

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Prevence pádu na gerontopsychiatrickém
oddělení z pohledu sestry**

bakalářská práce

Autor práce: Markéta Gajová

Vedoucí práce: PhDr. Iva Dubnová

Jihlava 2019



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Markéta Gajová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Prevence pádu na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry
Cíl práce:	Zmapovat prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení.

PhDr. Iva Dubnová
vedoucí bakalářské práce

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

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou pádů geriatrických pacientů ve zdravotnickém zařízení a preventivními opatřeními, které vedou k předcházení pádů a současně ke snížení rizik souvisejících s pády osob vyššího věku. Objektem výzkumu bakalářské práce byla aktuální situace výskytu pádů na gerontopsychiatrickém oddělení a využívání preventivních opatření vedoucích k jejich eliminaci z pohledu sester. Obsahová náplň práce zahrnuje charakteristiku a definici pádu, analýzu nejčastějších příčin, rizikových faktorů, komplikací a negativních důsledků pádů s orientací na pacienta a rovněž na ošetrovatelský personál. Výzkum byl zaměřen na získání a zpracování informací formou dotazníkového šetření. Ověřili jsme znalosti sester v oblasti dodržování preventivních opatření vedoucích k předcházení pádů pacientů.

Klíčová slova

pády; pacient; gerontopsychiatrie; senior; stáří; prevence

Abstract

The bachelor thesis deals with the problematic of falls of geriatric patients in health care facilities and preventive measures leading to the prevention of falls and simultaneously to decreasing the risks associated with falls of the elderly. The thesis's research subject was the current occurrence of falls in the gerontopsychiatric departments and the utilization of preventive measures leading to the elimination of falls from the nurse's perspective. The content of thesis includes the characteristics and definition of a fall, analysis of the most frequent causes, risk factors, complications and negative consequences of a fall for the patient as well as the nursing staff. The research was focused on obtaining and processing of information by the means of a questionnaire survey. We have verified the nurses' knowledge of compliance to the preventive measures leading to the avoidance of the patient.

Key words

falls; geriatric patients; gerontopsychiatric; preventive; senior

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 mé 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 13. dubna 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní PhDr. Ivě Dubnové za podnětné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	11
Motivace	12
Cíl práce	13
1 Současný stav problematiky	14
1.1 Pády geriatrických pacientů	14
1.2 Definice a klasifikace pádů	14
1.3 Etiologie pádů u seniorů.....	15
1.3.1 Fenomologie pádů.....	16
1.4 Rizikové faktory pádu	17
1.5 Důsledky pádů.....	19
1.5.1 Důsledky pádů ve vztahu k pacientovi	19
1.5.2 Důsledky pádů ve vztahu k ošetrovatelskému personálu	20
1.6 Statistika pádů hospitalizovaných pacientů v ČR	20
1.7 Současný stav problematiky pádů ve světě	23
2 Pády na gerontopsychiatrii.....	24
2.1 Gerontopsychiatrie jako obor	24
2.2 Specifika seniorů v psychické oblasti	25
3 Prevence pádů	27
3.1 Preventivní opatření eliminace rizik pádů.....	27
3.1.1 Screeningové metody k posouzení rizika pádu.....	28
3.1.2 Standardy ošetrovatelské péče o pacienta s rizikem pádu	30
4 Výzkumná část.....	32
4.1 Cíl průzkumu.....	32
4.2 Metodika průzkumu	32
4.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	33
4.4 Průběh průzkumu	34
4.5 Zpracování získaných dat.....	34
4.6 Výsledky průzkumu	34
5 Diskuze	57
6 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	63
Závěr	65
Seznam použité literatury	66
Seznam příloh	71

Seznam grafů

Graf 1 Zařazení respondentů podle pracoviště	35
Graf 2 Věk respondentů	36
Graf 3 Vzdělání respondentů	37
Graf 4 Délka praxe respondentů v letech.....	38
Graf 5 Frekvence výskytu pádů pacientů	39
Graf 6 Výskyt pádů v souvislosti s věkem pacienta	40
Graf 7 Výskyt pádů vzhledem k pohlaví pacienta	41
Graf 8 Největší výskyt pádů v závislosti na časovém úseku dne	42
Graf 9 Identifikace místa, kde k pádu dochází nejčastěji	43
Graf 10 Pád v osobní anamnéze pacienta	44
Graf 11 Mentální stav pacienta	45
Graf 12 Přítomnost smyslových poruch	46
Graf 13 Používání kompenzačních pomůcek pacientem	47
Graf 14 Počet užívaných léků pacientem – trvalá medikace	48
Graf 15 Nejčastější příčiny pádů z pohledu sestry	49
Graf 16 Situace, ve kterých dochází k pádům nejčastěji	50
Graf 17 Zranění při pádu	51
Graf 18 Identifikace pacienta se zvýšeným rizikem pádu	52
Graf 19 Sesterské intervence směřující ke snížení rizika pádu	53
Graf 20 Přehodnocování rizika pádu u pacienta	54
Graf 21 Hlášení všech pádů jako mimořádná událost	55
Graf 22 Pravidelné vzdělávání ošetrovatelského personálu v prevenci pádu	56

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pády hospitalizovaných pacientů v letech 2011–2012	22
--	----

Seznam použitých zkratek

LDN léčebna dlouhodobě nemocných

a.j a jiné

Úvod

Současná populace je charakteristická zvyšujícím se počtem seniorů, související s poklesem natality a mortality. V rámci demografického stárnutí pozorujeme výrazný nárůst počtu geriatrických pacientů. Pro geriatrický věk jsou typické geriatrické syndromy, mezi které řadíme také pády a úrazy. Vyšší riziko pádu a zvyšující se počet pádů a úrazů při pobytu v nemocnici je zjevné především u pacientů geriatrických, a to v souvislosti s přibývajícím věkem.

Bakalářská práce je zaměřena na analýzu problematiky pádů geriatrických pacientů a využívání preventivních opatření, pomocí kterých jsme schopni pádům předcházet a rovněž rizika pádů snížit. Zcela specificky se orientujeme zejména na problematiku pádů pacientů hospitalizovaných na oddělení gerontopsychiatrie.

Práce je rozvržena do jednotlivých kapitol. První kapitola je zaměřena na charakteristiku a definici pádu s orientací na příčiny, rizikové faktory, důsledky a komplikace pádů. Je zde nastíněn současný stav dané problematiky s uvedením současných poznatků, které se vztahují k problematice pádů u hospitalizovaných pacientů vyššího věku v České republice a ve světě, s uvedením statistických dat pádů hospitalizovaných pacientů v České republice.

V druhé kapitole jsou rozpracována opatření vedoucí k prevenci a eliminaci rizik pádů na gerontopsychiatrickém oddělení a odděleních s vyšším počtem seniorů, vztahujících se k bezpečnosti hospitalizovaných geriatrických pacientů. Zmíněny jsou záměrné postupy vztahující se k prevenci a odstranění primárních příčin pádů. Důraz je kladen na nevyhnutelné dodržování obecných opatření u geriatrických pacientů s hrozícím rizikem pádu.

Empirická část práce se vztahuje na zmapování dodržování preventivních opatření ze strany sester, vedoucích k redukci pádů pacientů hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém oddělení a na odděleních fakultní nemocnice. Otázky jsme pokládali sestřím z fakultní nemocnice a psychiatrické nemocnice tak, abychom mohli následně provést komparaci.

Práce je určena všem zdravotníkům a rovněž široké veřejnosti s cílem upozornit na závažnost problematiky popsané v naší práci.

Motivace

Skutečnost vyššího rizika a zvyšujícího se počtu pádů a úrazů při pobytu v nemocnici je zjevné především u pacientů geriatrických. Na začátku své praxe jsem pracovala jako sestra na LDN, kde jsem vykonávala ošetrovatelskou péči o pacienty. Především se jednalo o pacienty vyššího věku. Často jsem byla přímým svědkem pádů geriatrických pacientů. V náplni mé práce bylo zajištění bezpečí pacienta, identifikace rizikových pacientů a dodržování preventivních opatření k eliminaci jejich pádů.

Právě tato skutečnost, moje praxe na LDN a hospitalizace mých prarodičů na gerontopsychiatrickém oddělení v nemocnici, kde několikrát došlo k jejich pádu, byla hlavním důvodem a motivací ke zvolení tématu pádů geriatrických pacientů pro mou bakalářskou práci.

Naším výzkumným šetřením jsem chtěla zjistit informovanost sester na odděleních a jaká používají preventivní opatření. V případě neuspokojivého výsledku pak upozornit na možné nedostatky v rámci prevence pádů a navrhnout jistá řešení, která by vedla k jejich eliminaci pádů a jejich negativních dopadů pro pacienta a rovněž zdravotnického personálu.

Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat prevenci pádů na gerontopsychiatrickém oddělení. Cíl byl zaměřen na zodpovězení otázek kladených sestram, tvořících dotazníkovou skupinu, zaměřených na četnost výskytu pádů geriatrických pacientů, s kterými se sestra setká během pracovní směny, zjistit a procentuálně vyhodnotit jaká opatření používají sestry v rámci prevence pádů pacientů a znalosti sester týkajících se rizikových faktorů, které přispívají k pádům geriatrických pacientů.

Výzkumné otázky:

VO 1 Jak často se respondenti během pracovní směny setkávají s pády pacientů?

VO 2 Jaké rizikové faktory přispívají k pádům pacientů?

VO 3 Jaká opatření používají sestry v prevenci pádů pacientů?

1 Současný stav problematiky

Pády jsou jednou z frekventovaných, zdraví či život ohrožujících událostí, jimž je nutné ze strany ošetřujícího nemocničního personálu předcházet. Mezi kompetence sestry patří dodržování preventivních opatření, které vedou k předcházení situací, kdy může dojít k pádu hospitalizovaného pacienta. S rizikem pádu musíme u geriatrických pacientů počítat.

1.1 Pády geriatrických pacientů

Geriatrický pacient může být hospitalizován za účelem odstranění příčin vzniku pádů, ale zároveň hospitalizace pacienta vyššího věku může být naopak příčinou jejich vzniku. Gerontologického pacienta lze s ohledem na terminologii vývojové psychologie označovat za osobu pokročilého stáří, tedy jedince nacházející se v posledních vývojových fázích svého životního cyklu (Laingmeier, 2013).

Hovořeno je odborně o takzvaném geriatrickém pacientovi, u nějž je hranice věku stanovena na 65 let a interval pokračuje až do období, kdy jedinec dosahuje takzvané dlouhověkosti, kdy hovoříme o osobách starších i devadesáti let (Hrozenková, Dovráčková, 2013).

Hronovská (2012) uvádí, že ve zdravotnickém zařízení dojde až k 20 % pádů. Četnost pádů se úměrně zvyšuje s narůstajícím věkem, kdy přibližně 40 % seniorů ve věku nad 65 let upadne jednou v roce. V sedmdesáti letech dojde k upadnutí bezmála u poloviny všech seniorů, přičemž větší počet pádů je zřetelný u žen. V případech, kdy senioři dosáhnou věku nad 75 let je počet upadnutí u žen a mužů srovnatelný.

Pidrman (2007) rovněž upozorňuje na zřetelnější počet pádů v ženské populaci a udává, že v období jednoho roku upadne průměrně 20–30 % jedinců ve věkovém rozmezí 65–69 let a až 50 % seniorů ve věku nad 85 let.

1.2 Definice a klasifikace pádů

Definovat pojem pád je velmi obtížné, protože obecná definice pro daný termín nebyla dosud přijata. Problematikou pádů se zabývá mnoho odborníků, z toho důvodu se v odborné literatuře můžeme setkat s rozličným vymezením daného pojmu. Rovněž zdravotnická zařízení pád definují různými způsoby.

Jednou z uznávaných definic je definice pádu dle Resourcece (2007), který pád vymezuje jako mimořádnou událost, kdy dojde k nezamýšlenému spočinutí pacienta, eventuálně některé části jeho těla na zemi případně jiné podložce, které je vzhledem k pacientovi položena níže.

Bizovská et al. (2017) definují pád jako pohyb těla jedince směřující dolů, který je nekontrolovaný případně je kontrolovaný pouze v omezené míře. Topinková (2005) popisuje pád jako neočekávanou a nechtěnou změnu tělesné polohy, kdy na konci dané změny polohy dojde ke kontaktu těla se zemí. Uvedený kontakt těla se zemí pak může doprovázet porucha vědomí i poranění. Pidrman (2007) uvádí definici pádů, která je nejběžněji používanou a definuje pád jako změnu polohy, která vyústí v kontakt těla se zemí.

V systému hlášení nežádoucích událostí je pád popsán jako situace, kdy „*pacient neplánovaně klesne (sesune se) k podlaze či podložce. Jde o nezamýšlenou událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (je přítomen svědek), nebo takovouto událost sám oznámí (stala se beze svědků). Za pád nelze považovat situaci, která je způsobena záměrným pohybem.*“

Pády můžeme rozdělit do několika skupin. Výzkumem pádů se zabývala americká pracovnice Janice Morse, která pády rozdělila na náhodné, ke kterým došlo v důsledku upadnutí seniora na základě nepříznivých faktorů prostředí a nepředvídané, kdy se na pádu podílí například mdloba, případně pád souvisí s epileptickou atakou nebo zlomeninou krčku femuru na pády předvídatelné, ke kterým může dojít u pacientů v případě, kdy sestra vyhodnotila stupnici rizika pádu s výsledkem určité rizikovosti (Morse in Resources, 2007).

1.3 Etiologie pádů u seniorů

K pádům u seniorů dochází z vnitřních nebo vnějších příčin. Vnitřní příčiny souvisí s určitým onemocněním nebo poruchou. Pády, ke kterým dochází v důsledku nevhodně upraveného prostředí, ve kterém se senior pohybuje, označujeme jako pády z vnějších příčin (Mlýnková, 2011).

Pády z vnitřních příčin

Na pádech z vnitřních příčin se podílí:

- onemocnění kardiovaskulární, neurologické, psychiatrické,
- onemocnění pohybového aparátu,
- poruchy zraku, sluchu a vestibulárního systému (Mlýnková, 2011).

Pády z vnějších příčin

Z vnějších příčin se může jednat o:

- nevhodně vybavený nemocniční pokoj,
- nedostatek osvětlení,
- nevhodný povrch podlahy,
- špatně zvolenou obuv,
- vliv některých léků (Mlýnková, 2011).

Rousses (2007) vnější a vnitřní příčiny doplňuje o běžné příčiny pádů.

K běžným příčinám pádů u seniorů přiřazuje:

- nehody, rizikové prostředí, pády z lůžka,
- poruchy v oblasti chůze, rovnováhy, zraku, vnímání a zmatenost,
- slabost, artritickou bolest,
- vertigo,
- požití alkoholu, užívání medikace,
- náhlé onemocnění,
- ortostatickou hypotenzi,
- onemocnění CNS,
- synkopy, epilepsii,
- drp attacks.

1.3.1 Fenomologie pádů

Upřesnit a pochopit mechanismus a příčinu pádů napomáhá dělení podle fenomologického obrazu. Kalvach et al. (2011) na jeho základě rozlišuje:

Pády zhroucením

- Pád souvisí s náhlou ztrátou svalového napětí, které může nastat ve stoji ale rovněž při chůzi. Možnou příčinou náhlé ztráty svalového tonusu může

být například centrální mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka, epilepsie, ortostatická hypotenze.

Pády skácením

- K prudkému pádu jedince dochází v souvislosti s těžkým narušením rovnováhy. Může se jednat o přechodný stav nerovnováhy, za jehož příčinou se skrývají chorobné stavy narušující propiocepci, vestibulární léze a některá mozková postižení například ischemie a hemoragie mezencefala, léze frontálních laloků, či progresivní supranukleární obrna.

Pády zakopnutím

- Při pádu zakopnutím postižený jedinec padá na ruce v důsledku nezdolání určité překážky. Nejčastěji k zakopnutí dochází u jedinců s Parkinsonovou chorobou.

Pády zamrznutím

- Při zamrznutí dochází ke strnutí dolní končetiny během chůze, přičemž tělo pokračuje v pohybu jako při chůzi.

Nediferencované pády

- Pády jsou často příznačné pro pacienty s demencí. Jedná se o pády, ke kterým dojde v rámci nepozornosti, může se rovněž jednat o neschopnost seniora přizpůsobit se danému terénu.

Jiné pády

- Jiné pády se objevují v nemocničním i domácím prostředí, kdy k upadnutí seniora dojde při tendenci postavit se z lůžka, sednout si na židli případně pád ze sedu (Kalvach et al., 2011).

1.4 Rizikové faktory pádu

Abychom dokázali předcházet pádům geriatrických pacientů, je nutné znát rizikové faktory pádu. Na základní faktory, jež lze s ohledem na pravděpodobnost výskytu pádu u hospitalizovaných geriatrických pacientů považovat za rizikové, je možné nahlížet z různých úhlů pohledu. Rizikové faktory je možné popsat vzhledem ke vztahu aktuálního stavu pacienta, jeho okolního prostředí, ale také z pohledu možného pochybení zdravotnického personálu. Rizikovými faktory pádů se zabývá mnoho

odborníků. V naší práci uvádíme rizikové faktory tak, jak je rozpracovali námi vybraní odborníci.

Mlýnková (2011) jako rizikové faktory pádů udává vyšší věk pacienta, poruchy chůze, narušení kognitivních funkcí například v rámci demence, či deliria, polypragmazií, konzumaci alkoholu, užívání psychofarmak, zejména benzodiazepinů, hypnotik a antipsychotik 1. generace a užívání léků spadajících do léčivých skupin myorelaxantiv, hypotenziv, antihistaminik, opioid, antiarytmik, vazodilatanciv.

Schuleer, Oster (2010) mezi rizikové faktory řadí špatnou rovnováhu těla, poruchy zraku, zmatenost, užívání psychofarmak, dehydrataci, strach z pádů, hypotenzi a ortostázu.

Svobodová (2010) upozorňuje na několik faktorů, které ve svém konečném důsledku mohou reálně vést k pádu pacienta v nemocničním zařízení.

Jedná se o:

1. Bezútešný technický stav nemocničního zařízení
2. Podstav nemocničního personálu
3. Nedostatečnou odbornou přípravu samotných zdravotníků ve oblasti prevence pádů pacientů

Pravděpodobnost upadnutí pacienta výrazně zvyšuje právě nedodržení doporučených pokynů, týkajících se úpravy okolního prostředí pacientů. V případech, kdy je zaznamenán podstav zdravotnického personálu, lze oprávněně očekávat mnohem nižší možnost detekce pádu přijatého pacienta. S ohledem na fakt, že zaměstnanci jsou schopni v běžném početním stavu zaznamenat pouze necelou čtvrtinu všech nežádoucích událostí podobného charakteru, nelze označit za pozitivní prognózu, jež by pacientům přinášela jakoukoli výhodu. Poměrně nízký podíl detekce ze všech vyskytnuvších se případů není možné dávat za vinu zdravotnickému personálu, pokud se jedná prokazatelně o jeho podstav (Victor et al., 2014).

Schuler (2010) poukazuje na možné pochybení ze strany ošetrovatelského personálu, které se velkou měrou může podílet na vzniku pádu pacienta. Jedná se o pochybení v souvislosti s nevhodně aplikovanou nebo zanedbanou péčí o pacienta, případně o nedbalou práci ošetrovatelského týmu.

1.5 Důsledky pádů

Důsledky pádů pacientů se netýkají pouze samotných hospitalizovaných jedinců, ale všech zúčastněných stran a téměř výhradně se jedná o důsledky negativního rázu jak pro postiženého pacienta, tak pro celý ošetrovatelský tým daného zdravotnického zařízení.

Problematika pádů geriatrických pacientů je stále aktuálním tématem s možnými dalekosáhlými důsledky pro pacienta, jeho blízké okolí a v neposlední řadě rovněž i pro nemocniční zařízení, v němž je konkrétní osoba hospitalizována a ve kterém k pádu došlo. Pád je vždy událostí, která ohrožuje zdraví pacienta ať již coby prvotní příčina, nebo v situacích, kdy se jedná o přídatný problém, s nímž se musí nemocný vyrovnat.

1.5.1 Důsledky pádů ve vztahu k pacientovi

Každý pád s sebou nese další následky a možné komplikace. V nejhorším případě se může jednat o úmrtí jedince po pádu. Závažným důsledkem pádu může morbidita, vyžadující vynaložení vysokých finančních nákladů na následnou léčbu, která může být dlouhodobá a spojená s hospitalizací jedince po pádu Česká asociace sester..., 2008).

Mlýnková (2011) upozorňuje nejen na bezprostřední následky pádu, kterými jsou časté fraktury, poranění hlavy a měkkých tkání, ale i na dlouhodobé komplikace, které se u jedince postiženého pádem mohou objevit. Jednou z možných dlouhodobých komplikací je imobilita, v jejímž důsledku dochází ke snížení soběstačnosti pacienta a může vést až k syndromu závislosti. Imobilita seniorů s sebou rovněž přináší riziko vzniku zánětu dýchacích cest, který může být příčinou následného úmrtí. U seniorů se po pádu mohou objevit projevy nepřiměřených obav z dalšího pádu, deprese a úzkost.

Dle Kalvacha et al. (2008) z poranění, vzniklých následkem pádu, jsou nejčastěji diagnostikovány zlomeniny krčku femuru, Collesova zlomenina předloktí, komprehensivní zlomenina obratlů a nález subdurálního hematomu. V rámci pádu může dojít u jedince také k popáleninám případně k opaření. Jako následnou komplikaci po pádu zmiňuje imobilizaci pacienta a komplikace, které s imobilizací úzce souvisí. Úzkosti a deprese jsou jednou z dalších následků po pádu, kdy u jedince, který upadl opakovaně, progreduje strach a obava z dalšího možného pádu, přičemž strach z pádu

se zvyšuje v závislosti na věku. Obava spojená se strachem z upadnutí je patrná u jedinců od padesáti let. U osob nad 65 let je smrt nebo úraz zapříčiněn právě v důsledku pádu.

Pidman (2007) se zaměřil na psychologické a somatické rozčlenění důsledků pádů. Za psychologický důsledek pádu uvádí anticipační strach a vyhýbavé chování, kdy anticipační strach je zjevný až u 40 % pacientů, kteří již pád zažili a vyhýbavé chování, které je zjevné u 20 % pacientů a které se projevuje snahou omezovat tělesné aktivity či sociální kontakty. Omezování tělesné aktivity rovněž úzce souvisí s poraněním měkkých tkání a zlomeninami, které jsou somatickým důsledkem pádů.

1.5.2 Důsledky pádů ve vztahu k ošetrovatelskému personálu

Z hlediska personálu zaměstnaného v nemocničním zařízení je tematika pádu důležitá zejména s ohledem na sestry coby zástupkyně ošetrovatelských pracovníků, kteří s hospitalizovanými pacienty přicházejí do pravidelného kontaktu. Je to právě sestra, kdo odpovídá za kvalitu ošetrovatelské péče o pacienty na oddělení nemocnice a kdo nese značnou odpovědnost za bezpečnost pacientů, jimž poskytuje své služby v rámci výkonu svých profesních úkolů a povinností.

Pokud dojde ze strany sestry k opomenutí, jež zapříčiní pád pacienta a bude-li tato skutečnost prokázána, hrozí sestře případně ošetrovatelskému personálu určitý postih. V případě nemocnice lze očekávat, že zraněný pacient, případně jeho nejbližší rodinní příslušníci, se budou v souvislosti s nedostatečně zajištěnou péčí se zdravotnickým zařízením coby právnickou osobou chtít vyrovnat, popřípadě řešit nastalou situaci soudní cestou. Podobné incidenty taktéž škodí dobrému jménu konkrétního nemocničního zařízení.

1.6 Statistika pádů hospitalizovaných pacientů v ČR

Prevence pádů je závažným problémem. V rámci ošetrovatelské péče je nezbytné pádům předcházet a zabránit jejich vzniku, protože zranění po pádu jsou dlouhodobého charakteru a zapříčiňují sníženou mobilitu pacientů (Marx in Koubová, 2015).

Odborník specializující se na kvalitu péče David Marx uvádí, že v rámci hospitalizace pacientů dochází k výraznému poklesu počtu zranění, ke kterým dojde v souvislosti

s pády. Výrazný podíl na uvedeném poklesu nese iniciativa České asociace sester, která se problematikou pádů zabývá již mnoho let (Marx in Koubová, 2015).

Pády ve zdravotnických zařízeních se v České republice začaly sledovat od roku 2002 v souvislosti s projektem Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v rámci rozhodnutí Sdružení fakultních nemocnic. V roce 2002 byla koordinátorem projektu Fakultní Thomayerova nemocnice, od roku 2008 to byla Česká asociace sester. Z prvotních patnácti zdravotnických zařízení, které se zúčastnily projektu, se jejich počet postupně zvyšoval. V roce 2010 bylo do projektu zapojeno již 38 zdravotnických zařízení, oproti dvanácti zdravotnických zařízení, které se sledováním pádů začaly zabývat v letech 2002 až 2003. Cílem projektu bylo zmapování četnosti pádů ve zdravotnických zařízeních spolu s analýzou závažnosti zranění, okolnostmi pádu, závislosti u pacientů ve věkové kategorii nad 65 let a stanovení indikátoru kvality péče s navržením škály na identifikaci rizikového pacienta. Indikátorem kvality byl počet zraněných pacientů následkem pádu na 1000 ošetrovacích dnů. Indikátor se orientoval na obory interní, chirurgické, pediatrické a lůžka následné péče, přičemž zranění se klasifikovaly na lehká a těžká. Z výsledků sledování indikátorů kvality vyplývá, že průměrný věk pacientů, u kterých došlo k pádu, je 67 let. V roce 2015 bylo do projektu zapojeno 38 zdravotnických zařízení. Z uvedeného počtu zapojených zdravotnických zařízení hlášení podalo pouze 19 z nich. K prosinci roku 2015 byl projekt ukončen (Česká asociace sester..., 2008).

Na ukončení projektu měla velký vliv skutečnost, že nebyly hlášeny všechny pády. Dle vyjádření prezidentky České asociace sester Juráskové zdravotníci nehlásili všechny pády z důvodu obav případného postihu (Medical tribune CZ..., 2007).

Česká asociace sester k relevantnímu srovnání hlášení pádů předkládá výsledky sledování indikátoru kvality pádu u hospitalizovaných pacientů, které probíhalo v letech 2011 až 2012. Výsledná data jsou prezentována v tabulce č. 1. V letech 2011 až 2012 bylo sledováno celkem 1 545 504 hospitalizovaných pacientů, z toho 790 006 sledovaných pacientů připadlo na rok 2011 a 755 498 pacientů na rok 2012. V roce 2011 bylo zaznamenáno celkem 8 558 pádů a 7 660 pádů v roce 2012. Celkem bylo hlášeno za období dvou zmiňovaných let 16 218 pádů. Lehkým zraněním bylo postiženo v období dvou sledovaných let celkem 4 800 pacientů, přičemž lehké zranění při pádu utrpělo v roce 2011 celkem 2 646 pacientů a v roce 2012 to bylo 2 154 pacientů. Těžkých zranění

bylo nahlášeno za období dvou let celkem 1 417. V roce 2011 těžkým zraněním v důsledku pádů bylo postiženo 724 hospitalizovaných pacientů a v roce 2012 těžké zranění utrpělo 693 pacientů. Pádů bez zranění bylo hlášeno v roce 5 188 a 4 813 v roce 2012. Podíl hospitalizovaných pacientů ve věku nad 65 let činil v roce 2011 (37 %) v počtu 288 542 seniorů a v roce 2012 rovněž (37 %) v počtu 277 798 (Česká asociace sester..., 2013).

Vyšší hodnoty pádů byly zaznamenány v oborech následné péče, z čehož jednoznačně vyplývá, že rizikem pádů s následným možným zraněním jsou ve větší míře ohroženi hospitalizovaní pacienti ve věku nad 65 let (Česká asociace sester..., 2013).

Vzhledem k tomu, že za optimální je považován indikátor kvality v rozmezí 0,4 až 0,8, můžeme konstatovat, že v případě, kdy indikátor kvality v roce 2011 dosáhl hodnoty 0,59 a v roce 2012 byla výsledná hodnota indikátoru kvality 0,57, se jedná o pozitivní zjištění (Česká asociace sester..., 2013).

Tabulka 1 - Pády hospitalizovaných pacientů v letech 2011–2012

	2011	2012	celkem
Celkem sledovaných pacientů	790 006	755 498	1 545 504
Celkem pádů pacientů	8 558	7 660	16 218
Lehké zranění	2 646	2 154	4 800
Těžké zranění	724	693	1 417
Bez zranění	5 188	4 813	10 001
Počet pacientů ve věku nad 65 let	288 542	277 798	566 340
Podíl pacientů ve věku nad 65 let	37 %	37 %	37 %
Indikátor kvality	0,59	0,57	

Zdroj: Autor práce (čerpáno z podkladů ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2008. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012, [online].

V současné době monitorování a prevence pádů spadá do hlášení nežádoucích událostí. Pro všechny poskytovatele zdravotnických služeb platí zpravodajská povinnost předání dat o počtu hlášení nežádoucích událostí do systému hlášení nežádoucích událostí na základě vyhlášky č. 373/2017 Sb. o Programu statistických zjišťování na rok 2018 (Národní portál systém..., 2016).

1.7 Současný stav problematiky pádů ve světě

Prevence pádů hospitalizovaných pacientů je problémem v celosvětovém měřítku. Snižováním počtu pádů, jejich rizikových faktorů a předcházení komplikací v důsledku pádu hospitalizovaných pacientů se zabývá početné množství odborníků v Čechách, ale i ve světě.

Resources (2007) zdůrazňuje že v případě účinného předcházení pádům hospitalizovaných pacientů je nezbytné dodržování jistých strategických postupů. Především je nutné zaměřit se na odstraňování příčin pádů, které jsou považovány za hlavní. Bez důkladného zaučení a zapracování ošetrovatelského personálu není možné pádům předcházet. Jako další strategii zmiňuje zaměření se na koncentraci a důslednost a v neposlední řadě neopomíjet strategii zavedení konkrétních opatření vztahujících se k mimořádným situacím.

Ve světovém měřítku se na prevenci pádů se zaměřilo například Americké centrum pro transformaci zdravotní péče, které vyvinulo nový nástroj zaměřený na prevenci pádů. Nemocniční zařízení, které uvedený nástroj využívají zaznamenali výraznou roční úsporu. Úspora může dosahovat přibližně miliónu amerických dolarů za období jednoho roku u nemocnic, které disponují dvěma stovkami lůžek. Metodologie byla testována v sedmi zdravotnických zařízeních. V konečném výsledku došlo k poklesu počtu pádů o 35 %, přičemž počet pádů se zraněním poklesl o celých 62 %. Edukace zdravotníků, podpora pacientů v oblasti dodržování vlastní bezpečnosti, pravidelná kontrola, zajištění plánovaného doprovodu na toaletu a důraz kladený na pacienty, aby se nesnažili chodit bez doprovodu jsou základními atributy uvedeného nástroje (Marx in Koubová, 2015).

Jedním z dalších programů využívaných v amerických nemocnicích je předání zprávy, která se odešle v momentě, kdy pacient postižený pádem stiskne alarm. Zdravotník vyšle zprávu pacientovi s žádostí, aby pacient zůstal na místě do doby, než k němu dorazí pomoc řádově během několika málo vteřin. Optimálním řešením se rovněž osvědčilo zavedení kamerového systému na pokojích hospitalizovaných pacientů (Max in Koubová, 2015).

2 Pády na gerontopsychiatrii

Victor et al. (2014) uvádí, že na lůžkové oddělení gerontopsychiatrie jsou přijímáni geriatričtí pacienti s určitou psychiatrickou poruchou. U hospitalizovaných pacientů se může jednat o psychiatrické onemocnění, které se objevilo již mnohem dříve, než jedinec dosáhl seniorského věku nebo se onemocnění mohlo začít rozvíjet až ve stáří. Největší počet hospitalizovaných seniorů trpí poruchou kognitivních funkcí, demencí, deliriem nebo depresí.

V souvislosti s problematikou pádů psychiatrických pacientů je nutné upozornit na skutečnost, že v případě, kdy dojde k pádu pacienta, bývá za příčinu dané situace označen právě duševní stav postižené osoby (Victor et al., 2014).

2.1 Gerontopsychiatrie jako obor

Pro objasnění pojmu gerontopsychiatrie jsme pro naši práci vybrali jednu z mnoha definic, které jsou dostupné v odborné literatuře.

Gerontopsychiatrii lze považovat za rozvinutý klinický obor se svou vlastní geriatrickou problematikou, ve snaze poskytování účinné a zároveň bezpečné zdravotní péče geriatrickým pacientům majícím specifické potřeby, vyplývající z jejich psychického stavu (Čevela, Kalvach, Čeladová 2012).

Lékaři upozorňují na fakt, že geriatričtí pacienti jsou osobami, u nichž dochází často k řetězení výskytu celé řady somatických a psychických poruch. Senior na gerontopsychiatrickém oddělení tak nebývá pouze osobu mající psychické potíže, ale zároveň je též jedincem, jenž může trpět hned několika somaticky podloženými zdravotními komplikacemi (Krombholz, 2013).

Gerontologie a geriatrie k sobě mají vzájemný vztah, kdy geriatrie je jednou ze čtyř subdisciplín gerontologie coby obecné vědy o stáří – tato konkrétní subdisciplína je označována jako klinická gerontologie a zahrnuje v sobě takové obory, jakými jsou gerontologické ošetrovatelství, geriatrická medicína či právě gerontopsychiatrii, psychiatrii osob vyššího věku (Cruz – Jentoft, 2008).

2.2 Specifika seniorů v psychické oblasti

Pro geriatrického pacienta je příznačná polymorbidita, která se vyznačuje několika různými příznaky současně. Je velmi obtížné v takovém případě stanovit jednu základní diagnózu. Pro soubor příznaků se používá označení geriatrický syndrom. Ze základních geriatrických syndromů, které úzce souvisejí s problematikou pádů se jedná o syndrom imobility, instability spojený se závratěmi a nestabilitou a syndrom psychické alterace (Kalvach, Onderková, 2006).

Termíny delirium – deprese – demence představují kardinální trias gerontopsychiatrie.

(Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007)

Jiráček (2013) v souvislosti s psychikou seniorů hovoří ve své publikaci o tom, že daná populace bývá ohrožena zejména následujícími patologiemi:

1. Poruchami kognitivních funkcí

- mírné poruchy poznávacích funkcí
- přechodné či izolované kognitivní deficity

2. Demencí

- Alzheimerovou
- vaskulární
- frontotemporální
- s případnými dalšími typy

3. Úzkostnými poruchami

4. Delírii

5. Depresemi

6. Jinými organicky podmíněnými psychickými poruchami

- organickou disociativní poruchou, organickou poruchou osobnosti aj.

7. Psychotickými poruchami

- organickou halucinózou
- organickou katatonní poruchou
- organickým syndromem s bludy

8. Závislostmi - benzodiazepiny, alkohol

Úkolem ošetrovateľského personálu na gerontopsychiatrických oddeleniach nemocníc je péče o osoby pokročilého veku, jimž byla stanovena některá ze závažných psychiatrických diagnóz (Venglářová, 2011).

Práce sester s populací pacientů na geriatrických odděleních je vysoce náročnou záležitostí, jelikož vyžaduje nejen vysoké odborné kvality, ale také značné kvalit osobnostní (Čevela, Čeladová, Dolanský, 2009).

3 Prevence pádů

Základem u pádů je prevence. V rámci bezpečnosti hospitalizovaných pacientů, je nezbytně nutné pádům preventivně předcházet. Existuje celá řada možných postupů, s jejichž aplikací do praxe lze redukovat pravděpodobnost vzniku nežádoucí události pádů u pacientů v nemocničních zařízeních.

V případě hospitalizace geriatrického pacienta je nezbytné zaměřit se na vhodnou úpravu prostředí, ve kterém se pacient bude nacházet. Sestra je povinná dohlédnout na vhodné umístění nočního stolku, zablokování koleček u lůžka, zajistit, aby kompenzační pomůcky byly v dosahu pacienta, posoudit vhodnost pacientovi obuvi a zda je pokoj dostatečně osvětlen. Nedílnou součástí prevence je řádná edukace pacienta při příjmu na oddělení (Dostálová, Nahodilová, 2011).

Sestra je povinna seznámit pacienta se signalizačním zařízením a zajistit, aby k němu měl pacient snadný přístup a rovněž provést edukaci o možnosti využití postranic u lůžka v zájmu zajištění bezpečnosti pacienta (Vyhnálek, 2007). Po celou dobu hospitalizace je sestra povinná zajistit dohled, u pacientů s vysokým rizikem vzniku pádu zajistit dohled zvýšený a vše řádně zaznamenat do dokumentace (Kalvach, Onderková, 2006).

3.1 Preventivní opatření eliminace rizik pádů

K předejití pádu pacienta je prioritní, aby sestry měly dostatečné odborné znalosti o příčinách a aby dokázaly adekvátně posoudit pacienta na základě odebrané vstupní anamnézy. V rámci vstupní anamnézy je nezbytně nutné vyhodnotit míru rizika vzniku pádu u pacienta přijatého k hospitalizaci. K eliminaci rizik pádů geriatrických pacientů je prioritní rizikové pacienty identifikovat (Vyhnálek, 2007).

K prevenci pádů hospitalizovaných osob se vyjadřují kupříkladu Quigley, Barnett, Bulat a Friedman, kteří na základě charakteristik programu úrazového pádu ve větším počtu psychiatrických jednotek, do nichž jsou pacienti dlouhodobě přijímáni, vyvinuli a implementovali operační strategický plán k řešení každého prvku programu prevence pádu a posílení programové infrastruktury a kapacity (Quigley, 2014).

Jako ochranné preventivní pomůcky autoři ve sém příspěvku doporučují v případě geriatrických pacientů zejména implementaci využití podlahových rohoží a také chráničů

kyčlí (Quigley, 2014). Z hlediska nikoli pomůcek ale aplikovaných pracovních postupů je pak dle názorů Victora, Dickinsona, Narayanana, Simpsona, Griffithse a Humphreye nutné rutinní mapování pádů na úrovni oddělení i celé organizace, na jejímž základě lze dospět k lepšímu pochopení běžných faktorů přispívajících k pádu (Victor et al., 2014).

Mezi obecná preventivní opatření u osob hrozícím riziko pádů patří:

- zajištění bezpečného bezbariérového prostředí
- instalace madel,
- užívání opěrných pomůcek,
- používání kompenzačních pomůcek,
- uplatňování systému tísňové péče,
- fyzioterapie,
- posilování svalů (takzvaný odporový trénink),
- nácvik postavování po pádu (Kalvach, 2011).

Preventivní péče ze strany sestry se může projevat kupříkladu ve snaze o zapojení rodinných příslušníků pacienta do péče o jeho zdraví, a tedy do léčebné péče o takovou osobu. (Sedlářová, 2009).

Úspěšná a účinná prevence pádů geriatrických pacientů je také založena na efektivní komunikaci. Pokud komunikace není vedena efektivně, může docházet k situacím, kdy informace týkající se stavu pacienta, budou mezi zdravotníky předány nedostatečně. Sestra je povinná v rámci překlada pacienta či předávání směny, náležitě obeznámit ostatní ošetrovatelský personál s pacientem, u kterého je vyhodnoceno riziko pádu, zvýšené riziko pádu, případně u kterého k pádu již došlo. Ze strany sestry je rovněž nevyhnutelné, aby informovala celý zdravotnický tým o schopnosti adaptace pacienta na nové prostředí včetně uvedení získaných informací do ošetrovatelské dokumentace (Recources, 2007).

3.1.1 Screeningové metody k posouzení rizika pádu

K identifikaci rizikových pacientů jsou k sestrám k dispozici screeningové testy a hodnotící škály, pomocí kterých je sestra schopná zaměřit se na rizikové faktory pádu a následně tak určit riziko pádu.

Nejčastěji užívaným screeningovým nástrojem pro určení rizika pádu je jednoduchý screeningový test, na základě kterého, sestra vyhodnocuje pacienta podle kritérií obsažených v testu, mezi něž patří pohyb, vyprazdňování, medikace, smyslové poruchy, mentální status a věk (viz. Příloha č. 1) Součástí modifikovaného screeningového testu je protokol, kterým se sestra řídí v případě, kdy výsledné skóre testu je vyšší než tři (Škrla, Škrlová, 2008).

V praxi je možné využít Gaitův funkční test k určení rovnováhy a prevenci pádů. Test obsahuje čtyři požadavky kladené pacientovi.

1. Sestra požádá pacienta k posazení na židli na dobu šedesáti sekund.
2. Sestra vyzve pacienta, aby se postavil a vydržel stát na místě třicet sekund.
3. Sestra požádá pacienta, aby přešel příčně místnost a otočil se.

Sestra vyzve pacienta k návratu ke své židli a zase se na ní usadil (Škrla, Škrlová, 2008).

Sestra sleduje kolika požadavkům je pacient schopen vyhovět. Rozhodující pro vyhodnocení je, aby pacient požadavky sestry splnil bez ztráty rovnováhy, potácení se a hledání předmětů, které by mu v danou chvíli mohly být oporou. V případě pozitivního testu, kdy pacient nedokončí test nebo jsou u něj zjevné problémy při plnění uvedených požadavků, musí sestra iniciovat protokol pro prevenci pádu (Škrla, Škrlová, 2008).

Holmerová (2014) uvádí, že pro určení rizika pádu v geriatrické praxi je možné využít testu Get up and Go dle Tinettiho. Testem „vstaňte, jděte a otočte se“ se sestra zaměřuje na získání informací ohledně hybnosti a stability pacienta. Požadavek na pacienta spočívá v posazení pacienta na židli, přičemž se jeho chodidla musí opírat o podložku. Následně sestra vyzve pacienta, aby se postavil a po ujití přibližně pěti metrů se otočil a vrátil zpět na svou židli, na kterou si opětovně sedne. Úkony pacienta se hodnotí od tří do jednoho bodu, přičemž hodnotící škála je dvanáctibodová. Talley a Oconnor (2013) rovněž uvádí hodnocení geriatrického pacienta dle zmiňovaného testu (viz. Příloha č. 2).

V psychiatrii je často využívaný screeningový test Riziko pádu/klienta dle Conlyové, který byl modifikován Juráskovou (2006). Sestra bodově hodnotí:

- psychický stav pacienta, zda je u pacienta přítomna deprese, dezorientace či demence,
- výskyt pádu v předešlém období na základě pádu v anamnéze,

- deficit v oblasti zraku či sluchu,
- užívání medikace,
- závratě,
- urgentní inkontinenci (Marx, 2005).

Jurásková test doplnila o věk pacientů 65 let a více, pozornost věnuje:

- schopnosti spolupráce,
- obtížím se spánkem,
- soběstačnost pacienta (Petr, Marková, 2014).

Pro naši práci jsme vybrali z mnoha screeningových testů pouze ty, které jsou v praxi nejběžněji používány.

3.1.2 Standardy ošetrovatelské péče o pacienta s rizikem pádu

K zajištění úrovně kvality ošetrovatelské péče je nezbytně nutné mít na každém oddělení nemocnice zavedené standardy ošetrovatelské péče.

Jedním ze standardů je rovněž standard ošetrovatelské péče týkající se péče o pacienta s rizikem pádu. Účelem uvedeného standardu je prevence a snížení rizika pádu pacienta s cílem identifikace rizikového pacienta, faktorů vzniku pádu a minimalizace komplikací souvisejících s pádem pacienta a dostatečně informovanost, edukace pacienta a zajištění jeho bezpečnosti (Vojenská nemocnice Olomouc, 2019).

Nedílnou součástí uvedeného standardu tvoří rovněž barevné zvýraznění lůžka pro upoutání pozornosti ošetrovatelského personálu a veškeré zajištění činností v oblasti prevence. Sestra v rámci procesu standardu je povinná při příjmu eventuálně překladau stanovit riziko pádu, posoudit vnitřní a vnější faktory případného pádu maximálně do dvanácti hodin od příjmu a provést řádnou edukaci pacienta o způsobu prevence a opatřeních, vedoucích ke snížení rizika pádu. V rámci prevence sestra poučí pacienta o používání kompenzačních pomůcek, seznámí pacienta s rizikovými místy na oddělení, seznámí pacienta se signalizačním zařízením a podobně (Vojenská nemocnice Olomouc, 2019).

V souladu se zavedeným standardem je sestra povinná rizika pádu přehodnocovat:

- 1x za 14 dní v případě hospitalizace pacienta na standardním oddělení, JIP, ARO, NIP,
- 1x za měsíc na oddělení následné péče,

- v případě překladu,
- v případě, kdy došlo k pádu pacienta,
- při změně rizikového faktoru (viz. Příloha č. 3) (Vojenská nemocnice Olomouc, 2019).

4 Výzkumná část

Tato kapitola obsahuje stanovené cíle včetně výzkumných otázek, metodiku výzkumu a charakteristiku vzorku respondentů. Získaná data z jednotlivých položek dotazníků jsou zpracována v grafech. Zpracovaná data jsou využity pro další doporučení pro praxi. Získané informace jsou okomentovány v diskusi a závěru.

4.1 Cíl průzkumu

Cílem průzkumu bakalářské práce bylo zaznamenat odpovědi na otázky zaměřující se na možnosti předcházení pádů geriatrických pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry, s orientací na rizikové faktory pádů a opatření, které sestry v rámci prevence uplatňují.

Cíl:

Zmapovat prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení.

Výzkumné otázky:

VO 1 Jak často se respondenti během pracovní směny setkávají s pády pacientů?

VO 2 Jaké rizikové faktory přispívají k pádům pacientů?

VO 3 Jaká opatření používají sestry v prevenci pádů pacientů?

4.2 Metodika průzkumu

Ke zpracování teoretických poznatků jsme použili monografickou proceduru. Zdrojem pro získání informací o problematice pádů nám byla odborná literatura. Studium odborné literatury jsme získali stávající poznatky z oblasti problematiky pádů u osob vyššího věku.

Pro samotný průzkum jsme použili metodu kvantitativního výzkumu. Dotazníkovým šetřením jsme získali potřebné informace vztahující se k závěrům průzkumu, navazujících na naplnění cílů průzkumu. Dotazníky vlastní konstrukce byly přiděleny sestrám pracujícím v Psychiatrické nemocnici v Jihomoravském kraji na gerontopsychiatrickém oddělení a sestrám, pracujícím ve Fakultní nemocnici v Brně na kardiologickém, nefrologickém, diabetologickém oddělení a na metabolické jednotce intenzivní péče. Dotazník byl určen sestrám rozdílného věku, vzdělání, pracovního

zařazení a různé délky praxe. V rámci dotazníku jsme zjišťovali zkušenosti sester s pády geriatrických pacientů v souvislosti s jejich hospitalizací, identifikaci rizikových faktorů pádů z pohledu sester a jaký způsob preventivních opatření v prevenci pádů sestry používají. Dotazník obsahoval celkem 22 položek, přičemž 4 položky byly kategorizační a 18 položek bylo zaměřeno na průzkumový problém. Dotazník se skládal z uzavřených, polootevřených a otevřených položek (viz. Příloha č. 4). Před vyplněním dotazníku jsme respondentům sdělili, že dotazník je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Současně jsme zdůraznili, že pro zdárný průzkum je nutné na otázky v dotazníku odpovídat pravdivě. Originál se souhlasem šetření bude k nahlédnutí při obhajobě bakalářské práce.

4.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Základní soubor tvořilo celkem 130 sester pracujících v nemocnicích. Průzkumový vzorek jsme získali záměrným výběrem, vybrali jsme si sestry z Fakultní nemocnice v Brně a Psychiatrické nemocnice. Skupina průzkumového vzorku byla složena ze 130 respondentů. Konečný počet respondentů se snížil na 104 respondentů. Celkem jsme rozdali 130 dotazníků, z toho 26 dotazníků jsme neobdrželi zpět. Návratnost byla 80 %. Získali jsme 104 kompletně vyplněných dotazníků, které jsme považovali za reprezentativní a validní.

Následně jsme zjistili, že 59 dotazníků vyplnily sestry, které pracují ve Fakultní nemocnici v Brně a 45 dotazníků vyplnily sestry působící v Psychiatrické nemocnici ve věkovém rozmezí 22-40 a více let. Z celkového počtu respondentů mělo 13 respondentů vysokoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání mělo 10 respondentů a počet středoškolsky vzdělaných sester s maturitou činil 77. Počet respondentů s délkou praxe 20 let a více činil 21, s praxí v délce 10-19 let uvedlo 49 respondentů a 34 respondentů dosáhlo praxi v délce 1-9 let. Základní soubor jsme rozčlenili na dvě kategorie. První kategorii tvořily sestry, které pracují ve Fakultní nemocnici v Brně a druhá kategorie je zastoupena sestrami, pracujícími v Psychiatrické nemocnici v Jihomoravském kraji.

Pro orientaci v textu uvádíme legendu:

- A- Sestry Fakultní nemocnice v Brně
- B- Sestry Psychiatrické nemocnice
- C- Celkové hodnocení obou skupin

4.4 Průběh průzkumu

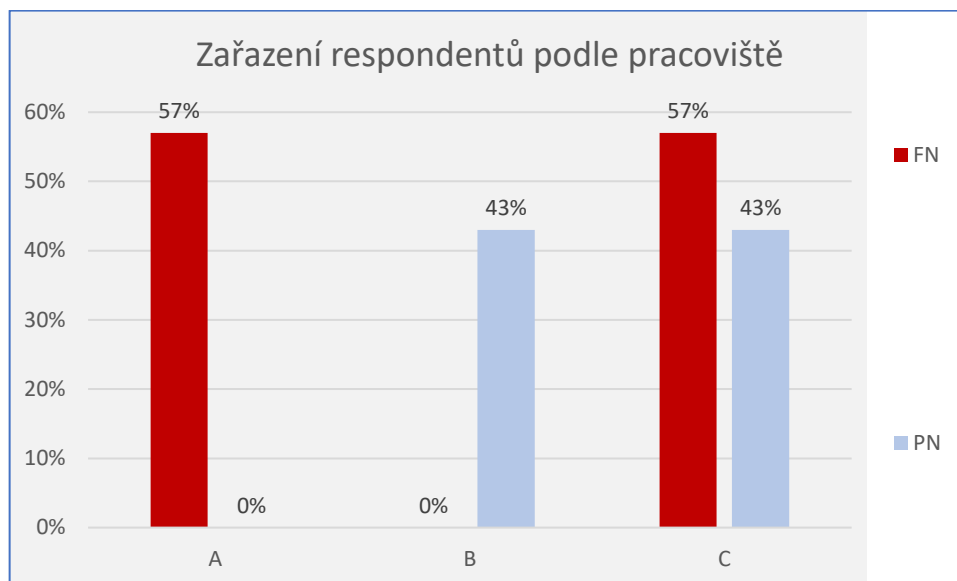
Průzkum jsme realizovali v několika fázích. Srozumitelnost otázek dotazníku jsme ověřili na základě provedené pilotní studie. Data jsme shromažďovali od listopadu 2018 do února 2019, celkem tři měsíce. Dotazníky jsme administrovali osobně na základě souhlasu vedení obou nemocnic. Z celkového počtu distribuovaných dotazníků, který činil 130, jsme zpět obdrželi 104 validních dotazníků s možností jejich uplatnění a vyhodnocení pro náš průzkum.

4.5 Zpracování získaných dat

Výsledky průzkumu byly vyhodnoceny kvantitativní metodou. Dotazníky jsme zpracovali použitím základní statistické metody a pomocí programu MS Excel jsem provedli zpracování dat. K porovnání a zpracování dat jsme použili tabulky a grafy, k vyhodnocení jsme uplatnili analýzu. Při zpracování jsme provedli komparaci odpovědí sester z fakultní nemocnice v Brně a sester z Psychiatrické nemocnice. Počet odpovědí jsme vyjádřili veličinou absolutní četnosti n_i a veličinou relativní četnosti f_i jsme provedli procentuální vyjádření podílu absolutní četnosti a rozsahu souboru.

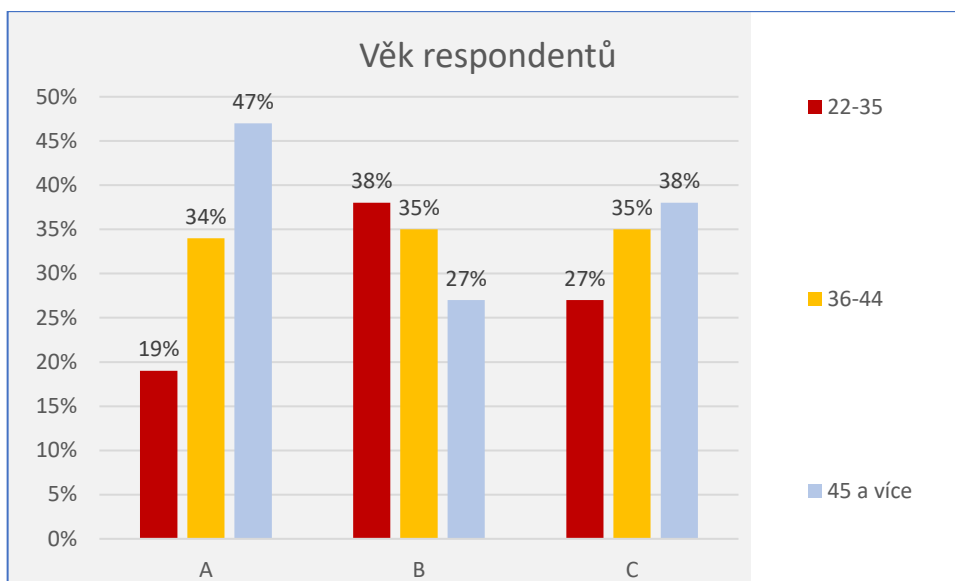
4.6 Výsledky průzkumu

Získaná data z jednotlivých položek dotazníků jsme zpracovali do tabulek. Výsledky dotazníkového šetření jsme doplnili grafickým zpracováním a slovní interpretací. Průzkumu se zúčastnilo celkem 104 ($n_i=104$) respondentů. Součet všech odpovědí se neshoduje vždy s počtem respondentů, protože respondenti měli možnost v některých položkách označit více odpovědí.



Graf 1 Zařazení respondentů podle pracoviště

Z celkového počtu respondentů 104 (100 %) pracuje ve Fakultní nemocnici 59 (57 %) dotazovaných a 45 (43 %) dotazovaných působí v Psychiatrické nemocnici. Početnější skupinu tvořily sestry z Fakultní nemocnice.



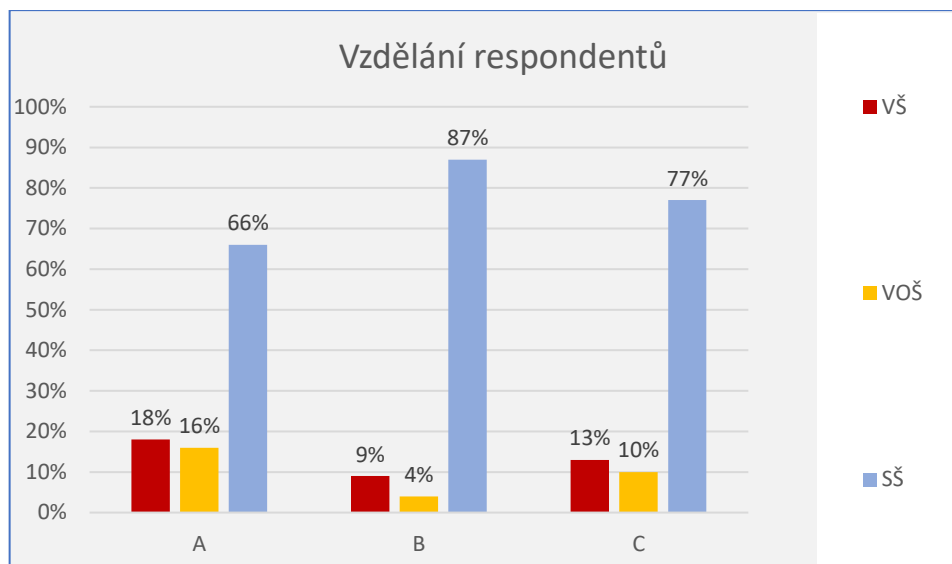
Graf 2 Věk respondentů

Výběrový soubor tvořilo 104 sester ve věkovém rozmezí 22-45 let a více. Soubor jsme rozdělili do dvou kategorií. Kategorie sester pracujících ve Fakultní nemocnici ($n_i=59$) a kategorie sester pracujících v Psychiatrické nemocnici ($n_i=45$).

Nejpočetnější skupinu z celkového počtu 104 (100 %) sester, tvořily sestry ve věkovém rozmezí 45 let a více v počtu 40 (38 %), z toho větší počet sester z Fakultní nemocnice v počtu 28 (47 % $n_i=59$) a 12 (27 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.

Nejméně respondentů 28 (27 %) z celkového počtu 104 (100 %) jsme zaznamenali ve věkovém rozmezí 22-35 let, z toho 11 (19 % $n_i=59$) bylo sester z Fakultní nemocnice a 17 (38 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.

36 (35 % $n_i=104$) dotazovaných bylo ve věkové kategorii 36-44 let, z toho 20 (34 % $n_i=59$) z Fakultní nemocnice a 16 (27 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.



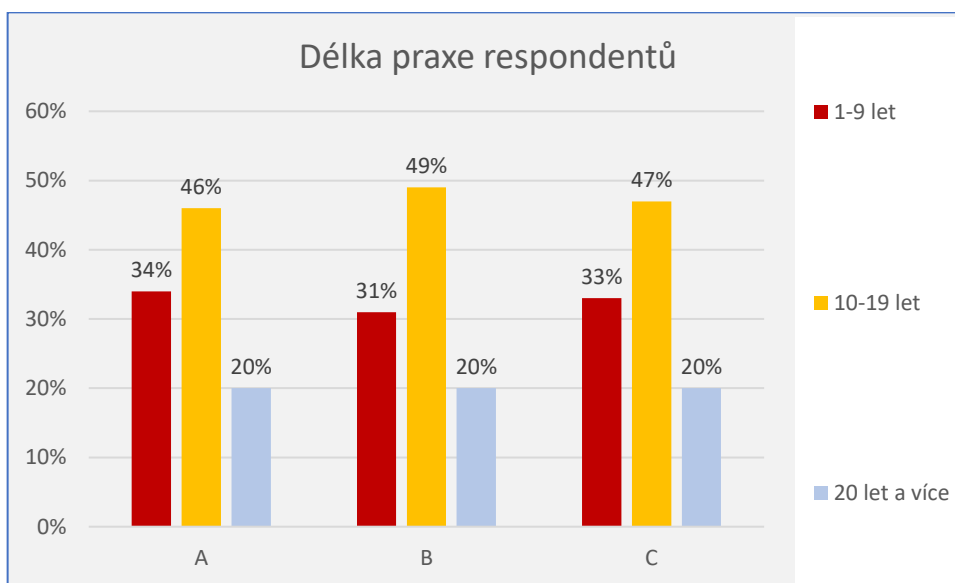
Graf 3 Vzdělání respondentů

Z celkového počtu 104 (100 %) má vysokoškolské vzdělání 14 (13 %) respondentů, 10 (10 %) získalo vzdělání na VOŠ a 80 (77 %) má ukončené středoškolské vzdělání.

Největší zastoupení tvoří respondenti se středoškolským vzděláním v obou kategoriích a to 33 (66 % $n_i=59$) respondentů z Fakultní nemocnice a 47 (87 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.

Nejméně zastoupených bylo respondentů s vysokoškolským vzděláním v počtu 9 (18 % $n_i=59$) z Fakultní nemocnice a 5 (9 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.

VOŠ absolvovalo 8 (16 % $n_i=59$) respondentů z Fakultní nemocnice a 2 (4 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.

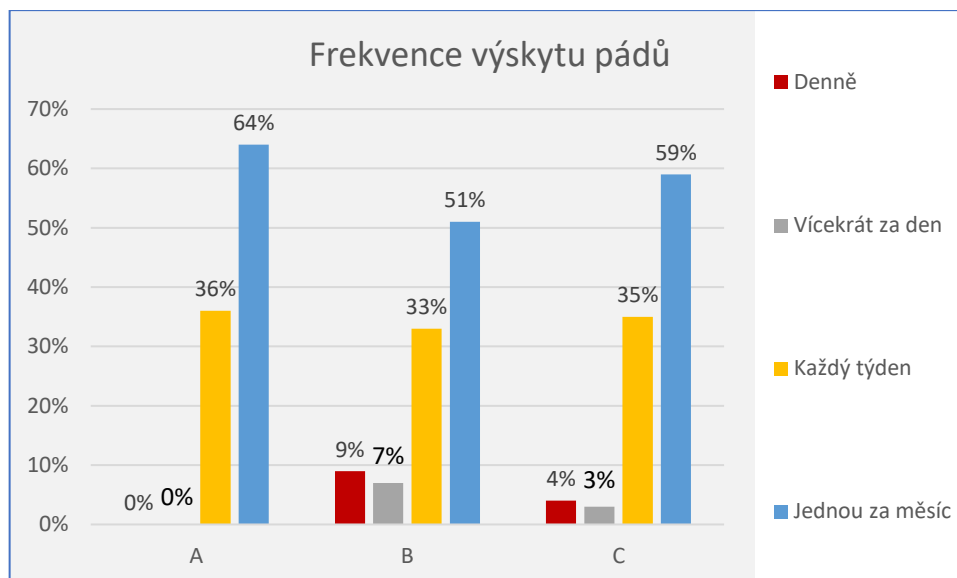


Graf 4 Délka praxe respondentů v letech

Největší počet respondentů dosáhl délky praxe v rozmezí 10-19 let v počtu 49 (47 %) z celkového počtu 104 (100 %) dotazovaných, z toho 27 (46 % $n_i=59$) respondentů pracuje ve Fakultní nemocnici a 22 (49 % $n_i=45$) dotazovaných v Psychiatrické nemocnici.

1-9 let praxe má 34 (33 %) z celkového počtu dotazovaných 104 (100 %), z toho 20 (34 % $n_i=59$) z Fakultní nemocnice a 14 (31 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.

Praxi v rozmezí 20 let a více uvedlo z celkového počtu 104 (100 %) 21 (20 %) respondentů, z toho 12 (20 % $n_i=59$) pracuje ve Fakultní nemocnici a 9 (20 % $n_i=45$) v Psychiatrické nemocnici.

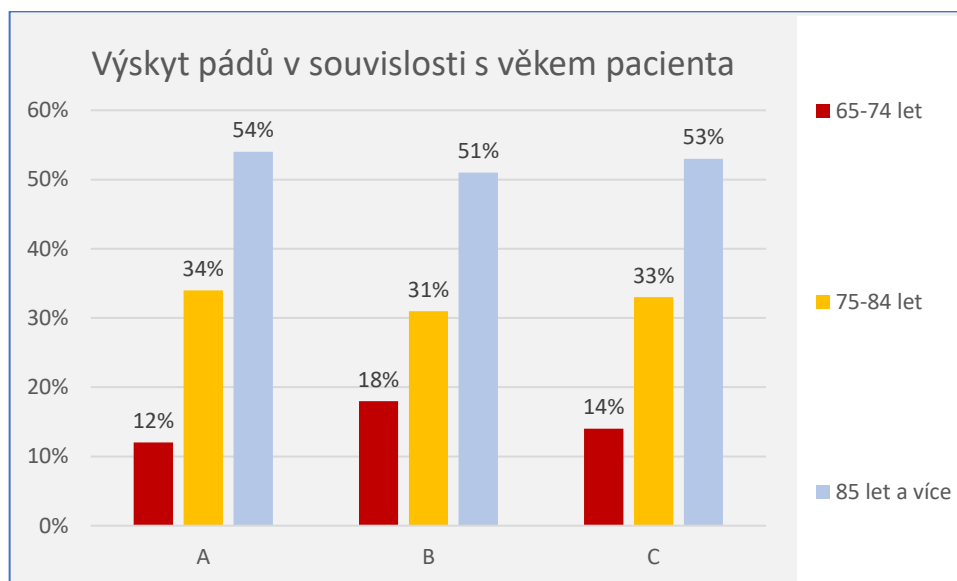


Graf 5 Frekvence výskytu pádů pacientů

V rámci směny se sestry nejčastěji setkají s pádem pacienta jednou za měsíc, což uvedlo 61 (59 %) z celkového počtu dotazovaných 104 (100 %), z toho větší počet sester 38 (64 % $n_i=59$) ve Fakultní nemocnici než 23 (51 % $n_i=45$) respondentů v Psychiatrické nemocnici.

Každý týden se s pádem pacienta během směny setká větší počet sester z Fakultní nemocnice v počtu 38 (64 %) oproti sestrám z Psychiatrické nemocnice 23 (51 %).

Výrazný rozdíl jsme zaznamenali v odpovědích týkajících se pádů pacientů, ke kterým dochází denně, případně několikrát za den. Sestry z Psychiatrické nemocnice se s pády pacientů setkávají denně 4 (9 %) nebo vícekrát denně 3 (7 %), na rozdíl od sester pracujících ve Fakultní nemocnici, které tuto skutečnost popírají 0 (0 %).

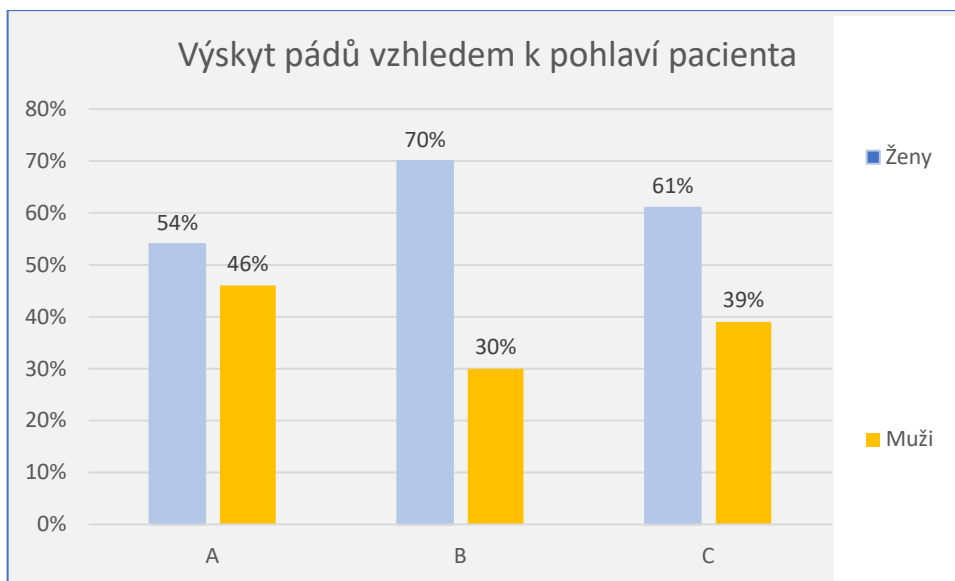


Graf 6 Výskyt pádů v souvislosti s věkem pacienta

Největší počet pádů bylo zaznamenáno u pacientů ve věkovém rozmezí 85 let a více. Tuto skutečnost uvedlo 55 (33 %) z celkového počtu dotazovaných 104 (100 %), přičemž 32 (54 % $n_i = 59$) odpovědí jsme zaznamenali u sester z Fakultní nemocnice a 23 (51 % $n_i = 45$) u sester z Psychiatrické nemocnice.

34 (33 %) z celkového počtu 104 (100 %) respondentů uvádí výskyt pádů u pacientů ve věkovém rozmezí 75-84 let, z toho 20 (34 % $n_i = 59$) respondentů z Fakultní nemocnice a 14 (31 % $n_i = 45$) dotazovaných z Psychiatrické nemocnice.

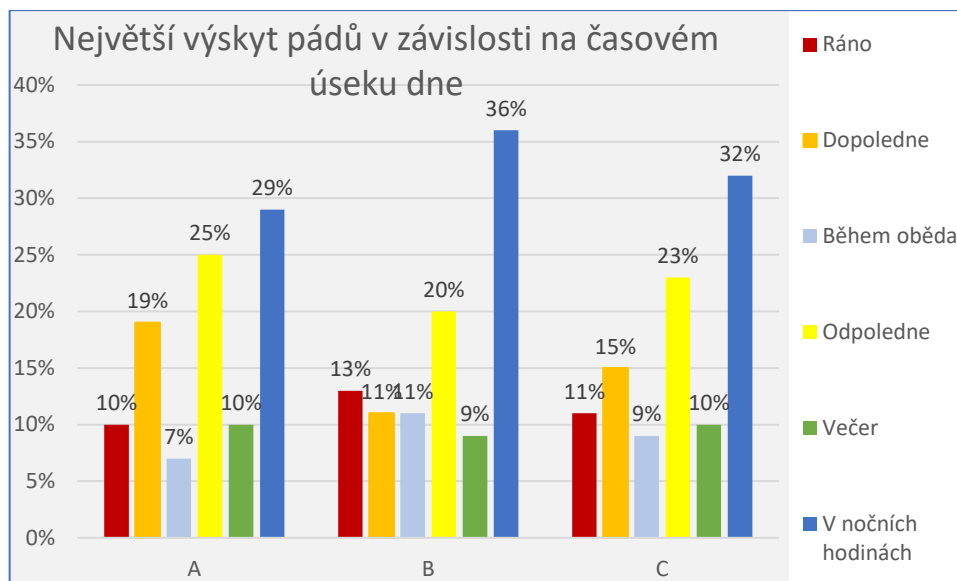
Nejmenší výskyt pádů z celkového množství dotazovaných 104 (100 %) respondentů 15 (14 %), z toho 7 (12 % $n_i = 59$) z Fakultní nemocnice a 8 (18 % $n_i = 45$) z Psychiatrické nemocnice. V obou nemocnicích k pádům dochází častěji u pacientů vyššího věku.



Graf 7 Výskyt pádů vzhledem k pohlaví pacienta

Větší počet pádů sestry zaznamenaly u žen, z celkového počtu 104 (100 %) respondentů tuto skutečnost uvedlo 63 (61 %) dotazovaných, z toho 32 (54 % $n_i=59$) z Fakultní nemocnice a 31 (70 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.

41 (39 %) dotazovaných z celkového počtu 104 (100 %) respondentů uvedlo muže, z toho 27 (46 % $n_i=59$) z Fakultní nemocnice a 14 (30 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.

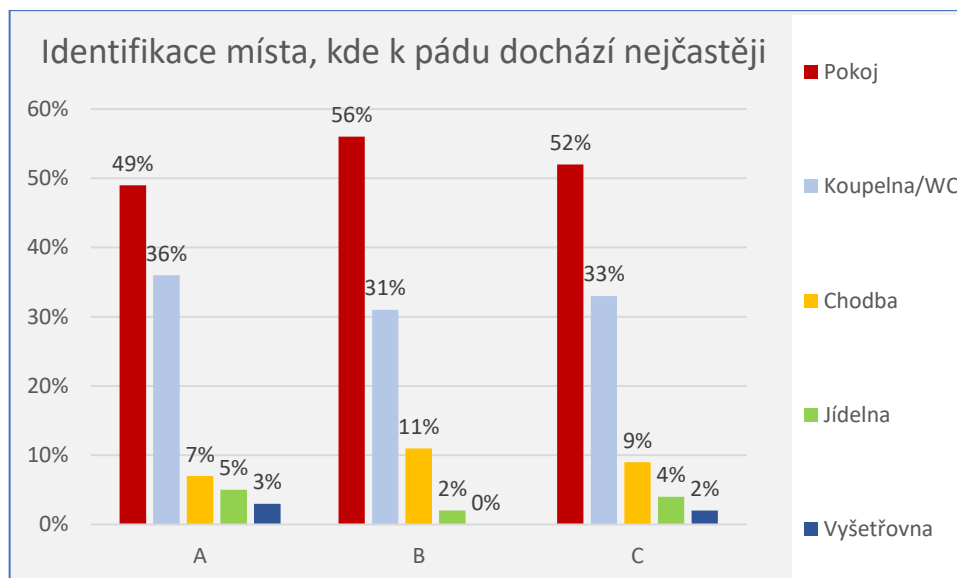


Graf 8 Největší výskyt pádů v závislosti na časovém úseku dne

Největší výskyt pádů jsme zaznamenali v nočních hodinách, což uvedlo 33 (32 %) dotazovaných 104 (100 % $n_i=104$) respondentů, z toho 17 (29 % $n_i=59$) z Fakultní nemocnice a 16 (36 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnici, přičemž v nočních hodinách dochází k pádům pacientů častěji v Psychiatrické nemocnici než v nemocnici Fakultní.

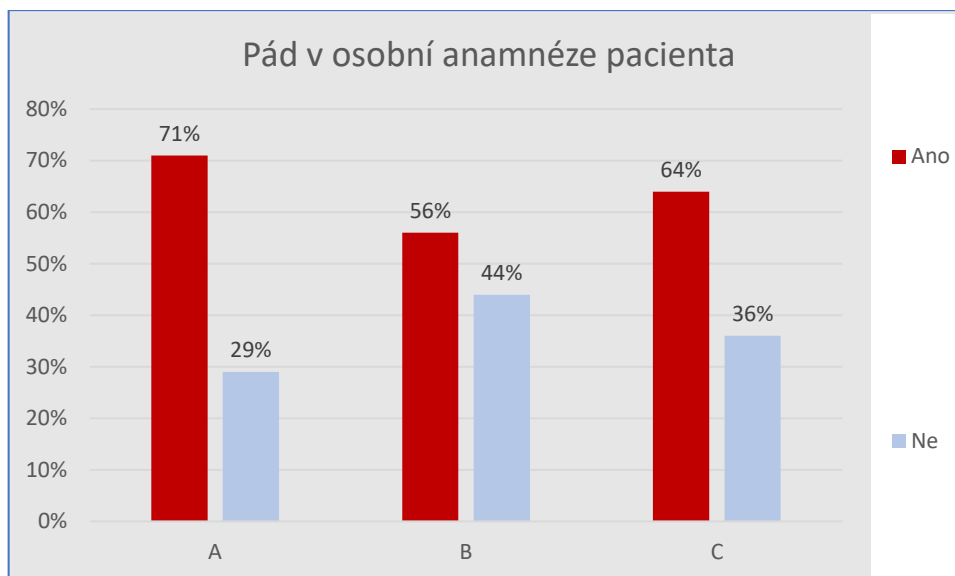
Rovněž během oběda 5 (11 % $n_i=45$) a v ranních hodinách 6 (13 % $n_i=59$) je vyšší výskyt pádů patrný v Psychiatrické nemocnici než ve Fakultní nemocnici. 4 (7 % $n_i=59$), 6 (10 % $n_i=59$).

Větší počet pádů je patrný v odpoledních hodinách, což uvedlo 24 (23 %) dotazovaných 104 (100 % $n_i=104$) respondentů, přičemž ve Fakultní nemocnici k pádům v uvedenou dobu dochází častěji 15 (25 % $n_i=59$) než v Psychiatrické nemocnici 9 (20 % $n_i=45$).



Graf 9 Identifikace místa, kde k pádu dochází nejčastěji

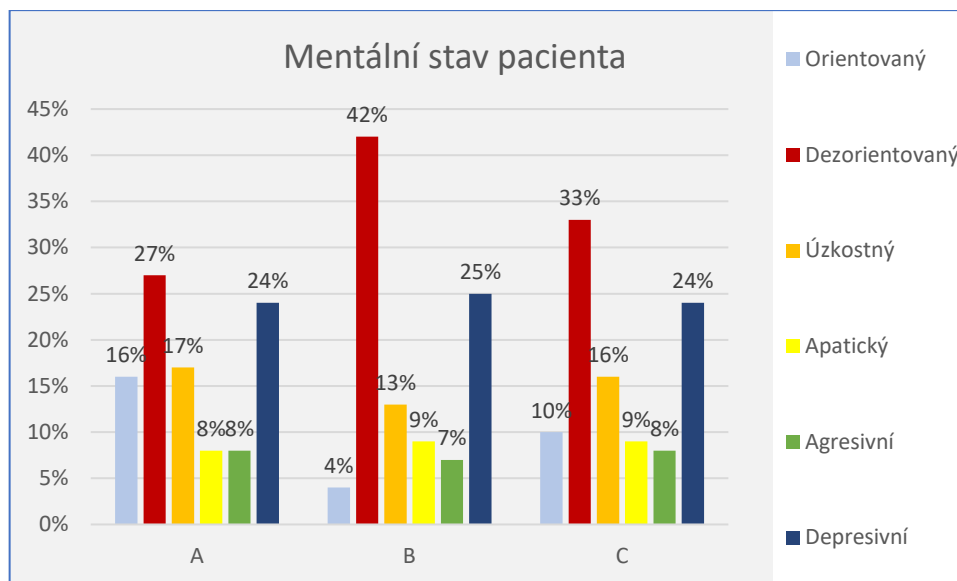
Nejčastěji k pádům dochází na pokoji pacienta. Tuto skutečnost uvedl nejvyšší počet respondentů jak z Fakultní 29 (49 % $n_i = 59$), tak z Psychiatrické nemocnice 25 (56 % $n_i = 45$), přičemž celkově takto odpovědělo 54 (52 % $n_i = 104$). K velkému počtu pádů dojde v koupelně nebo na WC, což uvedlo 35 (33 %) z celkového počtu respondentů 104. Větší počet odpovědí jsme zaznamenali u sester z Fakultní nemocnice 21 (36 % $n_i = 59$) než u sester z Psychiatrické nemocnice 14 (31 % $n_i = 45$). 9 (9 % $n_i = 104$) respondentů uvedlo chodbu, přičemž je patrný menší počet odpovědí od respondentů z Fakultní nemocnice 4 (7 % $n_i = 59$) oproti počtu odpovědí respondentů z Psychiatrické nemocnice 5 (11 % $n_i = 45$). Jídelnu uvedli 4 ($n_i = 104$) respondenti, z toho větší počet respondentů z Fakultní nemocnice 3 (5 % $n_i = 59$) než z Psychiatrické nemocnice 1 (2 % $n_i = 45$). Nejméně dochází k pádům na vyšetřovně, což uvedl nejmenší počet dotazovaných 2 (2 % $n_i = 104$), v Psychiatrické nemocnici 0 %, oproti sestrám z Fakultní nemocnice 2 (3 % $n_i = 59$).



Graf 10 Pád v osobní anamnéze pacienta

Pád pacienta v osobní anamnéze uvedlo 67 (64 %) dotazovaných z celkového počtu 104 (100 %), z toho větší počet 42 (71 % $n_i=59$) respondentů z Fakultní nemocnice, než 25 (56 % $n_i=45$) respondentů z Psychiatrické nemocnice.

Menší počet respondentů nezaznamenal v osobní anamnéze pád pacienta, a to v počtu 37 (36 %) z celkového počtu 104 (100 %) z toho 42 (71 % $n_i=59$) z Fakultní nemocnice a 25 (56 % $n_i=45$) z Psychiatrické nemocnice.



Graf 11 Mentální stav pacienta

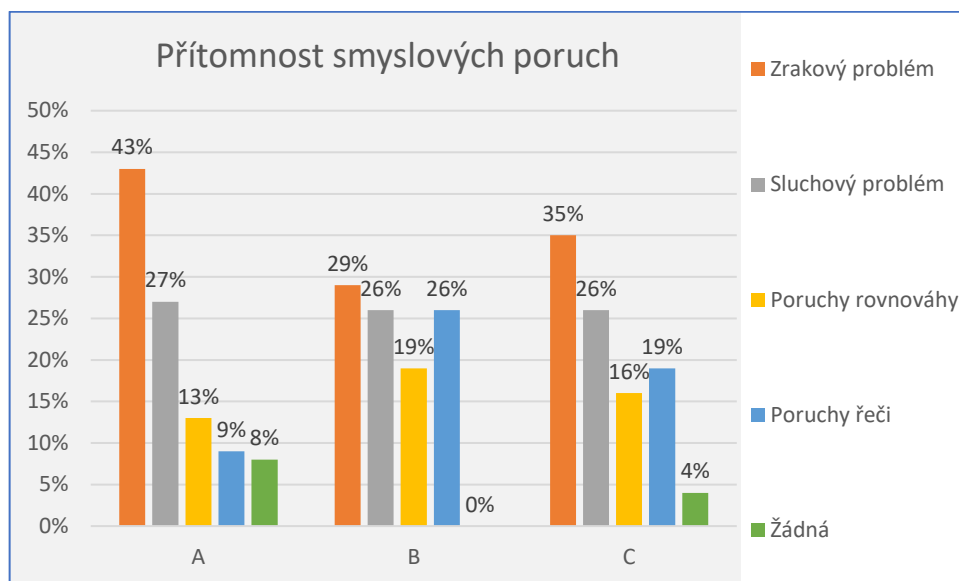
Na otázku mentálního stavu pacienta před pádem největší počet respondentů uvedl, že pacient byl dezorientovaný 35 (33 % $n_i = 104$). Tuto odpověď označil větší počet respondentů 19 (42 % $n_i = 45$) z Psychiatrické nemocnice oproti respondentům z Fakultní nemocnice 16 (27 % $n_i = 59$).

Naopak nejmenší počet odpovědí se vztahoval k pacientům agresivním v počtu 8 (8 % $n_i = 104$), přičemž početnější byly odpovědi respondentů z Fakultní nemocnice 5 (8 % $n_i = 59$) než z Psychiatrické nemocnice 3 (7 % $n_i = 45$).

Z celkového počtu respondentů 104 (100 %) uvedlo 9 (9 %) dotazovaných pacienta apatického, 16 (16 %) dotazovaných pacienta úzkostného, 25 (24 %) pacienta s depresí a 10 (11 %) respondentů uvedlo, že pacient byl orientovaný.

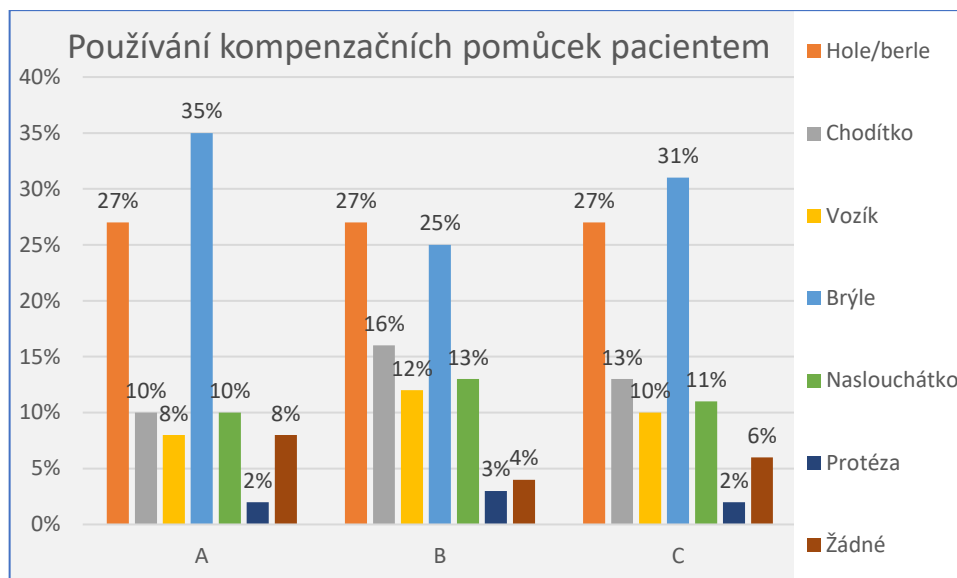
Větší počet respondentů z Fakultní nemocnice ($n_i = 59$) uvedlo, že pacient byl orientovaný 9 (16 %) nebo úzkostný 10 (17 %), na rozdíl od respondentů z Psychiatrické nemocnice ($n_i = 45$), kteří uvedli pacienta orientovaného v počtu 2 (4 %) a úzkostného 6 (13 %).

Naopak větší počet 11 (25 %) respondentů z Psychiatrické nemocnice ($n_i = 45$) uvedl, že pacient byl depresivní na rozdíl od 14 (24 %) dotazovaných z Fakultní nemocnice. Rovněž větší počet respondentů z Psychiatrické nemocnice v počtu 4 (9 %) v porovnání s počtem respondentů z Fakultní nemocnice v počtu 5 (8 %), uvedlo, že pacient před pádem jevil známky apatie.



Graf 12 Přítomnost smyslových poruch

Z celkového počtu respondentů 104 (100 %) zrakový problém jako nejčastější uvedlo 94 (35 %), sluchový problém 71 (26 %), poruchy rovnováhy 43 (16 %), poruchy řeči 50 (19 %) dotazovaných. Pouze 9 (4 %) respondentů uvedlo, že u pacienta nebyla přítomna žádná smyslová porucha. Zrakový problém uvedl větší počet 51 (43 %) respondentů z Fakultní nemocnice v porovnání s Psychiatrickou nemocnicí 43 (29 %). Větší počet pacientů 28 (19 %) s poruchou rovnováhy jsme zaznamenali v Psychiatrické nemocnici v porovnání s Fakultní nemocnicí 15 (13 %) a také větší počet pacientů s poruchou řeči 39 (26 %) oproti 32 (27 %) Fakultní nemocnici. Zaznamenali jsme nepatrný rozdíl v přítomnosti sluchového problému u pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici 32 (27 %) a v Psychiatrické nemocnici 39 (26 %). Větší počet odpovědí vztahující se k absenci uvedených poruch je patrný ve Fakultní nemocnici, což uvedlo 9 (8 %) dotazovaných oproti 0 % počtu odpovědí respondentů z Psychiatrické nemocnice.

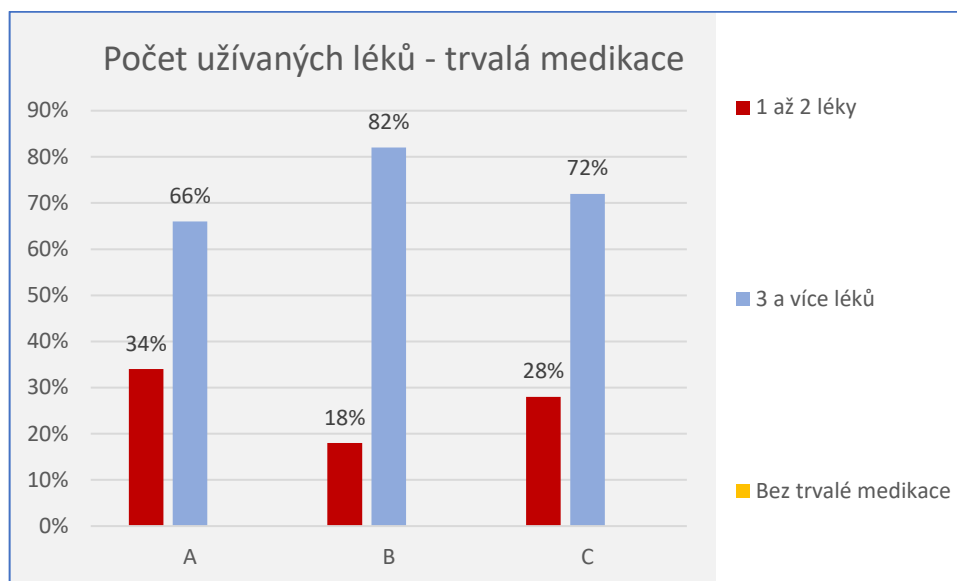


Graf 13 Používání kompenzačních pomůcek pacientem

Respondentům měli možnost označit více odpovědí, proto výsledný součet je rozdílný od celkového počtu respondentů. Největší počet respondentů z celkového počtu 245 (100 %) na otázku, zda pacient, který utrpěl pád, používá určitou kompenzační pomůcku, uvedl brýle v počtu 75 (31 %), hole/berle 66 (27 %), chodítko 32 (13 %), naslouchátko 28 (11 %), vozík 24 (10 %), protézu 6 (2 %) a 14 (6 %) respondentů uvedlo, že pacient nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku.

Větší počet pacientů, kteří používají brýle jsme zaznamenali z odpovědí respondentů z Fakultní nemocnice 43 (35 % $n_i = 119$), než z Psychiatrické nemocnice 32 (25 % $n_i = 126$). Druhou nejčastěji používanou kompenzační pomůckou jsou hole/berle, kdy počet odpovědí respondentů z Fakultní nemocnice 32 (27 %) se neliší od Psychiatrické nemocnice 34 (27 %). Chodítko používá větší počet pacientů v Psychiatrické nemocnici 20 (16 %) než ve Fakultní nemocnici 12 (10 %). Rovněž vozík uvedl větší počet respondentů 15 (12 %) z Psychiatrické nemocnice ve srovnání s Fakultní nemocnicí 9 (8 %). Naslouchátko je častěji označeno respondenty 16 (13 %) z Psychiatrické nemocnice ve srovnání s Fakultní nemocnicí 12 (10 %) a protézu označilo také více respondentů z Psychiatrické nemocnice 4 (3 %) než z Fakultní nemocnice 2 (2 %).

Výraznější rozdíl v počtu odpovědí je patrný u odpovědi, kdy respondenti uvedli, že pacient nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku, a to v počtu 9 (8 %) odpovědí z Fakultní nemocnice a 5 (4 %) z Psychiatrické nemocnice.

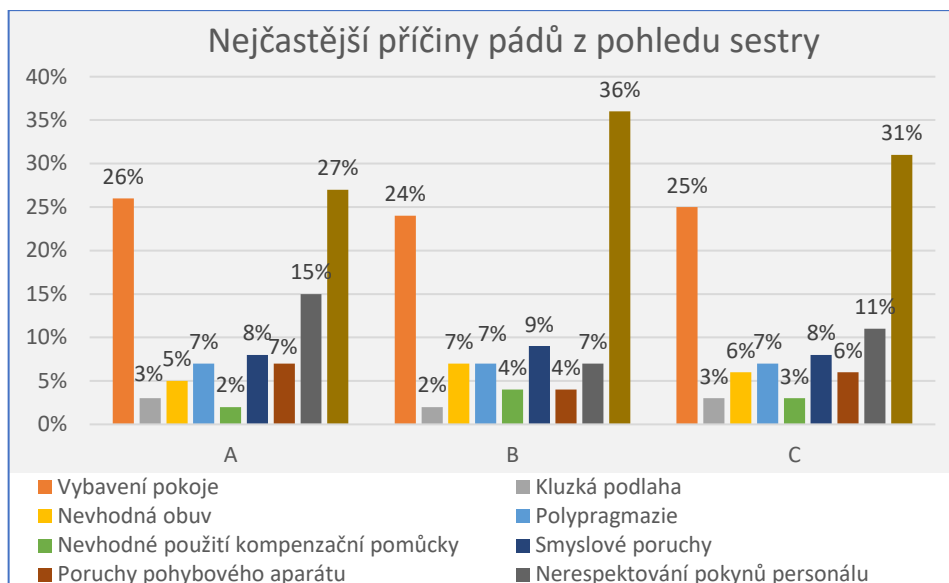


Graf 14 Počet užívaných léků pacientem-trvalá medikace

Riziko pádu výrazně zvyšuje počet užívaných léků. Zvyšuje se počet seniorů s polypragmazií. Polypragmazií, v rámci uvedení užívání tří a více léků pacientem, uvedl větší počet respondentů 75 (72 %) z celkového počtu 104 (100 %). 29 (28 %) respondentů uvedlo, že pacient užívá jeden až dva léky a pouze 0 (0 %) respondentů uvedlo, že pacient byl bez trvalé medikace.

Užívání menšího počtu léků jsme ve větší míře zaznamenali u pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici, což odpovědělo 20 (34 % $n_i = 59$) respondentů oproti počtu odpovědí 8 (18 % $n_i = 45$) z Psychiatrické nemocnice.

Užívání tří a více léků uvedl větší počet respondentů z Psychiatrické nemocnice 37 (82 %) než z Fakultní nemocnice 39 (66 %) Bez trvalé medikace nebyl ani jeden pacient.



Graf 15 Nejčastější příčiny pádů z pohledu sestry

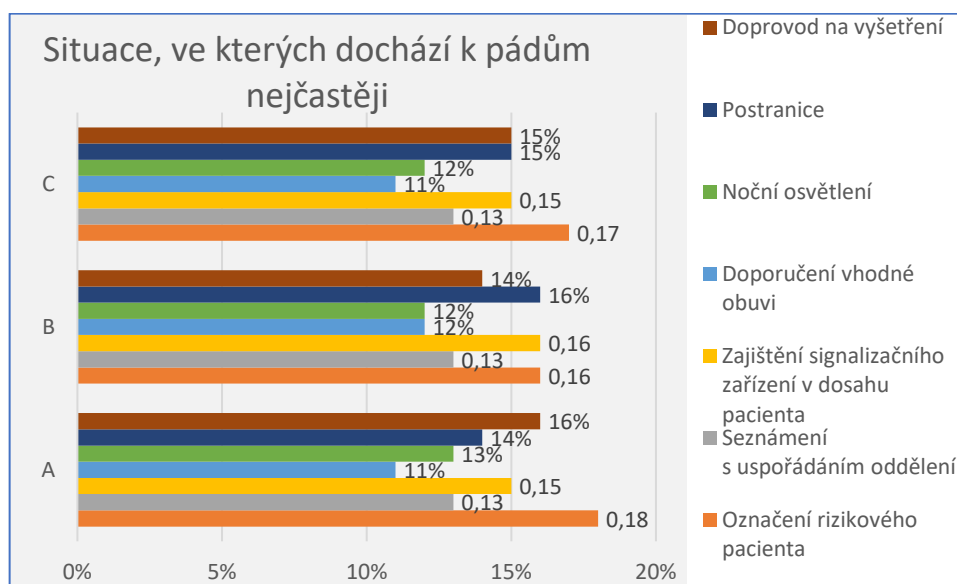
Jako nejčastější příčinu pádu z celkového počtu 104 (100 %) respondentů uvádí dezorientaci pacienta v počtu 32 (31 %) a vybavení pokoje v počtu 26 (25 %). Třetí nejčastější příčinu respondenti označili nerespektování pokynů personálu v počtu 12 (11 %). Smyslové poruchy uvedlo 9 (8 %) dotazovaných. Za méně časté příčiny respondenti uvedli poruchy pohybového aparátu 6 (6 %), nevhodnou obuv 6 (6 %), polypragmazii 7 (7 %), nevhodné použití kompenzačních pomůcek a kluzkou podlahu ve stejném počtu 3 (3 %).

Respondenti z Psychiatrické nemocnice ($n_i = 45$) častěji přisuzují zvýšené riziko pádu u pacientů dezorientovaných 16 (36 %) než respondenti z Fakultní nemocnice 16 (27 % $n_i = 45$).

Naopak respondenti z Fakultní nemocnice jako vyšší riziko pro pád pacienta 15 (26 %) uvádějí nevhodné vybavení pokoje ve srovnání s respondenty z Psychiatrické nemocnice 11 (24 %) a nerespektování pokynů personálu v počtu 9 (15 %) oproti 3 (7 %) dotazovaných z Psychiatrické nemocnice.

Polypragmazie je uváděna srovnatelně v obou kategoriích. Fakultní nemocnice 4 (7 %) a Psychiatrická nemocnice 3 (7 %).

Vnímání zbývajících uvedených rizik je přibližně srovnatelné v obou kategoriích.



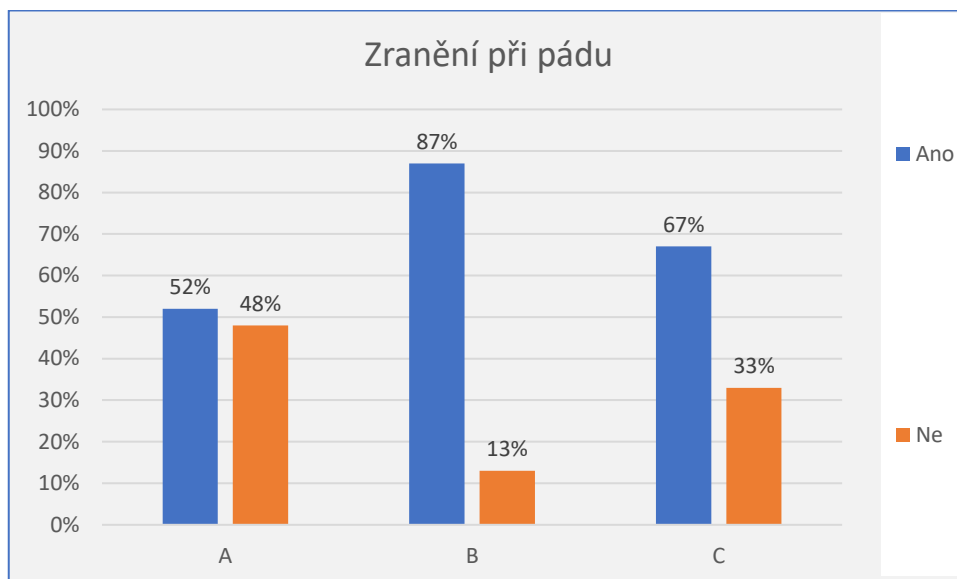
Graf 16 Situace, ve kterých dochází k pádům nejčastěji

Nejčastěji k pádům dle respondentů dochází pádem z lůžka, což uvedlo z celkového počtu 104 (100 %) respondentů 32 (31 %), z toho 15 (25 % $n_i=59$) a 17 (38 % $n_i=45$) a 16 (15 % $n_i=104$), z toho 17 (20 % $n_i=59$) a 15 (25 % $n_i=45$).

Opření o nestabilní oporu uvedlo 12 (11 % $n_i=104$), z toho 7 (12 %) z kategorie Fakultní nemocnice a 5 (11 %) z kategorie sester z Psychiatrické nemocnice. Stejný počet z celkového počtu 104 (100 %) respondentů uvedl přeлезení zábrany, z toho větší počet respondentů z Psychiatrické nemocnice přelézání postranice uvádí častěji 9 (20 %) než respondenti z Fakultní nemocnice 3 (5 %).

Ztrátu vědomí uvádí 11 (11 % $n_i=104$) z toho 9 (16 % $n_i=59$) a 2 (4 % $n_i=45$). Zakopnutí uvedlo 10 (10 % $n_i=104$) z toho 6 (11 % $n_i=59$) a 6 (11 % $n_i=45$). Uklouznutí uvedlo z celkového počtu 104 (100 %) respondentů 8 (8 %), z toho 5 (8 % $n_i=59$) a 3 (7 % $n_i=45$).

Nejméně respondentů uvedlo pád z vozíku 3 (3 % $n_i=104$), z toho 2 (3 % $n_i=59$) a 1 (2 % $n_i=45$).

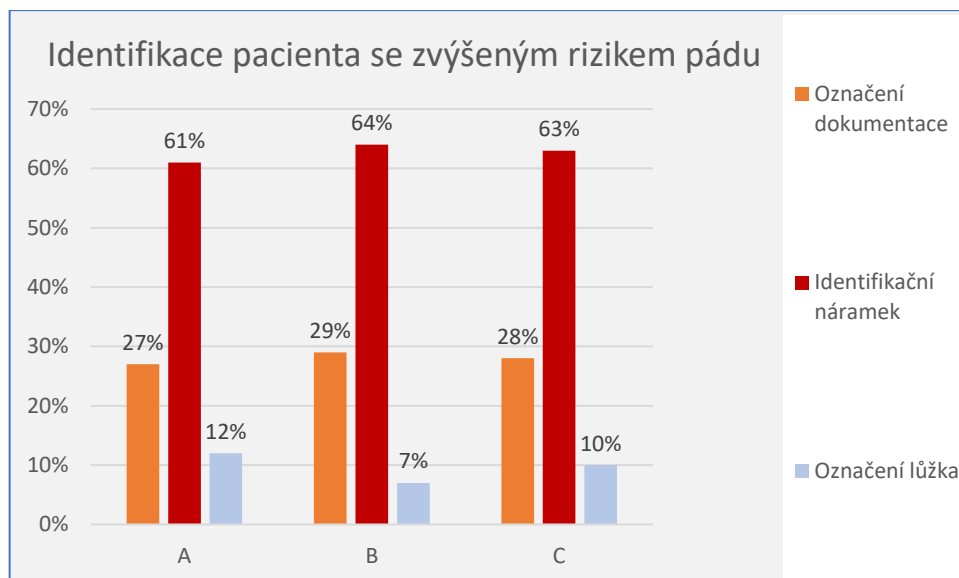


Graf 17 Zranění při pádu

Při pádů dochází často ke zranění pacienta. Zranění pacienta při pádu uvedl větší počet respondentů 70 (67 %) z celkového množství dotazovaných 104 (100 %). V případě, kdy ke zranění nedošlo odpovědělo 34 (37 %) dotazovaných.

Ke zranění dochází častěji v Psychiatrické nemocnici 39 (87 % $n_i = 45$) než ve Fakultní nemocnici 31 (52 % $n_i = 45$).

Větší počet respondentů z Fakultní nemocnice 28 (48 %) odpovědělo, že ke zranění nedošlo, než 6 (13 %) odpovědí z Psychiatrické nemocnice.

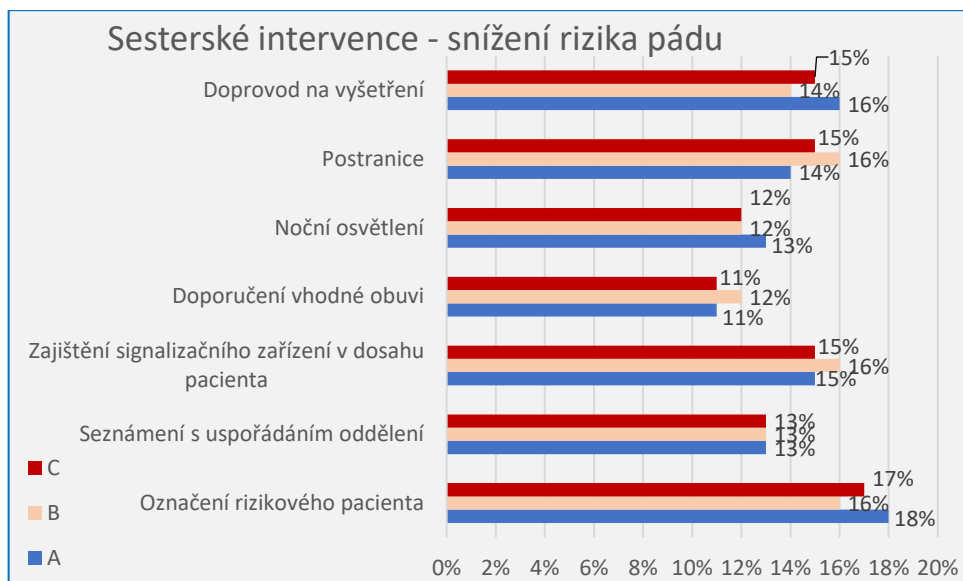


Graf 18 Identifikace pacienta se zvýšeným rizikem pádu

K identifikaci pacienta se zvýšeným rizikem pádu sestry nejčastěji používají identifikační náramek. Z celkového počtu respondentů 104 (100 %) tuto skutečnost uvedlo 65 (63 %) dotazovaných, z toho 36 (61 % $n_i = 59$) sester z Fakultní nemocnice a 29 (64 % $n_i = 45$) sester z Psychiatrické nemocnice.

Nejméně využívané je označení lůžka 10 (10 % $n_i = 104$), z toho 7 (12 % $n_i = 59$) ve Fakultní nemocnici a 3 (7 % $n_i = 45$) v Psychiatrické nemocnici.

V označení dokumentace se sestry prakticky shodují. Z celkového počtu 104 (100 %) k identifikaci rizikového pacienta používá označení dokumentace 29 (28 %), z toho 16 (27 %) z Fakultní nemocnice a 13 (29 %) z Psychiatrické nemocnice.

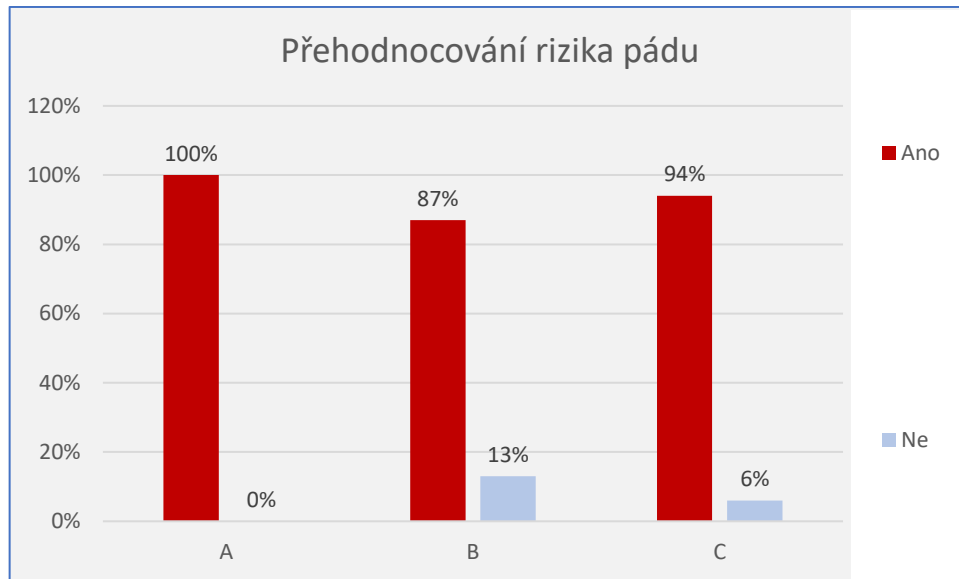


Graf 19 Sesterské intervence směřující ke snížení rizika pádu

Respondenti měli uvést alespoň tři sesterské intervence, zaměřené na snížení rizika pádu. Výsledný počet celkových odpovědí činí 610 (100 %). Cílem bylo zjistit, jaké intervence jsou v praxi nejčastější. Největší počet shodných odpovědí z celkového počtu 610 (100 %) se vztahoval na označení rizikového pacienta v počtu 104 (17 %) a v zajištění signalizačního zařízení v dosahu pacienta v počtu 94 (15 %), v používání postranic a zajištění doprovodu na vyšetření v počtu 93 (15 %). 80 (13 %) odpovědí se vztahovalo k seznámení pacienta s uspořádáním oddělení, 70 (11 %) k doporučení vhodné obuvi a 76 (12 %) k vhodnému nočnímu osvětlení.

V případě porovnání obou kategorií jsme nezaznamenali výrazný rozdíl v počtu odpovědí vztahujících se k sesterským intervencím. Největší počet shodných odpovědí sester z Fakultní nemocnice 59 (18 % $n_i = 335$) je patrný rovněž u sester z Psychiatrické nemocnice 45 (16 % $n_i = 275$) v rámci sesterské intervence vztahující se na označení rizikového pacienta.

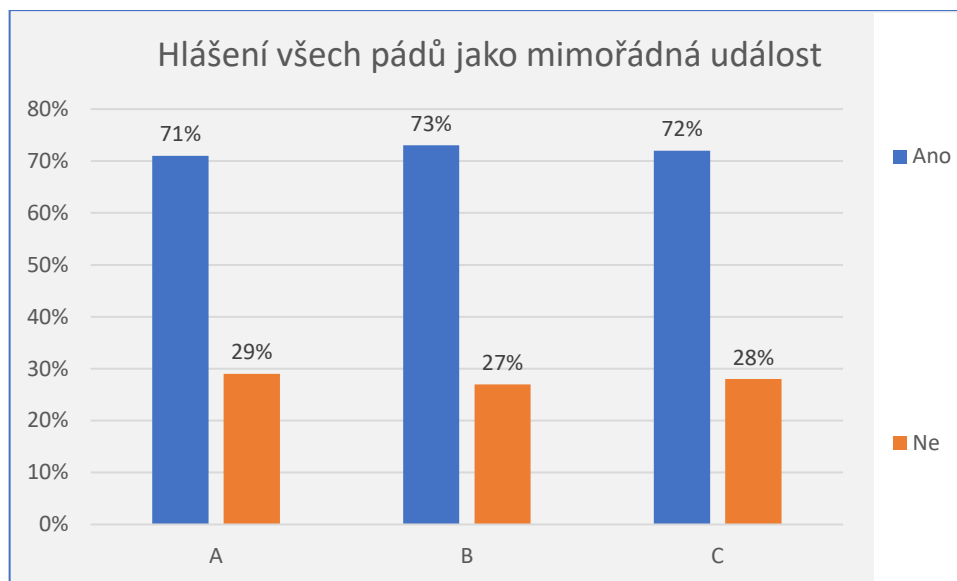
Nejméně častou odpověď jsme zaznamenali v případě sesterské intervence vztahující se k doporučení vhodné obuvi, což uvedl větší počet sester z Psychiatrické nemocnice 32 (12 % $n_i = 275$) ve srovnání se sestrami z Fakultní nemocnice 38 (11 % $n_i = 335$).



Graf 20 Přehodnocování rizika pádu u pacienta

Větší počet respondentů uvedl, že riziko pádů přehodnocuje pravidelně 98 (94 $n_i = 104$), pouze 6 (6 %) riziko pádů nepřehodnocuje.

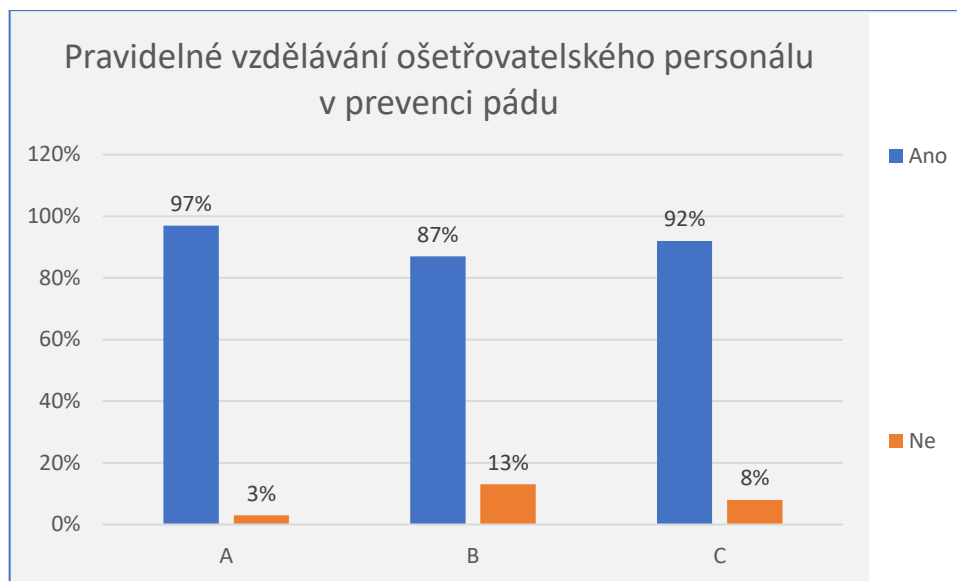
Přehodnocování rizika pádu u pacienta ve Fakultní nemocnici uskutečňují všechny sestry, oproti Psychiatrické nemocnici, kdy přehodnocování rizika pádu uvedlo 39 (87 % $n_i = 45$) dotazovaných, 6 (13 %) dotazovaných uvedlo, že riziko pádu nepřehodnocuje.



Graf 21 Hlášení všech pádů jako nežádoucí událost

Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů uvedlo, že všechny jsou hlášeny jako mimořádná událost větší množství dotazovaných 75 (72 %). Počet odpovědí sester z obou pracovišť je téměř srovnatelný. Kladnou odpověď jsme získali od 42 (71 % $n_i = 59$) sester z Fakultní nemocnice a 33 (73 % $n_i = 45$) sester z Psychiatrické nemocnice.

Rozdíl v počtu negativních odpovědí není výrazný. Sestry z Fakultní nemocnice odpověděly v počtu 17 (29 %), v porovnání s počtem odpovědí 12 (27 %) sester z Psychiatrické nemocnice.



Graf 22 Pravidelné vzdělávání ošetrovateľského personálu v prevencii pádu

Větší počet z celkového počtu 14 (100 %) respondentů uvedl, že je pravidelně vzděláván v oblasti prevence pádu v počtu 96 (97 %), pouze 8 (8 %) dotazovaných uvedlo, že vzdělávání nejsou.

Výrazný rozdíl není patrný ani v porovnání obou kategorií. Pravidelně jsou vzdělávány častěji sestry z Fakultní nemocnice 57 (97 % $n_i = 59$) než z Psychiatrické nemocnice 39 (87 % $n_i = 45$).

Větší počet respondentů z Psychiatrické nemocnice 6 (13 %) ve srovnání s počtem respondentů z Fakultní nemocnice 2 (3%) neabsolvuje pravidelné vzdělávání v oblasti prevence pádu.

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat prevenci pádu na gerontopsychiatrickém oddělení. Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Brně a Psychiatrické nemocnici. Dotazník obsahoval celkem 22 otázek. Do šetření bylo zahrnuto 104 respondentů z řad sester. V úvodu jsme zjišťovali, ve které nemocnici respondenti pracují, jejich věkovou kategorii, nejvyšší dosažené vzdělání a jaká je jejich délka praxe. Z výsledků vyplývá, že početnější skupinu respondentů tvořily sestry z Fakultní nemocnice v 57 % a 43 % z Psychiatrické nemocnice (Graf 1). V druhé otázce (Graf 2) vyšlo, že průměrnou věkovou skupinu ve Fakultní nemocnici tvořily sestry ve věku 45 let a výše (47 %) a v Psychiatrické nemocnici sestry ve věkové kategorii 22-35 let (38 %). Třetí a čtvrtá otázka byla zaměřena na vzdělání a délku praxe. V obou nemocnicích největší zastoupení tvořili respondenti se středoškolským vzděláním (77 %) (Graf 3) a praxí (Graf 4) v rozmezí 10-19 let ve (47 %).

Vyhodnocení VO 1: Jak často se respondenti během pracovní směny setkávají s pády pacientů?

K výzkumné otázce VO1, týkající se četnosti výskytu pádů pacientů, ke kterým došlo v průběhu pracovní směny sestry, se vztahovaly otázky č. 5 – 9, které jsou zaměřeny na frekvenci výskytu pádů v rámci směny sestry, určení místa, kde k pádům dochází nejčastěji, v jakém časovém úseku během dne a na výskyt pádů v souvislosti s věkem a pohlavím pacientů.

Výsledkem analýzy dat z položky č. 5 je, že během směny se sestry setkají s pádem pacienta nejčastěji jednou za měsíc, kdy jsme zaznamenali největší počet (59 %) shodných odpovědí z celkového počtu dotazovaných, z toho tuto skutečnost potvrdilo (64 %) sester z Fakultní nemocnice a (51 %) sester z Psychiatrické nemocnice. Denně (9 %) a vícekrát za den (7 %) se s pádem pacienta setkávají sestry z Psychiatrické nemocnice, naopak sestry z Fakultní nemocnice tuto skutečnost negují. Rozdílnost v počtu odpovědí z obou zařízení může souviset se skladbou hospitalizovaných pacientů, protože v Psychiatrické nemocnici je větší počet hospitalizovaných pacientů geriatrických. Naopak týdně se s pádem pacienta častěji setkají sestry z Fakultní nemocnice (36 %) ve srovnání s Psychiatrickou nemocnicí (Graf 5). Naše výsledky

se neshodují s výzkumem Říhové (2018), z kterého vyplývá skutečnost, že se respondenti s pádem pacienta nejčastěji setkají méně než jednou za měsíc (52 %). Naopak s naším výzkumem se shodují výsledky výzkumu Ptáčkové (2016), z kterého vyplývá, že s pádem pacienta se respondenti setkají nejčastěji 1- 3x za měsíc, kdy tuto skutečnost uvedlo (57,1 %) dotazovaných z celkového počtu 70 respondentů. Shodný výsledek přisuzujeme skutečnosti, že výzkum byl orientován na pády v geriatrické ošetrovatelské péči.

Položka č. 6 je zaměřena na výskyt pádů v souvislosti s věkem pacienta. Otázku jsme položili respondentům záměrně, z důvodu zaměření naší práce na geriatrické pacienty. Při porovnávání hospitalizovaných pacientů na základě věku, kdy jsme stanovili věkové rozmezí od 65 let do 85 let a více, jsme dospěli k závěru, že největší počet pádů se vyskytuje u pacientů ve věku 85 let a více, což uvedlo (53 %) všech dotazovaných, z toho (54 %) respondentů z Fakultní nemocnice a (51 %) respondentů z Psychiatrické nemocnice (Graf 6). Uvedené výsledky se shodují s výzkumem Fišerové (2011), kdy výsledkem je zjištění, že nejvyšší riziko pádů je zjevné u pacientů ve věkové skupině 85 – 89 let (32 %). Naš výzkum pouze potvrzuje skutečnost, že výskyt pádů je v přímé úměře s narůstajícím věkem. Tuto skutečnost rovněž uvádí Hronovská (2012).

Položka č.7 se vztahuje k pohlaví pacientů s cílem zjistit, zda je evidentní větší počet pádů u žen oproti mužům či naopak. Analýzou dat z položky č. 7 jsme došli k závěru, že počet pádů je prokazatelně vyšší u žen než u mužů, což zaznamenal větší počet dotazovaných (61 %) z celkového počtu respondentů. Uvedenou skutečnost zaznamenal větší počet sester (54 %) jak z Fakultní nemocnice, tak (70 %) z Psychiatrické nemocnice (Graf 7). Naše výsledky se shodují s výsledky výzkumu Fišerové (2011), která uvádí, že z celkového počtu 88 pádů, které prošly analýzou, bylo zaznamenáno více než polovina pádů (58 %) u žen. Častější výskyt pádů v ženské populaci rovněž udává Pidman (2017).

Položkou č. 8 jsme analyzovali největší výskyt pádů v závislosti na časovém úseku dne. Největší výskyt pádů jsme zaznamenali v nočních hodinách, což uvedlo (32 %) z celkového počtu dotazovaných. Výrazný rozdíl v porovnání obou kategorií jsme zaznamenali u respondentů z Psychiatrické nemocnice (36 %) oproti respondentům z Fakultní nemocnice (29 %). Vyššímu počtu pádů v nočních hodinách, které jsme zaznamenali v Psychiatrické nemocnici, dle našeho názoru předchází skutečnost, že výzkum byl prováděn na gerontopsychiatrickém oddělení, kde větší počet pacientů trpí demencí a dezorientací. Naše výsledky se shodují s výsledky práce Rezové (2006), která

udává největší výskyt pádů v nočních hodinách a přisuzuje je dezorientaci pacienta, která souvisí s probuzením pacienta v cizím prostředí, osvětlením pokoje, které není dostatečné a nasazením medikace pacientům ze skupiny hypnotik a sedativ. Naopak uvedené výsledky se neshodují s výsledky šetření provedeného Fišerovou (2011), která udává, že k pádům dochází nejčastěji v období mezi 6:00 – 14:00 hodinou. Fišerová (2011) se domnívá, že pády v uvedenou dobu souvisí s větší stimulací pacientů k fyzické aktivitě v rámci provádění osobní hygieny, rehabilitačního cvičení, přípravě na vyšetření.

Položka č. 9 je zaměřena na identifikaci místa, kde k pádům dochází nejčastěji. Fišerová (2011) uvádí, že při analýze všech zkoumaných protokolů bylo zjištěno, že v protokolech bylo uvedeno jako místo, kde došlo k pádu, pokoj pacienta (82 %). Zjištění Fišerové (2011) potvrzují rovněž výsledky našeho výzkumu. Pokoj, jako nejčastější místo, kde k pádu došlo, uvedl největší počet dotazovaných (52 %) z celkového počtu respondentů. Přičemž (56 %) pokoj uvedly sestry z Psychiatrické nemocnice a (49 %) sester z Fakultní nemocnice (Graf 9). Domníváme se, že uvedená skutečnost opět souvisí s dezorientací pacientů a jejich pohybovým omezením. Mnohdy pacienti ve snaze překonat postraníce upadnou. Někteří pacienti mají tendence svévolně opouštět lůžko, přeceňují své síly a nedbají nařízení a pokynů ošetrovatelského personálu. Je nutné provádět edukaci opakovaně a ověřit si, zda poučení pacient porozuměl.

Z analýzy položek č. 5 – 9 našeho výzkumu jsme došli k závěru, že s pády pacientů se sestry nejčastěji setkávají jednou za měsíc, nejčastěji v nočních hodinách a na pokoji pacienta, kdy největší riziko pádu je zjevné u geriatrických pacientů ve věku 85 let a více, přičemž výraznější je počet pádů v ženské populaci.

Vyhodnocení VO 2: Jaké rizikové faktory přispívají k pádům pacientů?

K výzkumné otázce VO 2, se vztahovaly položky č. 10 – 17, které jsou zaměřeny na existenci záznamu pádu v anamnéze pacienta, jeho mentální stav, přítomnost určité smyslové poruchy, používání kompenzačních pomůcek a počet užívaných léků. Cílem bylo rovněž zjistit jaké jsou nejčastější příčiny pádů a v jakých situacích dochází k pádům nejčastěji. Výsledky našeho výzkumu jsme porovnávali s výzkumem Fišerové (2011), Nábožné (2017).

Riziko pádu je podstatně vyšší u pacienta, který již má v anamnéze pád uveden. Uvedená informace je zásadní nejen pro stanovení rizika pádu, ale také pro zavedení konkrétních

opatření v rámci prevence. Uvedený údaj jsme analyzovali položkou č. 10. Pád v anamnéze pacienta uvedlo (64 %) dotazovaných z celkového počtu respondentů, z obou porovnávaných kategorií pád v anamnéze pacienta uvedlo více než polovina respondentů (Graf 10). Stejným problémem se zabývala ve svém výzkumu (Fišerová, 2011), která došla k závěru, že pád byl zaznamenán v 68 % protokolů, které byly zkoumány. V rámci nastavení preventivních opatření je nezbytně nutné se zaměřit na anamnézu pacienta a uvedený údaj neopomíjet.

Položkou č. 11 jsme zjišťovali mentální stav pacienta. Na pádu pacienta se výraznou měrou podílí jeho mentální stav, který je sestra povinná zhodnotit, sledovat a zaznamenat. Největší počet respondentů (33 %) z celkového množství dotazovaných uvedlo, že pacient byl dezorientovaný, přičemž jsme zaznamenali výrazný rozdíl mezi oběma kategoriemi. Dezorientovanost pacienta uvedl větší počet respondentů z Psychiatrické nemocnice (42 %) oproti dotazovaným (27 %) z Fakultní nemocnice. Uvedený rozdíl přisuzujeme skladbě pacientů, protože na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice je zřetelně vyšší počet dezorientovaných pacientů ve srovnání se standardními odděleními Fakultní nemocnice (Graf 11). Naše výsledky se neshodují s výsledky výzkumu Fišerové (2011), která naopak uvádí, že před pádem bylo více než polovina (56 %) pacientů orientovaných.

Přítomnost smyslové poruchy je jedním z dalších rizikových faktorů pro vznik pádu. Položka č. 12 byla zaměřena na zmapování přítomnosti smyslové poruchy u pacientů. Největší počet shodných odpovědí se vztahoval ke zrakovému problému (35 %) a problému se sluchem (26 %), přičemž v porovnání obou kategorií jsou výsledky srovnatelné (Graf 12). Naše výsledky jsou v souladu s výsledky výzkumu Fišerové (2011), která uvádí, že u (41 %) pádů byl zaznamenán zrakový problém.

Položka č. 13 jsme zjišťovali, zda pacient používal nějakou kompenzační pomůcku. Respondentům jsme dali možnost označit více než jednu odpověď, protože jsme předpokládali, že někteří pacienti budou používat více než jednu pomůcku. Největší počet respondentů uvedl brýle (31 %) a hole/berle (27 %), obě uvedené kompenzační pomůcky uvedl srovnatelný počet respondentů z obou porovnávaných kategorií (Graf 13). Naše zjištění je v souladu s výzkumem Nábožné (2017), která položila respondentům otázku, týkající se rizikových faktorů, přičemž nejvíce (40 %) dotazovaných uvedlo kompenzační

pomůcky sloužící k přesunu a lokomoci a druhá nejčastější odpověď se vztahovala k používání berlí (33 %).

Polypragmázie je jedním z dalších rizikových faktorů vzniku pádu. Krombholz, Drástová, (2013) se tématu polypragmázie věnují podrobněji a označují ji jako nešťastný jev s kterým se setkáváme nejen v gerontopsychiatrii. Pacienti užívají velký počet léků, který se dá mnohdy redukovat. Položka č. 14 je zaměřena na počet užívaných léků pacientem. Zjistili jsme, že největší (72 %) počet respondentů z obou kategorií uvedl užívání 3 a více léků, přičemž výrazněji je polypragmázie patrná u pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici (82 %) oproti Fakultní nemocnici (66 %). Domníváme se, že větší množství užívaných léků souvisí s užíváním psychofarmak, kdy pacienti hospitalizovaní na gerontopsychiatrickém oddělení netrpí pouze psychickými problémy, ale rovněž je u nich přítomné určité somatické onemocnění (Graf 14).

Z našeho šetření vyplynul soulad s tvrzením Mlýnkové (2011), která konstatuje, že užívání léků a jejich nežádoucí účinky spadají do skupiny rizikových faktorů pádů a podílí se tak na jejich vyšší incidenci.

Položka č. 15 je zaměřena na určení nejčastější příčiny pádů z pohledu sestry. Jako nejčastější příčinu vzniku pádu sestry uvedli dezorientaci pacienta (31 %) a nevhodné vybavení pokoje (25 %), přičemž výsledky z obou porovnávaných kategorií se shodují (Graf 15). Dle respondentů k pádům dochází nejčastěji pádem z lůžka (31 %), což uvedl srovnatelný počet respondentů z obou porovnávaných kategorií (Graf 16). Zranění při pádu uvedl větší počet respondentů (67 %) z celkového množství dotazovaných, kdy tuto skutečnost uvedlo více než 50 % dotazovaných z obou nemocnic (Graf 17). Fišerová (2011) rovněž došla v rámci šetření ke zjištění, že ke zranění pacienta v důsledku pádů dojde až v polovině případů, přičemž nejčastěji se jednalo o pád z lůžka (27 %). Jako nejčastější příčinu pádů ve své bakalářské práci Adamcová (2015) uvádí rovněž pád z lůžka (26 %). Je nutné zajistit bezpečnost pacienta s ohledem na možnost pádu z lůžka. Provádět řádnou edukaci pacienta o použití signalizačního zařízení a přivolání sestry, která mu pomůže při vstávání z lůžka. Rovněž je nutné kontrolovat stav lůžka, zda jsou zabrzděná jezdicí kolečka.

Z analýzy dat položek 10 -17 vyplývá zjištění, že většina pacientů má v osobní anamnéze uveden pád, před pádem je většina pacientů dezorientovaných a u většiny je přítomná nejčastěji porucha zraku. Většina pacientů, kteří utrpěli pád používá brýle

a hole/berle. Riziko pádů je výrazně zvýšeno přítomností polypragmazií, která je výraznější na gerontopsychiatrickém oddělení. Nejčastější příčinou pádu je mentální stav pacienta, jeho dezorientace a nevhodné vybavení pokoje. Více než polovina pacientů následkem pádu utrpí zranění. Ke zranění dojde nejčastěji pádem z lůžka.

Vyhodnocení VO 3: Jaká opatření používají sestry v prevenci pádů pacientů?

K vyhodnocení VO 3 jsme použili výsledná data z položek 18 – 22. K identifikaci pacienta s vysokým rizikem pádu nejčastěji sestry použijí identifikační náramek (65 %) a označení dokumentace pacienta (29 %). Shodně odpověděli respondenti z obou námi porovnávaných nemocnic (Graf 18). Naše výsledky jsou v souladu s výsledky výzkumu Špendlíkové (2014), která uvádí, že v léčebně dlouhodobě nemocných sestry pacienta rovněž identifikují nejčastěji identifikačním náramkem. Ze sesterských intervencí zaměřených na snížení rizika pádu největší počet respondentů (17 %) uvedl označení rizikového pacienta (Graf 19). Výsledek nám koresponduje se zjištěním, kdy sestry uvedly, že k identifikaci rizikového pacienta nejčastěji využijí identifikační náramek. Přehodnocování rizika pádu u pacienta respondenti provádějí pravidelně (94 %) z celkového počtu dotazovaných, z toho (100 %) sester z Fakultní nemocnice. Z Psychiatrické nemocnice (6 %) sester uvedlo, že riziko pádu pravidelně nepřehodnocují (Graf 20). Naše výsledky se shodují s výsledky šetření provedeného v rámci výzkumu Habartové (2015), která uvádí, že větší počet sester vždy přehodnocuje riziko pádu u pacienta. Všechny pády hlásí většina sester (72 %) jako mimořádnou událost. Výsledky jsou srovnatelné v obou nemocnicích. Všechny pády jako mimořádnou událost nehlásí (28 %) dotazovaných z celkového počtu respondentů (Graf 21). Domníváme se, že důvodem k nenahlášení pádu jako mimořádné události je zapříčiněn strachem sester z možného postihu. Jiným důvodem může být administrativní přetížení sester. Zajímavé je srovnání našeho výzkumu s výzkumem Říhové (2018), která udává, že pády jako mimořádnou událost hlásí všichni respondenti. Právě toto zjištění nabádá k provádění důslednějších auditů práce sester tak, aby byly hlášeny všechny pády jako mimořádná událost a provádět edukaci sester o důležitosti těchto hlášení. Pravidelně se vzdělává většina respondentů z obou nemocnic (92 %), pouze (3 %) sester z Fakultní nemocnice a (13 %) sester z Psychiatrické nemocnice uvedlo, že se v dané oblasti pravidelně nevzdělávají (Graf 22).

6 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě námi provedené analýzy dat a zjištění, která z nich vyplývají, navrhujeme doporučení pro klinickou praxi.

Doporučení pro sestry:

- zajistit zvýšený dohled na pacienty v nočních hodinách
- edukovat pacienta o signalizačním zařízení
- edukovat pacienta opakovaně
- provádět kontrolu zabrzděných koleček u lůžka a celkový stav lůžka
- bezprodleně po přijetí identifikovat rizikového pacienta
- edukovat pacienta o opatrném vstávání z lůžka a rizicích pádu
- edukovat pacienta o vedlejších účincích užívané medikace
- pravidelně přehodnocovat riziko pádu
- edukovat pacienta o vhodné obuvi
- seznámit pacienta s novým prostředím
- edukovat pacienta o možnostech využití opěrných pomůcek jako jsou madla, zábradlí
- Pomocí vhodně vybraných škál predikovat rizika pádu u pacienta s dezorientací a polypragmazií.
- U zjištěných rizik implementovat vhodná opatření k odstranění nebo omezení pádů u jednotlivých klientů.
- kontrolovat stav kompenzačních pomůcek

Doporučení pro management:

- zajistit dostatečný audit s ohledem na hlášení pádů jako mimořádné události
- zajistit pravidelné vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti prevence pádu
- zajistit bezbariérovou úpravu pokojů
- zajistit dostatečné osvětlení nemocničního pokoje
- zajistit protiskluzné hroty holí
- zajistit protiskluzové podložky v koupelně

- edukovat pravidelně zdravotnický personál se standardy ošetrovatelské péče a provádět audity a jejich dodržování
- zajistit dostatečný počet ošetrovatelského personálu

Závěr

Předmětem bakalářské práce byla prevence pádu na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry. Cílem bylo zmapovat prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení. Problematika pádů je stále aktuálním tématem nejen na gerontopsychiatrickém oddělení. Z toho důvodu jsme provedli komparaci výsledků našich zjištění z Fakultní nemocnice v Brně a Psychiatrické nemocnice ve Zlínském kraji.

Záměrem našeho výzkumu bylo zjistit jaká je aktuální situace výskytu pádů v obou nemocnicích a jaká preventivní opatření sestry preferují k eliminaci pádů pacientů. Zjistili jsme informace vztahující se k četnosti pádů, rizikovým faktorům a preventivním opatřením. Zaměřili jsme se také na vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti prevence pádů.

Práce pro mě byla velmi přínosná. Respondenti měli zájem o zpětnou vazbu ohledně výsledků šetření. Výsledky výzkumu ukázaly, že zdravotnický personál je dobře informován o problematice pádů a dokáže adekvátně využít všechny dostupné prostředky k zajištění bezpečnosti pacientů. Zároveň však vidíme i nedostatky. Přes veškerou snahu zabránit pádu pacienta k nim stále dochází. Příčinu spatřujeme především v nedostatečném zajištění zdravotnického personálu a kompenzačních pomůcek. Dle našeho názoru je stále viditelný nedostatek madel na chodbách, v některých případech noční osvětlení není dostatečné.

Pády seniorů výrazně ovlivní jejich kvalitu života a prodlouží jejich hospitalizaci, která souvisí s odloučením od jejich rodiny. Proto je nezbytně nutné všemi dostupnými prostředky zajistit bezpečnost pacientů a rizika pádu eliminovat na co nejmenší úroveň.

Velmi dobrým řešením by bylo zřizování speciálních lůžkových jednotek s posíleným počtem ošetrovatelského personálu určených pro pacienty, u kterých je prokázáno vysoké riziko vzniku pádu. Kalvach, Onderková (2006) uvádí, že k takovému řešení již přistoupili některá nemocniční zařízení v zahraničí. Předpokládáme, že je pouze otázkou času, kdy obdobné řešení se dostane taktéž do českých nemocnic.

Vytyčený cíl, který jsme si na začátku bakalářské práce stanovili byl splněn.

Seznam použité literatury

ADAMCOVÁ, Aneta, 2015. *Charakteristika pádů u pacientů hospitalizovaných na interním oddělení*. [online]. [cit. 1.4.2019]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/60798/AdamcovaA_CharakteristikaPadu_MK_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

BIZOVSKÁ, L., M. JANURA, M. MÍKOVÁ a Z. SVOBODA, 2017. *Rovnováha a možnosti jejího hodnocení*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 125 s. ISBN 978-80-244-5259-3.

CRUZ-JENTOFT, A. J. a kol. *European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease. European Summit on Age-related Disease*. Překlad HOLMEROVÁ, Iva, 2009. Wrocław: 2008. 18 p. [online]. 2008 [cit. 2018-12-25]. Dostupné z: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Evropska_stribrna_kniha.pdf.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2008. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. Závěrečná zpráva. [online]. [cit. 2019-20-01]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/pady/>

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2015. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v roce 2015: Ukončení projektu. Závěrečná zpráva*. [online]. [cit. 2019-20-01]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_pady_2015.pdf

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, LINET, 2013. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012: výroční zpráva*. [online] [cit. 2018-29-11]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf

ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ a H. DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DOSTÁLOVÁ Barbora a Helena NAHODILOVÁ, 2011. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení*. [online]. [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>

FÍŠEROVÁ, Lucie, 2011. *Příčiny a prevence pádů seniorů na geriatrickém oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci*. Olomouc, 2011. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.

HABARTOVÁ, Edita, 2015. *Problematika pádů u geriatrických klientů z pohledu zdravotnických profesionálů* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/8izse6/>>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Výbrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK, Roman a kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén. 350 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-726-2455-5.

KOUBOVÁ, Michaela, 2015. *Pády pacientů v nemocnicích: V ČR ubývá zranění, USA prevencí šetří milióny dolarů*. [online]. [cit. 2018-05-12]. Dostupné z:

<http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/08/pady-pacientu-v-nemocnicich-v-cr-ubyva-zraneni-usa-prevenci-setri-miliony-dolaru/>

KROMBHOLZ, Richard a Hana DRÁSTOVÁ, 2013. Polypragmázie – neblahý fenomén nejen v gerontopsychiatrii. *Interní medicína*, 2013, 15(8 9). s. 263 265.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2013. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MARX, David, 2005. Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, roč.1, č. 3. s.140-173. ISSN 1801-1349

MEDICAL TRIBUNE CZ., 2007. *Asociace: Zdravotníci se stále bojí přiznat pády svých pacientů*. [online]. [cit. 2015-20-01]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/3287>

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-802-4738-727.

NÁBOŽNÁ, Veronika, 2017. *Manažment prevencie pádov u hospitalizovaného pacienta*. [online]. [cit. 1.4.2019]. Bakalárska práca. Katolícka univerzita v Ružomberku FZ KU KOSE. Dostupné z: <http://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild0020460B>

Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí, 2016. [online]. [cit. 2019-03-18]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz>.

TALLEY J, Nicholas, Simon O'CONNOR. 2013. *Clinical examinationA systematic guide to physical diagnosis*. 7. vydání. Elsevier health sciences. 624 s. ISBN 978-07-295-81479.

QUIGLEY, Patricia A., Scott D. BARNETT, BULAT, Tatjana a Yvonne FRIEDMAN. Reducing Falls and Fall-Related Injuries in Mental Health: A 1 – Year Multihospital Falls Collaborative. *Journal of nursing care quality*, 2014, 29(1). p. 51–59. DOI: 10.1097/01.NCQ.0000437033.67042.63.

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 296 s. ISBN 978-80-247-9254-5.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 183 s. ISBN 978-802-4714-905.

PTÁČKOVÁ, Iveta, 2016. *Prevence pádů v geriatrické ošetrovatelské péči*. [online]. [cit. 1.4.2019]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/25045/1/Prevence%20padu%20v%20geriatricke%20osetrovatelske%20peci%20-%20Iveta%20Ptackova.pdf>

RESOURCES, Joint Commission, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

ŘÍHOVÁ, Lucie. *Edukace všeobecných sester o riziku pádu hospitalizovaného pacienta* [online]. Jihlava, 2018 [cit. 2019-04-1]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/17zxvt/>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SVOBODOVÁ, Dita a Dana JURÁSKOVÁ, 2010. Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice. *Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*, 2010, 6(9). s. 29–33. ISSN 1801- 464x.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 62 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005., *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Metodika Nežádoucí událost Pád (zkrácená verze)*. 3 s. online. 2017 [cit. 2018-29-11]. Dostupné z: http://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_zkracena_verze_metodiky.pdf.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VICTOR, C., A. DICKINSON, NARAYANAN, V., C. SIMPSON, GRIFFITHS, C. a D. HUMPHREY. Falling in Acute Mental Health Settings for Older People: Who falls, where, when and why? *Journal of Gerontology and Geriatric Research*, 2014, 3(4).

p. 1-8. ISSN:2167-7182. DOI: 10.4172/2167-7182.1000173.

VOJENSKÁ NEMOCNICE OLOMOUC, 2019. SOP č. 6 *Péče o pacienta s rizikem pádu*. Platnost od 1.1.2019

VYHNÁLEK, Radim, 2007. (Ed). *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vydání. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Jednoduchý screeningový test pro vyhodnocení pádu

Příloha č. 2 Testu Get up and Go dle Tinettiové

Příloha č. 3 Standard ošetrovatelské péče

Příloha č. 4 Dotazník

Příloha č. 1*Screeningový test pro vyhodnocení rizika pádu*

Nástroj pro určení rizika pádu pacienta		
Během příjmového vyhodnocení posuďte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte status pacienta podle potřeby.		
		Aktivita Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	S použitím pomůcek	1
	Potřebuje pomoc	1
	Neschopen pohybu	1
Vyprazdňování	Nepotřebuje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Potřebuje pomoc	1
Medikace	Nemá rizikové léky	0
	Má léky ze skupiny diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové smyslové deficity	1
Mentální status	Pacient je orientován a je bystrý	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18–75	0
	75 a výše	1
	Celkové skóre	

PROTOKOL
Skóre 3 nebo více, vyžaduje následující:
Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“.
Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy.
Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety.
Umístěte signalizační zařízení na dosah ruky pacienta a vysvětlete jeho funkci.
Zajistěte vhodnou obuv.
Zajistěte hygienický režim (3/24 hodin).
Odstraňte překážky v okolí pacienta.
Zajistěte vhodné noční osvětlení.
Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v jeho dosahu.

Zdroj: ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 62 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

Příloha č. 2

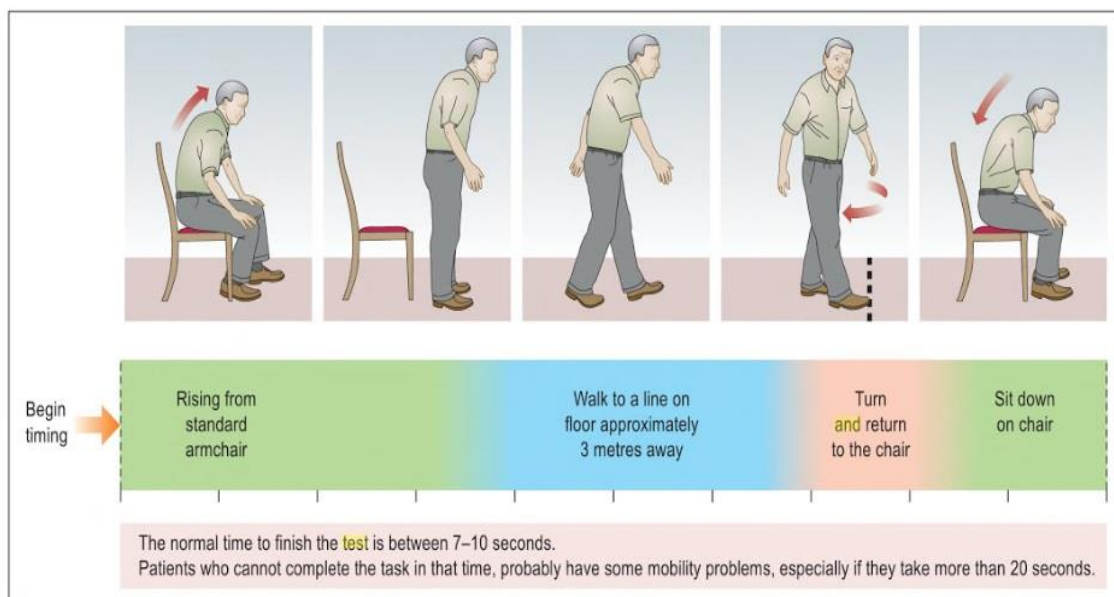


Figure 42.1 'Get up and go' test

1. 'Stand **up** now for me **and** walk over to here.' 2. 'Now turn around **and** walk back.' 3. 'Now come **and** sit down again.' Difficulty standing **up** from a chair indicates an increased falls risk.¹

(Elder A, MacDonald E. *Macleod's clinical examination*, 13th edn. Copyright © 2013 Elsevier Ltd All rights reserved.)

Zdroj: TALLEY J, Nicholas, Simon O'CONNOR. 2013. *Clinical examination A systematic guide to physical diagnosis*. 7. vydání. Elsevier health sciences. 624 s. ISBN 978-07-295-81479

Multimediální тренаžér plánování a ošetrovatelské péče

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

- slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta

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

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

CELKEM:(max. 12 bodů)

Příloha č. 3

Vojenská nemocnice Olomouc
Sušilovo nám. 5, 779 00 Olomouc
Tel.: 973 201 111, fax: 585 222 486, e mail: vnol@vnol.cz

SOP č. 6 PÉČE O PACIENTA S RIZIKEM PÁDU

Skupina, které se poskytuje péče: pacienti Vojenské nemocnice Olomouc.

Vypracovala: Anežka Kuchtová v. s. neurologického odd.
Schválila: NpOP Mgr. Hana Zrníková

CNS = centrální nervová soustava, NU= nežádoucí událost, FF= fyziologické funkce
NpOP = náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči, NIP = následná intenzivní péče, DIOP = dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Účel standardu: prevence a snížení rizika pádu pacienta. Dostatečně informovaný, edukovaný pacient a zajištění jeho bezpečnosti. Identifikování rizikového pacienta, faktoru vzniku pádu a minimalizace komplikací.

STRUKTURA	PROCES	VÝSLEDEK
S1 Pomůcky červený štítek k označení identifikačního náramku a dokumentace, NIS screening „Hodnocení rizika pádu“: S2 Sestra umí zhodnotit riziko pádu: posouzení rizika/možnost vzniku pádu u pacienta dle vnitřních a vnějších faktorů - porušení CNS, onemocnění pohybového aparátu nebo snížení jejich funkčních rezerv, kardiovaskulární onemocnění, poruchy psychiky (demence, deprese, delirantní stavy), fyziologické změny orgánů v důsledku stárnutí, metabolické poruchy, nežádoucí účinky léků, porušení funkce smyslů S3 Sestra umí provést identifikaci rizikového pacienta výpočtem skóre rizika pádu v NIS s klasifikací - 0 bez rizika 1 - 3 body malé riziko, 4 - 6 bodů střední riziko pádu 7 - 10 bodů vysoké riziko pádu S4 Četnost přehodnocování rizika pádu 1x /14 dní standardní oddělení, JIP, ARO, NIP, DIOP 1x /měsíc oddělení následné péče - při změně kategorie pacienta, změny rizikového faktoru ve smyslu + či - (akutní fáze choroby, premedikace, operace) - při překladi pacienta z a na jiné oddělení - při pádu pacienta S5 Za rizikového se označuje pacient se stupněm od 3 bodů a výše červeným identifikačním náramkem. S6 Sestra umí vyplnit formulář NU.	P1 Sestra při příjmu/po překladi posoudí vnitřní a vnější faktory možného pádu (pády v anamnéze, porušení CNS,...S2) maximálně do 12 hod od příjmu. Identifikaci stupně rizika provede výpočtem skóre rizika pádu v NIS (S3). P2 Edukuje pacienta - pokud nelze pacienta z nějakého důvodu edukovat, nutno zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace, - edukace o důvodu a způsobu prevence pádu, - edukace o opatřeních snižujících riziko pádu, - edukace rodinného příslušníka P3 Prevence pádu - prevence je soubor činností, které jsou v kompetenci celého ošetrovatelského týmu, - prevence neznámá znemožnit pohyb pacienta, - označení rizikového pacienta (červený štítek), - používání kompenzačních pomůcek - ošetrovatelská vstupní anamnéza, - seznámení pacienta s uspořádáním oddělení, s rizikovými místy (např. schodiště, překážky), pomoc při orientaci v novém prostředí, signalizační zařízení, - informování pacienta / jeho rodiny o opatřeních, která mají za cíl předcházet pádům, vhodná obuv, noční osvětlení, doprovod na vyšetření, - označení mokré podlahy výstražným jehlanem s nápisem „Mokrý podlaha – nebezpečí pádu“. P4 Pokud dojde k pádu pacienta na jiném oddělení, než je pacient hospitalizován, vyplní tento formulář to oddělení na kterém je hospitalizován, prostřednictvím informací od zdravotníků z oddělení, na kterém došlo k pádu. P5 Pád osoby, která není hospitalizovaná - posouzení stavu vědomí, schopnost osoby reagovat na oslovení, kontrola základních životních funkcí, prvotní ošetření - privolání lékaře a zajištění ošetření uvedené osoby dle jeho ordinace, - záznam do ambulantní dokumentace a do „Nežádoucí události“, (v kolonce příjmení se za lomítko napíše NÁVŠTĚVA „Nováková/ NÁVŠTĚVA“ nebo „Nováková/ambulantní pacient“) - zaznamenání času pádu, co jste viděli, slyšeli, jakou péči jste poskytli na místě, kde k pádu došlo, jméno lékaře a dalších osob, které byly informovány - záznam nežádoucí události se zakládá v tištěné formě do zdravotnické dokumentace (ambulantní karty).	V1 Po posouzení je zjištěn stupeň rizika pádu. Při klasifikaci pádu je postupováno dle směrnice Sm M - 03/2015. V2 Jsou definovány příčiny možného pádu. V3 Jsou provedeny činnosti v prevence pádu (P3). V4 Pacient má od 3 bodů skóre červený identifikační pásek. V5 O riziku pádu pacienta je informován veškerý ošetrující personál. V6 Je dodržován postup dle P1 – P2 V7 Po pádu hospitalizovaného pacienta je provedeno posouzení stavu vědomí, schopnost pacienta reagovat na oslovení, kontrola základních životních funkcí, prvotní ošetření, privolání lékaře a ošetření pacienta dle jeho ordinace, zjištění příčiny pádu, přehodnocení rizika pádu pacienta, provedení opatření zabraňujících opakování pádu, záznam NU se vyplněn v NIS a založen v tištěné formě ve zdravotnické dokumentaci, „POZOR - pozdní projevy pádu se mohou projevit až do 72 hod. po incidentu. P8 Personál je seznámen s výsledky a nápravnými opatřeními pádu ve VNO (Alfresco).

SOP č. 6 Péče o pacienta s rizikem pádu. Stránka 1 z 1 Platnost od 1. 4. 2016

Zdroj: Vojenská nemocnice Olomouc

Příloha č. 4

Vážení respondenti,

jmenuji se Markéta Gajová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku. Získané údaje poslouží k vypracování mé bakalářské práce. Cílem práce je zmapovat prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení. Celý dotazník je anonymní.

Děkuji za spolupráci.

Z následujících možností vyberte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

1. Ve které nemocnici pracujete?

- ☐ FN svaté Anny Brno
- ☐ Psychiatrická nemocnice Kroměříž

2. Uveďte Váš věk

- ☐ 22–35 let
- ☐ 36–44 let
- ☐ 45 a více

3. Nejvyšší dokončené vzdělání?

- ☐ SZŠ
- ☐ VOŠ
- ☐ VŠ

4. Jaká je délka Vaší praxe?

- ☐ 1-9
- ☐ 10-19
- ☐ 20 a více

5. Uveďte frekvenci výskytu pádu

- ☐ denně
- ☐ vícekrát za den
- ☐ každý týden
- ☐ jednou za měsíc

6. Uveďte věk pacienta, u něhož došlo k pádu

- ☐ 65–74 let
- ☐ 75–84 let
- ☐ 85 a více

7. Uveďte pohlaví pacienta

- ☐ žena
- ☐ muž

8. Ve kterém časovém úseku dne došlo nejčastěji k pádu?

- ☐ ráno
- ☐ dopoledne
- ☐ během oběda
- ☐ odpoledne
- ☐ večer
- ☐ v nočních hodinách

9. Identifikujte místo, kde k pádu dochází nejčastěji

- ☐ pokoj
- ☐ koupelna/WC
- ☐ chodba
- ☐ jídelna
- ☐ vyšetřovna

10. Měl pacient v osobní anamnéze uvedený pád?

- ☐ ano
- ☐ ne

11. Mentální stav pacienta

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ orientovaný | ☐ apatický |
| ☐ dezorientovaný | ☐ agresivní |
| ☐ úzkostný | ☐ depresivní |

**12. Byla u pacienta přítomná některá z uvedených smyslových poruch?
/můžete označit více možností/**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ zrakový problém | ☐ poruchy řeči |
| ☐ sluchový problém | ☐ žádný |
| ☐ poruchy rovnováhy | |

13. Používal pacient nějakou kompenzační pomůcku?

- /můžete označit více možností/**
- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ hole/berle | ☐ brýle |
| ☐ chodítka | ☐ protéza |
| ☐ vozík | ☐ žádná |
| ☐ naslouchátko | |

14. Uveďte počet užívaných léků v rámci trvalé medikace

- ☐ 1–2 léky
- ☐ 3 a více léků
- ☐ bez trvalé medikace

15. Uveďte nejčastější příčiny pádů

- | | |
|---|--|
| ☐ vybavení pokoje | ☐ smyslové poruchy |
| ☐ kluzká podlaha | ☐ poruchy pohybového aparátu |
| ☐ nevhodná obuv | ☐ nerespektování pokynů personálu |
| ☐ polypragmazie | ☐ zmatenost/ dezorientace |
| ☐ nevhodné použití kompenzační pomůcky | |

16. Ve kterých situacích dochází k pádům nejčastěji?

- ☐ zakopnutí
- ☐ pád z lůžka/křesla
- ☐ uklouznutí
- ☐ pád z vozíku
- ☐ ztráta vědomí
- ☐ opření o nestabilní oporu
- ☐ ztráta rovnováhy
- ☐ přelezání zábrany

17. Došlo při pádu ke zranění?

- ☐ ano
- ☐ ne

18. Jak identifikujete pacienta s vysokým rizikem pádu?

- ☐ označení dokumentace
- ☐ identifikační náramek
- ☐ označení lůžka

19. Uveďte alespoň tři sesterské intervence zaměřené na snížení rizika pádu

.....

20. Přehodnocujete riziko pádu u pacienta, u kterého k pádu došlo?

- ☐ ano
- ☐ ne

21. Hlásíte každý pád jako mimořádnou událost?

- ☐ ano
- ☐ ne

22. Je ve Vaší nemocnici prováděno pravidelné vzdělávání ošetrovatelského personálu v oblasti prevence pádu?

- ☐ ano
- ☐ ne