaty, neklid, nařízený relativní klid na lůžku
ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ		
<input type="checkbox"/> není	0	CHRONICKÉ, VROZENÉ, není myšleno akutní onemocnění
<input type="checkbox"/> zrakové <input type="checkbox"/> sluchové <input type="checkbox"/> pohybové <input type="checkbox"/> mentální	1	
PSYCHOMOTORICKÝ STAV		
<input type="checkbox"/> odpovídá věku	0	
<input type="checkbox"/> neodpovídá věku, snížený	1	
ORIENTACE		
<input type="checkbox"/> orientován	0	
<input type="checkbox"/> snížená v souvislosti s věkem (0-3) <input type="checkbox"/> v anamnéze noční děsy <input type="checkbox"/> riziko ovlivnění v souvislosti s akut.onemocněním	1	Úraz hlavy, febrilie, záchvaty, stav po celkové anestezii
MEDIKACE		
<input type="checkbox"/> neužívá rizikové léky	0	
<input type="checkbox"/> užívá rizikové léky (ordinovány) (opiáty, anestetika, antiepileptika, inzulín, antipsychotika)	1	
DLE SDĚLENÍ PĚČUJÍCÍ OSOBY		
<input type="checkbox"/> nejsou žádné významné údaje	0	ÚDAJ ZJIŠŤOVANÝ PŘI PŘÍJMU, DÁL SE NEMĚNÍ
<input type="checkbox"/> používá lůžko se zábranou <input type="checkbox"/> v anamnéze bylo postižení křečemi či ztrátou vědomí (kolapsem) <input type="checkbox"/> jiné-upřesní	1	Jiné např.: časté úrazy nebo pády, motorický neklid, sklon ke zkratkovitému jednání....
VYHODNOCENÍ CELKEM 1 bod a více = riziko pádu → navrhní a zajistí opatření		Další dělení na míru rizika není u dětí podstatné, důležité je mít vždy nastataveny opatření k snížení rizika

NÁVRH OPATŘENÍ

- signalizace k lůžku
- lůžko se zábranou
- úprava okolí lůžka
- zvýšený dohled
- dopomoc s kompenzační pomůckou
- chůze s doprovodem
- plná dopomoc
- fyzické omezení
- edukace dítěte a doprovodu dítěte
- jiné – uveďte

datum:
Podpis sestry:

NÁVRH OPATŘENÍ

- vybrat všechny, které mohou snížit riziko pádu

© 2013 Bc. S. Slavičková,

Příloha B: Dotazník pro hodnocení rizika pádu u dětí

ID pacienta (štítek)

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU U DĚTÍ každé kategorii přiřadte 0 či 1 bod	body	HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU U DĚTÍ každé kategorii přiřadte 0 či 1 bod	body
POHYB		POHYB	
<input type="checkbox"/> není ovlivněn (bez omezení)	0	<input type="checkbox"/> není ovlivněn (bez omezení)	0
<input type="checkbox"/> rizikový v souvislosti s věkem (0-3) <input type="checkbox"/> pohyb s pomocí <input type="checkbox"/> používá pomůcky <input type="checkbox"/> ležící <input type="checkbox"/> ovlivněn v souvislosti s onemocněním	1	<input type="checkbox"/> rizikový v souvislosti s věkem (0-3) <input type="checkbox"/> pohyb s pomocí <input type="checkbox"/> používá pomůcky <input type="checkbox"/> ležící <input type="checkbox"/> ovlivněn v souvislosti s onemocněním	1
ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ		ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ	
<input type="checkbox"/> není	0	<input type="checkbox"/> není	0
<input type="checkbox"/> zrakové <input type="checkbox"/> sluchové <input type="checkbox"/> pohybové <input type="checkbox"/> mentální	1	<input type="checkbox"/> zrakové <input type="checkbox"/> sluchové <input type="checkbox"/> pohybové <input type="checkbox"/> mentální	1
PSYCHOMOTORICKÝ STAV		PSYCHOMOTORICKÝ STAV	
<input type="checkbox"/> odpovídá věku	0	<input type="checkbox"/> odpovídá věku	0
<input type="checkbox"/> neodpovídá věku, snížený	1	<input type="checkbox"/> neodpovídá věku, snížený	1
ORIENTACE		ORIENTACE	
<input type="checkbox"/> orientován	0	<input type="checkbox"/> orientován	0
<input type="checkbox"/> snižena v souvislosti s věkem (0-3) <input type="checkbox"/> v anamnéze noční děsy <input type="checkbox"/> riziko ovlivnění v souvislosti s akut.onemocněním	1	<input type="checkbox"/> snižena v souvislosti s věkem (0-3) <input type="checkbox"/> v anamnéze noční děsy <input type="checkbox"/> riziko ovlivnění v souvislosti s akut.onemocněním	1
MEDIKACE		MEDIKACE	
<input type="checkbox"/> neužívá rizikové léky	0	<input type="checkbox"/> neužívá rizikové léky	0
<input type="checkbox"/> užívá rizikové léky (ordinovány) (opiáty, anestetika, antiepileptika, inzulin, antipsychotika)	1	<input type="checkbox"/> užívá rizikové léky (ordinovány) (opiáty, anestetika, antiepileptika, inzulin, antipsychotika)	1
DLE SDĚLENÍ PEČUJÍCÍ OSOBY		DLE SDĚLENÍ PEČUJÍCÍ OSOBY	
<input type="checkbox"/> nejsou žádné významné údaje	0	<input type="checkbox"/> nejsou žádné významné údaje	0
<input type="checkbox"/> používá lůžko se zábranou <input type="checkbox"/> v anamnéze bylo postižení křečemi či ztrátou vědomí (kolapsem) <input type="checkbox"/> jiné-upřesnění	1	<input type="checkbox"/> používá lůžko se zábranou <input type="checkbox"/> v anamnéze bylo postižení křečemi či ztrátou vědomí (kolapsem) <input type="checkbox"/> jiné-upřesnění	1
VYHODNOCENÍ CELKEM 1 bod a více = riziko pádu → navrhní a zajistí opatření		VYHODNOCENÍ CELKEM 1 bod a více = riziko pádu → navrhní a zajistí opatření	

NÁVRH OPATŘENÍ

- signalizace k lůžku
- lůžko se zábranou
- úprava okolí lůžka
- zvýšený dohled
- dopomoc s kompenzační pomůckou
- chůze s doprovodem
- plná dopomoc
- fyzické omezení
- edukace dítěte adoprovodu dítěte
- jiné – uveďte

datum:
Podpis sestry:

NÁVRH OPATŘENÍ

- signalizace k lůžku
- lůžko se zábranou
- úprava okolí lůžka
- zvýšený dohled
- dopomoc s kompenzační pomůckou
- chůze s doprovodem
- plná dopomoc
- fyzické omezení
- edukace dítěte a doprovodu dítěte
- jiné – uveďte

datum:
Podpis sestry:

vypracovala: Bc.S.Slavičková

Příloha C: Rozhovor

1. ČAS

Jak Vás časově zatěžuje vyplnění dotazníku? 2min, 5 min ?

2. PŘEHLEDNOST/SROZUMITELNOST

Je dotazník přehledný? Nachází se v něm něco čemu nerozumíte, či kam máte zařadit konkrétní zjištění nebo problém?

3. PŘEBYTEČNOST

Je něco, co Vám připadá v dotazníku zbytečné k vyplnění? Pokud ano proč?

4. VYHODNOCENÍ

Je pro Vás způsob vyhodnocení dotazníku vyhovující?

5. INTERVENCE

Je nějaká intervence podle vás přebytná, popřípadě proč?

6. SMYSLUPLNOST

Myslíte si, že vyplňování dotazníku na hodnocení rizika pádu u dítěte má význam? Ano x Ne – uveďte důvod.

Příloha D: Doplnující tabulka

Datum	Součet bodů	Riziko pádu (ano x ne)	Návrhy opatření	Podpis

Příloha E: Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta (součást ošetřovatelské anamnézy) Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006	
Rizikové faktory při 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 v prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkovém 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, laxantiva)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	

- úplná	0 bodů	
- částečná	2 body	
- nesoběstačnost	3 body	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0 bodů	
- částečně spolupracující	1 bod	
- nespolupracující	2 body	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?		1 bod
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?		1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?		1 bod
Celkem		
0 - 4 body *	5 - 13 bodů *	14 - 19 bodů *
Bez rizika	Střední riziko	Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Příloha F: Humpty Dumpty Falls Scale

Humpty Dumpty Falls Scale		
Parametry	Kritéria	Skóre
Věk	Méně než 3 roky	4
	Od 3 do 7 let	3
	Od 7 do 13 let	2
	nad 13 let	1
Pohlaví	Muž	2
	Žena	1
Diagnózy	Neurologické	4
	Změny v oxygenii (respirační dg., dehydratace, anémie, synkopa, závratě)	3
	Psychické a behaviorální poruchy	2
	Ostatní dg.	1
Kognitivní zhoršení	Nemá povědomí o omezení	3
	Zapomenutá omezení	2
	Orientován na vlastní schopnosti	1
Faktory prostředí	Historie pádu nebo kojenec / batole uložené v posteli	4
	Pacient používající pomocná zařízení nebo kojenec / batole v postýlce nebo nábytek, osvětlení	3
	Pacient v posteli	2
	Ambulantní zařízení	1
Reakce na operaci, sedativa, anestezii	V průběhu 24 hod	3
	V průběhu 48 hod	2

	Více jak 48 hod / žádné	1
Užití medikamentů	Současné užití sedativ (kromě pacientů na JIP kteří jsou v analgosedaci) hypnotika, barbituráty, diuretika, antidepresiva, laxativa, narkotika	3
	Jeden z uvedených výše	2
	Jiné medikamenty / žádné	1
Minimální skóre 7 Maximální skóre 23 v riziku pádu = nad 11	Celkem	

Příloha G: Doporučení k prevenci pádu

- ❖ Edukace dítěte a jeho doprovodu o možných rizicích pádu a jejich prevenci
- ❖ Zajištění orientace dítěte na pokoji a oddělení
- ❖ Vhodné lůžko a jeho úprava- zabrzděná kolečka, lůžko v co nejnižší poloze, popřípadě zvednutá postranice
- ❖ Signalizační zařízení v blízkosti pacienta
- ❖ Vhodné denní i noční osvětlení
- ❖ Kontrola vhodné obuvi pacienta
- ❖ Viditelné označení mokré podlahy
- ❖ Doprovod rizikového pacienta při chůzi
- ❖ Pravidelná kontrola pacienta v riziku pádu a aktualizace ošetřovatelských intervencí
- ❖ Viditelné označení pacienta v riziku pádu - tabulka na noční stolek, náramek na ruku