

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Edukace všeobecných sester o riziku pádu
hospitalizovaného pacienta**

Bakalářská práce

Autor: Lucie Říhová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Vácová

Jihlava 2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Lucie Říhová**
Studijní program: Ošetrovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Edukace všeobecných sester o riziku pádu hospitalizovaného pacienta**
Cíl práce: 1.Zjistit, zdali a jak všeobecné sestry edukují pacienta o riziku pádu.2.Zjistit, zdali používaná ošetrovatelská dokumentace je zaměřená na riziko a prevenci pádů.

Mgr. Jana Vácová
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií



Abstrakt

Bakalářská práce popisuje rizikové faktory pádu hospitalizovaných pacientů na vybraných odděleních nemocnice. Cílem bakalářské práce je vyhledat rizikové faktory pádu, které se týkají pacientů, a následná edukace, kterou pacient dostává od všeobecné sestry. Současný stav problematiky se zabývá problémy a prevencí pádu, screeningovými metodami a indikátory kvality péče. Ve výzkumné části bakalářské části jsou interpretována data od respondentů. Výsledky této bakalářské práce jsou shrnuty v diskuzi a v závěru.

Klíčová slova

Edukace, pád, rizikové faktory

Abstract

This bachelor thesis describes risk factors in patient's tumbles in diverse departments in Hospital. The main aim of this thesis was to find risk factors of tumbles which are related to patients and nursing education. The teoretical part deals with problems and prevention of tumbles, screening methods and indicators of the quality of care. The research part includes the data from respondents. Results of this thesis are summarised in the discusssion and conclusion.

Key words

Education, tumbles, risk factors

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Vácové za vlídné a vstřícné jednání, za ochotu, za podporu a rady, které mi věnovala při vedení této bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého dotazníkového šetření.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 16. 4. 2018

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Pád.....	10
1.1.1 Definice pádu	10
1.1.2 Klasifikace pádu	11
1.1.3 Rozdělení pádů podle fenomenologického obrazu	11
1.1.4 Příčiny pádu	12
1.1.5 Rizikové faktory pádu.....	13
1.1.6 Důsledky pádu	14
1.1.7 Prevence pádu	15
1.2 Edukace	16
1.3 Screeningové metody	17
1.4 Kvalita života	21
1.4.1 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	22
1.4.2 Hodnocení kvality života	23
2 Výzkumná část	24
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	24
2.2 Metodika výzkumu.....	25
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	25
2.4 Průběh výzkumu.....	25
2.5 Zpracování získaných dat.....	26
2.6 Výsledky výzkumu.....	27
2.7 Diskuze.....	53
2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi	59
Závěr	61
Seznam použité literatury	63

Seznam grafů a tabulek.....	68
Seznam zkratek.....	69
Seznam příloh	70

Úvod

Tématem bakalářské práce je Edukace všeobecných sester o riziku pádu hospitalizovaného pacienta. Toto téma jsem si vybrala, protože problematika pádů je aktuálním problémem zejména starších pacientů, i když může postihnout každého jedince. Chtěla jsem se dozvědět více informací o pádu, a také zjistit, jak probíhá edukace pacienta o riziku pádu, kterou provádí všeobecná sestra.

Pády tvoří velkou část nežádoucích událostí vzniklých ve zdravotnických zařízeních. Ačkoliv pádům nelze úplně zamezit, lze značně zredukovat jejich výskyt. Pády se objevují v každé věkové skupině, ale nejvíce postihují geriatrické pacienty, kde významně zhoršují soběstačnost pacienta a zvyšují morbiditu a mortalitu. Pády a následné zranění jsou závažné skutečnosti, které obvykle vedou ke komplikacím a poškození pacienta. Z toho plyne cíl zdravotnického zařízení, a to znamená co nejrychlejší vyléčení pacienta a jeho propuštění do domácí péče.

Současný stav problematiky zahrnuje a popisuje definici pádu a jeho klasifikaci, dále charakterizuje rozdělení pádů podle fenomenologického obrazu, příčiny pádu, rizikové faktory pádu, důsledky pádu, a nakonec prevenci pádu. Další podkapitolou je edukace pacienta o rizikových faktorech pádu. Toto poučení poskytuje všeobecná sestra a tím provádí prevenci pádu u hospitalizovaného pacienta. Na formu edukace, a jakým způsobem edukace probíhá, jsem se zaměřila ve svém dotazníku, který byl určen nelékařským pracovníkům na interním a chirurgickém oddělení. Poté následují screeningové metody u hospitalizovaného pacienta. Tato část se zaměřuje na testy a metody, které by měly předcházet vzniku riziku pádu pacienta v nemocničním prostředí. Poslední podkapitola se věnuje kvalitě života. Kvalita života je každým pacientem hodnocena subjektivně.

Výzkumná část se věnuje zpracovaným výsledkům výzkumu, který je prováděn metodou kvantitativního výzkumného šetření. Technikou použitou ke sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce.

Prvním cílem bakalářské práce je zjistit, zdali a jak probíhá edukace hospitalizovaných pacientů o riziku pádu. Druhým cílem práce je určit, jestli používaná ošetrovatelská dokumentace je zaměřená na riziko a prevenci pádu. K prvnímu cíli se vztahují dvě výzkumné otázky, které mapují, kdy sestra edukuje hospitalizovaného pacienta

o riziku pádu a jakým způsobem edukuje všeobecná sestra pacienta o riziku pádu a jaké názorné pomůcky používá. K druhému cíli následují další dvě výzkumné otázky, které se týkají ošetrovatelské dokumentace. Zaměřuje se, jakým způsobem sestra používá ošetrovatelskou dokumentaci ke snížení rizika pádu a jak je sestra vzdělávána a edukována o riziku pádu a jeho prevenci.

1 Současný stav problematiky

1.1 Pád

Pád může postihnout kohokoliv z nás. Přesto ale nejrizikovější skupinou, kterou pád během života postihne, jsou lidé ve věkové kategorii seniorů a chronicky nemocných pacientů. Pády jsou nejrizikovější a zároveň nejčastější nežádoucí událostí, která může komplikovat hospitalizaci v nemocnici či ambulantní léčbu, nebo způsobit komplikace péče o nemocného v domácí péči (Jarošová a kol., 2015; Čevela a kol., 2014).

Pád je závažný společenský i ošetrovatelský problém zejména u starších osob, neboť významně zhoršuje jejich kvalitu života. Důležitá je prevence pádu nejenom v domácí péči, ale i na oddělení nemocnic. Po pádu musí nastat intervence k zabránění dalšího pádu a snížit nebezpečí poranění. Pád je důsledkem rizikových faktorů, některé z rizikových faktorů ale mohou být zmírněny léčbou (Šafránková, Nejedlá, 2006; Schuler, Oster, 2010).

S rostoucím věkem přibývá i počet pádů a nejčastější pády jsou ve vyšším věku. Jedna z mnoha definic je: „*Pád lze charakterizovat jako změnu polohy, která končí kontaktem lidského těla na zemi*“ (Mlýnková, 2011, s. 28).

1.1.1 Definice pádu

Prozatím nebyla přijata žádná definice pádu. Pády jsou definovány a hlášeny různými způsoby. Tady jsou některé uznávané definice pádu:

„Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze.

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

Mimořádná událost vyúsťující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu“ (Vyhnánek, 2007, s. 21).

Důležité u definice pádu je, aby ji zdravotníci přijali a používali správně při vyplňování hlášení o pádu. Zde se ale vyskytuje sporná situace, zda do definice také zahrnout asistovaný pád. A proto je nutné definovat u různých organizací různé odlišnosti, a tak předejít k chybné interpretaci (Bizovská a kol., 2017; Vyhnánek, 2007).

1.1.2 Klasifikace pádu

Mnohá zdravotnická zařízení stanovila svou klasifikaci pádu, ta je založena na faktorech prostředí a faktorech fyziologických. Například podle Radima Vyhnánka lze pády rozdělit na fyziologické a náhodné. Fyziologické pády ještě rozděluje na pády nepředvídatelné a předvídatelné (Vyhnánek, 2007).

K nepředvídatelným fyziologickým pádům dochází v případě, že fyzická příčina pádu není při přijetí pacienta součástí rizikového faktoru. Pád může být způsoben fyzickým stavem, který není do doby pádu předvídan. Příčinou může být mdloba, epileptický záchvat a jiné (Vyhnánek, 2007).

Fyziologické předvídatelné pády jsou klasifikovány u pacientů, kteří jsou zařazeni do rizika pádu. Příkladem může sloužit pád v anamnéze v posledním roce, používání lokomočních pomůcek, zhoršená chůze, léčba opiáty nebo porucha duševních funkcí (Vyhnánek, 2007).

Náhodný pád je neúmyslný pád pacienta. K těmto pádům dochází díky faktorům prostředí nebo selhání lokomočních pomůcek. Příklad faktoru prostředí může být mokrá podlaha nebo rozlitá tekutina na zemi. Pacient může uklouznout na rozlité tekutině nebo zakopnout o svou lokomoční pomůcku (Vyhnánek, 2007).

1.1.3 Rozdělení pádů podle fenomenologického obrazu

Pády lze rozdělit mnoha způsoby. Jedna z možností, jak rozdělit pády, je podle fenomenologického obrazu. Jsou to pády zhroucením, skácením, zakopnutím, zamrznutím, nediferencované pády při chůzi a jiné pády. Při pádu zhroucením dochází ke snížení svalového tonu, který postiženého náhle postihuje ve stoji anebo v chůzi a pacient klesá k zemi. Příčiny tohoto pádu mohou být různé. Mohou být mozkové, v tomto případě může jít o nějaký druh epilepsie. Nebo příčinou pádu mohou být i oběhové příčiny, jako jsou například poklesy krevního tlaku, synkopy anebo poruchy srdečního rytmu. Pro pád zhroucením se někdy používá termín „drop attack“ (Kalvach a kol., 2008; Vybíhalová, 2011).

Další z pádu je pád skácením. U tohoto pádu dochází ke ztrátě rovnováhy. V této situaci postižený padá „jako podřátý“. Velice často dochází při tomto pádu ke zranění, protože postižený nemá žádné reflexní obranné pohyby. Jako příčinou pádu skácením

jsou onemocnění mozková či vestibulárního aparátu, ale také třeba jen bloky krční páteře. Většinou je postižený nějaký orgán rovnovážného systému (Pidrman, 2007; Vybíhalová, 2011).

U nemocných také dochází k pádu způsobeného zakopnutím. Zde padá nemocný obvykle dopředu a používá reflexní obranné pohyby. Dopadá na předpažené ruce a tím brání své zdraví. Příčiny jsou zakopnutí o překážku, která stála v cestě nemocného, a postižený ji nezvládl překročit. Také kvalita a povrch podlahy je velmi často příčinou pádu zakopnutím. Pád zakopnutím může vzniknout při poruchách zraku, šouravé chůzi či svalové slabosti (Kuckir a kol., 2016; Kalvach a kol., 2011).

Další variantou, jak může pád vzniknout, je zamrznutím a směr pádu směřuje dopředu. Důvodem je záraz dolní končetiny při chůzi, kdy noha zůstává „přilepena“ k povrchu podlahy. Příčinami tohoto pádu jsou neurologická onemocnění, jako je například Parkinsonova nemoc. Nediferencované pády při chůzi jsou způsobeny prostou nepozorností pacienta, nepřizpůsobení podmínkám terénu, porucha kontroly svislé osy či uklouznutím. Často k těmto pádům dochází při demenci (Vybíhalová, 2011; Kalvach a kol., 2011).

Pak jsou ještě pády z jiné příčiny. Pády nesouvisí s pohybem pacienta nebo s jeho stojem. Mohou vznikat při postavování pacienta či usedání. Pády z lůžka také patří mezi jiné pády (Kalvach a kol., 2011; Pidrman, 2007).

1.1.4 Příčiny pádu

Pády se rozdělují na dvě velké skupiny podle příčin. To jsou pády z vnějších a vnitřních příčin. Příčiny pádu z vnitřních příčin se dále rozdělují podle typu onemocnění. Kardiovaskulární nemoci jsou nemoci kardiovaskulárního oběhu, a to znamená život ohrožující onemocnění. Například je to náhlá změna krevního tlaku vázaná na vzpřímenou polohu, tzn. rychlé vstávání pacienta z lůžka. Tato porucha je označována jako ortostatický syndrom. Tento syndrom se vyskytuje většinou u starších pacientů, rychle se rozvíjí a často se zhoršuje a vede k imobilizačnímu syndromu. Příznaky ortostatického syndromu je zatmění před očima, závratě, hučení v uších a instabilita, která může vést k pádu. U tohoto syndromu se mohou projevovat i vegetativní projevy, jako je zblednutí tváře, pocení a nauzea, popřípadě zvracení. Výskyt ortostatického syndromu

může zvyšovat imobilizace pacienta na lůžku, celková dehydratace a vliv léků (Kalvach a kol., 2011; Mlýnková, 2011).

Dále do příčin pádu patří neurologické onemocnění. Tento druh onemocnění je závažný a projevuje se poškozením motoriky, například různé ochrnutí následkem dopravních nehod. Při tomto handicapu může vzniknout pád pacienta. Ale do této kategorie mohou být zařazeny i neurologické poruchy, jako je Parkinsonova nemoc nebo cévní mozková příhoda. S tím souvisí i onemocnění pohybového aparátu. Po dopravní nehodě může dojít k amputaci různé části těla. Na tento stav si pacient musí zvyknout a přijmout ho, ale i přesto je zde zvýšené riziko pádu (Pidrman, 2007; Bizovská a kol., 2017).

U starších pacientů může být jako příčina pádu artróza nosných kloubů. To může být chronické onemocnění, které souvisí se ztrátou kloubní chrupavky. Pád také souvisí s osteoporózou, tzn. řídnutí kostí. Toto onemocnění může způsobit pád pacienta a vede ke zlomenině způsobené pádem a delší hospitalizaci v nemocnici. S delší hospitalizací také souvisí duševní poruchy, jako jsou depresivní stavy, psychotické stavy a bloudění (Kalvach a kol., 2011; Mlýnková, 2011).

Poté jsou pády z vnějších příčin. Tyto pády může způsobovat nevhodné vybavení bytu, nevhodná obuv, ale také nevhodné oblečení. Také je potřeba absence vhodných pomůcek pro pohybování pacienta. Jako vnější příčina pádu mohou být nebezpečné a nevhodné aktivity. Pád také může způsobovat ebrieta nebo vliv léků, které pacient pravidelně užívá (Kalvach a kol., 2008; Vyhnánek, 2007).

1.1.5 Rizikové faktory pádu

Rizikové faktory jsou individuální záležitostí pacienta, proto je nelze použít pro všechna prostředí ani pro všechna zdravotnická zařízení. Faktory rozdělujeme na vnitřní a vnější (Vyhnánek, 2007; Bizovská a kol., 2017).

Vnitřní rizikové faktory jsou závislé na typu péče, kterou poskytujeme pacientovi. Věk pacientů je součástí změn faktorů. Rizikovým faktorem je předchozí pád, to znamená úraz v anamnéze za poslední rok. Tento faktor je spojený s větším rizikem pádu (Vyhnánek, 2007).

Dalším důležitým rizikovým faktorem je porucha zraku. Zrak slouží k orientaci v prostředí, a proto jeho porucha přispívá k riziku pádu. Poruchou zraku je například

snížená ostrost, snížené prostorové vnímání nebo zhoršené vidění za šera. Dalším faktorem je pohybový aparát. K omezení pohybového aparátu dochází s přibývajícím věkem. Příkladem poruch může být svalová atrofie, osteoporóza a zvápenatění šlach a vazů. Akutní a chronická onemocnění jsou také vnitřními faktory, které mohou vést k pádu. Jsou to stavy, kdy lze screeningem vyhodnotit pacienta při přijetí jako rizikového a soustředit se na prevenci rizika pádu (Navrátil a kol., 2017; Vyhnánek, 2007).

Přispívající faktor pádu je také duševní stav pacienta. Tento faktor působí při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení. Pacient není zvyklý na toto prostředí, a proto se může projevit hospitalizace na jeho duševním stavu. Mohou nastat stavy zmatenosti, dezorientace v novém prostředí, poruchy paměti a neschopnost porozumět okolí (Mlýnková, 2011; Vyhnánek, 2007).

Vnější rizikové faktory nejsou přímo součástí organismu. Mají přímý vztah k prostředí pacienta. Jedním z vnějších faktorů je nezastupitelně skupina léků, jako jsou například sedativa, benzodiazepiny, a také záleží na množství užívaných léků, které pacient pravidelně užívá. Benzodiazepiny jsou hypnotika a současně sedativa, a proto jsou indikovány k léčbě úzkostných stavů (Pidrman, 2007; Bizovská a kol., 2017).

Dalším rizikovým faktorem je vybavení domácnosti. Ve většině případů pádu se jedná o vybavení koupelny a toalet. Zde je možnost uklouznutí. Tyto místnosti nejsou vybaveny pomůckami, jako jsou například madla. Riziko pádu také spočívá ve výšce lůžka nemocného a židlí. Kvalita povrchu je jeden z důležitých rizikových faktorů pádu, jako jsou klouzající koberce, odlepené linoleum či parkety anebo podlahové krytiny s vyčnívajícími prkny. Dalším rizikem je špatné osvětlení v domácnosti. Odrazy světla nebo nesprávná intenzita jsou velice rizikové prvky domácího prostředí. Pacienti s rizikem pádu by také měli nosit vhodnou obuv. Velikost obuvi by měla být odpovídající velikosti chodidla. Například zbytečně velká obuv by mohla způsobit zakopnutí a pád pacienta (Martínková a kol., 2007; Vyhnánek, 2007).

1.1.6 Důsledky pádu

Důsledky pádu jsou závažné, a to zvláště u opakovaných pádů a instability. U těchto pacientů se předpokládá vliv deprese a strach z dalšího pádu. U pacientů, kde se zapojuje tento faktor, je horší spolupráce při rehabilitaci a soběstačnosti při zvládání běžných

denních situacích. Jako důsledek pádu mohou vzniknout další poranění, a to zejména zlomeniny (Kalvach a kol., 2008; Bizovská a kol., 2017).

Mezi nejčastější zlomeniny patří zlomeniny krčku stehenní kosti, Collesova zlomenina předloktí či kompresivní zlomeniny obratlů. Mezi další poranění způsobené pádem patří popáleniny nebo opařeniny. Vznikají například následkem polití vroucí vodou nebo pádem na tepelný zdroj. Dalším důsledkem pádu může být nemožnost vstát. Po pádu může postižený zůstat delší dobu ležet bez možnosti pohybu v úzkých prostorech, postiženému v této situaci hrozí pochlazení. To se projeví vzestupem myoglobinu a svalových enzymů v séru. V takovém případě může postiženému hrozit až selhání ledvin (crush syndrom). Vstávání pacienta ze země je velmi náročné na svalovou sílu i pohybovou koordinaci. Je ale třeba brát na vědomí, že samotná nemožnost se zvednout ze země není projev funkční zdatnosti postiženého. Soběstačný geriatrický pacient po náhodném pádu nebude schopný se zvednout. Tato situace je ale znevýhodněná pro obézní pacienty, pro pacienty s ochrnutím nebo s těžkou osteoartrózou (Kalvach a kol., 2011; Kalvach a kol., 2008).

Dalším důsledkem je již zmiňovaný strach a deprese. Nemocní omezují své aktivity a tím se cítí být ohrožení. U osamělých lidí strach může vyvolat představu dlouhé hospitalizace a tím bezmoc a pocit osamělosti bez pomoci. S tím souvisí i ztráta soběstačnosti a autonomie. Při nesoběstačnosti je pacient umístěn do ústavů dlouhodobé péče. A tím vzniká pocit úzkosti, strachu a nezájmu okolí. Dalším důsledkem je strach z pádu. Tato obava se rozlišuje na strach z dalšího pádu nebo strach z pádu bez zkušenosti. Příčinou strachu z pádu bez zkušenosti může být nízké sebevědomí, nestabilita, pocit špatného zdraví či zhoršování zraku. Strach z pádu progresivně narůstá s věkem už od 50 let (Lord a kol., 2007; Vörösová a kol., 2015).

1.1.7 Prevence pádu

Vznik pádu je velký zásah do běžného života jedince. A proto prevence dalšího pádu je více než důležitá. Prevence pádu probíhá v nemocničním zařízení, probíhat by měla i v domácím prostředí. Mezi důležité složky prevence pádu je pravidelná fyzická aktivita pacienta. Na různých odděleních v nemocnici tato funkce patří fyzioterapeutovi. Tato činnost je uskutečňována pomocí rehabilitačních pomůcek, jejichž úkolem je co nejvíce zmírňovat důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pacienta.

Fyzioterapeuti vždy přistupují individuálním přístupem, který musí odpovídat podmínkám a potřebám pacienta. Dostávají informace od ošetřujícího lékaře a ošetřujících všeobecných sester a provádí s pacientem rehabilitaci, která dopovídá základnímu onemocnění pacienta a jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Příkladem může být posilování svalstva dolních a horních končetin, posilování dechu pomocí dechové pomůcky zvané flutter (Schuler, Oster, 2010; Vyhnánek, 2007).

Další složkou prevence je omezení rizikové medikace či kompenzace somatických onemocnění. Mezi prevence pádu patří také zvýšení bezpečnosti, jako je například bezbariérový přístup, použití postranic na posteli u ležících pacientů, a také zablokování koleček u lůžka. Následně je důležitá edukace pacienta o signalizačním zařízení. Včasná edukace může zabránit riziku pádu. Signalizační zařízení musí být v dosahu pacienta a nemocný musí vědět, kde se toto zařízení nachází. S tím souvisí i bezpečný přístup k nočnímu stolku pacienta. Poté je potřeba dobré osvětlení, označení chodby bodovými světly či označení schodiště a schodů (Pokorná a kol., 2013).

Další částí prevence pádu může být zařízení koupelny. Je nutné, aby hůře mobilní pacient měl k dispozici madla v koupelně, kde by se mohl přidržet, dále zvýšené WC sedátko pro lepší zvedání a následnou chůzi pacienta. Vhodné jsou protiskluzové koberečky do sprchy, popřípadě do vany. Do prevence pádu patří kontrola obuvi pacienta a kompenzačních pomůcek (Švestková a kol., 2017; Darowski, 2008).

1.2 Edukace

Edukace pacienta je velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče při hospitalizaci pacienta. Když pacient přijde do jiného cizího prostředí (například při hospitalizaci), mnohdy se špatně v novém prostředí orientuje a tento vstup je pro něho často stresující. V takovém případě stres prohlubuje nedostatek kvalitních informací o vyšetřovacích metodách, které pacient podstupuje. Ale patří sem i způsob léčby a zásady správné životosprávy. Úkolem všeobecné sestry je umožnit pacientovi získání nových vědomostí, dovedností a návyků, které mu pomohou obnovit úroveň jeho zdraví. K dobré orientaci a edukaci pacienta používají všeobecné sestry nebo lékaři edukační konstrukty, tzn. edukační standardy, edukační materiály, plány a předpisy. Ke kvalitní edukaci by mělo docházet v klidném prostředí, aby pacient nebyl nikým rušen. Proto příkladem edukačního prostředí může být ambulance či pokoj lékařů (Juřeníková, 2010).

Edukaci lze rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace předává pacientovi nové vědomosti nebo dovednosti a měla by ho motivovat ke zlepšení kvality života. Reedukační edukace je opakovaná edukace, při které je možnost navázat na předchozí dovednosti a vědomosti. Naučené dovednosti a vědomosti se stále prohlubují. Komplexní edukace je, kde jsou předávány vědomosti postupně, dovednosti se prohlubují. Toto všechno vede k udržení a zlepšení zdraví (Hegyí, Krajčík, 2010).

Důležitá je edukovat pacienta i jeho rodinu a předejít tím zdravotním komplikacím a konfliktům pacienta. Edukace pacienta se soustředí nejen na fyzickou stránku, ale také na psychickou, sociální a duchovní stránku. Zaměření edukace může být na primární a sekundární prevenci. Příkladem může být zachování či obnovení soběstačnosti a provádění základní sebepéče. U edukace je také možný pasivní přístup pacienta či přímo odmítavý postoj. Zásadní je pojmání příčiny a význam nemoci. Nemoc pacient může brát jako osud, trest či zkoušku, a od toho se odvíjí jeho přístup k onemocnění a postoj k léčbě, a proto je také důležitá srozumitelná edukace a plánování edukace. Není vhodné používat odborné termíny, latinskou terminologii či slangovou mluvu. Plánování je nerozdělitelnou součástí edukace. Edukaci plánujeme tak, aby rozsah byl pro každého pacienta dostatečný (Špirudová a kol., 2006; Join Commission International, 2008).

Edukace je součástí informovaného souhlasu pacienta při hospitalizaci a zaznamenává se do dokumentace. Součástí edukace je i zhodnocení slabých a silných stránek v oblasti dovedností a znalostí hospitalizovaného pacienta. Účinná edukace se plánuje na základě posouzení určitých bodů. Tyto body zahrnují hierarchii hodnot pacienta, úroveň vzdělání pacienta či schopnost psát a číst, citové bariéry a motivační faktory pacienta, omezení pacienta (fyzické nebo psychické) a v neposlední řadě ochota pacienta přijímat nové informace a spolupracovat (Špatenková, Smékalová, 2015; Join Commission International, 2008).

1.3 Screeningové metody

Screening slouží ke snížení rizika poškození pacientů v důsledku pádu. Riziko pádu by se mělo vyhodnocovat u pacientů, o které pečujeme z hlediska charakteristiky populace, spektra poskytované péče a vybavení nemocničního prostředí. Důležité je, aby se zavedla opatření ke snížení rizika pádu, a tedy i ke snížení rizika poranění u pacientů, u kterých se pád v minulosti stal. Riziko pádu můžeme posuzovat podle různých testů

a tabulek. Hodnocení pádu by se měla skládat z výskytu předcházejícího pádu, užívaných léků, klasifikace chůze a rovnováhy pacienta, a také případné používání lokomočních pomůcek (Join Commission International, 2008; Klevetová, 2017).

Při vyhodnocení rizika pádu u pacienta podle různých screeningových metod se musí udělat několik zásadních opatření v ošetřování nemocného pacienta. Prvním z opatření je zapsání do dokumentace riziko pádu u hospitalizovaného pacienta. Dalším opatřením je umístit pacienta, pokud je to možné, blízko sesterny a umístit signalizační zařízení na dosah pacienta a vysvětlit funkci. Stanovit individuální režim a dodržovat ho. Na lůžko je potřeba upozornit o případném riziku pádu různými pomůckami na lůžku pacienta, popřípadě přímo pacientovi dát na ruku červený identifikační náramek, který poskytuje informaci o tom, že se pacient nachází v riziku pádu. Dále pokračovat v prevenci pádu tím, že se co nejvíce sníží lůžko pacienta, zajistí brzdami a případně zvednou postranice. Následně je nutné zajistit dostatečné noční osvětlení a zajistit polohu nočního stolku v dosahu pacienta. Také je zapotřebí odstranit z dosahu překážky, které by mohly překážet v pohybu pacienta. Při opouštění lůžka edukovat pacienta, aby si chvíli poseděl na posteli, dodržel vhodnou obuv a upozornit ho, aby si dával pozor na mokrou podlahu (Zrubáková, Krajčík a kol., 2016; Škrála, Škrlová, 2008).

Je mnoho odlišných testů a screeningů na určení rizika a prevence pádu. Gaitův funkční test se používá k určení rovnováhy, eventuálně k prevenci pádu. Tento test je časově nenáročný a jednoduchý. Jestliže je tento test pozitivní, sestra musí snížit nebo vyloučit riziko pádu. Test má 4 úkony. První z nich je, aby pacient vydržel sedět na židli 60 vteřin. Druhý z úkonů probíhá tak, že pacient musí vstát a stát po dobu 30 vteřin. Třetí krok spočívá v tom, že má pacient přejít místnost a na jejím konci se otočit. A čtvrtým krokem se má pacient znovu vrátit ke své židli a opět se na ni posadit. Tento test je negativní, pokud pacient zvládne všechny čtyři úkony bez pomoci a potřeby se někde opřít nebo se držet nějakého předmětu po dobu testu. Pokud toto pacient nezvládne, tak je test pozitivní a sestra musí napsat protokol o prevenci pádu (Vörösová a kol., 2015; Škrála, Škrlová, 2008).

Další test screeningu se jmenuje test pro určení rizika pádu pacienta podle Tinettiho. Tento test se vyhodnocuje přímo při přijetí pacienta. V tomto testu se posuzuje více oblastí a na konci se body za každou oblast počítají do celkového skóre. První se posuzuje pohyb pacienta, zda se pacient pohybuje bez omezení, nebo s použitím lokomočních

pomůcek. Dále se hodnotí, zdali pacient potřebuje pomoc při pohybu, a na závěr se vyhodnocuje, jestli je pacient schopen nějakého pohybu či vůbec žádného. V případě, že se pacient pohybuje bez pomoci, tak se tato otázka klasifikuje 0 body do celkového skóre. V každém dalším případě této otázky je hodnota, která se přičítá do konečného výsledku, po jednom bodu. Následující oblast, která je posuzována v testu, se nazývá vyprazdňování pacienta. Pokud pacient sám spontánně vylučuje, tak je z pohledu ošetrovatelského personálu bez omezení, a tak hodnota při screeningu bude v celkovém výsledku 0. V této části testu se dále hodnotí nykturie či inkontinence hospitalizovaného a v neposlední řadě zda pacient potřebuje při vyprazdňování pomoc ošetrovatelského personálu. Při vyhodnocení částečné soběstačnosti při vyprazdňování nebo při úplné nesoběstačnosti se přičítá jeden bod k celkovému výsledku testu. Jako třetí v pořadí u tohoto testu se posuzuje medikace pacienta, zda pacient užívá rizikové léky nebo ne. Za rizikové léky se dají považovat diuretika, antihypertenziva, benzodiazepiny či psychotropní léky. Pokud pacient nebere žádné rizikové léky, tak se hodnotí tato otázka 0 body, v opačném případě jedním bodem, které se sčítají do celkového výsledku. Následně se hodnotí smyslové poruchy pacienta. Pacient může mít vizuální či smyslové deficity. V lepším případě nemusí mít pacient žádné problémy. Při deficitu se otázka vyhodnocuje jedním bodem, ale pokud nemá žádnou poruchu, tak se hodnotí 0 body do konečného výsledku. Další složkou tohoto testu je mentální status. Vyhodnocuje se, zdali je pacient plně orientován, nebo může být pacient s občasnou dezorientací, či jestli už měl dříve nějaké dezorientace. Pacient plně orientován se hodnotí 0 body, v ostatních případech se klasifikuje po jednom bodě do celkového výsledku. Důležitou součástí testu je věk pacienta. Pokud se pacient nachází v rozmezí od 18 do 75 let, tak se hodnotí 0 body. Je-li však ve věku nad 75 let, tak patří do prevence rizika pádu a vyhodnocuje se tato otázka jedním bodem. Poslední částí je hodnocení pádu za poslední rok. Pokud pacient za poslední rok upadl, rovnou se přičítá 1 bod k riziku pádu. Pacient spadá do rizika pádu, jestliže je celkové skóre spočítaných bodů tři a více (Vörösová a kol., 2015; Kozáková, 2016).

Následující jednoduchý a krátký screening se jmenuje podle svého představitele a nese název Hendrichův model rizika pádu. Hlavní předností tohoto testu je kategorizace pacientů do rizikových skupin a již zmiňovaná krátkost nástroje. Tento screening má dvě části. Jedna z částí se zaměřuje na posouzení psychického stavu, příkladem může být deprese, zmatenost, dále se hodnotí závratě nebo užívání antiepileptik a benzodiazepinů.

Druhá část se jmenuje Get Up and Go Test a v této části se posuzuje schopnost pacienta vstát bez pomoci a s pomocí. Tato část se dá použít i samostatně jako rychlé vyhodnocení mobility pacienta (Kozáková, 2016).

Příkladem dalšího hodnocení rizika pádu je screening, který se nazývá výkonově orientované posouzení problémů mobility u starých pacientů (Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients). Screening se skládá ze dvou částí. Jedna posuzuje schopnost chůze a druhá vyhodnocuje udržení rovnováhy pacienta. První část se soustředí na chůzi pacienta a hodnotí se zde iniciace chůze (schopnost chůze hned po pokynu), délka a výše kroku u obou dolních končetin, souměrnost kroku, plynulost kroku, udržení směru chůze a rovnováha trupu. Ve druhé části se hodnotí rovnováha pacienta v sedě, postavení ze sedu, postavení z lehu, rovnováha po postavení (prvních 5 sekund), rovnováha ve stoji, stoj (udržení rovnováhy při tlaku na sternum), stoj se zavřenýma očima, otočení o 360 stupňů a posazení zpět na židli. Z této oblasti lze získat maximálně 16 bodů. Doba testu trvá přibližně 10-15 minut. Maximální počet bodů, které pacient může dosáhnout je 28 bodů za obě části. Pokud je skóre pod 19 bodů, tak je pacient ve vysokém riziku pádu. Rozmezí 19-24 bodů ukazuje pouze na přítomnost rizika pádu (Šenkárová, 2012).

Další škálou pro stanovení rizika pádu je škála podle Conleyové. Hodnotí se zde dva důležité faktory. Prvním z faktorů je anamnéza a druhým jsou vyšetření pacienta. V anamnéze se pacienta ptáme na věk, pád za poslední rok, zrakový a sluchový defekt a užívání léků. Ve věku nad 65 let a více počítáme dva body navíc v celkovém skóre rizika pádu. Taktéž vyhodnocujeme i u posledního pádu, zrakového či sluchového problému, a nakonec užívání léků. Léky jsou samy o sobě rizikovým faktorem, v příkladu nejrizikovějších jsou diuretika, hypnotika, sedativa, antidepressiva. Tyto faktory se hodnotí jedním bodem, které se poté přičítají do celkového počtu bodů. Všeobecné sestry hodnotí dezorientaci pacienta, depresi a demenci (zkratka DDD). Jako celková otázka DDD se navíc počítají 3 body k celkovému skóre rizika pádu. Následně hodnotíme pobyt pacienta prvních 24 hodin po přijetí k hospitalizaci či překladi na lůžkové oddělení jedním bodem, který se přičítá do konečného skóre. Na řadu v tomto screeningu přichází druhá část a tou je vyšetření pacienta. Jako první hodnotíme soběstačnost pacienta. Soběstačnost může být úplná, částečná nebo nesoběstačnost pacienta. Úplná soběstačnost nepřidává k riziku pádu žádný bod, částečná soběstačnost přidává navíc 2 body a nesoběstačnost pacienta se hodnotí třemi body navíc do celkového

počtu rizika pádu. Jako druhou položku posuzujeme spolupráci pacienta. Pacient může být spolupracující, částečně spolupracující či nespolupracující. Nespolupracujícímu pacientovi se navíc přidávají dva body do skóre rizika pádu a částečně spolupracujícímu se přidává pouze 1 bod. Další otázky klademe rodině nemocného nebo příbuzným. Ptáme se na závratě nemocného, nucení na toaletu v noci a nespavost pacienta v noci. Závratě se hodnotí třemi body navíc, nucení toalety v noci jedním bodem a neschopnost pacienta spát v noci také jedním bodem navíc k celkovému počtu rizika pádu. Tímto končí screening pacienta a počítají se body na riziko pádu. Pacient bez rizika pádu se nachází v bodovém rozmezí 0-4 body, rozmezí 5-13 bodů je pro pacienta středním rizikem pádu a pacient v rozmezí 14-19 bodů je ve vysokém riziku pádu (Vörösová a kol., 2015; Kozáková, 2016).

1.4 Kvalita života

Kvalitě života a kvalitní péči ve zdravotnictví se věnuje v dnešní době čím dál větší pozornost. Hodnocení kvality života je také důležitou součástí paliativní péče. Kvalita a hodnocení života může být také použita jako indikátor kvality poskytované péče. Kvalita života je proces, který se neustále mění, a proto se nazývá dynamickým a může být ovlivněn různými činiteli. A dále je součástí společenského života a stává se cílem i kritériem ošetrovatelské péče. Z hlediska ošetrovatelství představuje zejména vliv biopsychosociálních problémů pro pacientův každodenní život, a proto se ošetrovatelská péče zaměřuje na uspokojování potřeb a celkový stav pacienta (Plevová a kol., 2012; Hudáková, Majerníková, 2013).

Hodnocení kvality života probíhá ve dvou úrovních. První hodnocení se vyhodnocuje na úrovni jedince, to jsou výsledky péče u každého pacienta. Druhé hodnocení probíhá na úrovni organizace, to znamená celkové zdraví populace nebo komunity (Bužgová, 2015; Plevová a kol., 2012).

V literatuře se vyskytuje mnoho definic kvality života. Jednu z definic uvedla Elena Gurková, ve které je kvalita vnímaná jako osobní pohoda. Osobní pohoda zahrnuje uspokojení psycho-spirituální, tělesné i sociální dimenze. V knize také uvádí, že se může kvalita života hodnotit jako subjektivní, objektivní a komplexní. Pojem kvalita života je velice individuální a každý člověk má svoji úroveň kvality. Životní spokojenost není to samé jako kvalita života, ale jsou to blízké pojmy. Spokojenost je jednou ze složek

kvality života a je vymezena dvěma rozměry – subjektivním a objektivním (Gurková 2011, Šamánková a kol., 2011).

V oblasti kvality se hodnotí 5 hlavních kategorií. První je schopnost žít normální život, druhá v pořadí je spokojenost a štěstí pacienta, následuje dosažení osobních cílů, jako čtvrtá kategorie je schopnost vést společenský život a poslední je fyzická a mentální kapacita. V závěru života člověka a postupující nemoci mohou být tyto kategorie nesplněny, popřípadě redukovány, a proto hodnocení kvality života může mít pozitivní, ale i negativní stránky. Na tento poznatek upozorňuje Haškovcová ve své knize a dává na důraz možný nesoulad mezi subjektivním hodnocením kvality a biologickým zdravím. Příkladem může být těžce trpící člověk, který ve svém životě vidí smysl, a tím i jeho kvalita života, která není zcela naplněná, může mít pro pacienta mimořádnou cenu (Kopáčiková a kol., 2015; Haškovcová 2010).

1.4.1 Faktory ovlivňující kvalitu života

Tyto faktory se dělí na objektivní a subjektivní. U objektivních faktorů se zejména jedná o naplnění potřeb viditelných, objektivně hodnotitelných, jako jsou například potřeby dostatku tekutin a dostatku jídla, pomoc při hygieně, pohybu a stravování. Mohou sem také patřit mezilidské vztahy, kdy se pomáhá řešit nově vzniklé situace mezi členy rodiny nebo pacientem a lékařem. Následují subjektivní faktory ovlivňující kvalitu života, u kterých se rozlišuje kladná a narušená sebekoncepce. U kladné formy má pacient kladný vztah k sobě samému. Tito lidé snadněji přijímají vnitřní změny, poznají potřeby a sami je uspokojí. Pokud mají pacienti vyrovnanou sebekoncepci, většinou přijímají onemocnění lépe. V této oblasti se mění potřeba jistoty a ochrany, a proto je potřeba i blízkost druhých lidí, hlavně podpora rodiny. Také existují pacienti s narušenou sebekoncepcí, kteří nejsou schopni své potřeby uspokojit a vyžadují větší péči okolí a velkou pozornost. Mezi subjektivními a objektivními faktory není daná hranice a může zde docházet k překvapivým zvrátům (Šamánková a kol., 2011).

Existují faktory, které ovlivňují kvalitu života. Hovoří se o skupině faktorů, které mají nepřímý či přímý vliv na společenský a lidský rozvoj. Jedná se o sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální oblasti. Poté existuje další skupina faktorů, které jsou zcela konkrétní a specifické. Tyto faktory mají vliv na kvalitu života jedince, jako jsou například věk, pohlaví, rodinný stav, ekonomická situace, ale i dosažené vzdělání.

Je dokázáno, že s přibývajícím věkem dochází ke zhoršení hodnocení fyzických funkcí a sociálního fungování. Následně záleží na pohlaví pacienta. Jako příkladem může být hodnocení bolesti, kde je dokázáno, že je více zatěžujícím symptomem u žen než u mužů. Toto ale může být důvodem, že se ženy se svými problémy více svěřují a hovoří o nich s druhými. Hodnocení kvality také souvisí s rodinným stavem pacienta. Například věřící pacienti lépe hodnotí sociální funkce. Naopak lidé s horším psychickým a zdravotním stavem mají horší subjektivní hodnocení kvality života (Bužgová, 2015; Dvořáčková, 2012).

1.4.2 Hodnocení kvality života

Pro vyhodnocení kvality života se používají standardizované měřicí nástroje. Standardizované dotazníky jsou dostupné v českém jazyce u Světové zdravotní organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. Tyto dotazníky hodnotí obecnou (generickou) kvalitu života dospělé a seniorské populace. Ve zdravotnictví se používají standardizované dotazníky SF-36 hodnotící kvalitu života v souvislosti se zdravím. Také existuje dotazník, který byl původně určen pro posuzování kvality u osob s duševními potížemi. Tento dotazník je v české verzi a jmenuje se SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis). Dalším specifickým dotazníkem je EORTC QOL-C30, který byl vytvořen odbornou skupinou Evropské organizace pro výzkum kvality u onkologicky nemocných, také je dostupná zkrácená verze tohoto dotazníku, který se zabývá kvalitou života v paliativní péči a nazývá se EORTC QLQ-C15-PAL (Dvořáčková, 2012, Bužgová, 2015).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíle práce

1. Zjistit, zdali a jak všeobecné sestry edukují pacienta o riziku pádu.
2. Zjistit, zdali používaná ošetrovatelská dokumentace je zaměřená na riziko a prevenci pádů.

Výzkumné otázky

1. Kdy sestra edukuje pacienta o riziku pádu?
2. Jakým způsobem sestra edukuje pacienty o riziku pádu a jaké názorné pomůcky používá?
3. Jakým způsobem sestra používá ošetrovatelskou dokumentaci ke snížení rizika pádů hospitalizovaného pacienta?
4. Jak je sestra edukována o riziku pádu a jeho prevenci?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumnou metodou bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření. Technikou použitou ke sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce. Dotazník byl zcela anonymní a tvořilo ho 26 otázek. 17 otázek bylo uzavřených a 9 otázek (otázky č. 3, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18 a 21) polouzavřené. První tři otázky sloužily k charakteristice výzkumného souboru. U šesti otázek (otázky č. 10, 13, 15, 17, 18, a 21) mohli respondenti zvolit více odpovědí. Otázky č. 23 a 24 byly určeny pouze pro ty, kteří odpověděli, že vedení nemocnice provádí semináře o prevenci a riziku pádu.

K první výzkumné otázce „Kdy sestra edukuje pacienta o riziku pádu?“ se z dotazníku vztahují otázky č. 9, 10, 15, 18, 19 a 21.

Na druhou výzkumnou otázku „Jakým způsobem sestra edukuje pacienty o riziku pádu a jaké názorné pomůcky používá?“ odpovídají otázky č. 11, 12, 13, 14, 16, 17 a 20 z dotazníku.

K vyhodnocení třetí výzkumné otázky „Jakým způsobem sestra používá ošetrovatelskou dokumentaci ke snížení rizika pádů hospitalizovaného pacienta?“ jsou z dotazníku zvoleny otázky č. 4, 5, 6, 7 a 8.

Na čtvrtou výzkumnou otázku „Jak je sestra edukována o riziku pádu a jeho prevenci?“ odpovídají z dotazníku otázky č. 22, 23, 24, 25 a 26.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Do kvantitativního výzkumu byli zahrnuti nelékařští pracovníci z pelhřimovské a jihlavské nemocnice, a to z chirurgického a interního oddělení. Osloveny byly všeobecné sestry pracující na chirurgickém a interním oddělení.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo pomocí kvantitativního výzkumu metodou dotazníku, který byl distribuován v oslovených nemocnicích v období prosinec 2017 – únor 2018. Osloveny byly nemocnice v Pelhřimově a v Jihlavě. V obou zdravotnických organizacích bylo výzkumné šetření povoleno náměstkyněmi ošetrovatelské péče na chirurgických a interních odděleních. Celkem bylo rozdáno 138 dotazníků a navraceno 102 dotazníků,

z toho 49 dotazníků (49 %) z pelhřimovské nemocnice a 53 dotazníků (51 %) z jihlavské nemocnice.

Z pelhřimovské nemocnice se vrátilo z celkového počtu 49 dotazníků (100 %) z interního oddělení 30 dotazníků (61 %) a z chirurgického oddělení 19 dotazníků (39 %). Z jihlavské nemocnice z celkového počtu 53 dotazníků (100 %) byla zpětná vazba z interního oddělení pouze z jednotky intenzivní péče (JIP), odkud se mi vrátilo 11 dotazníků (21 %). Z chirurgického oddělení jihlavské nemocnice, které se skládá ze stanic chirurgie A, chirurgie B a jednotky intenzivní péče (JIP) bylo celkem vráceno 42 dotazníků (79 %). Z toho z chirurgie A 6 dotazníků (15 %), z chirurgie B 10 dotazníků (24 %) a z jednotky intenzivní péče 26 dotazníků (61 %).

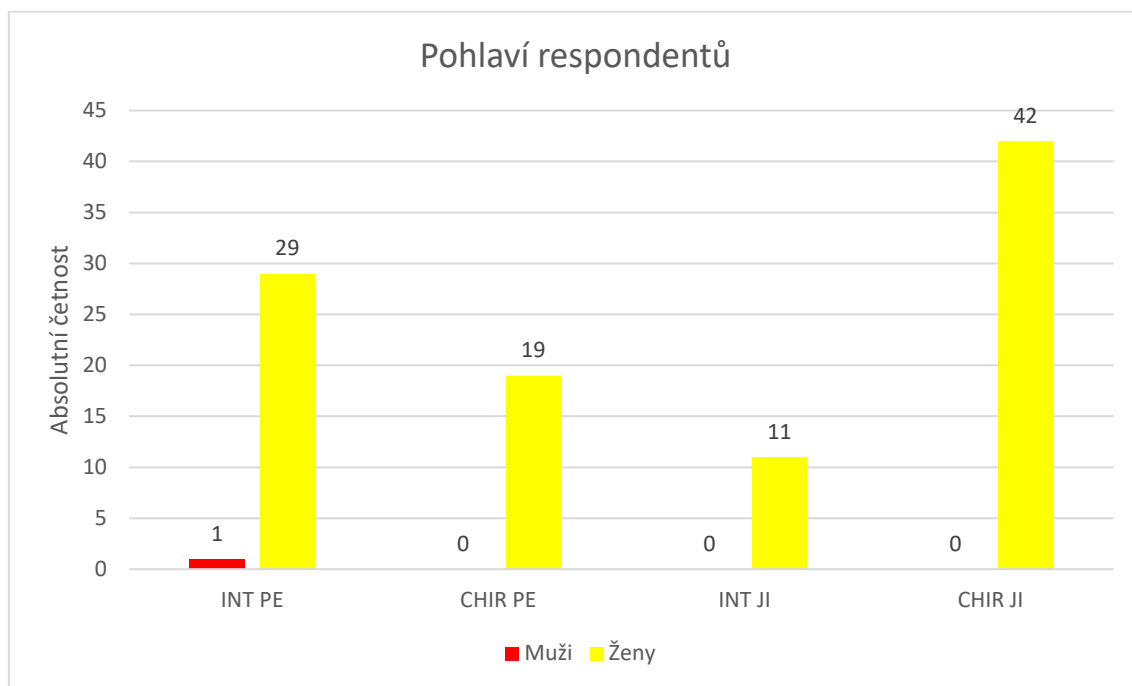
Tabulka 1 Počet vrácených dotazníků

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení
Nemocnice Pelhřimov	30 dotazníků (29 %)	19 dotazníků (19 %)
Nemocnice Jihlava	11 dotazníků (11 %)	42 dotazníků (41 %)

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala a vyhodnotila pomocí programů Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. K vyhodnocení získaných dat jsem použila sloupcové grafy.

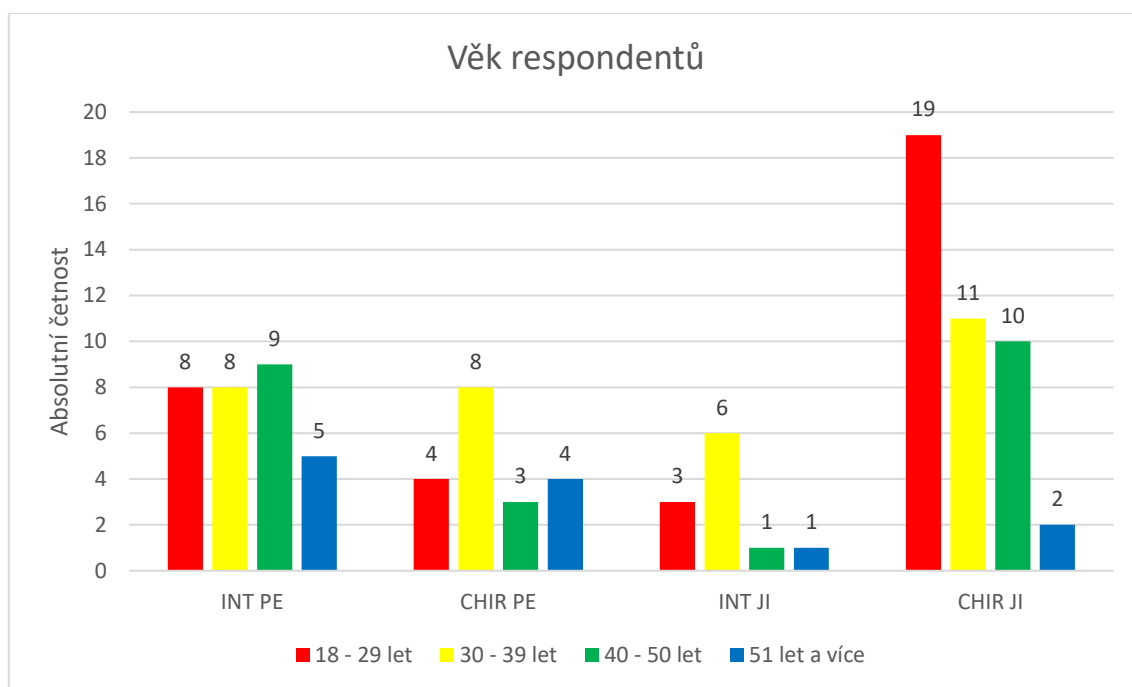
2.6 Výsledky výzkumu



Graf 1 Pohlaví respondentů

Do výzkumu se zapojil 102 všeobecných sester (100 %), z toho 101 žen (99 %) a 1 muž (1 %). Jak znázorňuje Graf 1, v pelhřimovské nemocnici z interního oddělení se zúčastnilo dotazníkového šetření 29 respondentek (28 %) a 1 respondent (1 %), z chirurgického oddělení v Nemocnici Pelhřimov se podílelo na výzkumném šetření 19 respondentek (19 %) a žádný respondent.

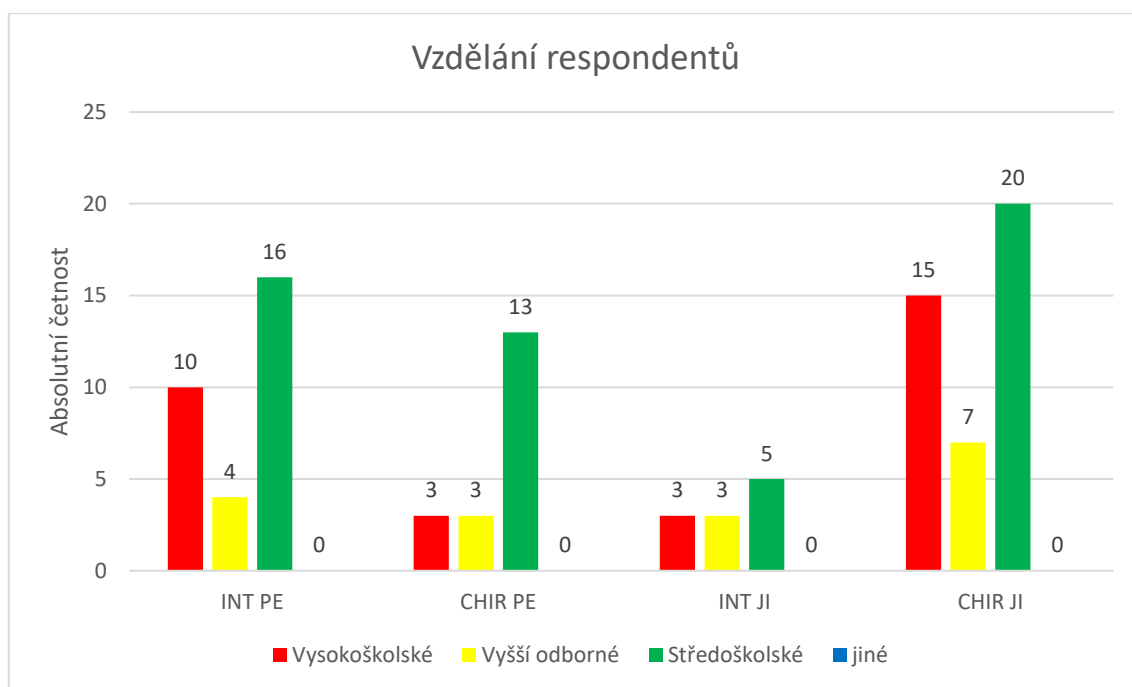
Dále z jihlavské nemocnice se účastnilo 11 respondentek (11 %) z interního oddělení, a 42 respondentek (41 %) z chirurgického oddělení.



Graf 2 Věk respondentů

V Grafu 2 jsou zobrazeny věkové kategorie respondentů. Na odděleních Nemocnice Pelhřimov převládá věková skupina 30-39 let, kterou tvoří 16 respondentů (32 %), v dalším pořadí je věková kategorie 18-29 let s počtem respondentů 12 (25 %), jako další je rozmezí mezi 40-50 let s počtem respondentů 12 (25 %) a na posledním místě je věková skupina 51 let a více, která je zastoupena 9 respondenty (18 %).

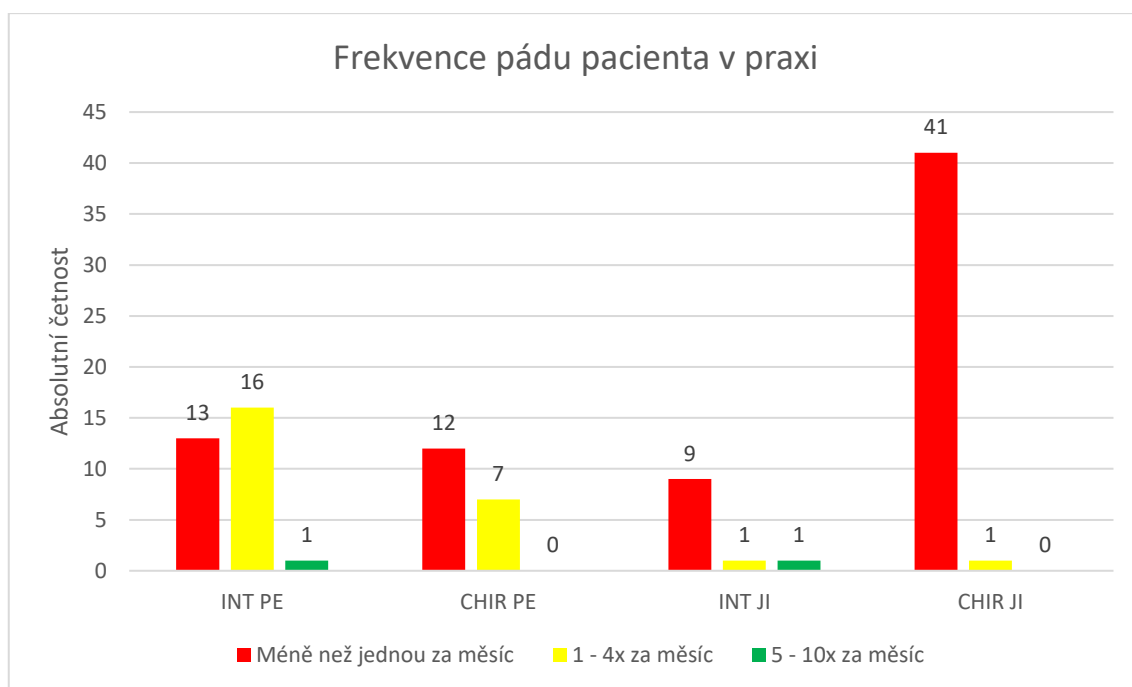
V jihlavské nemocnici dominuje věková skupina 18-29 let, kterou tvoří 22 respondentů (42 %), druhou nepočetnější věkovou skupinu tvoří 30-39 let s počtem 17 respondentů (33 %), další v pořadí je věková kategorie 40-50 let s 11 respondenty (20 %), nakonec je věková skupina 51 let a více, kterou tvoří 3 respondenti (5 %).



Graf 3 Vzdělání respondentů

V Grafu 3 je uvedeno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z grafu lze zjistit, že 29 respondentů (59 %) z pelhřimovské nemocnice tvoří všeobecné sestry se středoškolským vzděláním, dalších 13 respondentů (27 %) má vysokoškolské vzdělání, a nakonec 7 respondentů (14 %) tvoří všeobecné sestry s vyšším odborným vzděláním.

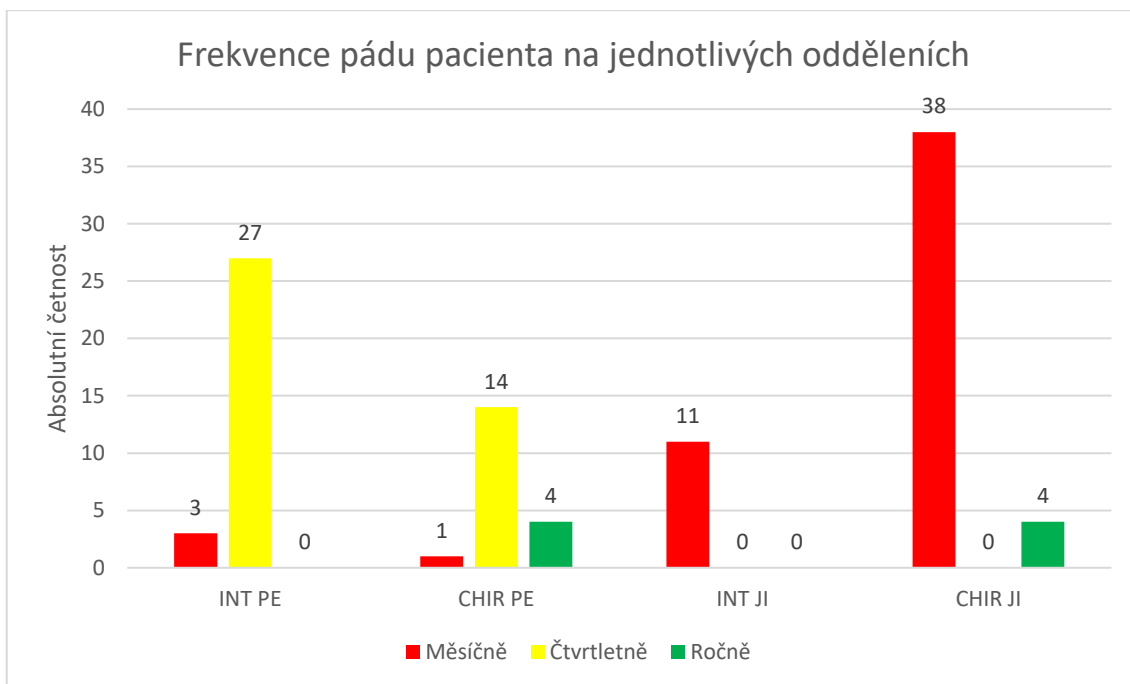
Podobně je tomu v jihlavské nemocnici, kde nejvíce zastoupená kategorie vzdělání tvoří středoškolské vzdělání s počtem 25 respondentů (47 %), poté následují všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním s počtem 18 (34 %), a ostatních 10 respondentů (19 %) má vyšší odborné vzdělání.



Graf 4 Frekvence pádu pacienta v praxi

V Grafu 4 je zobrazeno, jak často se respondenti setkávají na oddělení s pádem pacienta. Z pelhřimovské nemocnice uvedlo 25 respondentů (52 %), že se s pádem pacienta setkají méně než jednou za měsíc, dále následuje 23 respondentů (47 %), kteří se s pádem setkávají 1-4× za měsíc a pouze 1 respondent (1 %) sdělil, že se s pádem pacienta setkává na oddělení 5-10× za měsíc.

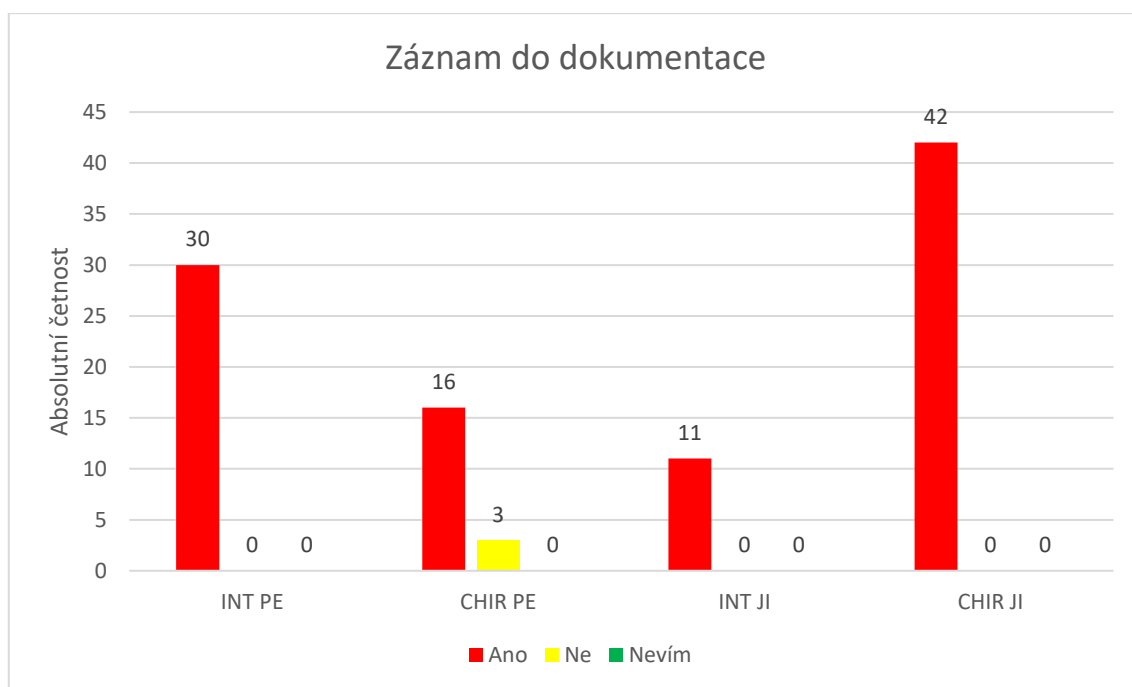
V jihlavské nemocnici uvedlo 50 všeobecných sester (95 %), že se s pádem pacienta setkávají na oddělení méně než jednou za měsíc, 2 respondenti (4 %) odpověděli, že se stýkají s pádem hospitalizovaného pacienta 1-4× za měsíc a 1 respondent (1 %) sdělil, že se s pádem pacienta setkává na oddělení 5-10× za měsíc.



Graf 5 Frekvence pádu pacienta na jednotlivých odděleních

V Grafu 5 je uvedeno, jak často vyhodnocují respondenti riziko pádu na oddělení. 4 respondenti (8 %) z pelhřimovské nemocnice uvedli, že vyhodnocují riziko pádu pacienta na oddělení měsíčně, dále 41 respondentů (84 %) vyhodnocuje riziko pádu na oddělení čtvrtletně, a nakonec odpověděli 4 respondenti (8 %), že hodnotí riziko pádu pacienta na oddělení ročně.

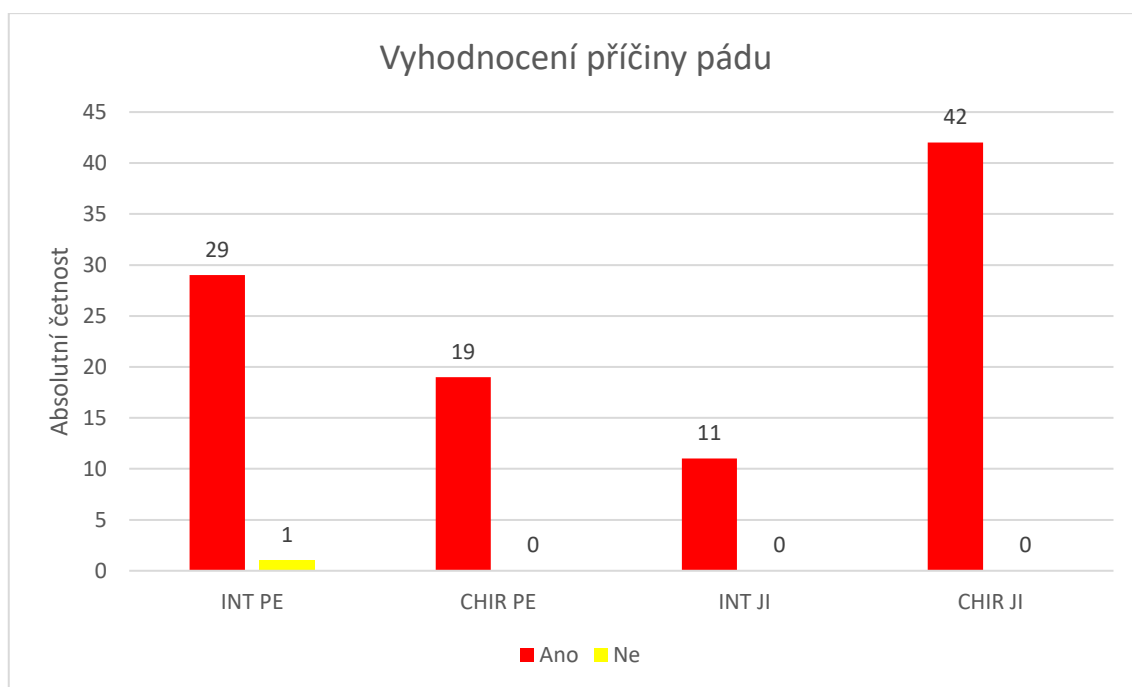
V Nemocnici Jihlava zodpovědělo nejvíce respondentů, tj. 49 (93 %), že na oddělení vyhodnocují riziko pádu měsíčně, ročně vyhodnocují 4 respondenti (7 %) a nikdo nezvolil možnost čtvrtletně.



Graf 6 Záznam do dokumentace

V grafu 6 je uvedeno, zdali je riziko pádu zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace. Z pelhřimovské nemocnice 46 respondentů (93 %) uvedlo, že zaznamenávají riziko pádu do ošetrovatelské při přijetí pacienta, 3 respondenti (7 %) odpověděli, že do dokumentace riziko pádu neuvádějí.

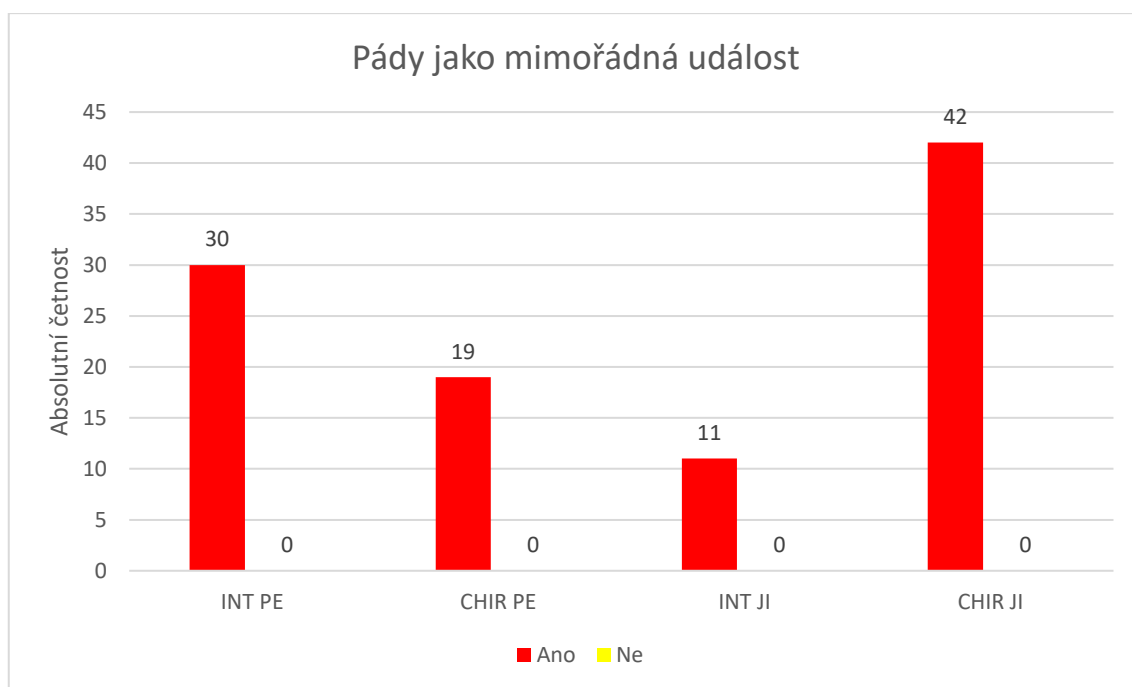
V jihlavské nemocnici odpovědělo 53 respondentů (100 %), že zaznamenávají riziko pádu do ošetrovatelské dokumentace. Žádný respondent nezvolil odpověď ne ani nevím.



Graf 7 Vyhodnocení příčiny pádu

V Grafu 7 je zobrazeno, zdali vyhodnocují respondenti v případě vzniku pádu to, jak k dané události došlo. 48 respondentů (99 %) z Nemocnice Pelhřimov uvedlo, že vyhodnocují v případě vzniku pádu, jak k dané události došlo. Pouze 1 respondent (1 %) to nevyhodnocuje.

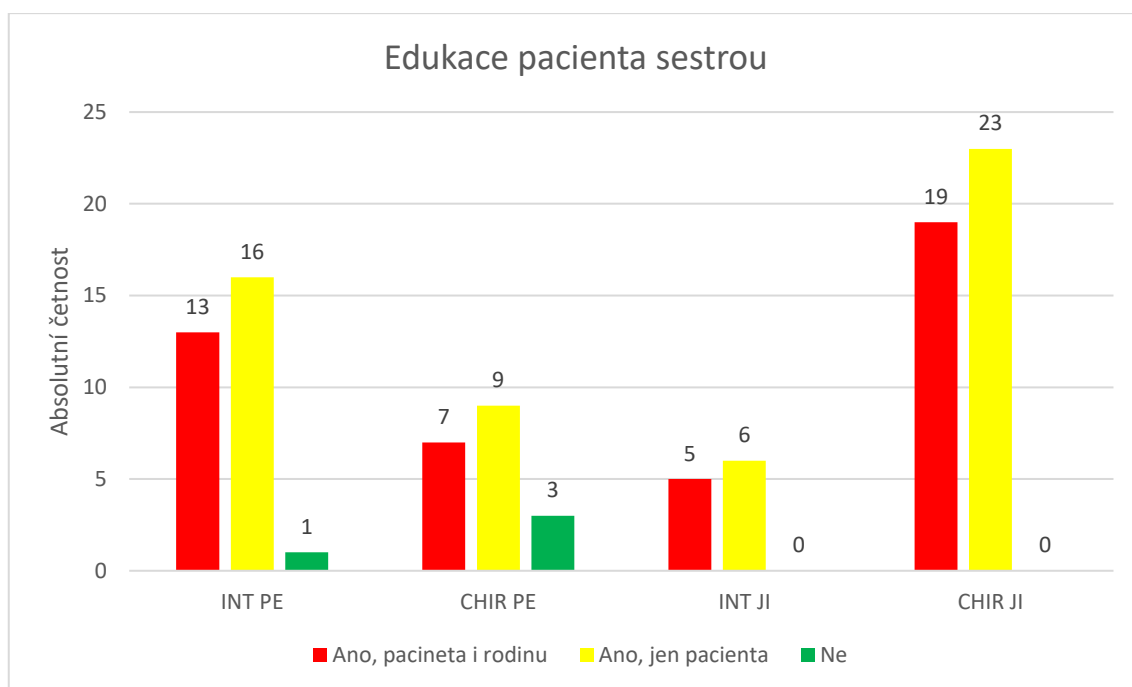
V jihlavské nemocnici všichni respondenti, tj. 53 (100 %), uvedli, že v případě vzniku pádu vyhodnocují, jak k pádu došlo.



Graf 8 Pády jako mimořádná událost

V Grafu 8 je zobrazeno, zda respondenti hlásí pády jako mimořádnou událost. 49 respondentů (100 %) z Nemocnice Pelhřimov uvedlo, že hlásí pády jako mimořádnou událost.

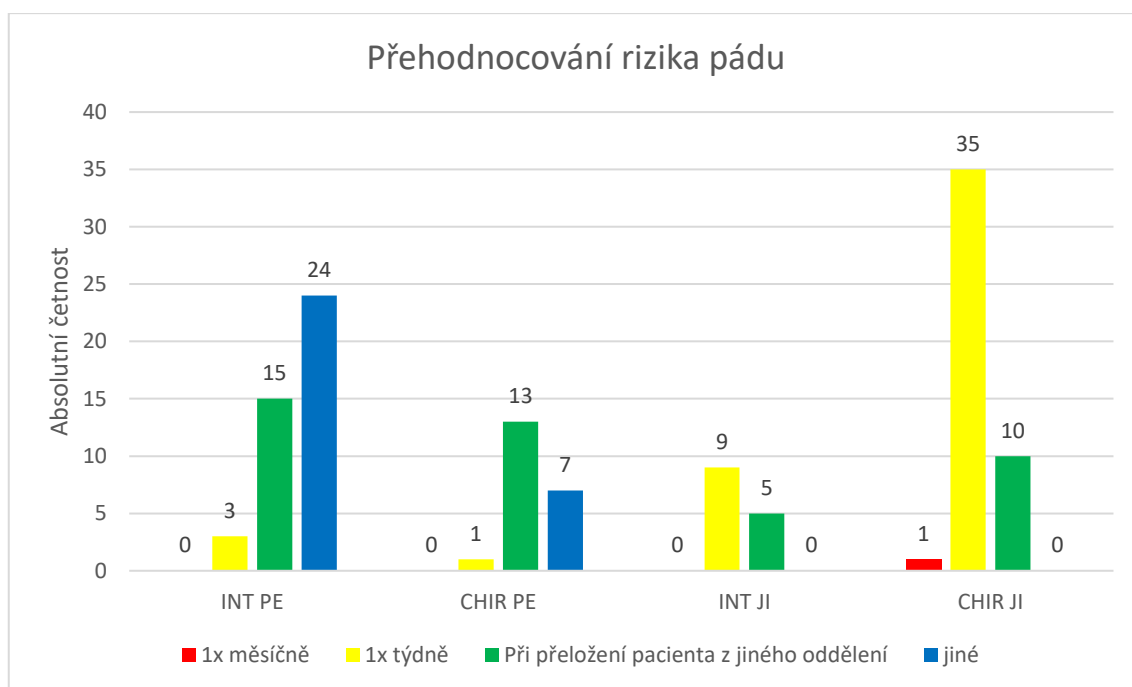
Stejná situace nastává v jihlavské nemocnici, kde 53 respondentů (100 %) také sdělilo, že při vzniku pádu hlásí tuto událost jako mimořádnou.



Graf 9 Edukace pacienta sestrou

V Grafu 9 je zobrazeno, zdali všeobecné sestry edukují pacienta o riziku pádu při přijetí. Z Nemocnice Pelhřimov 20 respondentů (40 %) uvedlo, že edukují pacienta i rodinu o riziku pádu při přijetí, 25 respondentů (52 %) sdělilo odpověď, že při přijetí edukují jen pacienta, 4 respondenti (8 %) uvedli, že neprovádí edukaci pacienta ani rodiny.

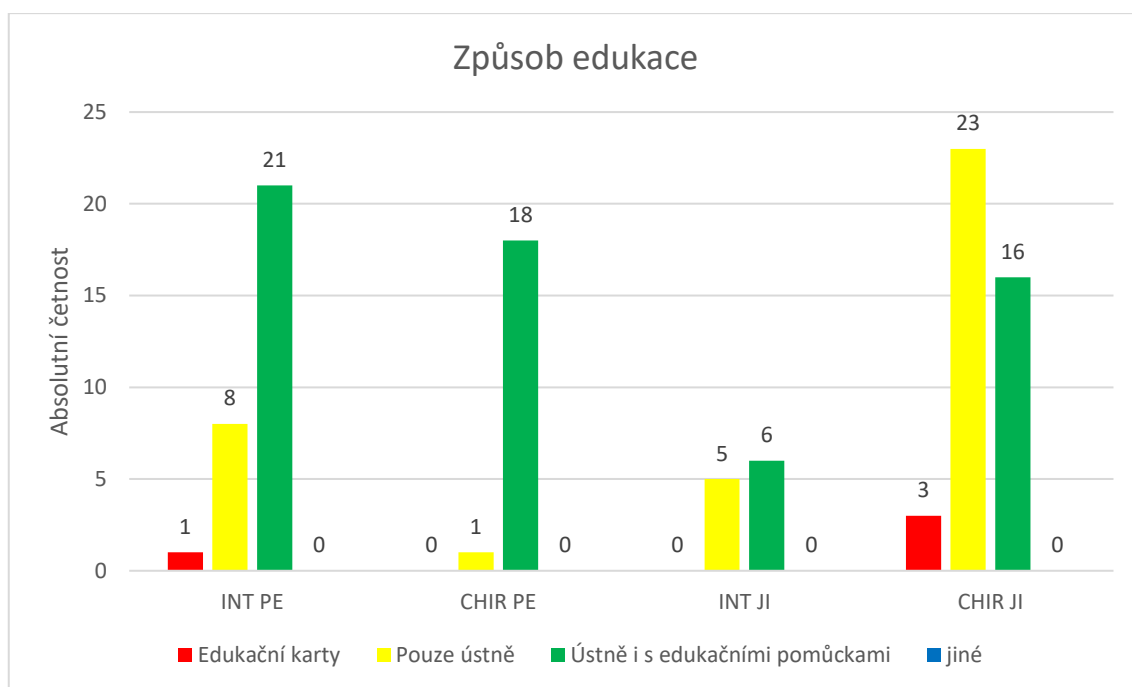
V jihlavské nemocnici 24 respondentů (46 %) uvedlo, že při přijetí edukují o riziku pádu pacienta i rodinu, 29 respondentů (54 %) sdělilo, že edukují jen pacienta o možném riziku pádu, a žádný respondent nezvolil odpověď ne.



Graf 10 Přehodnocování rizika pádu

Graf 10 znázorňuje, kdy respondenti přehodnocují riziko pádu u pacienta. U této otázky se mohlo zvolit více možností. Z pelhřimovské nemocnice byla zvolena odpověď 1 týdně 4 respondenty (6 %) z celkového počtu 63 odpovědí (100 %), při přeložení pacienta z jiného oddělení zodpovědělo 28 respondentů (45 %), a možnost jiné zvolilo 31 respondentů (49 %).

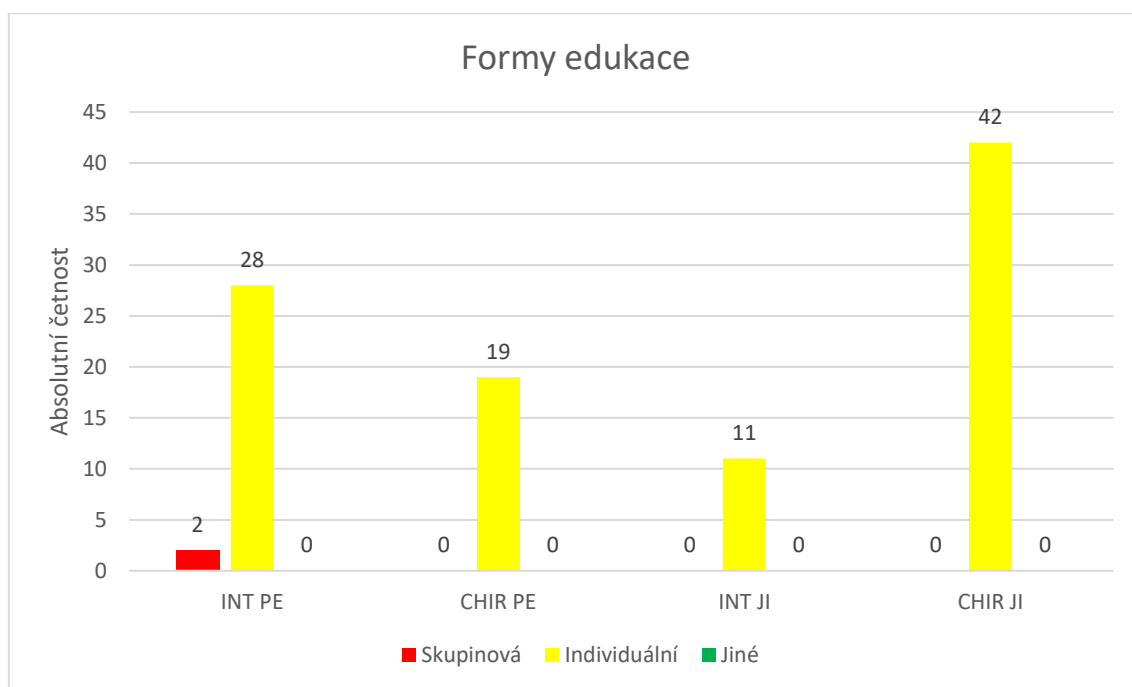
V jihlavské nemocnici bylo přehodnocování 1 měsíčně, vybráno pouze 1 respondentem (1 %) z celkového počtu 60 odpovědí (100 %), 1 týdně zvolilo 44 respondentů (74 %) a přehodnocování při přeložení pacienta z jiného oddělení uvedlo 15 respondentů (25 %).



Graf 11 Způsob edukace

Graf 11 zobrazuje, jakým způsobem respondenti edukují pacienta o riziku a prevenci pádu. V pelhřimovské nemocnici 1 respondent (1 %) odpověděl, že při edukaci o riziku a prevenci pádu používá edukační karty, dále 9 respondentů (19 %) edukuje pacienta o riziku pádu pouze ústně a 39 respondentů (80 %) uvedlo, že edukují pacienta o riziku pádu ústně i s edukačními pomůckami.

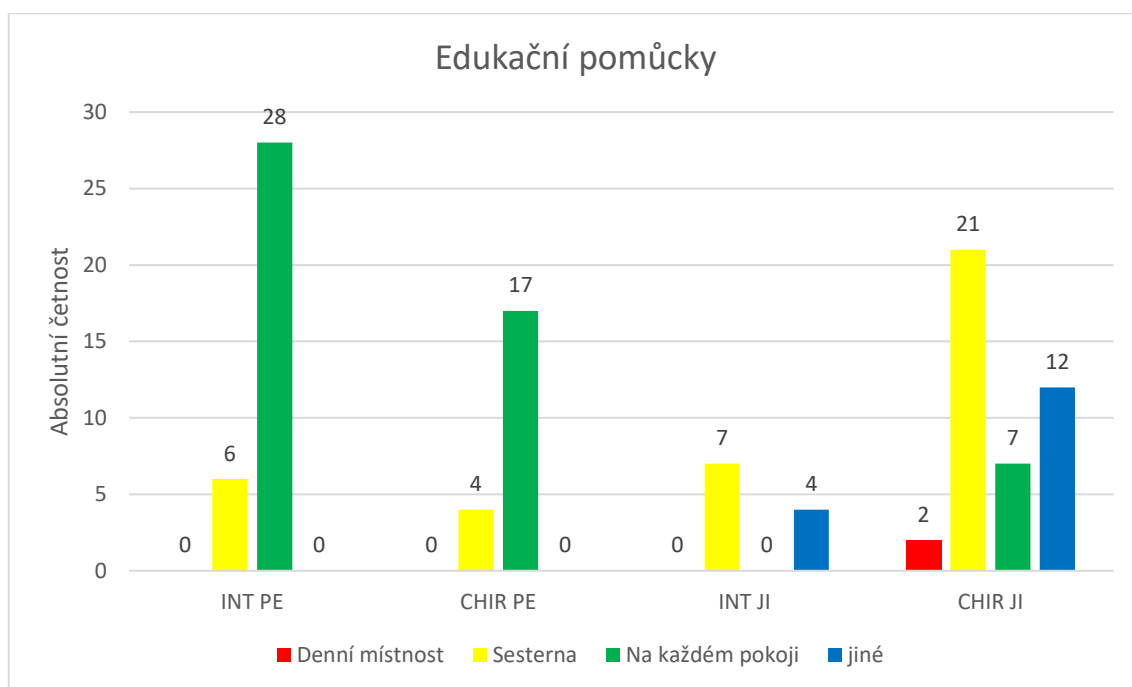
V Nemocnici Jihlava 3 respondenti (5 %) zodpověděli, že k edukaci o riziku a prevenci pádu používají edukační karty, dále 28 respondentů (53 %) uvedlo, že edukují pacienta pouze ústně, a nakonec 22 respondentů (42 %) edukují pacienty ústně i s edukačními pomůckami. Žádný respondent nezvolil odpověď jiné.



Graf 12 Formy edukace

Graf 12 uvádí, jaké formy edukace respondenti používají. 2 respondenti (4 %) z Nemocnice Pelhřimov uvedli, že používají při edukaci pacienta o riziku pádu skupinovou formu edukace a 47 respondentů (96 %) užívá formu individuální edukace.

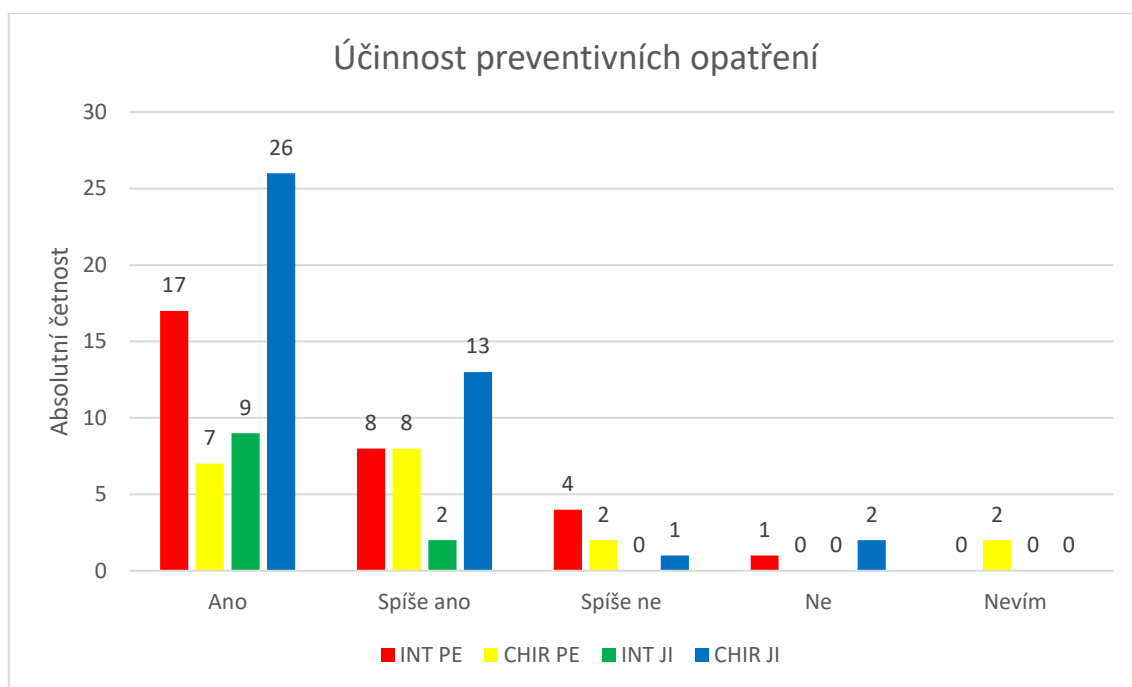
V jihlavské nemocnici 53 respondentů (100 %) odpovědělo, že používají pouze individuální edukaci o riziku pádu.



Graf 13 Edukační pomůcky

V Grafu 13 je zobrazeno, kde mají umístěné edukační karty pro pacienty s rizikem pádu na oddělení. U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. V pelhřimovské nemocnici byla zvolena 10 respondenty (18 %) možnost, že se edukační karty nachází na sesterně z celkového počtu 55 odpovědí (100 %), 45 respondentů (82 %) sdělilo odpověď na každém pokoji, žádný respondent nezvolil odpověď denní místnost a jiné.

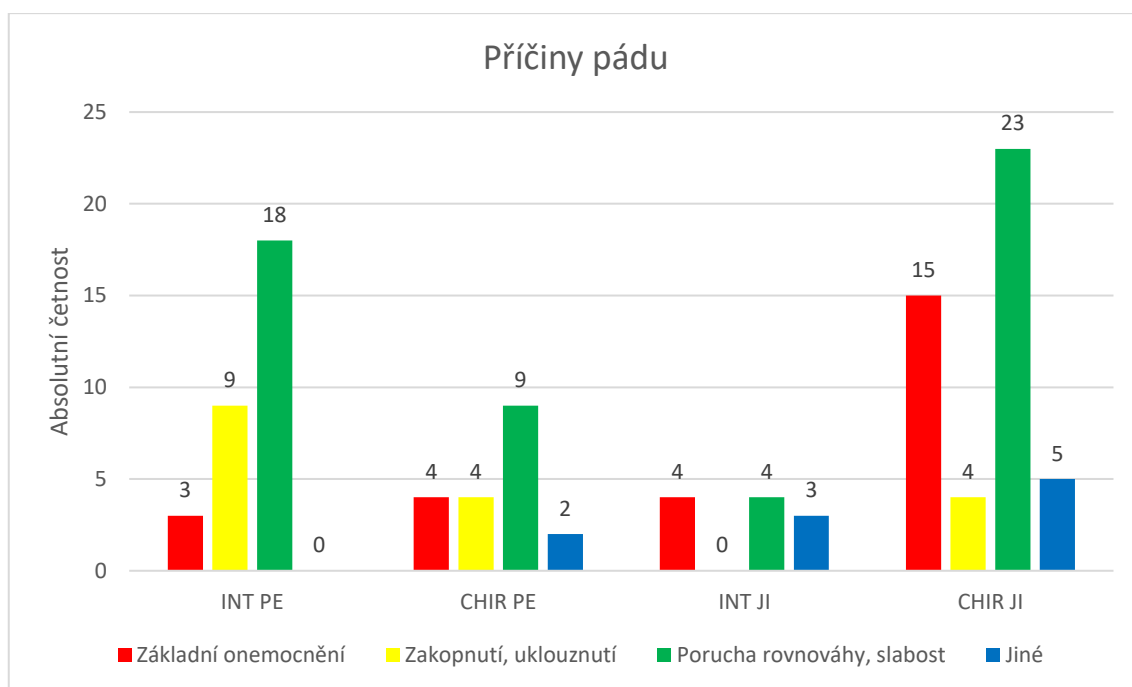
V jihlavské nemocnici odpověď denní místnost byla zvolena 2 respondenty (4 %), 28 respondentů (53 %) uvedlo možnost sesterna z celkového počtu 53 odpovědí (100 %), 7 respondentů (13 %) odpovědělo, že se karty nachází na každém pokoji a 16 respondentů (30 %) zvolilo možnost jiné.



Graf 14 Účinnost preventivních opatření

Graf 14 znázorňuje, zda si respondenti myslí, že se používáním preventivních opatření dá snížit výskyt pádu. V Nemocnici Pelhřimov 24 respondentů (49 %) si myslí, že ano, spíše ano zvolilo 16 respondentů (33 %), spíše ne 6 respondentů (13 %), odpověď ne vybral 1 respondent (1 %) a 2 respondenti (4 %) neví.

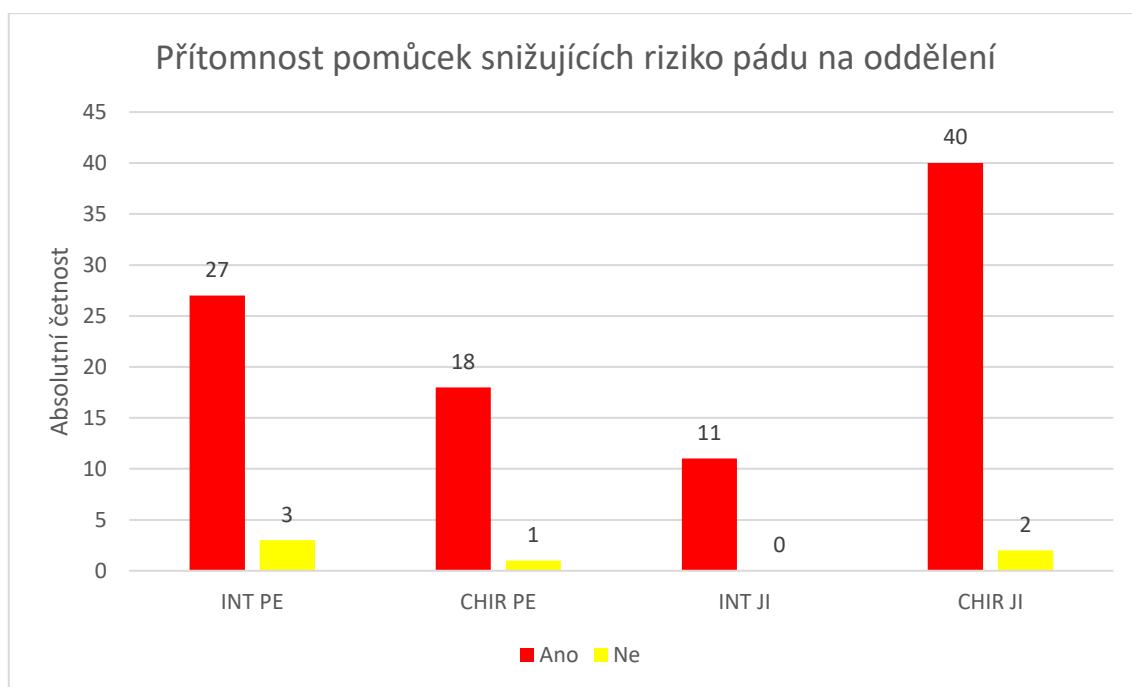
V jihlavské nemocnici možnost ano vybralo 35 respondentů (66 %), 15 respondentů (29 %) si myslí, že spíše ano, spíše ne zvolil 1 respondent (1 %) a 2 respondenti (4 %) vybrali možnost ne.



Graf 15 Příčiny pádu

V Grafu 15 jsou zobrazeny nejčastější příčiny pádů podle respondentů. V této otázce respondenti mohli zvolit více odpovědí. Z pelhřimovské nemocnice 7 respondentů (14 %) zvolilo možnost základní onemocnění z celkového počtu 49 odpovědí (100 %), variantu zakopnutí, uklouznutí vybralo 13 respondentů (27 %), poruchy rovnováhy či slabost zvolilo 27 respondentů (55 %) a možnost jiné sdělily 2 respondenti (4 %).

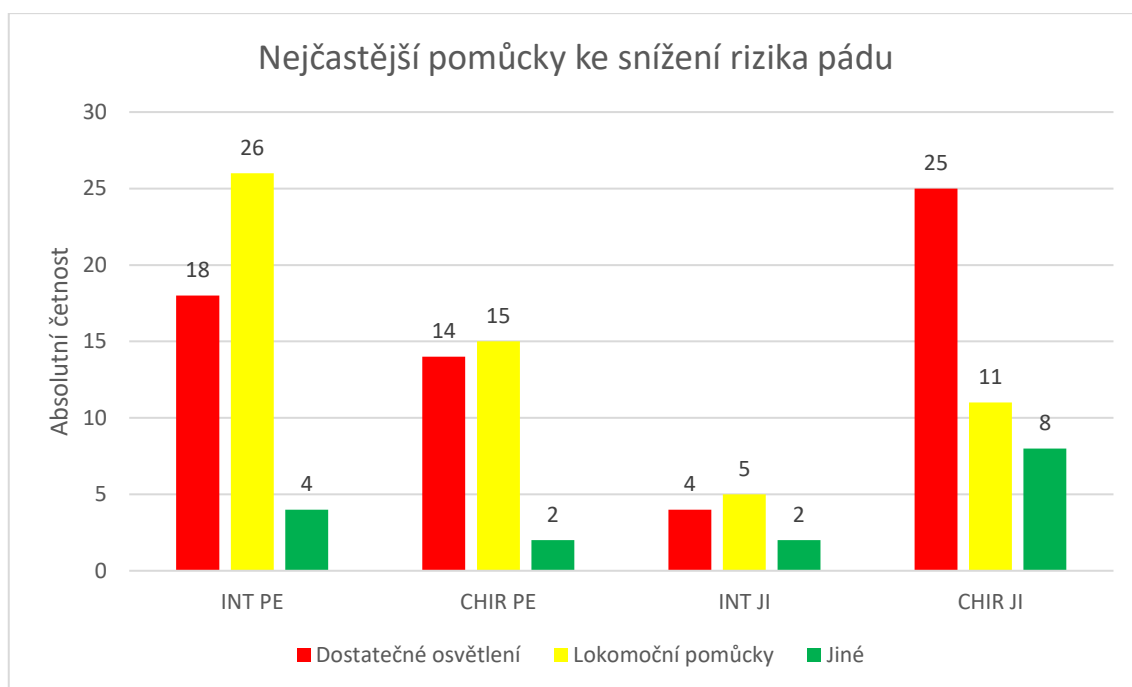
Z Nemocnice Jihlava možnost základní onemocnění zvolilo 19 respondentů (33 %) z celkového počtu 58 odpovědí (100 %), variantu zakopnutí, uklouznutí bylo sděleno 4 odpověďmi (7 %), porucha rovnováhy, slabost měla zastoupení ve 27 odpovědích (46 %) a odpověď jiné zvolilo 8 respondentů (14 %).



Graf 16 Přítomnost pomůcek snižujících riziko pádu na oddělení

Graf 16 uvádí, zda jsou na oddělení pomůcky, které mohou přispět k prevenci pádu. Z Nemocnice Pelhřimov 45 respondentů (92 %) odpovědělo ano a možnost ne uvedli 4 respondenti (8 %).

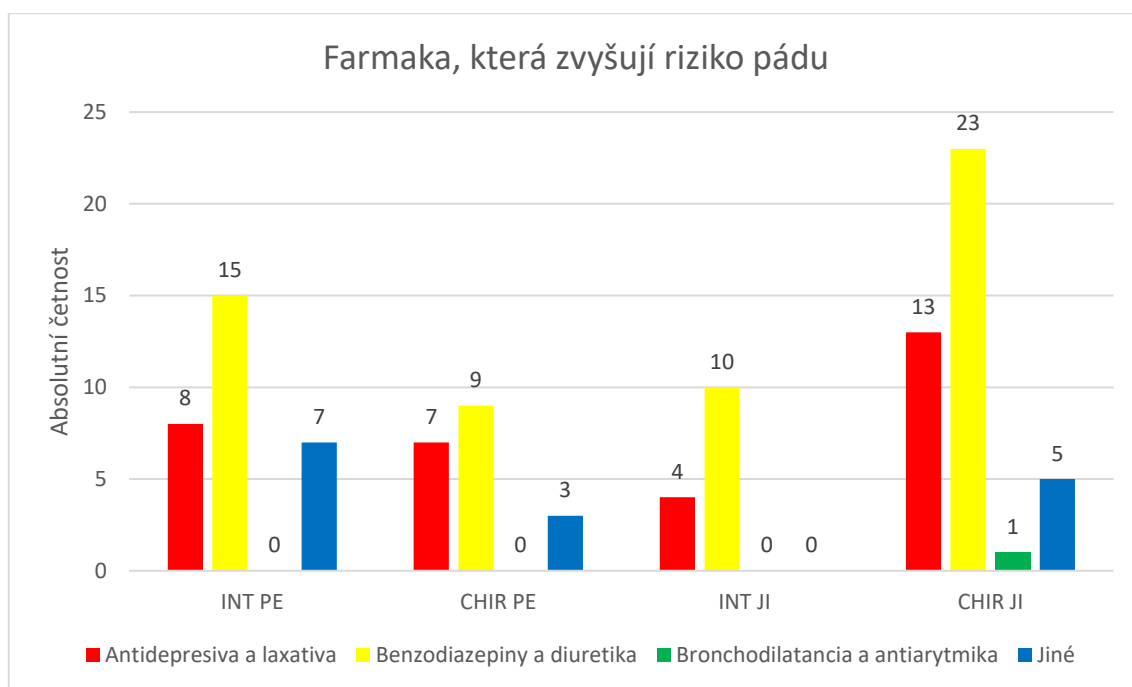
51 respondentů (97 %) z jihlavské nemocnice odpovědělo ano a 2 respondenti (3 %) uvedli odpověď ne.



Graf 17 Nejčastější pomůcky ke snížení rizika pádu

Graf 17 ukazuje, jaké nejčastější pomůcky používají všeobecné sestry ke snížení rizika pádu. U této otázky mohli respondenti zvolit více možností. Z pelhřimovské nemocnice vybralo 32 respondentů (41 %) dostatečné osvětlení z celkového počtu 79 odpovědí (100 %), lokomoční pomůcky zvolilo 41 respondentů (52 %) a možnost jiné sdělilo 6 respondentů (7 %).

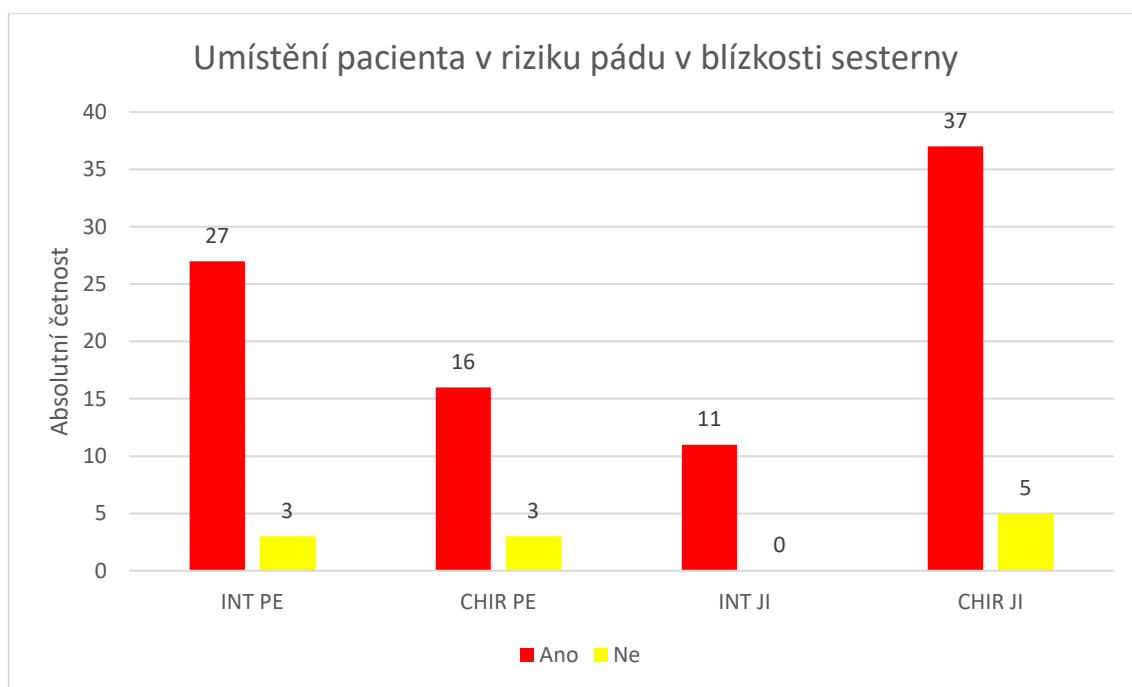
Z jihlavské nemocnice zvolilo 29 respondentů (53 %) dostatečné osvětlení z celkového počtu 55 odpovědí (100 %), možnost lokomoční pomůcky sdělilo 16 respondentů (29 %) a odpověď jiné odpovědělo 10 respondentů (18 %).



Graf 18 Farmaka, která zvyšují riziko pádu

V Grafu 18 je zobrazeno, která farmaka prokazatelně zvyšují riziko pádu. V této otázce se mohlo zvolit více odpovědí. V pelhřimovské nemocnici 15 respondentů (31 %) vybralo možnost antidepressiva a laxativa z celkového počtu 49 odpovědí (100 %), benzodiazepiny a diuretika sdělilo 24 respondentů (49 %) a možnost jiné zvolilo 10 respondentů (20 %).

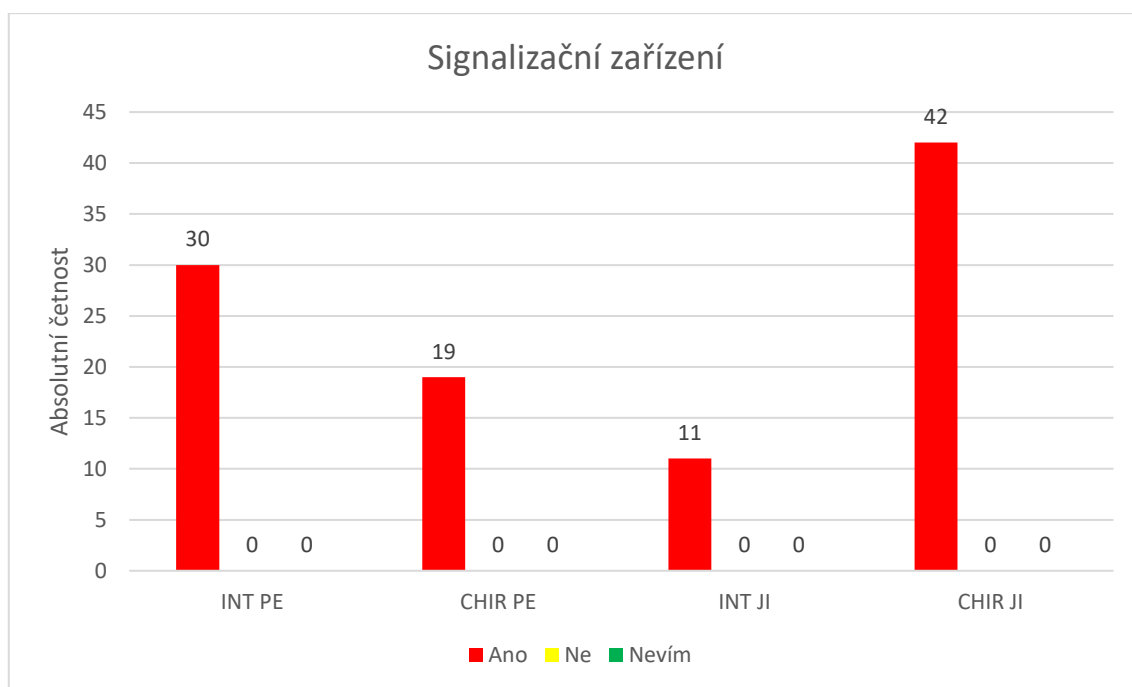
V jihlavské nemocnici 17 respondentů (31 %) zvolilo variantu antidepressiva a laxativa z celkového počtu 56 odpovědí (100 %), benzodiazepiny a diuretika sdělilo 33 respondentů (59 %), bronchodilatancia a antiarytmika uvedl 1 respondent (1 %), a možnost jiné odpovědělo 5 respondentů (9 %).



Graf 19 Umístění pacienta v riziku pádu v blízkosti sesterny

Graf 19 seznamuje, zda respondenti umísťují pacienty, kteří jsou v riziku pádu do pokojů, které jsou blíže dozoru sestry. Z Nemocnice Pelhřimov 43 respondentů (87 %) sdělilo odpověď na otázku ano a 6 respondentů (13 %) odpovědělo na otázku ne.

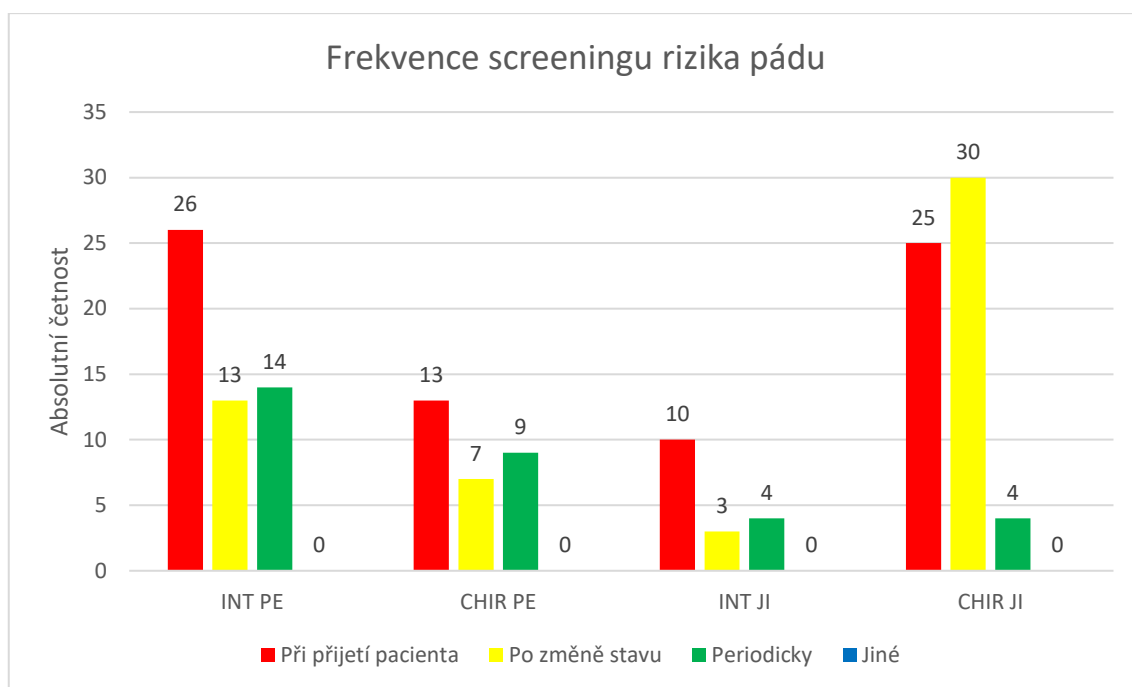
V jihlavské nemocnici 48 respondentů (91 %) uvedlo, že dávají pacienty blíže dohledu sestry a 5 respondentů (9 %) odpovědělo na otázku ne.



Graf 20 Signalizační zařízení

Graf 20 znázorňuje, zda respondenti mají na svém pracovišti signalizační zařízení. Z pelhřimovské nemocnice 49 respondentů (100 %) uvedlo, že mají na oddělení signalizační zařízení.

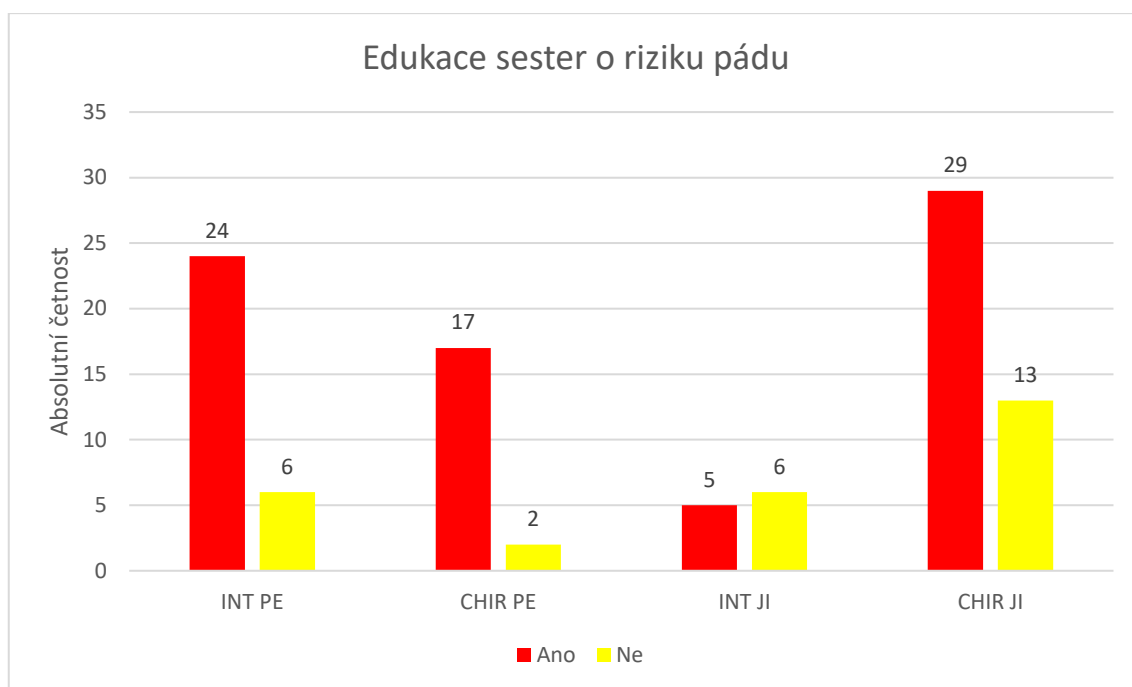
V Nemocnici Jihlava 53 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku ano. Nikdo neodpověděl na otázku ne nebo nevím.



Graf 21 Frekvence screeningu rizika pádu

V Grafu 21 je zobrazeno, jak často respondenti provádí screening rizika pádu pacienta. V této otázce mohli respondenti zodpovědět více možností. V pelhřimovské nemocnici 39 respondentů (48 %) zvolilo možnost při přijetí pacienta z celkového počtu 82 odpovědí (100 %), 20 respondentů (24 %) po změně stavu, a 23 respondentů (28 %) periodicky.

V Nemocnici Jihlava zvolilo 35 respondentů (46 %) odpověď při přijetí pacienta z celkového počtu 76 odpovědí (100 %), možnost po změně stavu zvolilo 33 respondentů (43 %) a periodicky vybralo 8 respondentů (11 %). Variantu jiné nikdo nevybral.

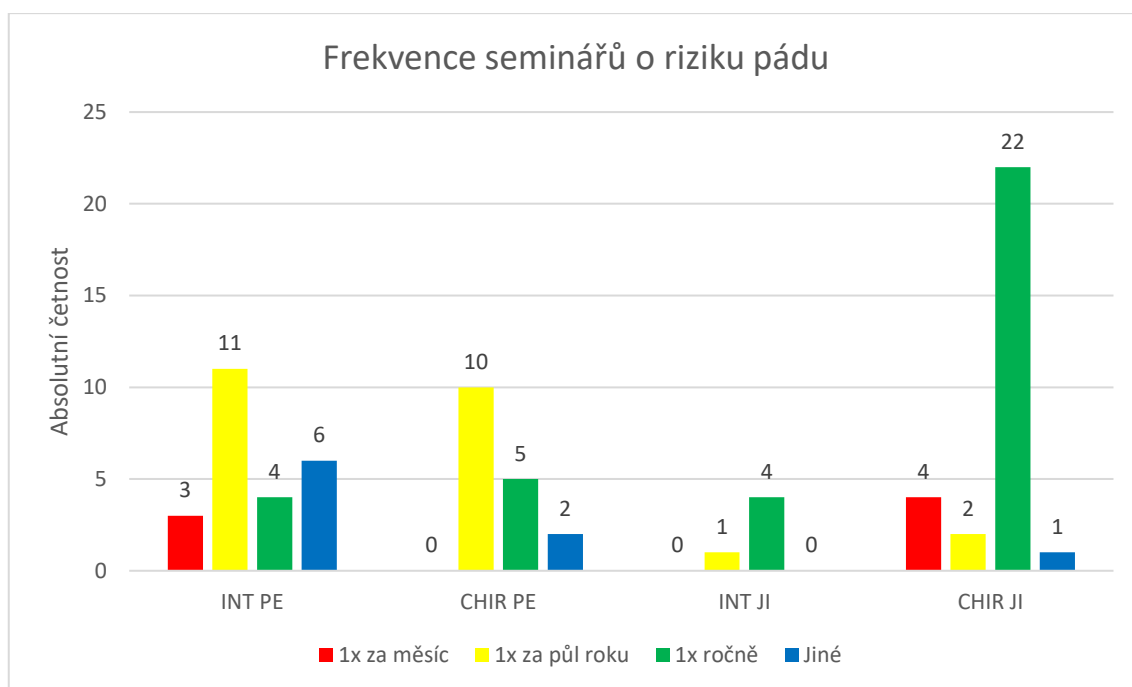


Graf 22 Edukace sester o riziku pádu

V grafu 22 je uvedeno, zda provádí nemocnice semináře o prevenci a riziku pádu. V Nemocnici Pelhřimov 41 respondentů (84 %) odpovědělo ano a 8 respondentů (16 %) sdělilo, že ne.

V jihlavské nemocnici 34 respondentů (64 %) uvedlo, že vedení nemocnice provádí semináře a 19 respondentů (36 %) odpovědělo na otázku ne.

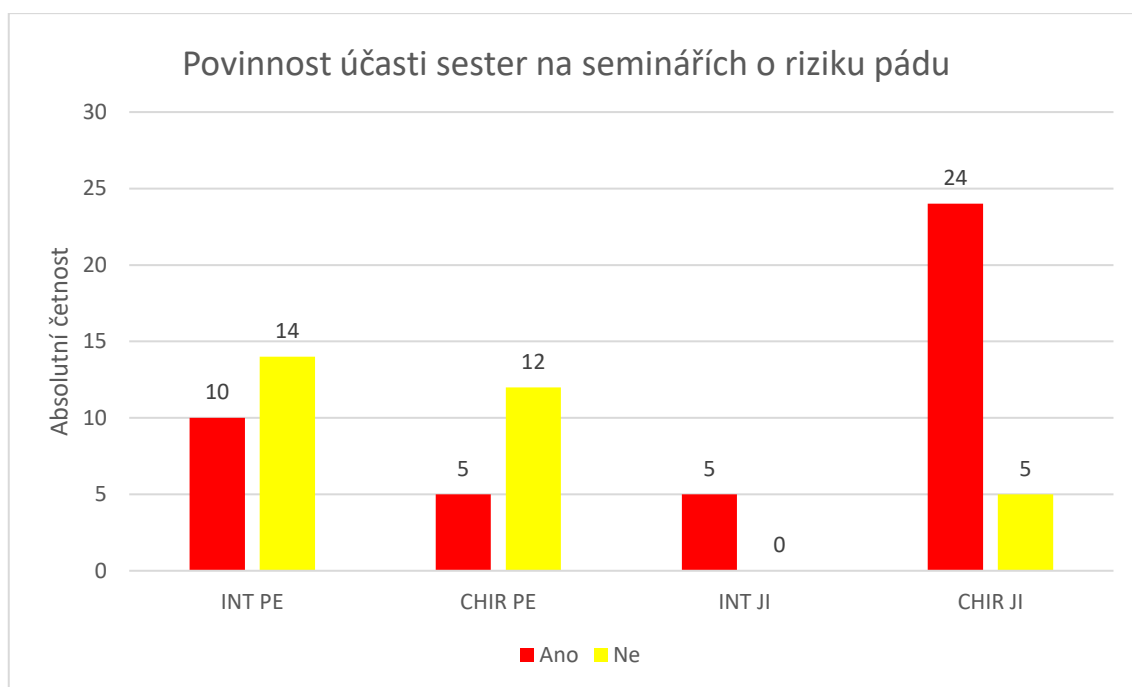
Ti respondenti, kteří na otázku odpověděli ne, tak pokračují s vyplňováním až na otázce č. 25.



Graf 23 Frekvence seminářů o riziku pádu

Graf 23 zobrazuje, jak často provádí vedení nemocnice semináře. Této otázce se účastnilo 41 respondentů (100 %) z pelhřimovské nemocnice a 34 respondentů (100 %) z jihlavské nemocnice, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. V pelhřimovské nemocnici 3 respondenti (7 %) sdělili, že vedení nemocnice provádí semináře 1 měsíčně, 21 respondentů (51 %) odpovědělo 1 za půl roku, 9 respondentů (22 %) uvedlo 1 ročně a 8 respondentů (20 %) odpovědělo jiné.

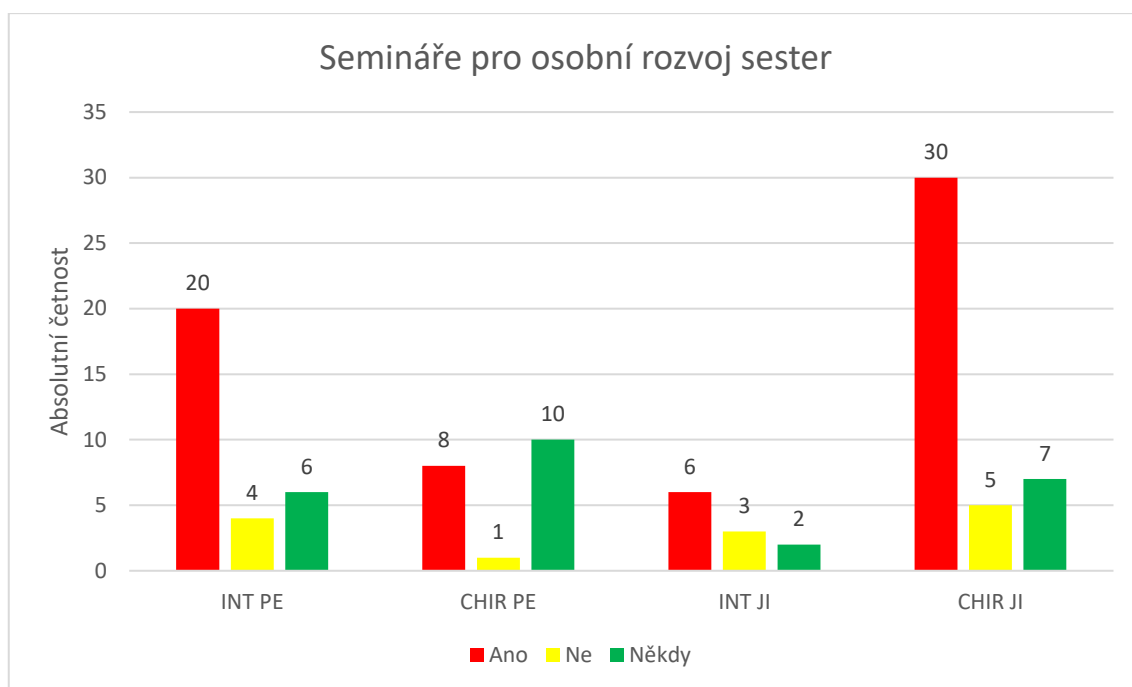
V Nemocnici Jihlava se účastnilo otázky 34 respondentů (100 %), 4 respondenti (12 %) uvedli odpověď 1 měsíčně, 3 respondenti (9 %) sdělili 1 za půl roku, 26 respondentů (78 %) odpovědělo 1 ročně a 1 respondent (1 %) uvedl odpověď jiné.



Graf 24 Povinnost účasti sester na seminářích o riziku pádu

V Grafu 24 je uvedeno, zda mají respondenti povinnost účastnit se na seminářích. Z pelhřimovské nemocnice 15 respondentů (37 %) odpovědělo na otázku ano, 26 respondentů (63 %) odpovědělo, že nemají povinnost se účastnit na seminářích.

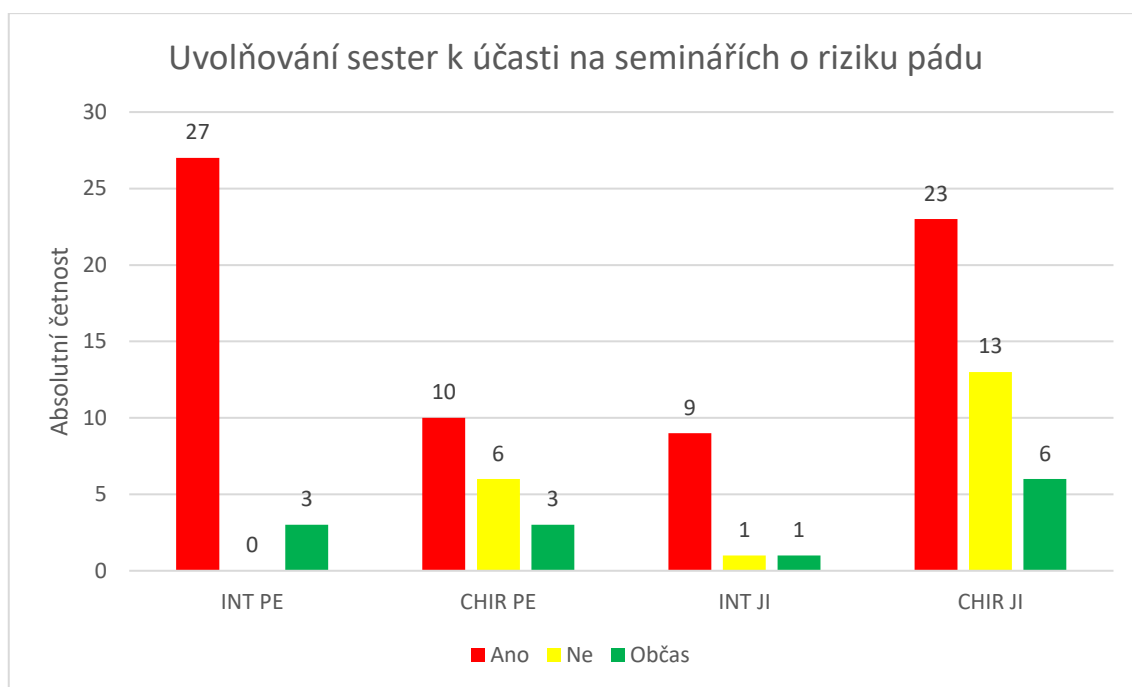
Z Nemocnice Jihlava 29 respondentů (86 %) sdělilo, že mají povinnost být na seminářích, dalších 5 respondentů (14 %) zodpovědělo na otázku, že ne.



Graf 25 Semináře pro osobní rozvoj sester

Graf 25 znázorňuje, zda respondenti vyhledávají semináře pro osobní rozvoj. Z pelhřimovské nemocnice 28 respondentů (58 %) odpovědělo ano, 5 respondentů (10 %) ne a 16 respondentů (32 %) uvedlo odpověď někdy.

V Nemocnici Jihlava 36 respondentů (69 %) odpovědělo na otázku ano, 8 respondentů (15 %) ne a 9 (16 %) respondentů sdělilo, že někdy vyhledávají semináře.



Graf 26 Uvolňování sester k účasti na seminářích o riziku pádu

Graf 26 seznamuje, zda jsou respondenti uvolnění nadřízeným ze služby na seminář. Z Nemocnice Pelhřimov 37 respondentů (74 %) sdělilo odpověď ano, 6 respondentů (13 %) odpovědělo ne a 6 (13 %) respondentů uvedlo, že jsou občas uvolnění ze služby.

Z jihlavské nemocnice 32 respondentů (61 %) odpovědělo ano, 14 respondentů (26 %) ne a 7 respondentů (13 %) zvolilo odpověď občas.

2.7 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit, zdali a jak všeobecné sestry edukují pacienta o riziku pádu. Druhým cílem této práce bylo zjistit, zdali používaná ošetrovatelská dokumentace je zaměřená na riziko a prevenci pádu. K prvnímu cíli se vztahují dvě výzkumné otázky, které zkoumají kdy všeobecná sestra edukuje pacienta o riziku pádu, a jakým způsobem všeobecná sestra edukuje pacienty a jaké pomůcky při tom používá. K druhému cíli se vztahují dvě výzkumné otázky, které ověřují, jakým způsobem všeobecná sestra používá ošetrovatelskou dokumentaci ke snížení rizika pádu hospitalizovaného pacienta, a jak je sestra edukována o riziku pádu a jeho prevenci. V následující části je vyhodnocení všech výzkumných otázek.

K vyhodnocení první výzkumné otázky, kdy sestra edukuje pacienta o riziku pádu, se vztahují otázky č. 9, 10, 15, 18, 19 a 21 z dotazníku.

Otázka č. 9 byla zaměřená na edukaci pacienta o riziku pádu. V této otázce byly osločovány všeobecné sestry, zda edukují pouze pacienta nebo i jeho rodinu, nebo vůbec needukují pacienta o riziku pádu. V dotazníkovém šetření jsou porovnávány Nemocnice Pelhřimov a Nemocnice Jihlava. Nejvíce respondentů z pelhřimovské nemocnice odpovědělo, že při přijetí edukují jen pacienta, a to v počtu 25 všeobecných sester (52 %). Poté 4 respondenti (8 %) uvedli, že neprovádí edukaci pacienta o riziku pádu. Stejně tomu je v jihlavské nemocnici, kde 29 všeobecných sester (54 %) uvedlo, že při přijetí edukují pouze pacienta. U této otázky z dotazníku žádný respondent z jihlavské nemocnice nezvolil odpověď ne. Podobného výsledku dosáhla ve své práci Šindelářová (2013) zabývající se problematikou pádu na lůžkovém oddělení. V práci se zabývala tím, zda nelékařský zdravotnický personál spolupracuje s rodinou při edukaci v prevenci pádu i s rodinou pacienta.

V otázce č. 10 se respondenti vyjádřili k tomu, kdy přehodnocují riziko pádu u pacienta. Zde mohli označit více možností. Pouze 48 respondentů (39 %) vybralo, že přehodnocují riziko pádu 1 týdně a jen 43 respondentů (35 %) zvolilo přehodnocování rizika pádu při přeložení pacienta z jiného oddělení, z toho 31 jedinců (25 %) vybralo odpověď jiné, a nakonec 1 respondent (1 %) vybral přehodnocování rizika pádu, které probíhá 1 měsíčně. Tato čísla dokazují, že přehodnocování rizika pádu v souvislosti se změnou pacientova stavu nebo s délkou hospitalizace se neděje systematicky. V této části výzkumného šetření se moje výsledky rozcházejí s autorkami Dostálovou a Nahodilovou

(2011), které ve své práci doporučují riziko pádu přehodnocovat 1× týdně, a vždy při změně stavu hospitalizovaného pacienta.

Otázka č. 15 nabídla dotazovaným možnost zhodnotit, jaké nejčastější příčiny pádů na oddělení vznikají. V této otázce mohli respondenti zvolit více možností. Mezi nejčastější byla 54 respondenty (51 %) vybrána možnost porucha rovnováhy nebo slabost, 26 respondentů (24 %) vybralo možnost základního onemocnění, 17 respondentů (16 %) zvolilo variantu zakopnutí nebo uklouznutí, nakonec byla zvolena 10 respondenty (9 %) odpověď jiné. K uvedenému tématu se vztahuje práce Ptáčkové (2016) zabývající se prevencí pádu v geriatrické ošetrovatelské péči. V práci zhodnotila nejčastější příčiny pádů na oddělení. Z jejího zjištění vyplývá, že nejčastější příčina pádu je porucha chůze, rovnováhy a slabost v nohou. Ale také například Svobodová (2013) ve své závěrečné zprávě uvedla, že mezi nejčastější příčiny pádů také patří zakopnutí, uklouznutí při chůzi. Lze proto vyjádřit, že výsledky prací jsou srovnatelné.

V otázce č. 18 se mohly všeobecné sestry vyjádřit k tomu, která farmaka prokazatelně zvyšují riziko pádu. U této otázky se mohlo zvolit více možností. Mezi nejčastější patří odpověď benzodiazepiny a diuretika, kterou zvolilo 57 respondentů (54 %), méně častá varianta byla antidepresiva a laxativa, kterou zvolilo 32 respondentů (31 %), a pouze 1 respondent (1 %) uvedl odpověď bronchodilatancia a antiarytmika, nakonec odpověď jiné uvedlo 15 respondentů (14 %). Tento téměř shodný výsledek mohu porovnat s Ptáčkovou (2016), která pojmenovala farmaka, která prokazatelně zvyšují riziko pádu. Z jejího výzkumu vyplynulo, že jsou to v první řadě benzodiazepiny a diuretika, následují antidepresiva a laxativa, nakonec bronchodilatancia a antiarytmika.

Otázka č. 19 byla zaměřená na umístování pacientů, kteří jsou v riziku pádu do pokojů, které jsou blíže dozoru sestry. Z pelhřimovské nemocnice 43 respondentů (87 %) sdělilo odpověď, že umísťují pacienta blíže dozoru sestry, ale 6 respondentů (13 %) odpovědělo opak. V Nemocnici Jihlava 48 respondentů (91 %) uvedlo, že dávají pacienty blíže dohledu sestry a 5 respondentů (9 %) odpovědělo, že nedávají pacienty blíže dohledu sestry. Ptáčková (2016) ve své bakalářské práci uvádí, že ze 70 respondentů (100 %) žádný respondent (0 %) neodpověděl na otázku ano, 55 jedinců (79 %) neumísťuje rizikového pacienta do pokojů blíže dozoru sestry. Tato různá čísla mohou být způsobena různým vzorkem respondentů a jinými zvyklostmi daného oddělení a odpovědi jsou

následkem i zřejmě neexistujícího metodického pokynu stanoveného managementem zdravotnické organizace.

Otázka č. 21 byla zaměřená na screening rizika pádu, a také jak často tento screening všeobecné sestry provádí. Na otázku mohli respondenti odpovědět více možností. Mezi nejčastějšími byla zvolena možnost při přijetí pacienta, kterou zvolilo 74 respondentů (47 %), 53 respondentů (33 %) vybrali variantu po změně stavu (např. po operaci) a 31 respondentů (20 %) zvolili variantu periodicky. K uvedenému tématu se vztahuje diplomová práce Pipkové (2009) zabývající se příčinou pádů pacientů ve FN Motol. Z její práce vyplývá, že z celkového počtu 589 jedinců (100 %) screening rizika pádu při přijetí pacienta provádí 493 respondentů (84 %).

První výzkumná otázka byla zodpovězena.

K vyhodnocení druhé výzkumné otázky, která zjišťuje, jakým způsobem sestra edukuje pacienty o riziku pádu a jaké názorné pomůcky používá, byly využity odpovědi k otázkám č. 11, 12, 13, 14, 16, 17 a 20 z dotazníku.

V otázce č. 11 se všeobecné sestry vyjadřovaly, jakým způsobem edukují pacienty o riziku pádu. V Nemocnici Jihlava více jak polovina respondentů uvedla, že edukují pacienta pouze ústně a téměř polovina respondentů napsala, že k ústní edukaci používají i edukační pomůcky. V pelhřimovské nemocnici většina respondentů uvedla, že edukují pacienta o riziku pádu ústně i s edukačními pomůckami.

Otázka č. 12 byla zaměřena na formy edukace pacienta. Z Nemocnice Pelhřimov naprostá většina respondentů sdělila, že pracují s hospitalizovanými pacienty formou individuální edukace. V Nemocnici Jihlava všichni respondenti odpověděli, že používají pouze individuální edukaci o riziku pádu. Z výzkumu lze poznat, že obě nemocnice mají na odděleních stejné zvyklosti a edukují pacienta individuálně. Minimum respondentů, co používá skupinovou edukaci, za ni může považovat to, že při příjmech pacienta edukuje všeobecná sestra na pokoji všechny pacienty zároveň, a proto takto odpověděli.

U otázky č. 13 se mohli dotazovaní vyjádřit, kde mají na oddělení umístěné edukační karty pro pacienty s rizikem pádu, u této otázky mohli respondenti vybrat více možností. U více jak poloviny respondentů byla zvolena varianta, že jsou umístěné na každém pokoji, dále byla vybrána sesterna, denní místnost a také odpověď jiné. Například

Šindelářová (2013) ve své bakalářské práci uvedla, že edukační karty pro pacienty s rizikem pádu k dispozici více jak polovina oddělení nemá.

V otázce č. 14 se mohli respondenti vyjádřit, zda používáním preventivních opatření lze snížit výskyt pádů na oddělení. Většina respondentů z pelhřimovské i jihlavské nemocnice si myslí, že lze použitím preventivních opatření snížit výskyt pádů. I Ptáčková (2016) ve své bakalářské práci zjistila, že polovina jejích respondentů si myslí, že používáním preventivních opatření lze snížit riziko pádu pacienta.

Otázka č. 16 se tázala, zda jsou k dispozici na oddělení pomůcky přispívající k prevenci pádu. V obou nemocnicích naprostá většina respondentů uvedla, že pomůcky na oddělení mají. Ve výzkumu Ptáčkové (2016) také všichni respondenti odpověděli kladně.

V otázce č. 17 se respondenti vyjadřovali, jaké nejčastější pomůcky používají ke snížení rizika pádu na oddělení. V této otázce mohli respondenti zvolit více možností. 61 respondentů (46 %) vybralo odpověď dostatečné osvětlení, 57 jedinců (42 %) vybralo lokomoční pomůcky a 16 respondentů (12 %) zvolilo variantu jiné. Téměř stejného výsledku dosáhla ve svém šetření již zmiňovaná Ptáčková (2016). V jejím dotazování 70 % respondentů odpovědělo, že nejčastější pomůcky ke snížení rizika pádu na oddělení jsou lokomoční pomůcky.

Otázka č. 20 byla zaměřena na přítomnost signalizačního zařízení na oddělení k přivolání personálu. Všichni respondenti z obou nemocnic odpověděli, že mají na oddělení signalizační zařízení. Stejného výsledku dosáhla ve svém šetření již výše zmiňovaná Ptáčková (2016), kde také všichni respondenti odpověděli, že mají na oddělení signalizační zařízení. Tento téměř shodný výsledek mohu porovnat s Royal College of Physicians (2016), kteří uvedli, že většina pacientů má na oddělení dosah na signalizační zařízení.

Druhá výzkumná otázka byla zodpovězena.

K vyhodnocení třetí výzkumné otázky, tj. jakým způsobem sestra používá ošetrovatelskou dokumentaci ke snížení rizika pádu hospitalizovaného pacienta, byly využity odpovědi k otázkám č. 4, 5, 6, 7 a 8 z dotazníku.

Otázka č. 4 nabídla dotazovaným možnost zhodnotit, jak často se setkávají s pádem pacienta na oddělení. Více jak polovina respondentů v pelhřimovské nemocnici uvedla, že se s pádem pacienta setkávají méně než jednou za měsíc. V porovnání s Nemocnicí

Jihlava naprostá většina respondentů odpověděla, že se s pádem pacienta na oddělení setkávají méně než jednou za měsíc. Rozdíly v počtu respondentů v obou zařízeních může záviset na aktuální skladbě pacientů na oddělení, protože podle výsledků z dotazníku obě nemocnice používají téměř shodná preventivní opatření. S výzkumem Ptáčkové (2016) se výsledky neshodují, protože u ní pouze třetina respondentů zvolila, že se s pádem pacienta setkávají méně než jednou za měsíc. Tento výsledek by mohl být způsoben tím, že se práce zabývá geriatrickým ošetřovatelstvím. V geriatrických zařízeních se vyskytují pády častěji podle výzkumu Ptáčkové (2016).

V otázce č. 5 se mohly všeobecné sestry vyjádřit, jak často vyhodnocují počet pádů na oddělení. V Nemocnici Pelhřimov většina respondentů vyhodnocuje riziko pádu na oddělení čtvrtletně, zatímco v Nemocnici Jihlava naprostá většina vyhodnocuje riziko pádu měsíčně.

Otázka č. 6 byla zaměřená na to, zda respondenti zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace při přijetí pacienta riziko vzniku pádu. Naprostá většina respondentů z obou nemocnic uvedla, že riziko pádu při přijetí pacienta zaznamenávají. Téměř stejné výsledky se uvádí v bakalářské práci Ptáčkové (2016), dle jejího výzkumu také většina respondentů zaznamenává do dokumentace riziko pádu pacienta při přijetí.

V otázce č. 7 se mohli respondenti vyjádřit, zda vyhodnocují v případě pádu to, jak k dané události došlo. Z pelhřimovské nemocnice 99 % respondentů a všichni respondenti z jihlavské nemocnice uvedli, že v případě vzniku pádu vyhodnocují, jak k dané události došlo. I Jurásková (2006), která se ve své práci zabývala ekonomickými dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR, došla k závěru, že respondenti vyhodnocují, jak k dané události došlo. Výzkumu na toto téma se také zúčastnila Nemocnice Pelhřimov. Z celkového počtu 3913 respondentů jich 27 % uvedlo, že k pádu nejčastěji došlo při vstávání z lůžka. Další porovnání může být s bakalářskou prací Ptáčkové (2016), kde většina respondentů vyhodnocuje, jak k pádu došlo.

Otázka č. 8 byla věnována problematice hlášení pádu jako mimořádnou událostí. U obou zařízení, kde probíhal výzkum, dopadlo toto šetření stejně. V Nemocnici Jihlava i v pelhřimovské nemocnici hlásí pád jako mimořádnou událost. Janíčková (2013) ve své bakalářské práci vyhodnocuje pád jako nežádoucí událost, která musí být zdokumentována a prošetřena. Pátková (2006) ve své práci zveřejnila, že necelá polovina respondentů hlásí událost jako mimořádnou. Důvodem by mohl být, že výzkum této

bakalářské práce je z roku 2006, a hodnocení mimořádných událostí v té době mohlo být odlišné.

Třetí výzkumná otázka byla zodpovězena.

K vyhodnocení čtvrté výzkumné otázky, jak je sestra edukována o riziku pádu a jeho prevenci, se vztahují otázky č. 22, 23, 24, 25 a 26 z dotazníku.

V otázce č. 22 se respondenti vyjadřovali k tomu, zda vedení nemocnice provádí semináře o prevenci a riziku pádu. V Nemocnici Pelhřimov většina respondentů a v jihlavské nemocnici více než polovina respondentů odpověděla, že management nemocnic organizuje semináře, které se problematikou pádu pacienta zabývají. V bakalářské práci Hynkové (2013), která pro výzkum použila kvalitativní šetření, všechny sestry odpověděly, že několikrát do roka jsou pořádány semináře a téma seminářů si vybírají samy.

Otázka č. 23 nabídla dotazovaným možnost zhodnotit, jak často se provádí semináře o riziku pádu. Nejčastější odpovědí z Nemocnice Pelhřimov byla sdělena odpověď 1 za půl roku, a tu uvedla polovina respondentů. V jihlavské nemocnici respondenti naopak odpověděli nejvíce, že se seminář provádí 1 ročně. Tyto výsledky mohou být výsledkem rozdílného přístupu vedení nemocnic k seminářům na toto téma.

V otázce č. 24 se respondenti vyjadřovali, k tomu zda mají povinnou účast na seminářích. V Pelhřimovské nemocnici více jak polovina respondentů odpověděla, že nemají povinnost být na seminářích. Většina respondentů z jihlavské nemocnice prohlašuje, že mají povinnost účastnit se seminářů. Důvodem může být to, že vedení každé nemocnice přistupuje k seminářům na toto téma jinak. Jak bylo již výše zmíněno, tak vedení pelhřimovské nemocnice pořádá semináře s dobrovolnou účastí 2 ročně, zatímco jihlavská nemocnice vyžaduje povinnou účast 1 ročně. Mohu se domnívat, že sestry využijí raději dobrovolné účasti, pokud si mohou vybrat termín, který jim více vyhovuje, což umožňuje Nemocnice Pelhřimov. Nevíme ale, zdali se respondentky nemocnice Pelhřimov nabídky dobrovolných seminářů účastní. Zdali minimálně jednou ročně jako v jihlavské nemocnici nebo vůbec ne.

Otázka č. 25 byla zaměřená na to, zda respondenti vyhledávají vzdělávací semináře pro osobní rozvoj. Více jak polovina respondentů z pelhřimovské nemocnice a většina jedinců z jihlavské nemocnice odpověděla, že semináře vyhledávají. Hynková (2013)

ve své práci uvedla, že naprostá většina všeobecných sester také vyhledává semináře pro osobní rozvoj.

V otázce č. 26 se mohly všeobecné sestry vyjádřit, zda je jejich nadřízený uvolní ze služby z důvodu účasti na odborných seminářích na téma pád pacienta, které se konají mimo nemocnici. Většina respondentů z Nemocnice Pelhřimov uvedla, že je nadřízený uvolní ze služby. Téměř shodný výsledek byl v Nemocnici Jihlava, kde respondenty také uvolní ze služby.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zodpovězena.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Pád je nejčastější nežádoucí událostí při hospitalizaci pacienta, proto je důležitá prevence pádu a včasná edukace pacienta o riziku pádu.

Doporučila bych, aby si všeobecná sestra udělala čas na přijatého pacienta. Aby hned při přijetí pacienta provedla screeningové vyšetření, zda pacient přijímaný k hospitalizaci není v riziku pádu a v případě, že se pacient nachází v riziku pádu, tak provést preventivní opatření. Za preventivní opatření se dá považovat označení lůžka pacienta nebo zápěstí pacienta červeným identifikačním náramkem, který upozorňuje na riziko pádu, umístění pacienta do blízkosti sesterny na oddělení, oznámit riziko pádu hospitalizovaného pacienta všem svým spolupracovníkům a zapsat do dokumentace, edukovat pacienta o signalizačním zařízení, a pokud má pacient lokomoční pomůcky, tak aby je efektivně využíval. Vysvětlit hospitalizovanému pacientovi, že lokomoční pomůcky jsou oporou, a bez nich by mohl snadno upadnout. A následně pacientovi sdělit, že při vstávání z lůžka má být opatrný a chvíli zůstat sedět na lůžku, aby nedošlo k instabilitě, která může vést k pádu.

Dále bych považovala za důležité, aby nemocnice pořádaly více seminářů o riziku pádu. Je zapotřebí, aby se neustále všeobecné sestry vzdělávaly ve všech ohledech. Riziko a prevence pádu je aktuální téma a bylo by vhodné edukovat jak zdravotní pracovníky, tak i rodinné příslušníky, a více uvést toto téma do laické většinové společnosti. Edukace týkající se prevence a zranění způsobených pády by měla být součástí vzdělávacích programů ošetrovatelství i v kontinuálním vzdělávání nelékařských zdravotnických

pracovníků. Zvláště by se mělo zaměřovat na časté návštěvy všeobecných sester u lůžka, posouzení rizik pádu, a také například udržovat pacienta v mobilitě.

Při edukaci bych doporučila spolupracovat s rodinou hospitalizovaného pacienta. Aby rodina hospitalizovaného pacienta zařídila po propuštění preventivní opatření v domácím prostředí. Jako například zajistit vhodnou obuv, vhodné osvětlení, používání kompenzačních pomůcek, popřípadě nainstalovat v koupelně madla, kde by se mohl pacient přidržet. A tím zabránila riziku pádu.

Dále co se týká edukace, tak by bylo vhodné zjednodušit pro pacienty edukaci a jedincům s horším chápáním edukaci opakovat, pokud je to nutné. Zároveň je nutné po edukaci získat od pacienta zpětnou vazbu, zda všechno správně pochopil. Následně informovat pacienta, kde mají umístěné edukační karty, aby k nim měl pacient přístup a mohl se dále informovat o riziku pádu sám.

Edukace všeobecných sester podle výzkumu je dostatečná. Jednotlivé nemocnice poskytují všeobecným sestrám semináře o prevenci a riziku pádu. Kontaktní osoba z každého oddělení absolvuje seminář o prevenci a riziku pádu, a dále předává informace ostatním všeobecným sestrám na oddělení.

Tento výzkum by mohl být předán vedení nemocnice. Dále se soustředit více na prevenci pádu a všeobecný přehled o pomůckách přispívající k prevenci pádu. Výsledek výzkumu nabídnu k publikaci formou článku v časopise Florence.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem edukace všeobecných sester o riziku pádu hospitalizovaného pacienta. Současný stav problematiky popisuje definici pádu a klasifikaci pádu, dále rozdělení pádů podle fenomenologického obrazu, příčiny pádu, rizikové faktory pádu, důsledky pádu, a nakonec prevenci pádu. Dalšími částmi bakalářské práce jsou edukace pacienta, screeningové metody a kvalita života pacienta.

Výzkumná část zpracovává výsledky kvantitativní výzkumné metody z dotazníku vlastní konstrukce. Práce porovnává výsledky dotazníkového šetření z Nemocnice Pelhřimov a Nemocnice Jihlava. Dotazníkového šetření se zúčastnilo z pelhřimovské nemocnice 49 všeobecných sester (100 %) a z jihlavské nemocnice se účastnilo výzkumu 53 všeobecných sester (100 %). Všechny údaje jsou zpracovány a vyhodnoceny pro každou nemocnici zvlášť.

Hlavním cílem bakalářská práce je zhodnotit, jaké jsou rozdíly v pádech u pacientů mezi nemocnicemi v Pelhřimově a v Jihlavě. Tato práce obsahuje 2 cíle. První cíl je, zdali a jak všeobecné sestry edukují pacienta o riziku pádu. Druhý cíl je zaměřený na používání ošetrovatelské dokumentace, která je zaměřená na riziko a prevenci pádu. Na každý cíl navazují 2 výzkumné otázky. První dvě výzkumné otázky se tázaly, kdy sestra edukuje pacienta o riziko pádu, a jakým způsobem sestra edukuje pacienty o riziku pádu a jaké názorné pomůcky používá. Další dvě výzkumné otázky měly zjišťovat, jakým způsobem sestra používá ošetrovatelskou dokumentaci ke snížení rizika pádů hospitalizovaného pacienta, a dále jak je sestra edukována o riziku pádu a jeho prevenci.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že edukace probíhá v obou zařízeních, preferuje se edukace pouze pacienta, proto doporučuji spolupracovat i s rodinou pacienta. Sestra nejčastěji edukuje pacienta při přijetí a po změně jeho zdravotního stavu, edukuje individuálně a nejčastěji používá edukační karty. V obou zařízeních je stejný výsledek, z výzkumu vyplývá, že nejčastěji sestra edukuje pacienta o riziku pádu při přijetí a používá běžně ústní edukaci i s edukačními pomůckami. Dále sestra používá ošetrovatelskou dokumentaci k zapisování rizika pádu, a také je nutná spolupráce se svými kolegy. Spolupráce celého kolektivu, včasné používání preventivních opatření, jako jsou například označení pacienta, který je v riziku pádu (červený identifikační náramek), dále používání lokomočních pomůcek. Záznam do dokumentace a využívání preventivních opatření probíhá v obou nemocnicích. Následně je nutná dostatečná orientace sester

v medikaci, která přispívá ke vzniku pádu pacienta. Sestru o riziku a prevenci pádu edukuje kontaktní osoba, pro kterou je seminář o prevenci a riziku pádu povinný, zatímco účast všeobecné sestry je na semináři dobrovolná. V Nemocnici Pelhřimov probíhají semináře o riziku a prevenci pádu 1 za půl roku a účast na těchto seminářích je však dobrovolná. Opakem je výsledek v Nemocnici Jihlava, kde semináře jsou 1 ročně, a účast je povinná.

Pády u hospitalizovaných pacientů patří bezpochyby k nejčastějším mimořádným událostem. Je povinností všech zdravotnických pracovníků předcházet rizikům a situacím, které by mohly u pacienta vést k pádu. Díky této práci jsem si uvědomila, jak důležité je pro pacienty vytvářet bezpečné prostředí, které na rozdíl od věku pacienta, soběstačnosti a aktuálně probíhajícím nemocem, můžeme ovlivnit. Jak potřebný je pro ošetrovatelský personál sběr informací o pacientovi a následně vhodně naplánovaná ošetrovatelská péče o pacienta.

Seznam použité literatury

1. BIZOVSKÁ, Lucia a kol., 2017. *Rovnováha a možnosti jejího hodnocení*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 125 stran. ISBN 978-80-244-5259-3.
2. BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 168 stran. ISBN 978-80-247-5402-4.
3. ČEVELA, Rostislav a kol., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 240 stran. ISBN 978-80-247-4544-2.
4. DAROWSKI, Adam, 2008. *Falls: the facts*. 1. vydání. New York: Oxford University Press, 212 stran. ISBN 978-0-199-54128-7.
5. DOSTÁLOVÁ, Barbora a Helena NAHODILOVÁ, 2011. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení*. [online]. [cit. 15.4.2018]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>
6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 112 stran. ISBN 978-80-247-4138-3.
7. GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 224 stran. ISBN 978-80-247-3625-9.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří: nauka o umírání a smrti*. 2. podstatně přeprac. a dopl. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 365 stran. ISBN 978-80-87109-13-9.
9. HEGYI, Ladislav a Štefan KRAJČÍK, 2010. *Geriatría*. 1. vydání. Bratislava: Kasiko a.s., 608 stran. ISBN 978-80-89171-73-6.
10. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 128 stran. ISBN 978-80-247-4772-9.
11. HYNKOVÁ, Miroslava, 2013. *Postavení a funkce všeobecných sester v domovech pro seniory*. [online]. [cit. 12.4.2018]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9iuspb/BP-Hynkov.pdf>

12. JANÍČKOVÁ, Karolína, 2013. *Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních*. [online]. [cit. 9.4.2018]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <https://theses.cz/id/59eoon/00182072-518853184.pdf>
13. JAROŠOVÁ, Darja a kol., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 144 stran. ISBN 978-80-247-5426-0.
14. JOIN COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 309 stran. ISBN 80-247-2436-7.
15. JURÁSKOVÁ, Dana, 2006. *Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR*. [online]. [cit. 9.4.2018]. Praha. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_07_01_07.pdf
16. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 80 stran. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. KALVACH, Zdeněk a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 336 stran. ISBN 978-80-247-2490-4.
18. KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 400 stran. ISBN 978-80-247-4026-3.
19. KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 224 stran. ISBN 978-80-271-0102-3.
20. KOPÁČÍKOVÁ, Mária a kol., 2015. *Posudzovanie symptómov a spirituálnych potrieb pacientov v paliatívnej starostlivosti*. 1. vydání. Bratislava: Slovak Academic Press, 116 stran. ISBN 978-80-89607-40-2.
21. KOZÁKOVÁ, Radka, 2016. *Hodnocení rizika pádů u seniorů*. [online]. [cit. 14.3.2018]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Emfz3dzEfB-W5n1jOGfwopQ/>
22. KUCKIR, Martina a kol., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 96 stran. ISBN 978-80-271-0054-5.
23. LORD, Stephen R. a kol., 2007. *Falls in older people: risk factors and strategies for prevention*. 2. vydání. New York: Cambridge University Press, 408 stran. ISBN 978-0-521-69099-8.

24. MARTÍNKOVÁ, Jiřina a kol., 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 380 stran. ISBN 978-80-247-1356-4.
25. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 192 stran. ISBN 978-80-247-3872-7.
26. NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory 2*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 560 stran. ISBN 978-80-271-0210-5.
27. PÁTKOVÁ, Dita, 2006. *Pády pacientů z pohledu sestry*. [online]. [cit. 9.4.2018]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/36013/?lang=en>
28. PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 184 stran. ISBN 978-80-247-1490-5.
29. PIPKOVÁ, Petra, 2009. *Příčiny pádů pacientů ve FN Motol*. [online]. [cit. 9.4.2018]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/onggl/PRICINY_PADU_PACIENTU_ve_FN_Motol.pdf
30. PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 304 stran. ISBN 978-80-247-3871-0.
31. POKORNÁ, Andrea a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 202 stran. ISBN 978-80-247-4316-5.
32. PTÁČKOVÁ, Iveta, 2016. *Prevence pádů v geriatrické ošetrovatelské péči*. [online]. [cit. 9.4.2018]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/25045/1/Prevence%20padu%20v%20geriatricke%20osetrovatelske%20peci%20-%20Iveta%20Ptackova.pdf>
33. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2016. *Falls prevention in hospital: a guide for patients, their families and carers*. [online]. [cit. 9.4.2018]. London. Dostupné z: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/falls-prevention-hospital-guide-patients-their-families-and-carers>
34. SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 336 stran. ISBN 978-80-247-3013-4.

35. SVOBODOVÁ, Dita, 2013. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012*. [online]. [cit. 9.4.2018]. Závěrečná práce. Praha. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf
36. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 212 stran. ISBN 80-247-1777-8.
37. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví i nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 136 stran. ISBN 978-80-247-3223-7.
38. ŠENKÁROVÁ, Zuzana, 2012. *Management pádů v ošetřovatelství*. [online]. [cit. 14.3.2018]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/management-padu-v-oseetrovatelstvi-466839>
39. ŠINDELÁŘOVÁ, Eva, 2013. *Problematika pádů na lůžkovém oddělení z pohledu všeobecné sestry*. [online]. [cit. 9.4.2018]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/9977/1/Sindelarova%20BP.pdf>
40. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1 vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 200 stran. ISBN 978-80-247-2616-8.
41. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 232 stran. ISBN 978-80-247-5446-8.
42. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol., 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 248 stran. ISBN 80-247-1213-X.
43. ŠVESTKOVÁ, Olga a kol., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 320 stran. ISBN 978-80-271-0084-2.
44. VÖRÖSOVÁ, Gabriela a kol., 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sester*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 208 stran. ISBN 978-80-247-5538-0.
45. VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2011. *Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ*. [online]. [cit. 4.4.2018]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/problematika-padu-u-geriatrickych-pacientu-v-zz-459331>
46. VYHNÁNEK, Radim, 2007. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 172 stran. ISBN 978-80-247-1715-9.

47. ZRUBÁKOVÁ, Katarína, KRAJČÍK, Štefan a kol., 2016. *Farmakoterapie v geriatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 224 stran. ISBN 978-80-247-5229-7.

Seznam grafů a tabulek

Graf 1 Pohlaví respondentů	27
Graf 2 Věk respondentů	28
Graf 3 Vzdělání respondentů	29
Graf 4 Frekvence pádu pacienta v praxi	30
Graf 5 Frekvence pádu pacienta na jednotlivých odděleních	31
Graf 6 Záznam do dokumentace	32
Graf 7 Vyhodnocení příčiny pádu	33
Graf 8 Pády jako mimořádná událost	34
Graf 9 Edukace pacienta sestrou.....	35
Graf 10 Přehodnocování rizika pádu	36
Graf 11 Způsob edukace	37
Graf 12 Formy edukace	38
Graf 13 Edukační pomůcky	39
Graf 14 Účinnost preventivních opatření.....	40
Graf 15 Příčiny pádu.....	41
Graf 16 Přítomnost pomůcek snižujících riziko pádu na oddělení	42
Graf 17 Nejčastější pomůcky ke snížení rizika pádu.....	43
Graf 18 Farmaka, která zvyšují riziko pádu	44
Graf 19 Umístění pacienta v riziku pádu v blízkosti sesterny	45
Graf 20 Signalizační zařízení.....	46
Graf 21 Frekvence screeningu rizika pádu	47
Graf 22 Edukace sester o riziku pádu	48
Graf 23 Frekvence seminářů o riziku pádu.....	49
Graf 24 Povinnost účasti sester na seminářích o riziku pádu	50
Graf 25 Semináře pro osobní rozvoj sester.....	51
Graf 26 Uvolňování sester k účasti na seminářích o riziku pádu	52
Tabulka 1 Počet vrácených dotazníků.....	26

Seznam zkratek

DDD – dezorientace, deprese a demence

CHIR JI – chirurgické oddělení Nemocnice Jihlava

CHIR PE – chirurgické oddělení Nemocnice Pelhřimov

INT JI – interní oddělení Nemocnice Jihlava

INT PE – interní oddělení Nemocnice Pelhřimov

Seznam příloh

Příloha 1 – Žádost o povolení dotazníkového šetření v Nemocnici Jihlava

Příloha 2 – Žádost o povolení dotazníkového šetření v Nemocnici Pelhřimov

Příloha 3 – Dotazník

Lucie Říhová
Sídliště Míru 798
395 01 Pacov

Mgr. Jarmila Cmuntová
Náměstkyně ošetrovatelské péče
Nemocnice Jihlava
Vrchlického 59
586 33 Jihlava

Věc: Žádost o povolení výzkumu

Vážená paní magistro,

jmenuji se Lucie Říhová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Pro svoji bakalářskou práci na téma „Edukace všeobecných sester o riziku pádu hospitalizovaného pacienta“ Vás tímto žádám o povolení dotazníkového šetření u všeobecných sester pracujících v Nemocnici Jihlava p.o. Šetření bude zcela anonymní a výsledky budou použity výhradně pro potřeby BP.

Děkuji

V Jihlavě 21. listopadu 2017

Lucie Říhová

.....
Říhová

Souhlasím – nesouhlasím

Datum... 24. 11. 2017

Podpis.....
Mgr. Jarmila Cmuntová
Náměstkyně ošetrovatelské péče
Nemocnice Jihlava p.o.

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov

Lucie Říhová

V Pelhřimově dne 27. 11. 2017

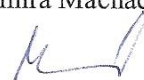
Věc: Odpověď na „Žádost o provedení výzkumného šetření“ ze dne 22. 11. 2017

Vážená kolegyně.

Souhlasím s provedením výzkumného šetření k bakalářské práci na téma „Edukace všeobecných sester o riziku pádu hospitalizovaného pacienta“.

Přeji úspěšné ukončení studia.

Mgr. Vladimíra Macháčková



Dobrý den,

jmenuji se Lucie Říhová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Tématem méjí bakalářské práce je „Edukace všeobecných sester o riziku pádu hospitalizovaného pacienta“. Tímto bych Vás chtěla poprosit o anonymní vyplnění dotazníku. Data z tohoto průzkumu budou použita jen pro účely méjí bakalářské práce. Děkuji za Vaši ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

1. Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 – 50 let
- d) 51 let a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

- a) Vysokoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Středoškolské
- d) Jiné (doplňte).....

4. Jak často se setkáváte na Vašem oddělení s pádem pacienta?

- a) Méně než jednou za měsíc
- b) 1 – 4x za měsíc
- c) 5 – 10x za měsíc

5. Jak často vyhodnocujete riziko pádu na oddělení?
- a) Měsíčně
 - b) Čtvrtletně
 - c) Ročně
6. Zaznamenáváte do ošetrovatelské dokumentace při přijetí pacienta „Riziko vzniku pádů“?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
7. Vyhodnocujete v případě vzniku pádu to, jak k dané události došlo?
- a) Ano
 - b) Ne
8. Hlásíte pády jako mimořádnou událost?
- a) Ano
 - b) Ne
9. Edukujete pacienta o riziku pádu (případně rodinu) při přijetí?
- a) Ano pacienta i rodinu
 - b) Ano, jen pacienta
 - c) Ne
10. Kdy přehodnocujete riziko pádu u pacienta při nezměněném stavu? (Můžete zvolit více možností)
- a) 1x měsíčně
 - b) 1x týdně
 - c) Při přeložení pacienta z jiného oddělení

d) Jiné (doplňte).....

11. Jakým způsobem edukujete pacienta o riziku a prevenci pádů?

d) Edukační karty, pomůcky

e) Pouze ústně

f) Ústně i s edukačními pomůckami

g) Jiné (doplňte).....

12. Jaké formy edukace pacienta používáte?

a) Skupinová

b) Individuální

c) Jiné (doplňte).....

13. Kde máte umístěné edukační karty pro pacienty s rizikem pádu na oddělení?

(Můžete zvolit více možností)

a) Denní místnost

b) Sesterna

c) Na každém pokoji

d) Jiné (doplňte).....

14. Myslíte si, že používáním preventivních opatření lze snížit výskyt pádů na Vašem oddělení?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

e) Nevím

15. Jaké si myslíte, že jsou nejčastější příčiny pádu na Vašem oddělení? (Můžete zvolit více možností)

- a) Základní onemocnění
- b) Zakopnutí, uklouznutí
- c) Porucha rovnováhy, slabost
- d) Jiné (doplňte).....

16. Jsou na Vašem oddělení pomůcky přispívající k prevenci pádu?

- a) Ano
- b) Ne

17. Jaké používáte nejčastěji pomůcky ke snížení rizika pádu na Vašem oddělení? (Můžete zvolit více možností)

- a) Dostatečné osvětlení
- b) Lokomoční pomůcky
- c) Jiné (doplňte).....

18. Která farmaka podle Vás prokazatelně zvyšují riziko pádů? (Můžete zvolit více možností)

- a) Antidepresiva a laxativa
- b) Benzodiazepiny a diuretika
- c) Bronchodilatancia a antiarytmika
- d) Jiné (doplňte).....

19. Umistujete pacienty, kteří jsou v riziku pádu do pokojů, které jsou blíže doзору sestry?

- a) Ano
- b) Ne

20. Máte na Vašem pracovišti signalizační zařízení k přivolání personálu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21. Jak často provádíte screening rizika pádů? (Můžete zvolit více možností)

- a) Při přijetí pacienta
- b) Po změně stavu (např. po operaci)
- c) Periodicky
- d) Jiné (doplňte).....

22. Provádí vedení nemocnice semináře o prevenci a riziku pádu?

- a) Ano
- b) Ne

Pozn.: Pokud odpovíte „Ne“ pokračujte až na 25. otázce

23. Jak často provádí tyto semináře?

- a) 1x za měsíc
- b) 1x za půl roku
- c) 1x ročně

24. Máte povinnost účastnit se na seminářích?

- a) Ano
- b) Ne

25. Vyhledáváte vzdělávací semináře pro osobní rozvoj?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

26. Uvolní Vás nadřízený ze služby na semináře, které se konají mimo nemocnici?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas