

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

PREVENCE PÁDŮ NA GERONTOPSYCHIATRICKÉM
ODDĚLENÍ Z POHLEDU SESTRY

Bakalářská práce

Autor práce: Denisa Škorpíková

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Němcová

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Denisa Škorpíková
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Němcová
Cíl práce:	Analyzovat ošetřovatelské postupy v prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení.

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry. Práce se člení do dvou částí. Teoretická část se zabývá psychickými a sociálními změnami ve stáří, gerontopsychiatrií, nejčastějšími psychiatrickými diagnózami u seniorů a problematikou pádů, jejich rizikovými faktory, následky a možnostmi prevence, včetně role sestry. Druhá, praktická část se zaměřuje na splnění stanoveného cíle prostřednictvím dotazníkového šetření mezi sestrami pracujícími na gerontopsychiatrickém oddělení.

Klíčová slova

Gerontopsychiatrie; prevence pádů; riziko pádu; ošetrovatelská péče

Abstract

The topic of the bachelor's thesis is the prevention of falls in the gerontopsychiatric ward from the perspective of a nurse. The work is divided into two parts. The theoretical part deals with psychological and social changes in old age, gerontopsychiatry, the most common psychiatric diagnoses in seniors, and the issue of falls, their risk factors, consequences, and prevention options, including the role of the nurse. The second, practical part focuses on meeting the set goal through a questionnaire survey among nurses working in the gerontopsychiatric ward.

Keywords

Gerontopsychiatry; fall prevention; risk of falling; nursing care

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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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 užití své bakalářské práce či poskytnutí licence k jejímu využití mohou jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 30. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lence Němcové za její odborné vedení, vstřícný přístup, trpělivost a cenné rady, které mi poskytla při jejím zpracování. Dále děkuji svému příteli, rodině a přátelům za jejich podporu a povzbuzení během studia i psaní bakalářské práce. Poděkování patří také všem respondentům, kteří si našli čas na vyplnění dotazníku a přispěli tak k realizaci výzkumné části.

Obsah

Seznam zkratk	10
Úvod	11
Motivace	11
Cíl	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Stáří a stárnutí	12
1.1.1 Biologické změny ve stáří	12
1.1.2 Psychické změny ve stáří	12
1.1.3 Sociální aspekty stáří	13
1.2 Gerontopsychiatrie	13
1.3 Nejčastější psychiatrické diagnózy u seniorů	13
1.3.1 Demence	13
1.3.2 Alzheimerova choroba	14
1.3.3 Delirium	15
1.3.4 Schizofrenie	16
1.4 Pády u hospitalizovaných pacientů	17
1.4.1 Definice	17
1.4.2 Druhy pádů	17
1.4.3 Rizikové faktory pádů	17
1.4.4 Vliv psychofarmak a polyfarmacie	18
1.4.5 Následky pádů	18
1.5 Prevence pádů	19
1.5.1 Opatření v rámci prostředí, kompenzační pomůcky a jejich správné použití	19
1.5.2 Identifikace pacientů s rizikem pádu	19
1.5.3 Pohybová aktivita a rehabilitace jako prevence	19
1.6 Role sestry v oblasti prevence pádu	20
1.6.1 Zhodnocení rizika pádu	20
1.6.2 Edukace pacienta a rodinných příslušníků	21
1.6.3 Intervence po vzniku pádu	22
2 Výzkumná část	23
2.1 Cíl a výzkumné otázky	23
2.2 Metodika výzkumu	23
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	23

2.4 Průběh výzkumu.....	24
2.5 Zpracování získaných dat.....	24
2.6 Výsledky výzkumu	24
3 Diskuze	49
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	53
Závěr.....	54
Seznam použité literatury	56
Seznam příloh.....	58

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentů	25
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	26
Graf 3: Délka praxe respondentů	27
Graf 4: Počet pádů pacientů za poslední měsíc	28
Graf 5: Hlavní příčiny pádů pacientů	29
Graf 6: Nejčastější situace vedoucí k pádům.....	30
Graf 7: Vliv zdravotního stavu pacienta na riziko pádu	31
Graf 8: Výskyt pádů pacientů bez přítomnosti sestry	32
Graf 9: Předvídatelnost pádů pacientů	33
Graf 10: Nejvíce ohrožené skupiny pacientů.....	34
Graf 11: Pravidelně používaná preventivní opatření.....	35
Graf 12: Přizpůsobení preventivních opatření individuálním potřebám pacienta.....	36
Graf 13: Hodnocení účinnosti jednotlivých opatření	37
Graf 14: Výskyt problémů při aplikaci preventivních opatření.....	38
Graf 15: Typické problémy při aplikaci preventivních opatření.....	39
Graf 16: Četnost hodnocení rizika pádu	40
Graf 17: Používané hodnotící škály	41
Graf 18: Dostupnost směrnice pro prevenci pádů	42
Graf 19: Význam edukace pacienta v prevenci pádů	43
Graf 20: Informování pacientů o prevenci pádů	44
Graf 21: Informování rodiny pacienta o prevenci pádů	45
Graf 22: Hodnocení spolupráce rodiny pacienta při prevenci pádů.....	46
Graf 23: Překážky v edukaci pacienta a rodiny.....	47
Graf 24: Dopad edukace na snížení rizika pádu	48

Seznam zkratk

Aj.	A jiné
BMI	Body Mass Index
DM	Diabetes mellitus
FORTA	Fit fOR The Aged
FRAX	Fracture Risk Assessment Tool
FRIDs	Fall Risk Increasing Drugs
MNA	Mini Nutritional Assessment
STOP-FALL	Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high FALL risk
STOPPFrail	Screening Toll of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy

Úvod

Pády u seniorů hospitalizovaných na gerontopsychiatrických odděleních představují významnou a častou komplikaci, která může nepříznivě ovlivnit zdravotní stav pacienta, prodloužit dobu hospitalizace a ztížit průběh léčby. Vzhledem ke specifickým potřebám a zranitelnosti pacientů je zajištění bezpečnosti a prevence pádů nedílnou součástí každodenní ošetrovatelské péče.

Efektivní prevence vyžaduje nejen znalost rizikových faktorů, ale i schopnost jejich včasné identifikace a následnou aplikaci vhodných opatření. Sestry v tomto procesu hrají klíčovou roli – pravidelně sledují pohybové a kognitivní schopnosti pacientů, zajišťují bezpečné prostředí, využívají kompenzační pomůcky a edukují pacienty i jejich rodiny. Systematický a cílený přístup k prevenci pádů přispívá k minimalizaci zdravotních komplikací, podporuje bezpečí, samostatnost a celkovou pohodu hospitalizovaných seniorů a je nezbytnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče.

Motivace

Výběrem tématu prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení jsem chtěla propojit teoretické poznatky s vlastními zkušenostmi z praxe. Pracuji na tomto typu oddělení a denně se setkávám s pacienty, u kterých hrozí riziko pádu, a vidím, jak mohou fyzické i psychické následky ovlivnit jejich samostatnost a kvalitu života.

Cíl

Analyzovat ošetrovatelské postupy v prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení.

1 Současný stav problematiky

Současný stav problematiky se zabývá procesem stárnutí a jeho dopady na fyzické, psychické a sociální aspekty života seniorů. Dále se zaměřuje na obor gerontopsychiatrie a problematiku hospitalizovaných pacientů s rizikem pádů, přičemž popisuje faktory ovlivňující toto riziko a možné následky těchto událostí. Závěrečná část se soustředí na roli sestry při identifikaci rizik a uplatňování preventivních opatření.

1.1 Stáří a stárnutí

Stáří představuje obecné označení pozdní fáze lidského vývoje a je poslední etapou ontogeneze, která uzavírá život člověka z hlediska osobnostního, duševního, spirituálního i tělesného. Současně má stáří i význam sociální – je tedy charakterizováno dvojím způsobem: biologické procesy involuce a ubývání sil se prolínají se sociálními aspekty a životní zkušeností. Tento dvojitý charakter je zásadní pro porozumění problematice seniorů (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Stárnutí je objektivní a univerzální proces všech živých organismů. U člověka lze rozlišit základní životní fáze – prenatální vývoj, dětství, dospělost a stáří – z nichž každá má charakteristické biologické znaky, umožňující například stereotypní představu „typického dítěte“ nebo „typického seniora“. Tyto zjednodušené představy však mohou být problematické a vést k deformacím či zneužití, zejména při vymezování hranic mezi jednotlivými životními etapami (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

1.1.1 Biologické změny ve stáří

Stárnutí je provázeno charakteristickými fenotypovými změnami, které jsou dobře zdokumentovány. Mezi ně patří úbytek integrity pojivové tkáně, což způsobuje snížení pružnosti plic a ztuhnutí cév, a tím ovlivňuje krevní tlak a zátěž srdce. V pohybovém systému dochází k postupné ztrátě kostní hmoty (osteopenie a osteoporóza), poklesu funkce a hmoty kloubní chrupavky a kosterních svalů (sarkopenie). Tyto změny omezují pohyblivost a stabilitu a výrazně zvyšují riziko pádů a zlomenin. Současně se v těle hromadí senescentní buňky a nerozložené buněčné produkty, například lipofuscin. Změny spojené se stárnutím probíhají postupně, jejich rychlost se s věkem zvyšuje, avšak není přímo úměrná chronologickému věku. Rozdíly v biologickém věku mezi jedinci se stejným kalendářním věkem jsou ovlivněny kombinací genetických faktorů a vlivů prostředí (Gustafsson, Ulfhake, 2024).

1.1.2 Psychické změny ve stáří

Pokud se zaměříme na udržení nezávislosti u osob starších 80 let, jedním z klíčových faktorů zdravého stárnutí je zachování kognitivních funkcí, jejichž postupné oslabení se objevuje s věkem v různých oblastech myšlení. Je přitom důležité si uvědomit, že snížení kognitivních schopností nemusí vždy znamenat patologický proces (Anja et al., 2023).

Vliv věku na jednotlivé kognitivní funkce není jednotný – některé zůstávají relativně stabilní, jiné postupně klesají nebo se naopak zlepšují. Například slovní zásoba bývá stárnutím zachována a často se dokonce zlepšuje, zatímco schopnosti jako konceptuální uvažování, rychlost zpracování informací a paměť postupně klesají. Kognitivní změny jsou přirozenou součástí stárnutí, přičemž jejich intenzita se u jednotlivců výrazně liší. Výraznější pokles kognitivních funkcí může omezit schopnost vykonávat každodenní činnosti a souvisí s rozvojem věkem podmíněných onemocnění,

například Alzheimerovy choroby či vaskulární demence – dvou nejčastějších forem demence u seniorů (Brito et al., 2023).

1.1.3 Sociální aspekty stáří

Ačkoli je společenská angažovanost důležitá po celý život, její význam se ve stáří zvyšuje. V pozdějších letech totiž častěji dochází k sociálním ztrátám, například v souvislosti s odchodem do důchodu, úmrtím blízkých osob nebo odchodem dětí z domova, což může komplikovat udržení sociálních kontaktů. Přesto řada konceptů úspěšného stárnutí zdůrazňuje, že sociální vztahy a role jsou klíčovými faktory kvalitního života seniorů (Miguelote Monteiro, 2024).

1.2 Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie je specializovaný podobor psychiatrie zaměřený na problematiku psychických onemocnění u osob vyššího věku. S narůstajícím stárnutím populace roste i význam tohoto oboru, který se soustředí zejména na diagnostiku, léčbu a dlouhodobou péči u duševních poruch, jako jsou demence a depresivní onemocnění (Národní zdravotnický informační portál, 2025).

Hlavním cílem ošetrovatelské péče v gerontopsychiatrických zařízeních je poskytování kvalitních služeb podporujících zotavení pacientů a usnadňujících jejich návrat do běžného života. Kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče zároveň přispívá ke snížení rizika opakované hospitalizace pacientů v psychiatrických nemocnicích (Rahmani, Mohammadi, Fallahi-Khoshknab, 2021).

1.3 Nejčastější psychiatrické diagnózy u seniorů

Podkapitola je věnována přehledu nejčastějších psychiatrických onemocnění, se kterými se setkáváme u seniorů hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém oddělení.

1.3.1 Demence

Demence je zdravotní stav charakterizovaný postupným zhoršováním kognitivních funkcí ve srovnání s předchozím obdobím života. U osob s demencí dochází k narušení více oblastí kognice, nejčastěji paměti, dále jazykových schopností, pozornosti, orientace, úsudku a schopnosti plánování (Arvanitakis, Shah, Bennett, 2019).

Demence vzniká v důsledku onemocnění nebo poškození mozku, ale může být zapříčiněna i zdravotními stavy postihujícími jiné orgánové systémy. Například poruchy srdečního rytmu mohou vést ke vzniku krevní sraženiny, která se krevním řečištěm dostane do mozku a způsobí omezení průtoku krve v určité oblasti, což se následně projeví poruchami kognitivních funkcí. Některá onemocnění vedoucí k rozvoji demence mají svůj původ přímo v mozkové tkáni, přičemž mezi nejčastější patří Alzheimerova choroba. Riziko jejího vzniku se zvyšuje s rostoucím věkem. U řady pacientů se demence rozvíjí v důsledku kombinace více onemocnění typických pro vyšší věk, například cévních mozkových příhod (Arvanitakis, Shah, Bennett, 2019).

Přestože se demence nevyvine u většiny populace, proces stárnutí významně zvyšuje riziko jejího vzniku. Onemocnění se nejčastěji objevuje v sedmém až osmém desetiletí života a má zpravidla progresivní charakter. Prvním příznakem, kterého si pacient, jeho rodina či okolí obvykle všimnou, bývají poruchy krátkodobé paměti. Ty se projevují například zapomínáním ukládání předmětů v domácnosti nebo opakovaným zapomínáním nedávných událostí a rozhovorů. Na rozdíl od běžné zapomnětlivosti se tyto obtíže vyskytují opakovaně po delší časové období

a výrazně narušují schopnost zvládat běžné denní činnosti. Mezi další časté projevy patří omezení zájmu o dosavadní aktivity a společenský život, vznik úzkostných či depresivních stavů, potíže s každodenními úkoly, například s pravidelným užíváním léků a poruchy orientace, které se mohou projevit i při řízení motorového vozidla (Arvanitakis, Shah, Bennett, 2019).

Současný přístup k léčbě demencí klade důraz na komplexní a multidisciplinární péči, která přesahuje samotné ovlivňování kognitivních funkcí. Péče o pacienty s demencí je postavena na čtyřech vzájemně propojených oblastech. Prvním pilířem jsou psychosociální intervence, zahrnující zejména nefarmakologické postupy a podporu pečujících osob. Druhý pilíř tvoří kognitivně zaměřená léčba, která zahrnuje symptomatickou farmakoterapii a snahu o zpomalení progresu onemocnění. Třetí oblast se zaměřuje na neuropsychiatrickou péči, konkrétně na léčbu behaviorálních a psychologických symptomů demence. Čtvrtým pilířem je paliativní péče, která by měla být zahajována včas a v pokročilých stádiích demence poskytována komplexně (Bajtošová, Holmerová, Rusina, 2021).

1.3.2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, při němž dochází k úbytku určitých skupin neuronů a postupné atrofii mozkové tkáně. Jedná se o nejčastější příčinu vzniku demence (Fertařová, Ondriová, 2020).

Onemocnění se vyznačuje specifickými neuropatologickými změnami a patří mezi primární příčiny úmrtí, čímž představuje významnou zátěž nejen pro samotné pacienty, ale i pro jejich blízké a pečující osoby. Alzheimerovu chorobu dělíme na dvě hlavní formy: presenilní, kdy se klinické příznaky objevují před 65. rokem života, a senilní, s nástupem příznaků po 65. roce života. Nemoc začíná postupně a plíživě; počáteční změny si často nejdříve všimá okolí spíše než pacient sám (Fertařová, Ondriová, 2020).

U demence Alzheimerova typu se objevují i poruchy řeči, které mohou být významným diagnostickým ukazatelem, ačkoli bývají často přehlíženy vzhledem k výraznějším deficitům paměti a exekutivních funkcí. Poruchy paměti se projevují například častou zapomnětlivostí, ztrácením osobních předmětů, obtížemi s rozpoznáváním známých osob nebo neschopností zapamatovat si nové i běžné informace. Postupně dochází k celkovému poklesu intelektu a pacienti ztrácejí schopnost vykonávat pracovní i každodenní činnosti, včetně základní péče o sebe, což v terminálních stádiích vyžaduje komplexní podporu (Fertařová, Ondriová, 2020).

Současně se často objevují poruchy nekognitivních funkcí, zejména behaviorální změny, emoční nestabilita a narušení spánkového rytmu. Může se vyskytnout agresivita, toulání, bezcílné bloudění nebo depresivní stavy. Průběh nemoci od prvních symptomů po nejzávažnější stádia trvá v průměru přibližně osm let, přičemž délka a intenzita projevů se mezi pacienty výrazně liší (Fertařová, Ondriová, 2020).

Současné terapeutické možnosti Alzheimerovy choroby jsou převážně symptomatické. Vývoj nových léčiv naznačuje, že pro mnoho pacientů, zejména s pokročilou demencí, zůstane tento přístup ještě dlouhou dobu hlavní volbou léčby. Přestože neexistují léky schopné modifikovat průběh nemoci, k dispozici jsou intervence, které mohou udržet či zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodinných pečujících a zároveň usnadnit péči v zařízeních dlouhodobé péče (Holmerová, Nováková, 2024).

Klíčovým prvkem je včasná a správná diagnostika, která představuje nezbytný předpoklad pro adekvátní a cílenou péči. Diagnostiku Alzheimerovy choroby provádějí především praktičtí lékaři; u atypických forem je vhodné vyhledat konzultaci s neurologem. Pacienti s kognitivními poruchami spojenými se změnami chování nejčastěji vyžadují péči psychiatra, zatímco starší pacienti s kognitivním deficitem a dalšími komorbiditami jsou zpravidla nejlépe sledováni geriatrickým specialistou (Holmerová, Nováková, 2024).

Z hlediska farmakoterapie je důležité včas zahájit léčbu kognitivní, zejména inhibitory acetylcholinesterázy s postupnou titrací. Memantin lze využít při intoleranci těchto léků nebo v kombinační terapii, která může být prospěšná řadě pacientů. Adekvátní dávkování kognitivní a memantinu příznivě ovlivňuje nejen kognitivní funkce a soběstačnost, ale také některé behaviorální a psychologické příznaky demence. Při jejich řešení by mělo být vždy prioritou odstranění vyvolávajících příčin a využití nefarmakologických a psychosociálních intervencí. Antipsychotika a další tlumivé léky by měly být používány pouze dočasně a jen tehdy, pokud selžou jiné terapeutické postupy (Holmerová, Nováková, 2024).

1.3.3 Delirium

Delirium je akutní stav zmatenosti, který se v klinické praxi vyskytuje poměrně často. Je spojen s významným funkčním zhoršením a psychickou zátěží pacientů. Jedná se o projev akutní encefalopatie, označovaný také jako akutní porucha mozkových funkcí nebo změněný duševní stav. Riziko vzniku deliria existuje u všech pacientů, přičemž vyšší ohrožení je spojeno se zvýšenou zranitelností, zejména u osob vyššího věku, při přítomnosti infekcí, působení stresových faktorů či užívání některých léčiv. Přesný patofyziologický mechanismus vzniku deliria dosud není zcela objasněn. (Mattison, 2020).

Delirium se vyznačuje sníženou schopností udržet pozornost vůči vnějším podnětům a dezorganizovaným myšlením, které se často projevuje nejasnou, roztěkanou či irelevantní řečí. K diagnostice jsou obvykle nutné alespoň dvě z následujících poruch: snížená úroveň vědomí, percepční poruchy v podobě iluzí, halucinací či misinterpretací (např. Capgrasův syndrom), narušení spánkového cyklu, změny psychomotorické aktivity, dezorientace v čase, prostoru či osobách a poruchy paměti (Jiráček, 2020).

Klinický obraz deliria se rozvíjí v relativně krátkém časovém horizontu, obvykle během několika hodin až dnů, a jeho příznaky mohou během dne kolísat. Pro diagnostiku je nutné prokázat nebo alespoň předpokládat existenci specifického organického faktoru, který stav vyvolal. Současně nesmí být přítomno jiné neorganické psychické onemocnění, například psychóza nebo těžká deprese, které by mohlo vysvětlit danou symptomatiku. Nejvýraznějším projevem deliria je kvalitativní porucha vědomí různého stupně, typicky se projevující zmateností. Základními klinickými znaky jsou porucha pozornosti a celkový kognitivní deficit (Jiráček, 2020).

Terapie deliria závisí na typu projevu, příčině, celkovém zdravotním stavu pacienta, přítomnosti somatických či psychických onemocnění a současně používané farmakoterapii. Delirium představuje závažný stav s vyšším rizikem mortality, a proto je důležité jej adekvátně léčit. Součástí péče je získání anamnestických informací od příbuzných nebo doprovázejících osob, což však není vždy možné. Nezbytné je provedení komplexního interního vyšetření s důrazem na metabolické faktory, včetně hydratace a nutričního stavu a také neurologického a psychiatrického vyšetření doplněného biochemickými a hematologickými testy (Jiráček, 2020).

Primární terapeutický přístup spočívá v odstranění vyvolávajících příčin deliria a úpravě pacientovy medikace – vysazení nevhodných léků, omezení polypragmatie a kontrola užívání alkoholu či jiných psychoaktivních látek. Doplnky stravy a další pomocné preparáty se rovněž vysazují. Důležité je také upravit prostředí, ve kterém se delirující pacient nachází – ideálně by měl být na pokoji sám, v tichém prostředí s tlumeným nočním osvětlením, například podlahovými světly. Při výskytu bludů se doporučuje zachovat k nim indiferentní přístup, bez diskuse či pokusu o jejich vyvracení, aby se minimalizoval stres pacienta (Jiráček, 2020).

1.3.4 Schizofrenie

Schizofrenie představuje závažné duševní onemocnění charakterizované poruchami myšlení, vnímání, emocí a schopnosti sociálního fungování. Průběh onemocnění je individuální, ale většinou dlouhodobý a může vést k výraznému omezení kvality života, až k invalidizaci (National Institute of Mental Health, 2024).

Příznaky schizofrenie lze rozdělit do dvou hlavních kategorií. První skupinu tvoří tzv. pozitivní příznaky, mezi které patří bludy a halucinace. Tyto projevy vznikají v důsledku narušeného zpracování reality a pacient je prožívá jako naléhavé, přestože neodpovídají skutečným vnějším podnětům. Halucinace se mohou týkat všech smyslových modalit – zraku, sluchu, čichu či hmatu – a pacient vnímá podněty, které ostatní osoby nezaznamenávají. Poruchy myšlení vedou ke vzniku bludných představ a přesvědčení, jež jsou pro pacienta subjektivně přesvědčivé a považované za pravdivé. Druhou skupinu tvoří tzv. negativní příznaky, zahrnující apatii, anhedonii (ztrátu schopnosti prožívat radost), hypobulii (snížení vůle a motivace) a dezorganizované myšlení. Tyto projevy se projevují snížením emoční reaktivity, motivace a celkové funkčnosti jedince (Jarolímek, 2021).

Cílem léčby je především zmírnění vnitřního neklidu, redukce úzkosti a obnovení spánku. Důležitou roli hraje i základní psychologická podpora, která posiluje pocit bezpečí. V akutním stadiu nejsou cílené psychoterapeutické intervence obvykle účinné (Jarolímek, 2021).

Většina psychofarmak, zejména neuroleptik, navozuje zklidňující účinek obvykle během několika týdnů. To následně umožňuje zahájení individuální nebo skupinové psychoterapie. Psychotická epizoda obvykle trvá dva až tři měsíce, během nichž postupně klesá význam farmakoterapie a roste role psychosociálních intervencí. Neuroleptika jsou základními léky v terapii psychotických poruch, neboť vedou k celkovému zklidnění pacienta a postupnému oslabení či vymizení typických příznaků, jako jsou bludy a halucinace (Jarolímek, 2021).

Druhou významnou složkou léčby je psychoterapie, která má jasně vymezené postupy, indikace i limity. Tuto formu terapie může vykonávat pouze odborník, který absolvoval vysokoškolské nebo středoškolské vzdělání, dokončil akreditovaný psychoterapeutický výcvik v délce minimálně pěti let a úspěšně složil specializační zkoušku. Teprve poté je oprávněn působit jako psychoterapeut a aplikovat metodu v klinické praxi. Je však třeba zdůraznit, že ne každý odborník je schopen psychoterapii kvalitně provádět. Psychoterapie je založena na práci se slovem a terapeutickém vztahu mezi terapeutem a pacientem, který je sice velmi citlivý, ale zároveň vysoce účinný (Jarolímek, 2021).

1.4 Pády u hospitalizovaných pacientů

Mezi pády, úrovní pohybové aktivity a rizikem pádu existuje komplexní vztah. Zvýšenému riziku jsou náchylné jak osoby s velmi nízkou, tak i s velmi vysokou mírou fyzické aktivity. To, zda pohybová aktivita riziko pádu snižuje, nebo naopak zvyšuje, závisí především na individuálních rizikových faktorech každého pacienta. Při snaze o redukci rizika pádů prostřednictvím úpravy běžných denních aktivit je proto nezbytné zachovat rovnováhu mezi podporou samostatnosti a kvality života pacienta a minimalizací rizika pádu (Kafantogia et al., 2017).

1.4.1 Definice

Pád nastává, když se pacient nebo ošetřovaná osoba neplánovaně dostane na podlahu či jiný nižší vodorovný povrch, a to bez ohledu na to, zda došlo k poranění. Veškeré typy pádů by měly být zaznamenávány, nezávisle na příčině – ať už fyziologické (např. mdloby), nebo vyvolané vnějšími faktory (např. kluzká podlaha). Do evidence patří rovněž tzv. asistované pády, kdy se zdravotnický personál snaží minimalizovat jejich dopad. Pád je vždy nezamýšlená událost, kterou buď sleduje svědek, nebo ji ohlásí samotný pacient, pokud se udála bez přítomnosti jiných osob. Za pád se nepovažuje situace, kdy je pohyb záměrný (Pokorná a kol., 2023).

1.4.2 Druhy pádů

Pro správnou identifikaci příčin pádů a zavedení vhodné prevence je důležité rozlišit různé typy těchto událostí. Pacient může spadnout v důsledku nestability při chůzi, například při zakopnutí o překážku či nesprávném došlápnutí, nebo vlivem uklouznutí. Dalším typem jsou pády skácením, které nastávají při těžké poruše rovnováhy bez obranných reflexů, například při ztrátě vědomí. Pády zhroucením se objevují při akutním zhoršení chronického onemocnění, kdy pacient ztrácí svalový tonus ve stoje či při chůzi a klesá k zemi, což může být důsledkem kardiálních nebo cerebrálních příčin. Mezi další situace patří závady zvedacích zařízení, pády z lůžka – s postranicemi nebo bez nich – a asistované pády u lůžka, kdy druhá osoba zmírňuje dopad. Dále do této skupiny spadají pády při přesunu s dopomocí nebo bez ní, pády při záchvatech, opření o nestabilní oporu, pády z transportních prostředků, například z transportního vozíku či kolečkového křesla, a jiné atypické situace, například v důsledku nepozornosti, nedostatečné koordinace chůze či nepřízpůsobení pohybu povrchu a překážkám (Pokorná a kol., 2019).

1.4.3 Rizikové faktory pádů

Vnitřní rizikové faktory pádů u pacientů závisí na typu poskytované péče a často souvisejí se změnami spojenými s věkem. Mezi tyto faktory patří předchozí pády, které zvyšují pravděpodobnost opakování, poruchy smyslových funkcí, zejména zraku a sluchu, a nejistá chůze, ovlivněná způsobem pohybu či nutností použití pomůcek. Dalším významným rizikem jsou problémy pohybového aparátu, například svalová atrofie, degenerativní onemocnění vazů a šlach, zvýšené zakřivení páteře nebo omezená pohyblivost. Riziko pádu zvyšují také duševní stavy ovlivňující vědomí, poruchy kognitivních funkcí a změny v chování. Akutní onemocnění, jako jsou závratě, epileptické záchvaty, cévní mozkové příhody, horečka, hypotenze, dehydratace či bolest, mohou významně přispět k pádu. Podobně se riziko zvyšuje při chronických nemocech, například degenerativních onemocněních kloubů, kataraktě, DM nebo Parkinsonově chorobě. Mezi další rizikové faktory patří období po operaci, zejména první 24 hodin, inkontinence a nykturie či vyšší tělesná hmotnost pacienta (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

Vnější rizikové faktory pádů nevycházejí přímo z pacientova organismu, ale souvisejí s prostředím, ve kterém se pohybuje. Mezi ně patří užívání léků, zejména těch ovlivňujících centrální nervový systém, a také konzumace alkoholu, návykových látek či drog. Riziko pádu zvyšuje neadekvátní vybavení koupelen, sprchových koutů a toalet, například absence madel a opěrných prvků, stejně jako nočních a jídelních stolků bez možnosti zabrzdít. Mezi další faktory patří tvar a uspořádání nábytku, výška židlí a lůžek, ostré hrany, kvalita povrchů – uvolněná prkna, kluzké koberce, mokré podlahy či nerovný povrch – a přítomnost schodišť. Nepříznivě působí také nedostatečné osvětlení, nevhodný odraz světla, nevhodná obuv, nesprávné používání zábran na lůžkách a nefunkční či nevhodně umístěné pomůcky, například berle, hole, protězy, chodítka, invalidní vozíky či zvedací zařízení. Riziko zvyšují rovněž špatně umístěné předměty denní potřeby, signalizační zařízení či nevhodné zdravotnické vybavení, například úzké operační stoly nebo vyšetřovací lůžka (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

1.4.4 Vliv psychofarmak a polyfarmacie

U osob vyššího věku, zejména nad 65 let, je doporučováno pravidelně provádět komplexní revizi veškeré užívané medikace, včetně léků na předpis i volně prodejných přípravků. Užívání některých léčiv zvyšuje riziko pádů u seniorů; tyto léky jsou souhrnně označovány jako FRIDs. Úprava farmakoterapie a vysazení těchto přípravků může významně přispět ke snížení rizika pádů (Greplová, 2024).

Před zahájením léčby potenciálně rizikovými léky je vhodné zohlednit anamnézu pádů a pečlivě zvážit poměr přínosů a možných rizik léčby. K identifikaci léčiv zvyšujících riziko pádů slouží screeningový nástroj STOPP-FALL, který uvádí nejčastější skupiny rizikových léků. Patří mezi ně zejména benzodiazepiny a příbuzné látky, antipsychotika, opioidy, antidepresiva, antiepileptika, diuretika, alfablokátory, centrálně působící antihypertenziva, sedativní antihistaminika, vazodilatancia a léčiva užívaná při hyperaktivním močovém měchýři či inkontinenci (Greplová, 2024).

U jednotlivých skupin jsou popsány mechanismy vedoucí ke zvýšenému riziku pádu a doporučení pro postupné vysazování léčby. K systematickému hodnocení rizika pádů spojeného s farmakoterapií u starších osob lze využít i další hodnotící nástroje, například STOPPFrail, Beersova kritéria, klasifikaci FORTA či online příručku Meds 75+ Guide (Greplová, 2024).

1.4.5 Následky pádů

Pády představují nejčastější příčinu úrazů u seniorů. U křehkých či polymorbidních jedinců jsou většinou výsledkem kombinace několika faktorů. Mezi nejzávažnější následky patří zlomeniny stehenní kosti a intrakraniální poranění (Berková, Berka, 2018).

Americká geriatrická společnost proto doporučuje, aby u osob starších 65 let probíhal každoroční screening rizika pádu a nestability. Intervence zaměřené na prevenci pádů by měly být multifaktoriální a prioritně určeny pro pacienty s vysokým rizikem. Taková opatření zahrnují léčbu onemocnění zvyšujících riziko pádu, řešení problémů s chodidly, korekci zrakových deficitů, optimalizaci farmakoterapie, používání kompenzačních pomůcek, úpravu domácího prostředí a edukaci pacientů a jejich rodiny. U vybraných pacientů se doporučuje také suplementace vitamínu D (Berková, Berka, 2018).

1.5 Prevence pádů

Důsledným zaváděním a dodržováním režimových opatření ve zdravotnických zařízeních lze částečně předejít pádům pacientů. Hlavním cílem těchto preventivních opatření je snížit riziko těžkých úrazů a závažných následků. I když nelze realisticky očekávat úplné vymizení pádů, je možné jejich dopady významně omezit využitím vhodných preventivních strategií (Pokorná a kol., 2023).

Preventivní opatření zaměřená na snížení rizika pádů pacientů zahrnují několik klíčových součástí. Patří sem systematická edukace zdravotnického personálu a zavedení obecných bezpečnostních opatření ve všech prostorách zdravotnického zařízení. Dále je důležitá identifikace pacientů s vysokým rizikem pádu a jednotný způsob jejich označování. Součástí prevence je také edukace hospitalizovaných pacientů o riziku pádu, vysvětlení okolností, které k němu mohou vést, a seznámení s opatřeními, jež jeho pravděpodobnost snižují. U pacientů ohrožených pádem by měla být realizována cílená preventivní opatření a všechny pády by měly být řádně dokumentovány a analyzovány s cílem vyhodnotit jejich příčiny a účinnost přijatých opatření (Pokorná a kol., 2023).

1.5.1 Opatření v rámci prostředí, kompenzační pomůcky a jejich správné použití

Pacienti s anamnézou předchozích pádů nebo s poruchami rovnováhy, pohyblivosti či chůze by měli být vybaveni rehabilitačními nebo kompenzačními pomůckami. Současně je nezbytné zajistit bezpečnost prostředí, ve kterém se pohybují (Jančíková, 2023).

Mezi rizikové faktory patří nerovný či kluzký povrch, vysoké koberce, shrnovací rohože, překážky v cestě, například schody, prahy nebo kabely, nestabilní nábytek či domácí zvířata. Koupelny a toalety je vhodné doplnit madly, do vany či sprchového koutu umístit sedátko a neklouzavou podložku, na WC lze použít nástavec. Riziko zvyšuje také nedostatečné osvětlení nebo nevhodné odlesky, proto se doporučuje noční orientační osvětlení (Jančíková, 2023).

Součástí moderní prevence pádu jsou rovněž systémy signalizace umožňující rychlé přivolání pomoci a přenosné telefony, které senior může nosit u sebe, například na krku, aby zajistil kontakt v případě pádu nebo akutního ohrožení (Jančíková, 2023).

1.5.2 Identifikace pacientů s rizikem pádu

Identifikace pacientů s rizikem pádu je klíčovým krokem pro zajištění bezpečné péče. Rizikovní pacienti mohou být označeni například barevným náramkem, elektronickým monitorovacím náramkem nebo monitorovací podložkou v lůžku. Součástí identifikace je také grafické označení přímo na lůžku a v přehledu hospitalizovaných pacientů v pracovně sester, což usnadňuje orientaci personálu a zvyšuje informovanost pečujících i samotného pacienta. Tento systém lze rozšířit i na pacienty, kteří během aktuální hospitalizace již pád prodělali, čímž se dále podporuje bezpečnost a prevence opakovaných pádů (Pokorná a kol., 2023).

1.5.3 Pohybová aktivita a rehabilitace jako prevence

V rámci prevence pádů je kladen důraz na nácvik správného stereotypu chůze, udržování rovnováhy, zvládnutí postavení po pádu a posilovací či odporový trénink. Při cvičení se využívají různé pomůcky, od jednoduchých balančních nástrojů a rotopedů až po mechanická zařízení pro posilování svalů horních a dolních končetin. Mezi efektivní metody patří tzv. stepping,

což je nácvik různých krokových variant, změn směru chůze a překračování překážek podle instrukcí. Tato metoda zlepšuje stabilitu, snižuje riziko pádů až o polovinu, zlepšuje reakční čas, postavení dolních končetin, chůzi a schopnost udržovat rovnováhu (Greplová, 2024).

1.6. Role sestry v oblasti prevence pádu

Geriatrické sestry hrají klíčovou roli při identifikaci rizikových pacientů prostřednictvím důkladného hodnocení a využívání standardizovaných screeningových nástrojů. Mezi hlavní intervence patří individuálně nastavené cvičební programy zaměřené na posilování svalové síly, zlepšení rovnováhy a flexibility, které prokazatelně snižují riziko pádu (Alrefai et al., 2024).

Efektivní prevence vyžaduje interdisciplinární spolupráci, která umožňuje vytvořit komplexní plán péče reflektující individuální potřeby starších osob. Řešením rizikových faktorů a vytvářením bezpečného prostředí lze nejen snížit výskyt pádů, ale také podpořit soběstačnost seniorů, zlepšit jejich kvalitu života a omezit obavy spojené s možností pádu (Alrefai et al., 2024).

1.6.1 Zhodnocení rizika pádu

Posouzení rizika pádu je nedílnou součástí ošetřovatelské anamnézy a musí být provedeno nejpozději do 24 hodin od přijetí pacienta na oddělení. Opětovné hodnocení se provádí při každé změně zdravotního stavu, po prodělaném pádu, při překladi pacienta v rámci poskytovatele zdravotních služeb (příčemž hodnocení provádí přijímající pracoviště), při úpravě medikace a také v pravidelných intervalech stanovených standardním operačním postupem daného zařízení. V případě pádu je pacient po dobu minimálně tří dnů sledován v intervalech 12 hodin, přičemž se hodnotí jeho míra spolupráce a adekvátnost nastavených režimových preventivních opatření s ohledem na aktuální zdravotní stav (Pokorná a kol., 2019).

Komplexní geriatrické hodnocení začíná podrobným odebráním anamnézy. Zaměřuje se především na popis samotného pádu, jeho okolnosti a mechanismus vzniku, dále na výskyt předchozích pádů a doprovodné obtíže, jako jsou závratě, presynkopální stavy, zmatenost, palpitace, bezvědomí, křeče, poruchy paměti či inkontinence v souvislosti s pádem. U pádů provázených bezvědomím nebo u pacientů s kognitivním deficitem je vhodné získané informace ověřit od další osoby. Součástí anamnézy je rovněž zjišťování přítomnosti komorbidit, zejména kardiovaskulárních onemocnění, neurologických poruch (včetně Parkinsonovy choroby, polyneuropatie, cévní mozkové příhody či epilepsie), depresivních poruch, onemocnění štítné žlázy, DM, osteoartrózy a osteoporózy. Důležitá je také detailní farmakologická anamnéza s cílem posoudit vhodnost a případnou úpravu medikace (Greplová, 2024).

Následuje fyzikální vyšetření, hodnocení funkční zdatnosti a kognitivních funkcí, laboratorní testy a dle potřeby doplnění dalších instrumentálních metod. Aktivně se vyhledává syndrom frailty (křehkosti). V indikovaných případech je vhodné doplnit kardiologické či neurologické vyšetření. Nutné je myslet i na atypické projevy onemocnění, zejména v akutní péči – pád může být například prvním příznakem pneumonie, zvláště pokud je doprovázen delirií (Greplová, 2024).

Terapeutický postup se následně odvíjí od zjištěné příčiny. Mezi časté nálezy patří poruchy vnitřního prostředí (např. hyponatrémie či hypokalémie), ortostatická hypotenze, akutní infekce (pneumonie, infekce močových cest), anémie, arytmie, polyneuropatie, hypotyreóza, osteoporóza, sarkopenie a malnutrice (Greplová, 2024).

U jedinců se středním a vysokým rizikem pádu by mělo být provedeno posouzení rizika zlomenin, například pomocí nástroje FRAX. V případě potřeby je vhodné doplnit vyšetření kostní denzitometrie k potvrzení přítomnosti osteoporózy. Prevence zlomenin by neměla být zaměřena pouze na podporu zdravých kostí nebo jen na snížení rizika pádu. Optimální přístup spočívá v kombinaci obou strategií – zahrnuje léčbu podporující kvalitu a hustotu kostní tkáně a současně zavedení opatření minimalizujících riziko pádu (Greplová, 2024).

Posouzení nutričního stavu je dalším klíčovým prvkem hodnocení rizika pádu u starších osob, protože stav výživy i index tělesné hmotnosti (BMI) mohou významně ovlivnit riziko. Malnutrice představuje závažný rizikový faktor pro vznik pádu. Riziko pádu vykazuje tzv. U-křivku vztahu k BMI, přičemž hodnoty mezi 24,5 a 30,0 kg/m² jsou spojeny s nejnižším rizikem. Špatný nutriční stav může být důsledkem chronických onemocnění a zároveň přispívat ke zrychlenému patologickému stárnutí a vyšší úmrtnosti. Podváha nebo podvýživa zvyšují pravděpodobnost pádu v důsledku sarkopenie, snížené pohyblivosti, nestability při chůzi a horšího celkového funkčního a klinického stavu. Naopak nadváha či obezita mohou negativně ovlivnit posturální stabilitu, soběstačnost a úroveň fyzické aktivity, což rovněž zvyšuje riziko pádu. Hodnocení výživového stavu lze provést pomocí ověřených nástrojů, například MNA aj. (Greplová, 2024).

V klinické praxi se k posouzení rizika pádu využívají standardizované hodnotící nástroje, především dvě škály – Morse Fall Scale a škála podle Conleyové, které se liší svým zaměřením i způsobem bodového hodnocení (Pokorná a kol., 2019).

U Morse Fall Scale je pacient na základě získaného počtu bodů zařazen do jedné ze tří kategorií:

- bez rizika (0–24 bodů)
- nízké riziko (25–50 bodů)
- vysoké riziko (> 51 bodů)

Pokud nelze hodnocení provést, je výsledek označen jako neznámý či neuvedený (Pokorná a kol., 2019).

Při hodnocení podle Conleyové výsledné skóre určuje kategorii rizika následovně:

- bez rizika (0–4 body)
- střední riziko (5–13 bodů)
- vysoké riziko (14–19 bodů)

I v tomto případě může být výsledek označen jako neznámý, pokud hodnocení nebylo provedeno (Pokorná a kol., 2019).

1.6.2 Edukace pacienta a rodinných příslušníků

Pacient a jeho rodinní příslušníci, kteří se podílejí na péči o seniora, by měli být důkladně informováni o riziku pádů a možnostech jejich prevence. Edukace probíhá nejen prostřednictvím rozhovorů s lékařem, ale také s využitím informačních materiálů, jako jsou brožury, webové stránky nebo odborné postery geriatrických společností ve zdravotnických a geriatricky zaměřených zařízeních. Tyto zdroje upozorňují například na význam pravidelného cvičení, kontroly zraku, zajištění bezpečného prostředí v domácnosti a pravidelnou revizi užívané medikace (Berková, Berka, 2018).

Zapojení rodiny do edukace může představovat důležitou součást prevence pádů. Rodinní příslušníci se mohou podílet na dodržování preventivních opatření a přispívat k bezpečnosti pacienta. Edukace rodiny tak může napomoci snížení rizika pádů (Berková, Berka, 2018).

Zdravotnický personál provádí edukaci pacienta, během které vysvětluje důvody prevence pádu a konkrétní způsoby, jak riziko minimalizovat. Pacient je zároveň informován o bezpečném režimu pohybu, včetně správného opouštění lůžka a využívání signalizačních zařízení k přivolání pomoci (Pokorná a kol., 2019).

1.6.3 Intervence po vzniku pádu

V případě pádu pacienta je nejvyšší prioritou jeho okamžité vyšetření a ošetření lékařem, i když nejsou na první pohled patrná žádná poranění. Nejprve je nutné pacienta nezvedat, ale zhodnotit jeho stav vědomí, schopnost reagovat na podněty a základní životní funkce. Současně je třeba zajistit jeho bezpečí a zabránit sekundárním poraněním, například při pokusu o vstávání, a využít dostupné pomůcky usnadňující manipulaci s pacientem (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

Po ošetření je nutné událost dokumentovat ve zdravotnické dokumentaci a vyplnit formulář „Hlášení nežádoucí události“. Součástí postupu je také identifikace příčin pádu a zavedení opatření, která minimalizují riziko jeho opakování (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

2 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce se zaměřuje na stanovený cíl a výzkumné otázky. Popisuje použitou výzkumnou metodiku, charakterizuje výzkumné prostředí a respondenty. Dále je uveden průběh sběru a zpracování dat, přičemž výsledky jsou prezentovány formou grafů.

2.1 Cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem této bakalářské práce je analyzovat ošetrovatelské postupy v prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení. V souvislosti s uvedeným cílem jsou stanoveny výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou nejčastější příčiny pádů pacientů?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká preventivní opatření sestry nejčastěji používají k zamezení pádů pacientů?

Výzkumná otázka č. 3: Jak sestry vnímají roli edukace pacienta a rodiny při prevenci pádů?

2.2 Metodika výzkumu

Pro zpracování bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda realizovaná prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření. Tato metoda byla zvolena z důvodu možnosti oslovit větší počet respondentů a získat přehledná data pro jejich následné vyhodnocení.

Dotazníkové šetření tvořilo celkem 24 otázek. První otázka byla otevřená a zaměřená na věk respondentů. Následující dvě otázky měly sociodemografický charakter a týkaly se nejvyššího dosaženého vzdělání a délky praxe respondentů.

Dotazník (viz. příloha A) dále obsahoval různé typy otázek – celkem 13 otázek bylo uzavřených s jednou možnou odpovědí, 9 otázek bylo uzavřených s možností výběru více odpovědí a 6 otázek bylo polootevřených (s možností doplnit vlastní odpověď „jiné“). Jedna otázka byla otevřená. Součástí dotazníku byla také 1 škálová otázka zaměřená na hodnocení účinnosti preventivních opatření pomocí bodové škály.

Jednotlivé položky dotazníku byly vytvořeny v návaznosti na stanovené cíle práce, přičemž jeho struktura umožnila systematické propojení jednotlivých otázek s výzkumnými otázkami.

Na výzkumnou otázku „Jaké jsou nejčastější příčiny pádu pacientů?“ navazují otázky č. 4–10, na otázku „Jaká preventivní opatření sestry nejčastěji používají k zamezení pádů pacientů?“ otázky č. 11–17 a na otázku „Jak sestry vnímají roli edukace pacienta a rodiny při prevenci pádů?“ otázky č. 19–24. Otázky č. 1–3 poskytují kontext pro charakteristiku vzorku respondentů. Otázka č. 18 poskytuje organizační kontext a informuje o dostupnosti směrnic, ale není přímo navázána na žádnou z hlavních výzkumných otázek.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Celkem se do výzkumného šetření zapojilo 102 respondentů – všeobecných a praktických sester z gerontopsychiatrických oddělení Kraje Vysočina. Respondenti byli vybíráni cíleně na základě dostupnosti a možnosti realizace dotazníkového šetření.

Dotazníky byly distribuovány na dvou pracovištích. V Psychiatrické nemocnici Jihlava byly rozdány v tištěné podobě, zatímco v Senevida Jihlava byly zpřístupněny online prostřednictvím Google formuláře.

Respondenti byli před zahájením dotazníku informováni o anonymitě a účelu sběru dat, která sloužila výhradně pro potřeby této bakalářské práce.

Z celkově rozdaných 130 dotazníků bylo získáno 102 kompletně vyplněných, což představuje návratnost 78,5 %.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření se uskutečnilo v Psychiatrické nemocnici Jihlava a Senevida Jihlava v období od prosince 2025 do února 2026. Před zahájením výzkumného šetření bylo požádáno o jeho schválení. Potvrzení o schválení výzkumu v Senevida Jihlava udělila ředitelka zařízení Eva Pokorná (viz. příloha B). V psychiatrické nemocnici Jihlava výzkum schválila hlavní sestra Mgr. Jana Kolářová, DiS. (viz. příloha C).

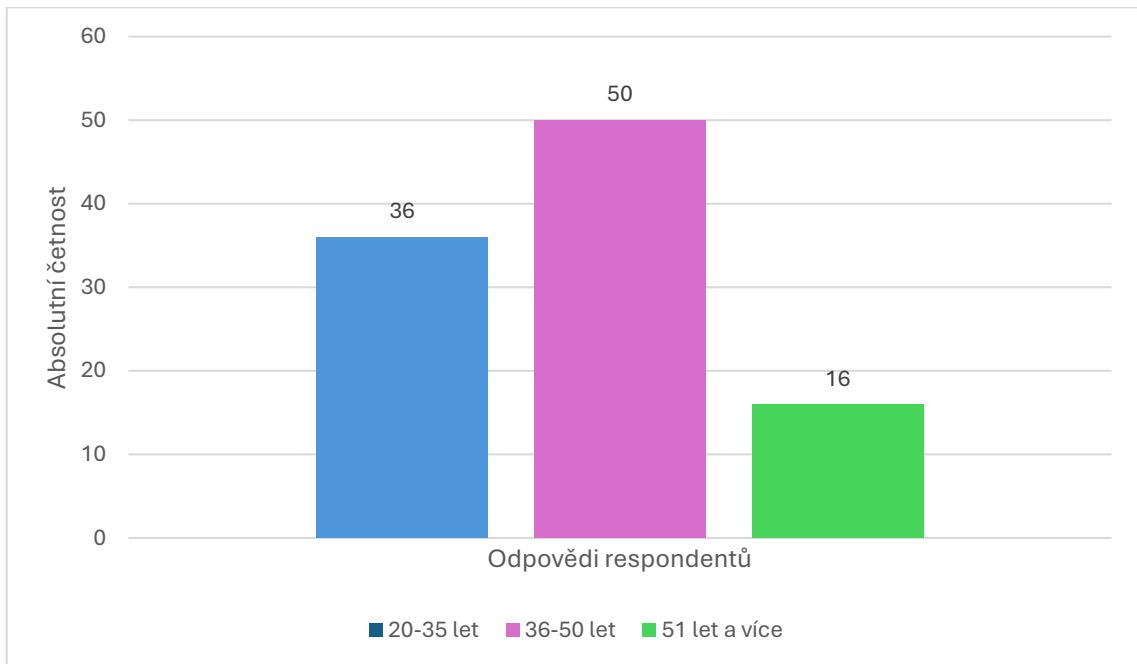
2.5 Zpracování získaných dat

Data z dotazníkového šetření byla systematicky zpracována a vyhodnocena pomocí programů MS Word a Excel. Pro vybrané otázky byly vytvořeny sloupcové grafy, které umožňují vizuálně prezentovat rozložení odpovědí respondentů. Jednotlivé sloupce grafů jsou doplněny procentuálním vyjádřením a stručným komentářem, jenž interpretuje získaná data.

2.6 Výsledky výzkumu

Výzkumné šetření zahrnovalo celkem 102 kompletně vyplněných dotazníků z celkového počtu 130. Dotazník vyplnilo 13 respondentů v Senevida Jihlava a 89 respondentů v Psychiatrické nemocnici Jihlava. Shromážděná data byla následně zpracována a vyhodnocena, viz níže.

Otázka č.1: Uved'te Váš věk:

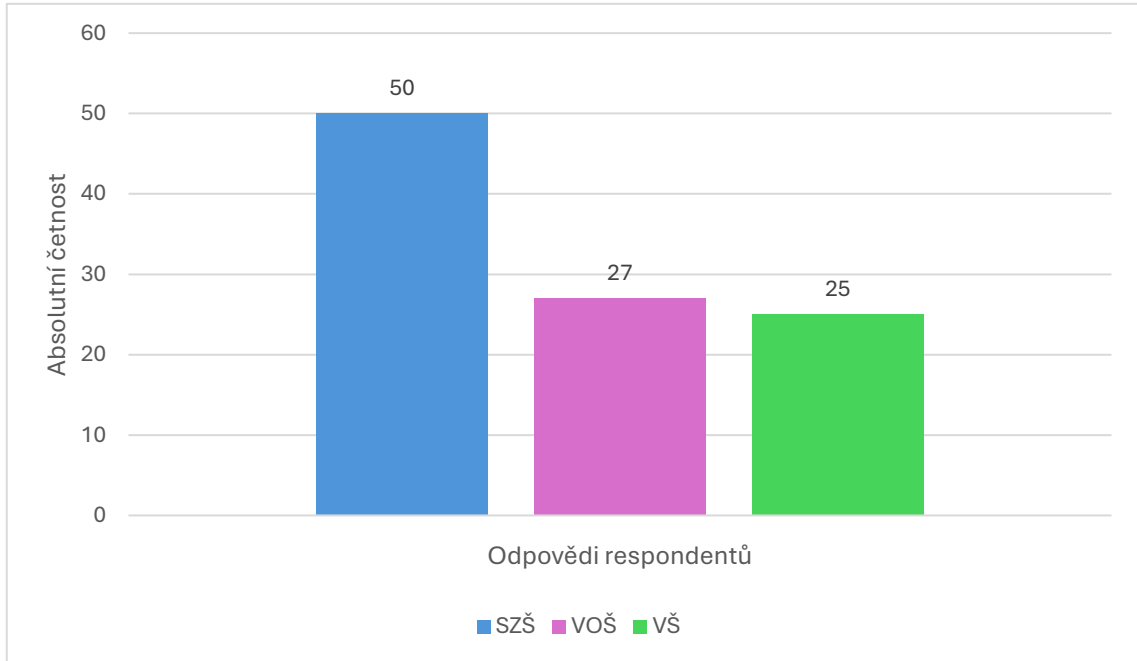


Graf 1: Věk respondentů

Zdroj: vlastní

Věkové rozložení respondentů zahrnutých do výzkumu ukazuje, že se šetření zúčastnilo celkem 102 osob, přičemž nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve věku 36–50 let, tuto možnost zvolilo 50 respondentů (49,0 %). Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti ve věku 20–35 let, tuto odpověď zvolilo 36 respondentů (35,3 %). Nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti ve věku 51 let a více, tuto možnost zvolilo 16 respondentů (15,7 %).

Otázka č.2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

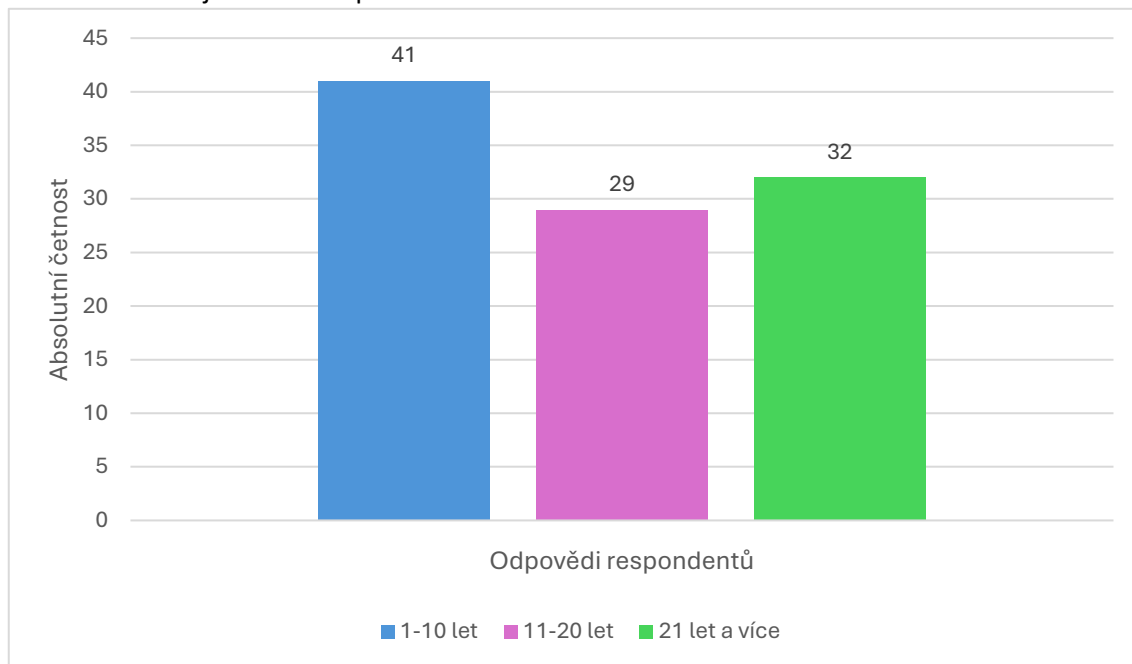


Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Zdroj: vlastní

Z hlediska dosaženého vzdělání tvoří nejpočetnější skupinu respondenti se středoškolským vzděláním, tuto možnost zvolilo 50 respondentů (49,0 %). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 27 respondentů (26,5 %) a vysokoškolské vzdělání zvolilo 25 respondentů (24,5 %).

Otázka č.3: Jaká je délka Vaší praxe?

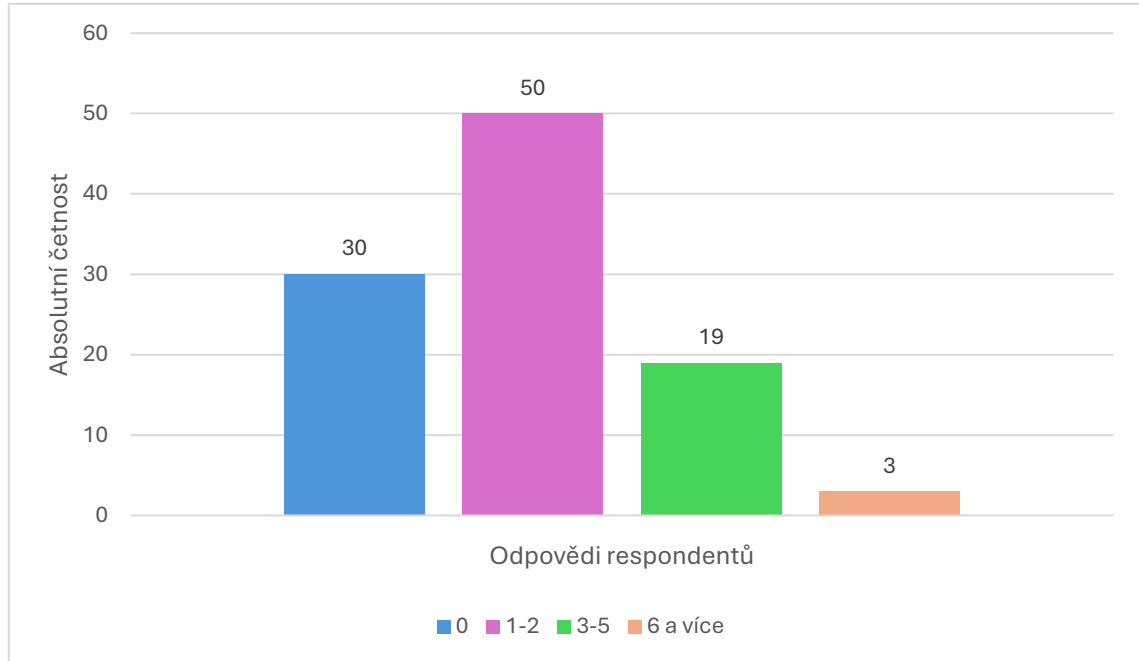


Graf 3: Délka praxe respondentů

Zdroj: vlastní

Rozdělení respondentů podle délky praxe ukazuje, že nejvíce respondentů má praxi v rozmezí 1–10 let, tuto možnost zvolilo 41 respondentů (40,2 %). Následuje skupina respondentů s praxí 21 let a více, tuto odpověď zvolilo 32 respondentů (31,4 %). Nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti s praxí 11–20 let, tuto možnost zvolilo 29 respondentů (28,4 %).

Otázka č.4: Kolik pádů pacientů jste za poslední měsíc zaznamenal/a?

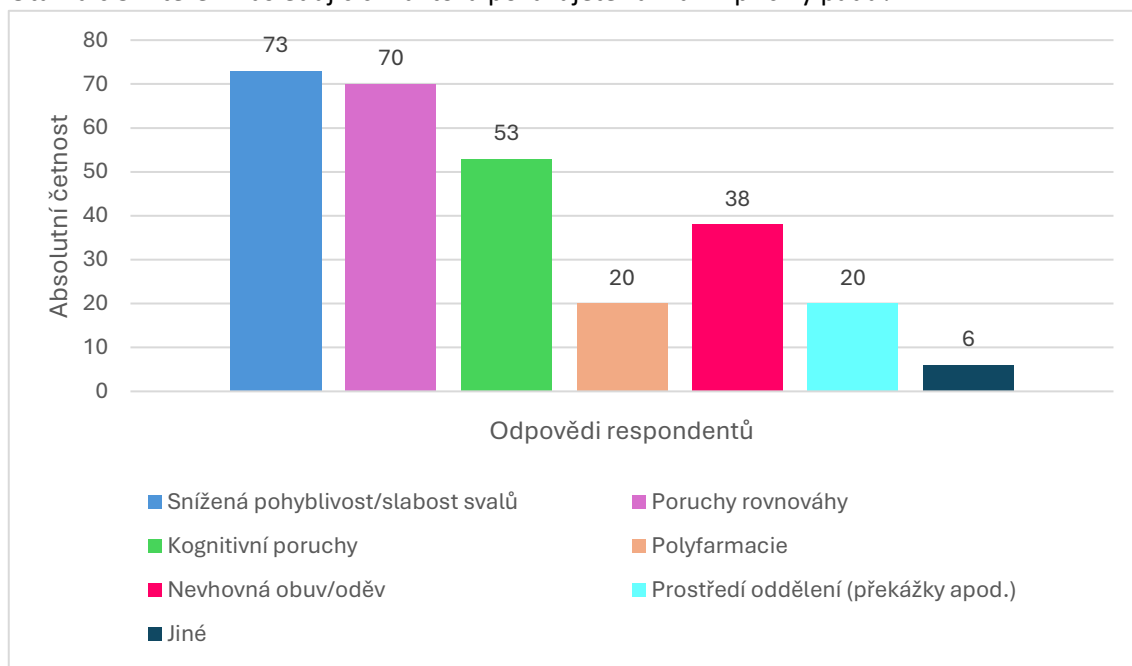


Graf 4: Počet pádů pacientů za poslední měsíc

Zdroj: vlastní

Počet pádů pacientů za poslední měsíc byl nejčastěji uváděn v rozmezí 1–2 pádů, tuto možnost zvolilo 50 respondentů (49,0 %). Nulový výskyt pádů uvedlo 30 respondentů (29,4 %). Možnost 3–5 pádů zvolilo 19 respondentů (18,6 %) a kategorii 6 a více pádů označili 3 respondenti (2,9 %).

Otázka č.5: Které z následujících faktorů považujete za hlavní příčiny pádu?

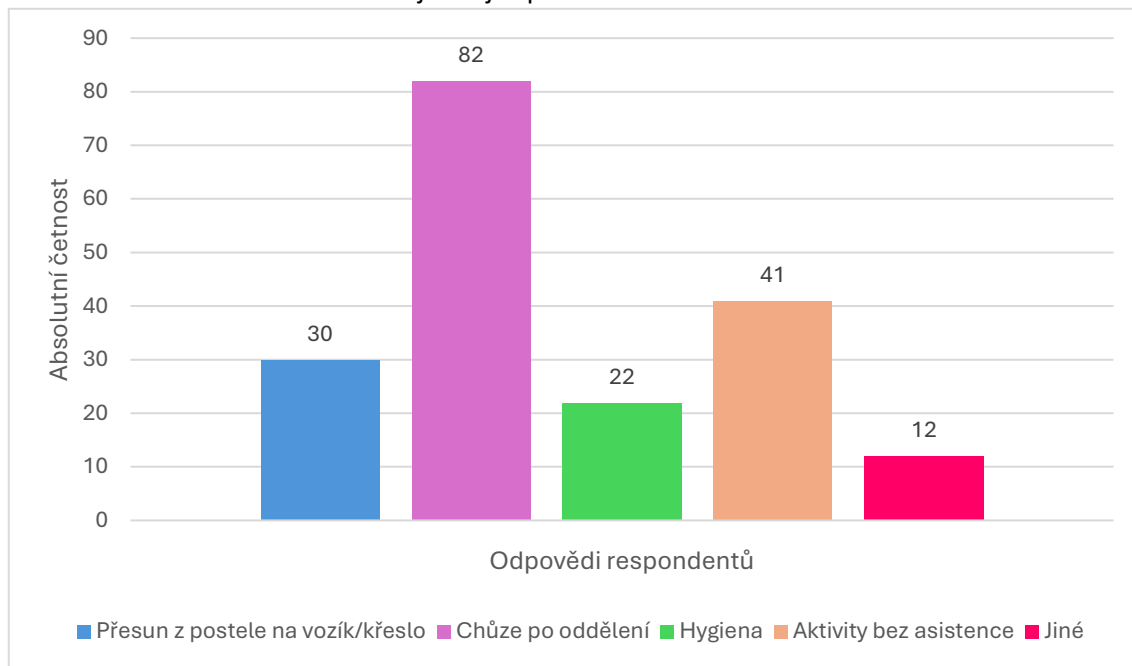


Graf 5: Hlavní příčiny pádů pacientů

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Z přehledu hlavních příčin pádů pacientů vyplývá, že nejčastější příčinou je snížená pohyblivost nebo svalová slabost, tuto možnost zvolilo 73 respondentů (71,6 %). Dále byly často zmiňovány poruchy rovnováhy, které označilo 70 respondentů (68,6 %), a kognitivní poruchy, které zvolilo 53 respondentů (52,0 %). Mezi další faktory patří nevhodná obuv či oděv, tuto možnost zvolilo 38 respondentů (37,3 %), polyfarmacie, kterou uvedlo 20 respondentů (19,6 %), a prostředí oddělení, které zvolilo 20 respondentů (19,6 %). Možnost „jiné“ zvolilo 6 respondentů (5,9 %), přičemž žádný z respondentů tuto odpověď blíže nespecifikoval.

Otázka č.6: Které situace vedou nejčastěji k pádům?

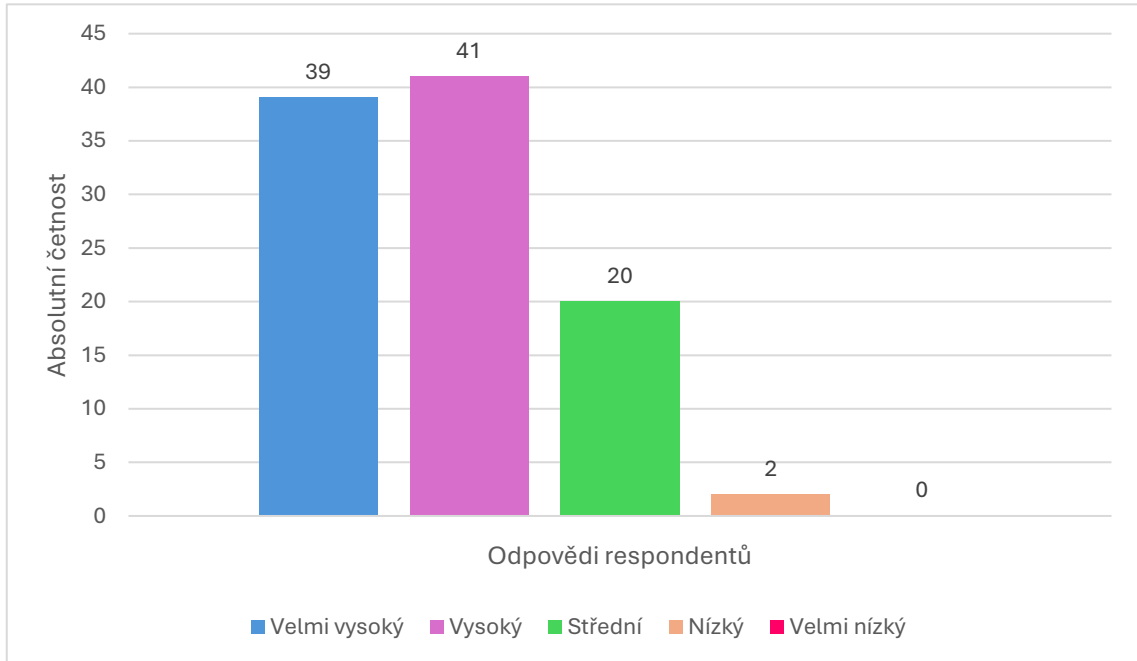


Graf 6: Nejčastější situace vedoucí k pádům

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Jako nejčastější situace vedoucí k pádům byla uvedena chůze po oddělení, tuto možnost zvolilo 82 respondentů (80,4 %). Dále byly uváděny aktivity bez asistence, které označilo 41 respondentů (40,2 %), přesun z postele na vozík či křeslo, tuto možnost zvolilo 30 respondentů (29,4 %), a hygiena, kterou uvedlo 22 respondentů (21,6 %). Možnost „jiné“ zvolilo 12 respondentů (11,8 %), přičemž žádný z respondentů tuto odpověď blíže nespecifikoval.

Otázka č.7: Jak hodnotíte vliv zdravotního stavu pacienta na riziko pádu?

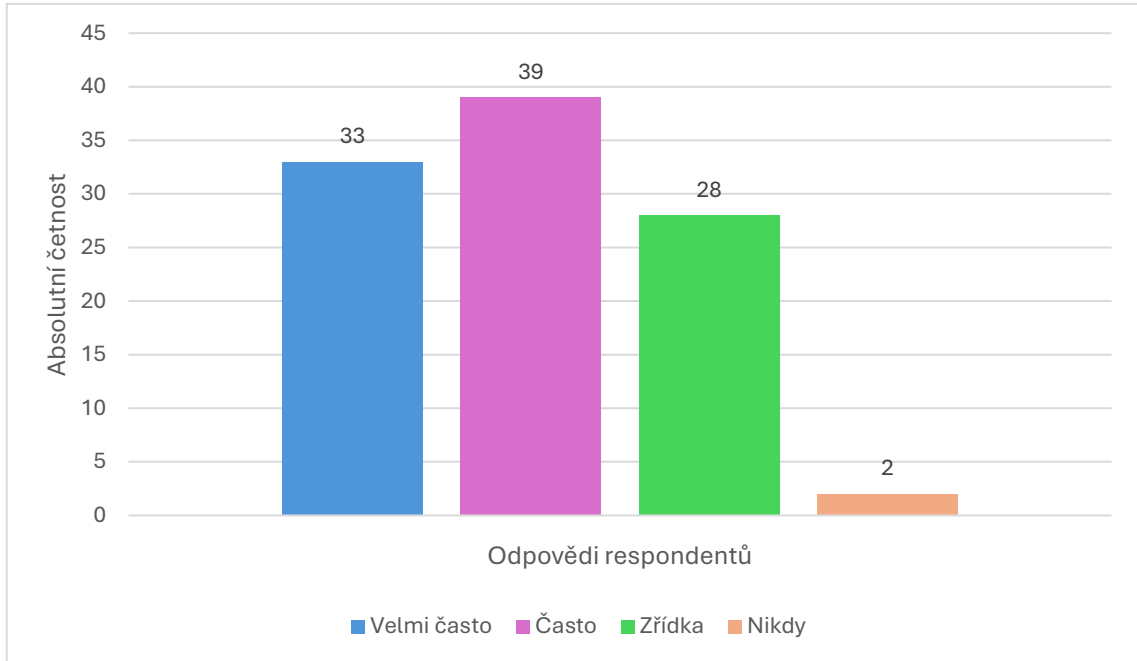


Graf 7: Vliv zdravotního stavu pacienta na riziko pádu

Zdroj: vlastní

Vliv zdravotního stavu pacienta na riziko pádu je nejčastěji hodnocen jako vysoký, tuto možnost zvolilo 41 respondentů (40,2 %), nebo velmi vysoký, tuto odpověď zvolilo 39 respondentů (38,2 %). Střední vliv uvedlo 20 respondentů (19,6 %) a nízký vliv zvolili 2 respondenti (2,0 %). Možnost „velmi nízký“ ne zvolil žádný respondent (0,0 %).

Otázka č.8: Kolikrát jste zaznamenal/a pád pacienta bez přítomnosti sestry?

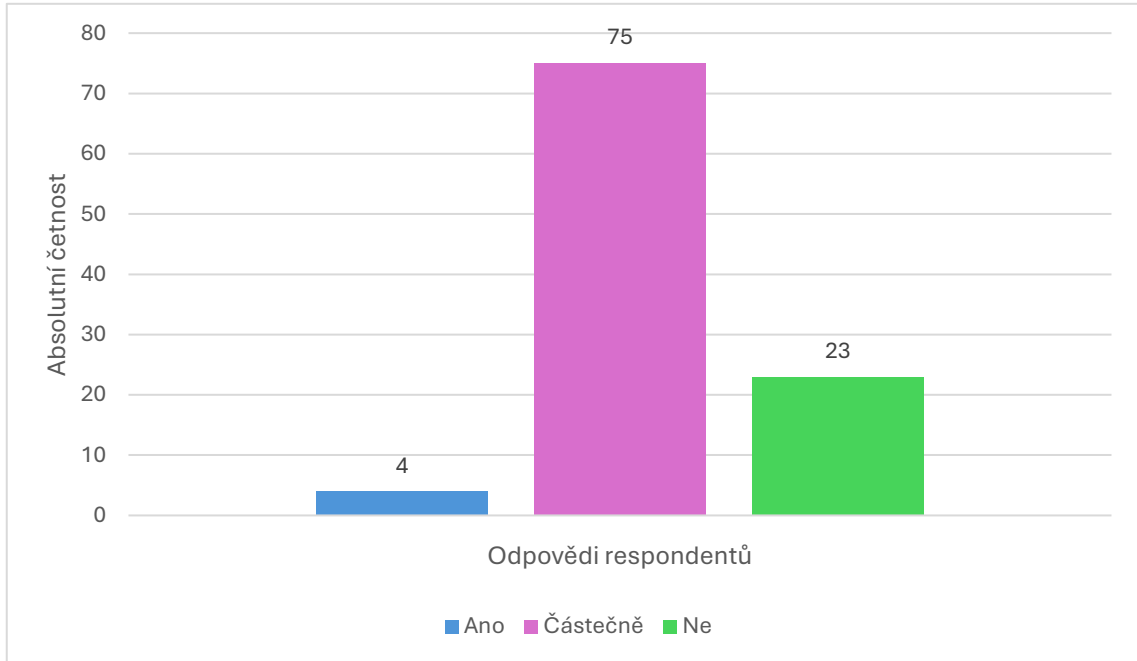


Graf 8: Výskyt pádů pacientů bez přítomnosti sestry

Zdroj: vlastní

Výsledky ukazují, že pády pacientů bez přítomnosti sestry nejsou ojedinělým jevem, přičemž odpověď „často“ zvolilo 39 respondentů (38,2 %) a „velmi často“ uvedlo 33 respondentů (32,4 %). Možnost „zřídka“ označilo 28 respondentů (27,5 %) a „nikdy“ zvolili 2 respondenti (2,0 %).

Otázka č.9: Myslíte si, že pády lze většinou předvídat?

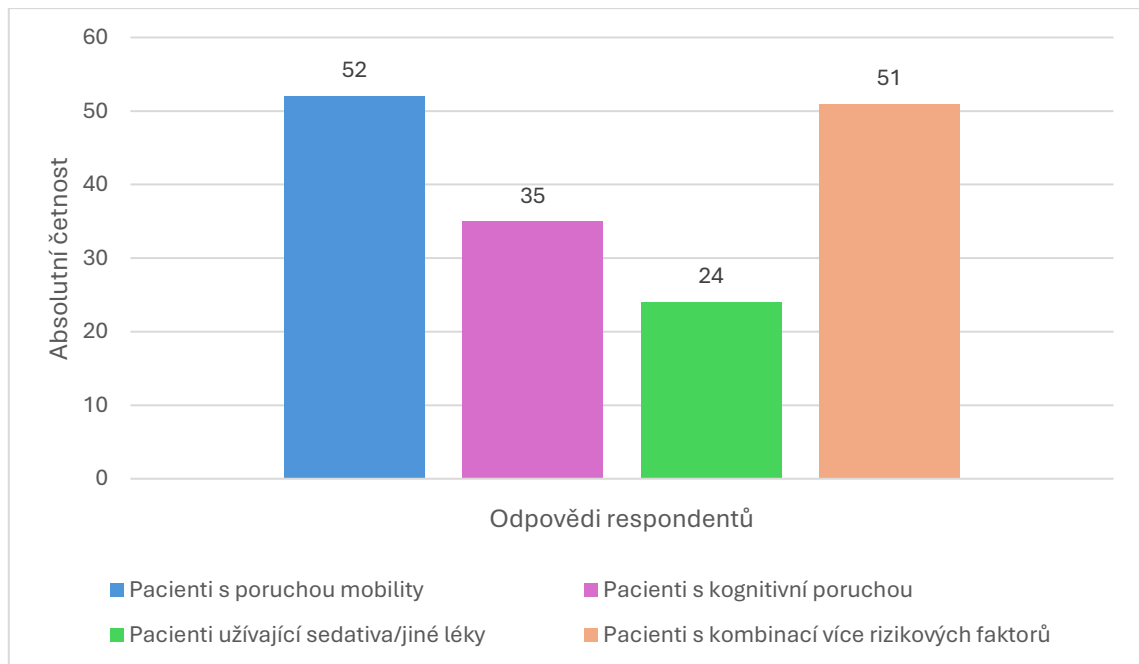


Graf 9: Předvídatelnost pádů pacientů

Zdroj: vlastní

Předvídatelnost pádů pacientů je nejčastěji hodnocena jako částečná, tuto možnost zvolilo 75 respondentů (73,5 %). Odpověď „ne“ uvedlo 23 respondentů (22,5 %) a odpověď „ano“ zvolili 4 respondenti (3,9 %).

Otázka č.10: Která skupina pacientů je podle Vás nejvíce ohrožená pádem?

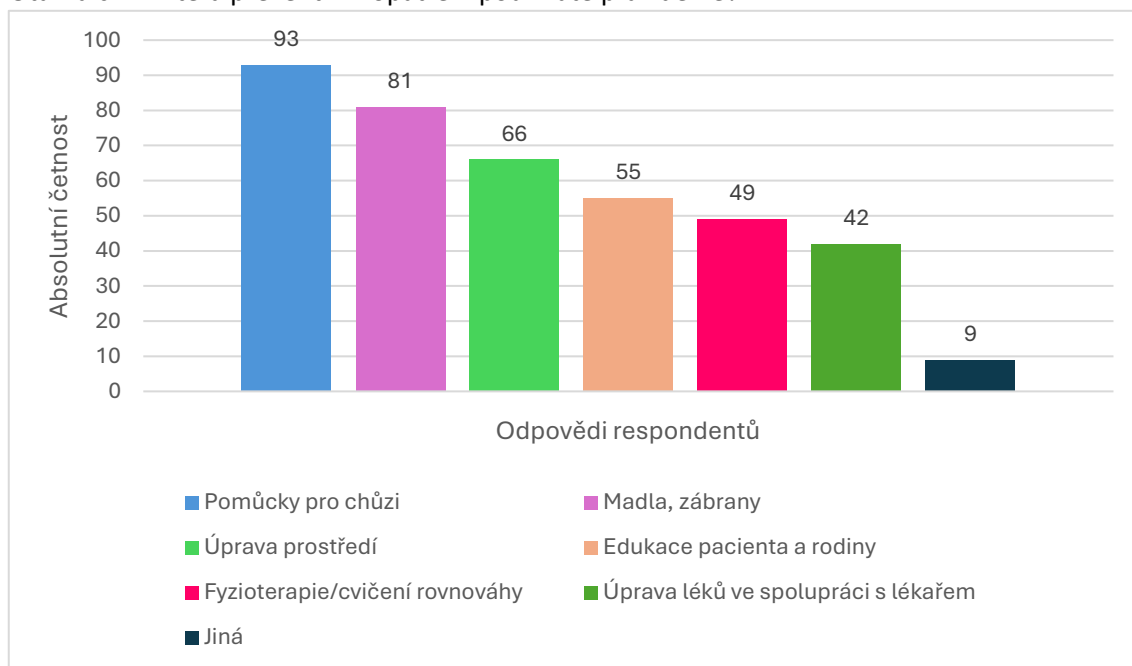


Graf 10: Nejvíce ohrožené skupiny pacientů

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Za nejvíce ohrožené skupiny pacientů jsou považováni pacienti s poruchou mobility, tuto možnost zvolilo 52 respondentů (51,0 %), a pacienti s kombinací více rizikových faktorů, tuto odpověď uvedlo 51 respondentů (50,0 %). Dále byli uváděni pacienti s kognitivní poruchou, tuto možnost zvolilo 35 respondentů (34,3 %), a pacienti užívající sedativa či jiné léky, které označilo 24 respondentů (23,5 %).

Otázka č.11: Která preventivní opatření používáte pravidelně?

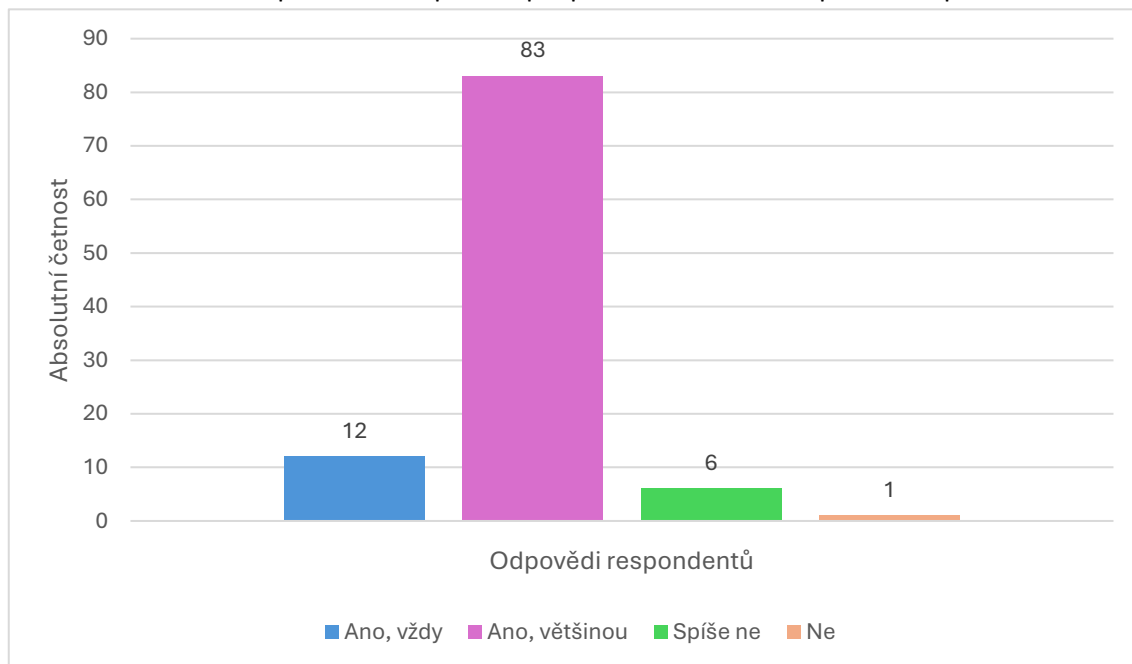


Graf 11: Pravidelně používaná preventivní opatření

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Z přehledu preventivních opatření vyplývá, že nejčastěji jsou využívány pomůcky pro chůzi, tuto možnost zvolilo 93 respondentů (91,2 %). Dále byla uváděna madla a zábrany, které zvolilo 81 respondentů (79,4 %), a úprava prostředí, kterou uvedlo 66 respondentů (64,7 %). Edukaci pacienta a rodiny zvolilo 55 respondentů (53,9 %), fyzioterapii 49 respondentů (48,0 %) a úpravu medikace 42 respondentů (41,2 %). Možnost „jiná“ zvolilo 9 respondentů (8,8 %), přičemž pouze jeden respondent tuto odpověď blíže specifikoval jako zvýšený dohled u pacientů s vyšším rizikem pádu.

Otázka č.12: Dokážete preventivní opatření přizpůsobit individuálně potřebám pacienta?

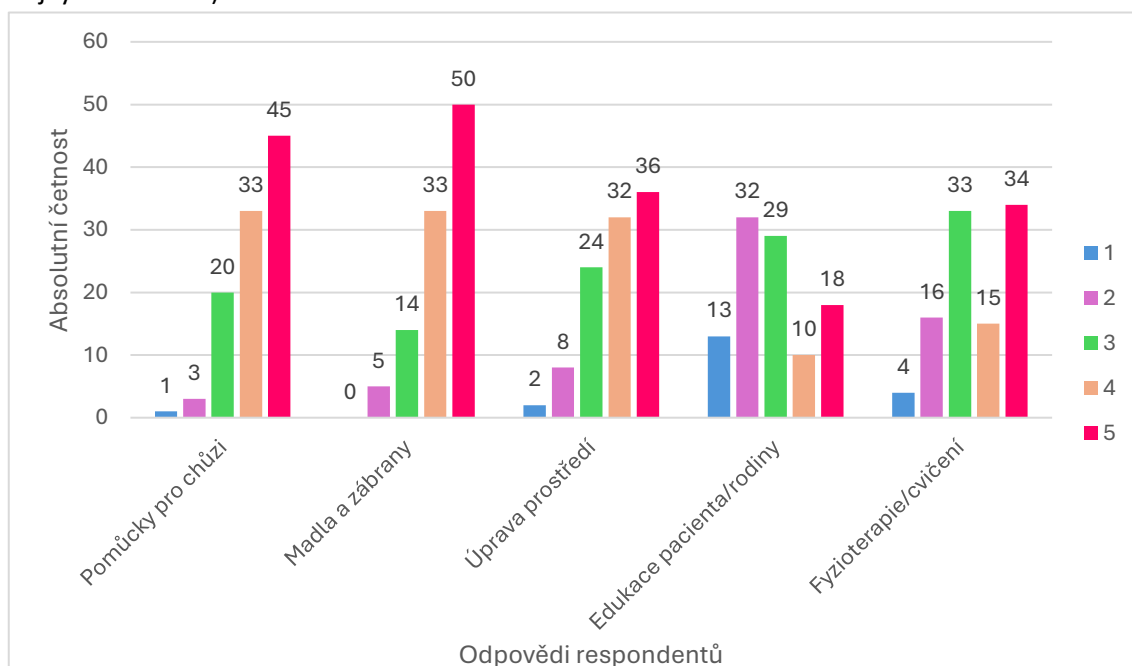


Graf 12: Přizpůsobení preventivních opatření individuálním potřebám pacienta

Zdroj: vlastní

Většina respondentů uvedla, že preventivní opatření dokáže přizpůsobit individuálním potřebám pacienta, přičemž odpověď „ano, většinou“ zvolilo 83 respondentů (81,4 %) a „ano, vždy“ uvedlo 12 respondentů (11,8 %). Odpověď „spíše ne“ zvolilo 6 respondentů (5,9 %) a „ne“ pouze 1 respondent (1,0 %).

Otázka č.13: Jak hodnotíte účinnost jednotlivých opatření? (škála 1-5, 1 = nejnižší účinnost, 5 = nejvyšší účinnost)



Graf 13: Hodnocení účinnosti jednotlivých opatření

Zdroj: vlastní

Respondenti hodnotili preventivní opatření převážně jako účinná až velmi účinná.

U pomůcek pro chůzi hodnocení 1 zvolil 1 respondent (1,0 %), hodnocení 2 zvolili 3 respondenti (2,9 %), hodnocení 3 uvedlo 20 respondentů (19,6 %), hodnocení 4 zvolilo 33 respondentů (32,4 %) a hodnocení 5 pak 45 respondentů (44,1 %).

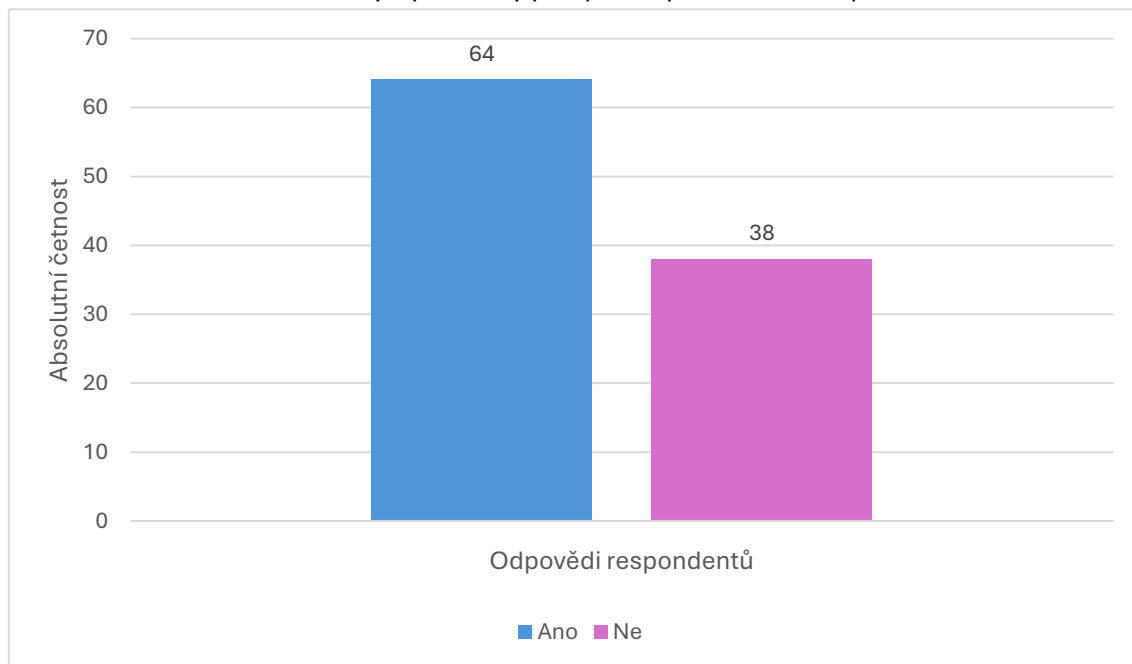
U madel a zábran hodnocení 1 ne zvolil žádný respondent (0,0 %), hodnocení 2 uvedlo 5 respondentů (4,9 %), hodnocení 3 zvolilo 14 respondentů (13,7 %), hodnocení 4 označilo 33 respondentů (32,4 %) a hodnocení 5 pak 50 respondentů (49,0 %).

V případě úpravy prostředí hodnocení 1 zvolili 2 respondenti (2,0 %), hodnocení 2 uvedlo 8 respondentů (7,8 %), hodnocení 3 zvolilo 24 respondentů (23,5 %), hodnocení 4 označilo 32 respondentů (31,4 %) a hodnocení 5 pak 36 respondentů (35,3 %).

U edukace pacienta hodnocení 1 zvolilo 13 respondentů (12,7 %), hodnocení 2 uvedlo 32 respondentů (31,4 %), hodnocení 3 zvolilo 29 respondentů (28,4 %), hodnocení 4 označilo 10 respondentů (9,8 %) a hodnocení 5 pak 18 respondentů (17,6 %).

U fyzioterapie a cvičení hodnocení 1 zvolili 4 respondenti (3,9 %), hodnocení 2 uvedlo 16 respondentů (15,7 %), hodnocení 3 zvolilo 33 respondentů (32,4 %), hodnocení 4 označilo 15 respondentů (14,7 %) a hodnocení 5 pak 34 respondentů (33,3 %).

Otázka č.14: Setkáváte se někdy s problémy při aplikaci preventivních opatření?

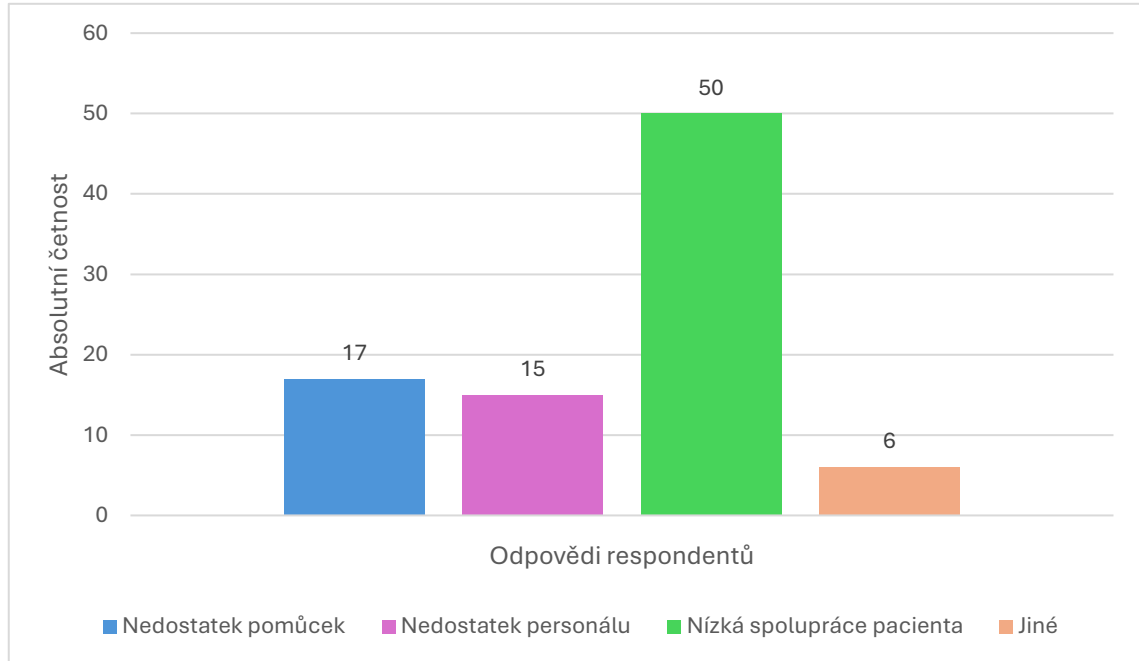


Graf 14: Výskyt problémů při aplikaci preventivních opatření

Zdroj: vlastní

S problémy při aplikaci preventivních opatření se setkává většina respondentů, tuto možnost zvolilo 64 respondentů (62,7 %), zatímco odpověď „ne“ uvedlo 38 respondentů (37,3 %).

Otázka č.15: Pokud ano, uveďte typické problémy:

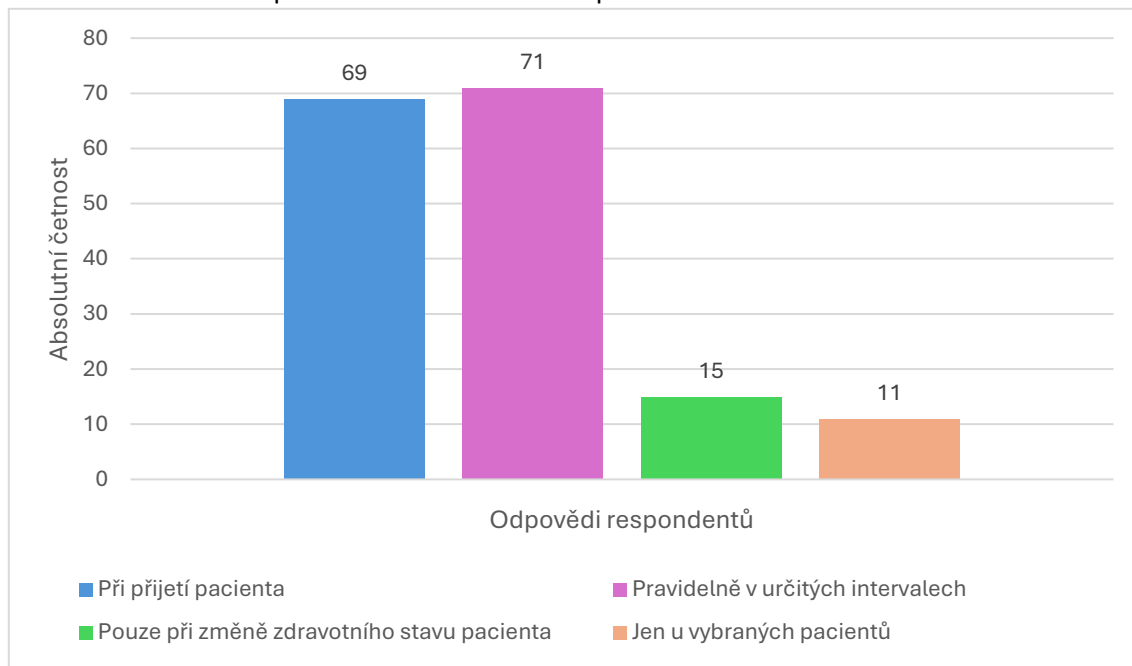


Graf 15: Typické problémy při aplikaci preventivních opatření

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Získaná data ukazují, že mezi nejčastěji uváděné problémy patří nízká spolupráce pacienta, tuto možnost zvolilo 50 respondentů (49,0 %). Dále byl uváděn nedostatek pomůcek, tuto odpověď zvolilo 17 respondentů (16,7 %), a nedostatek personálu, který uvedlo 15 respondentů (14,7 %). Možnost „jiné“ zvolilo 6 respondentů (5,9 %), přičemž žádný z respondentů tuto odpověď blíže nespecifikoval.

Otázka č.16: Jak často provádíte hodnocení rizika pádu?

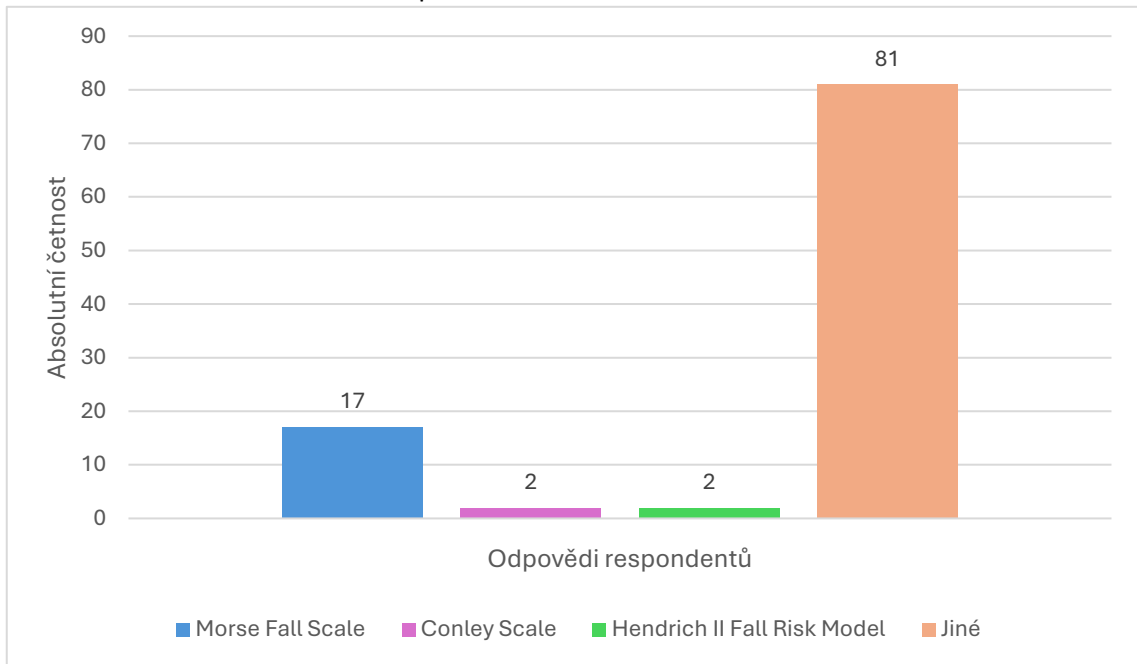


Graf 16: Četnost hodnocení rizika pádu

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Hodnocení rizika pádu probíhá dle odpovědi nejčastěji pravidelně v určitých intervalech, tuto možnost zvolilo 71 respondentů (69,6 %), a při přijetí pacienta, tuto odpověď uvedlo 69 respondentů (67,6 %). Méně často je hodnocení prováděno při změně zdravotního stavu, tuto možnost zvolilo 15 respondentů (14,7 %), a hodnocení pouze u vybraných pacientů uvedlo 11 respondentů (10,8 %).

Otázka č.17: Jakou hodnotící škálu používáte?

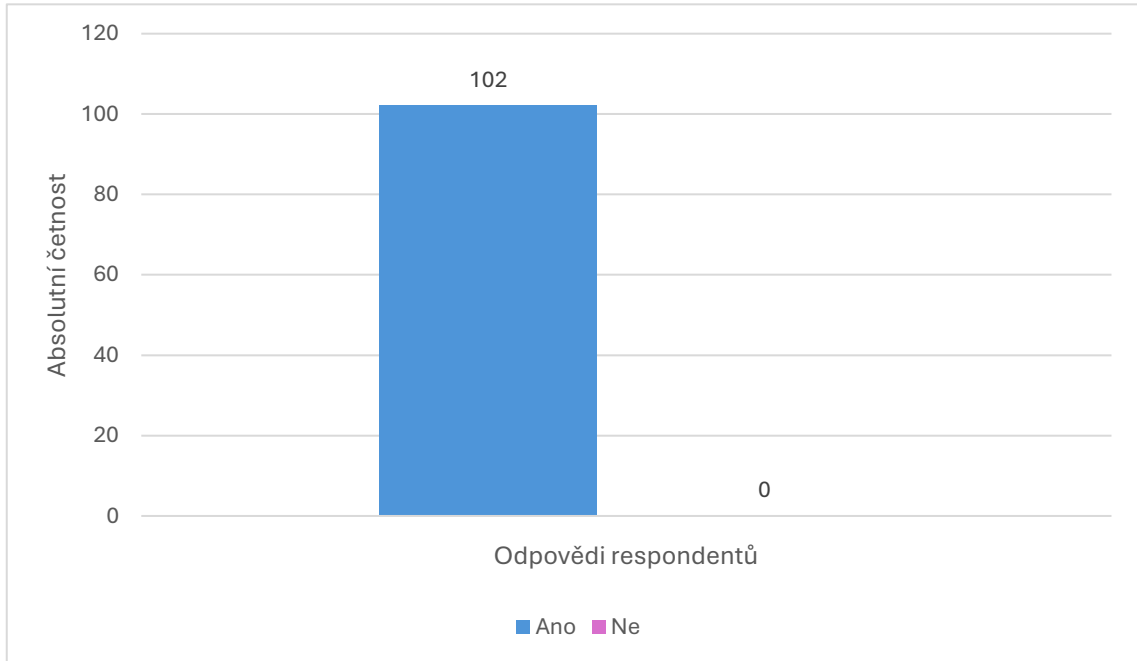


Graf 17: Používané hodnotící škály

Zdroj: vlastní

Podle výsledků byla nejčastěji uváděna škála Morse Fall Scale, kterou zvolilo 17 respondentů (16,7 %). Škálu Conley Scale uvedli 2 respondenti (2,0 %) a škálu Hendrich II Fall Risk Model rovněž 2 respondenti (2,0 %). Možnost „jiné“ zvolilo 81 respondentů (79,4 %), přestože většina respondentů uvedla tuto možnost, žádný z nich odpověď blíže nespecifikoval.

Otázka č.18: Máte k dispozici aktuální směrnici pro prevenci pádu?

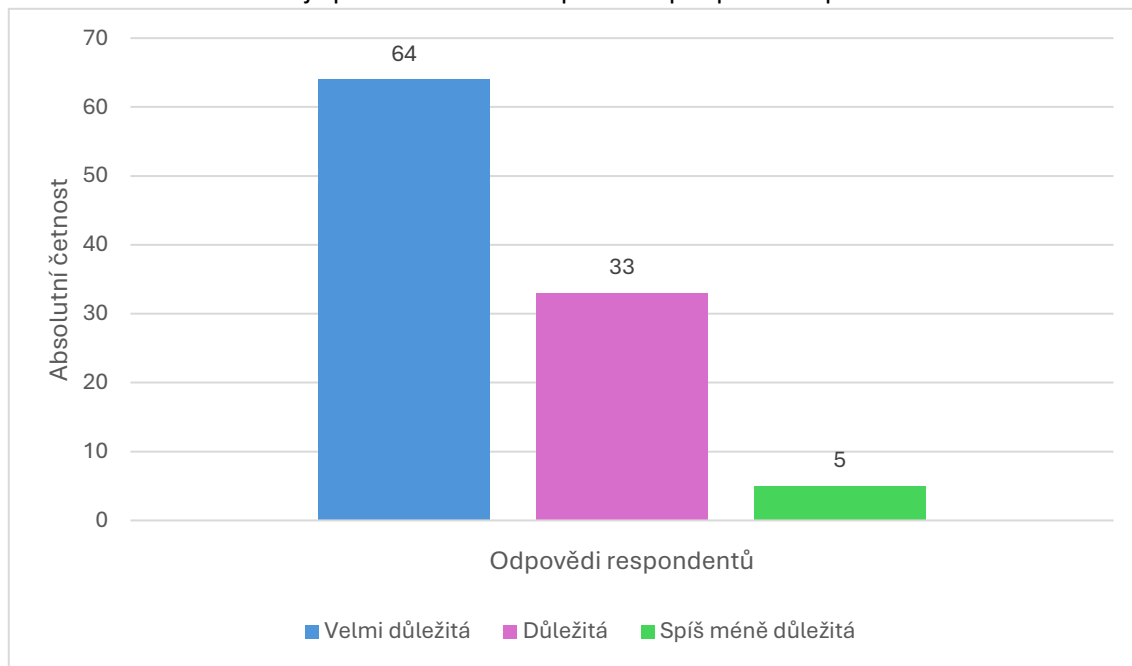


Graf 18: Dostupnost směrnice pro prevenci pádů

Zdroj: vlastní

Všichni respondenti uvedli, že mají k dispozici aktuální směrnici pro prevenci pádů, tuto odpověď zvolilo 102 respondentů (100,0 %), zatímco odpověď „ne“ nevolil žádný respondent (0,0 %).

Otázka č.19: Jak důležitá je podle Vás edukace pacienta pro prevenci pádů?

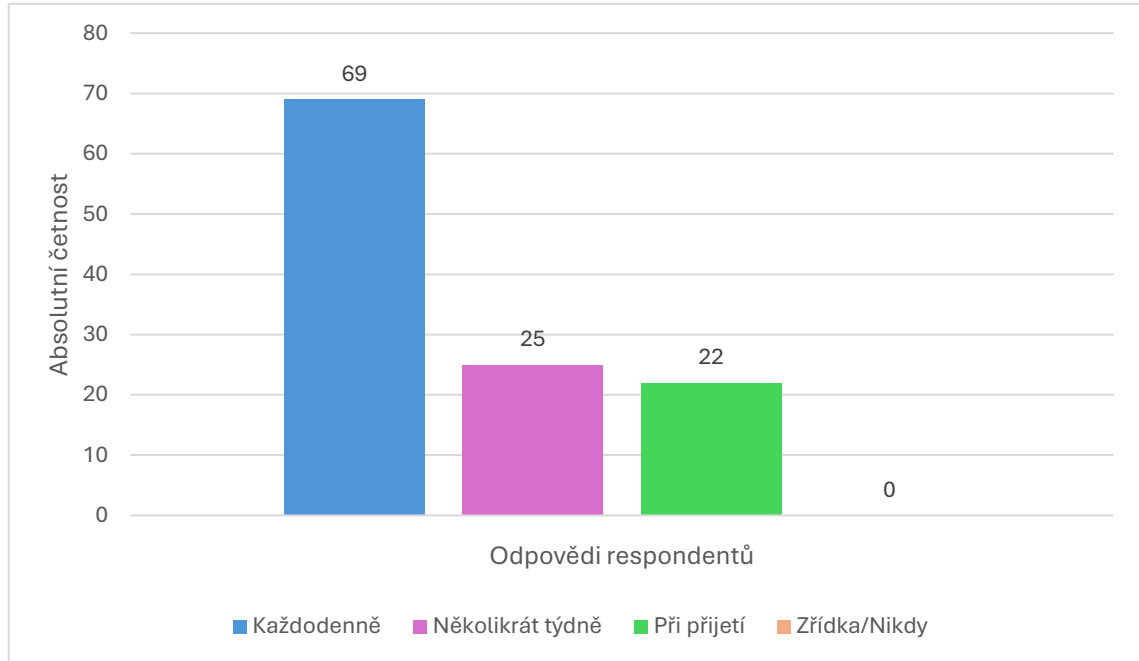


Graf 19: Význam edukace pacienta v prevenci pádů

Zdroj: vlastní

Edukace pacienta je nejčastěji hodnocena jako „velmi důležitá“, tuto možnost zvolilo 64 respondentů (62,7 %), a jako „důležitá“, tuto odpověď uvedlo 33 respondentů (32,4 %). Pouze 5 respondentů (4,9 %) ji považuje za méně důležitou.

Otázka č.20: Jak často informujete pacienty o prevenci pádu?

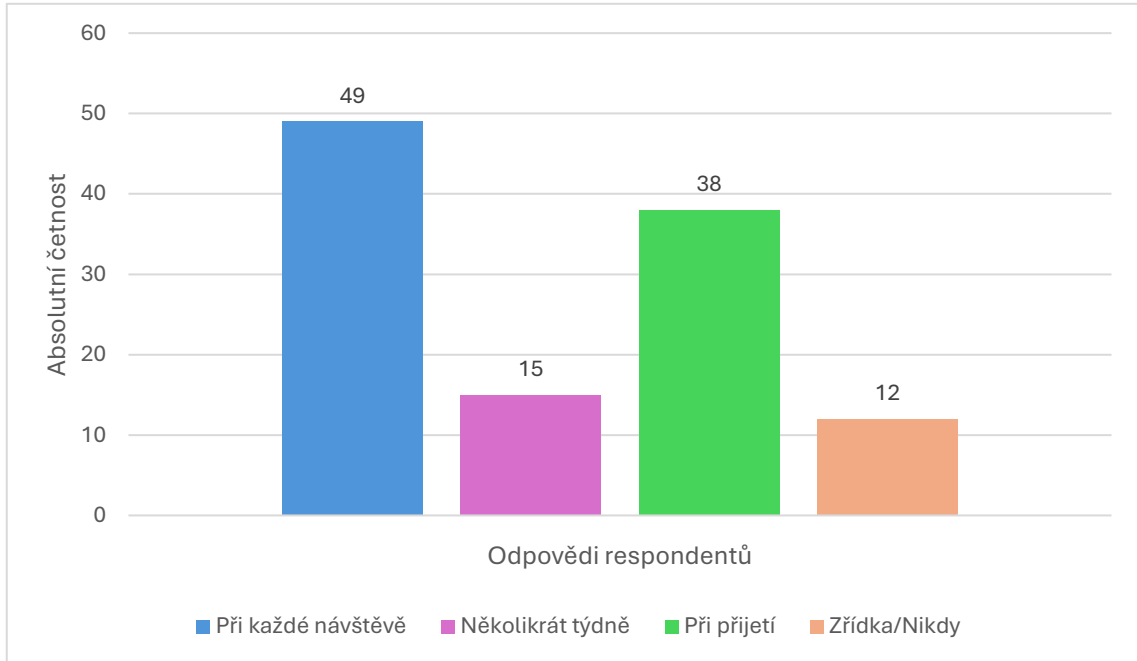


Graf 20: Informování pacientů o prevenci pádů

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Informování pacientů o prevenci pádů dle odpovědí nejčastěji probíhá každodenně, tuto možnost zvolilo 69 respondentů (67,6 %), případně několikrát týdně, tuto odpověď zvolilo 25 respondentů (24,5 %), nebo při přijetí pacienta, tuto možnost uvedlo 22 respondentů (21,6 %). Možnost „zřídka/nikdy“ nezvolil žádný respondent (0,0 %).

Otázka č.21: Jak často informujete rodinu pacienta o prevenci pádů?

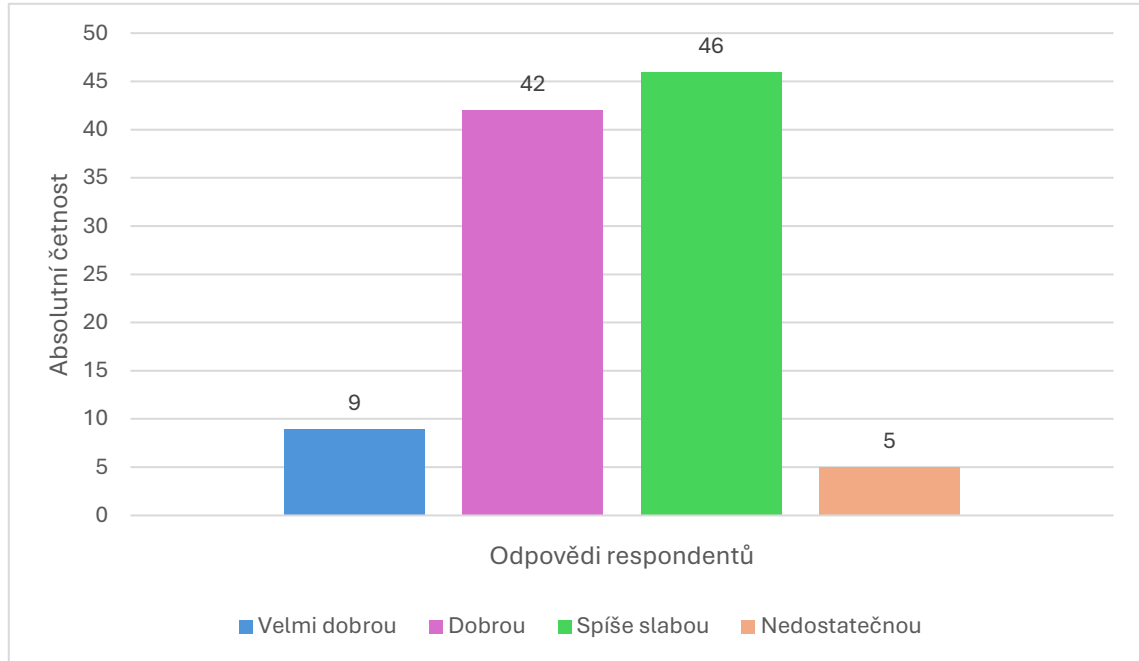


Graf 21: Informování rodiny pacienta o prevenci pádů

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Rodina pacienta je dle odpovědí nejčastěji informována při každé návštěvě, tuto možnost zvolilo 49 respondentů (48,0 %), dále při přijetí pacienta, tuto odpověď uvedlo 38 respondentů (37,3 %), a několikrát týdně, tuto možnost zvolilo 15 respondentů (14,7 %). Možnost „zřídka/nikdy“ zvolilo 12 respondentů (11,8 %).

Otázka č.22: Jak hodnotíte spolupráci rodiny pacienta při prevenci pádů?

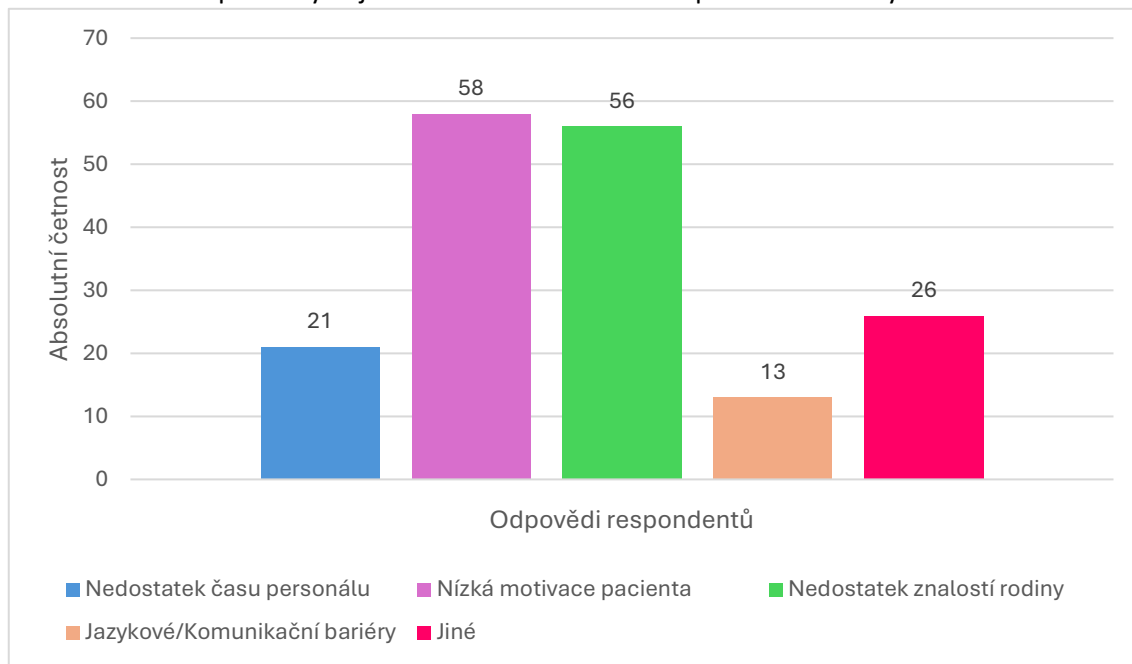


Graf 22: Hodnocení spolupráce rodiny pacienta při prevenci pádů

Zdroj: vlastní

Spolupráce rodiny pacienta je nejčastěji hodnocena jako spíše slabá, tuto možnost zvolilo 46 respondentů (45,1 %), nebo jako dobrá, tuto odpověď uvedlo 42 respondentů (41,2 %). Velmi dobrou spolupráci uvedlo 9 respondentů (8,8 %) a nedostatečnou 5 respondentů (4,9 %).

Otázka č.23: Jaké překážky nejvíce brání efektivní edukaci pacienta a rodiny?

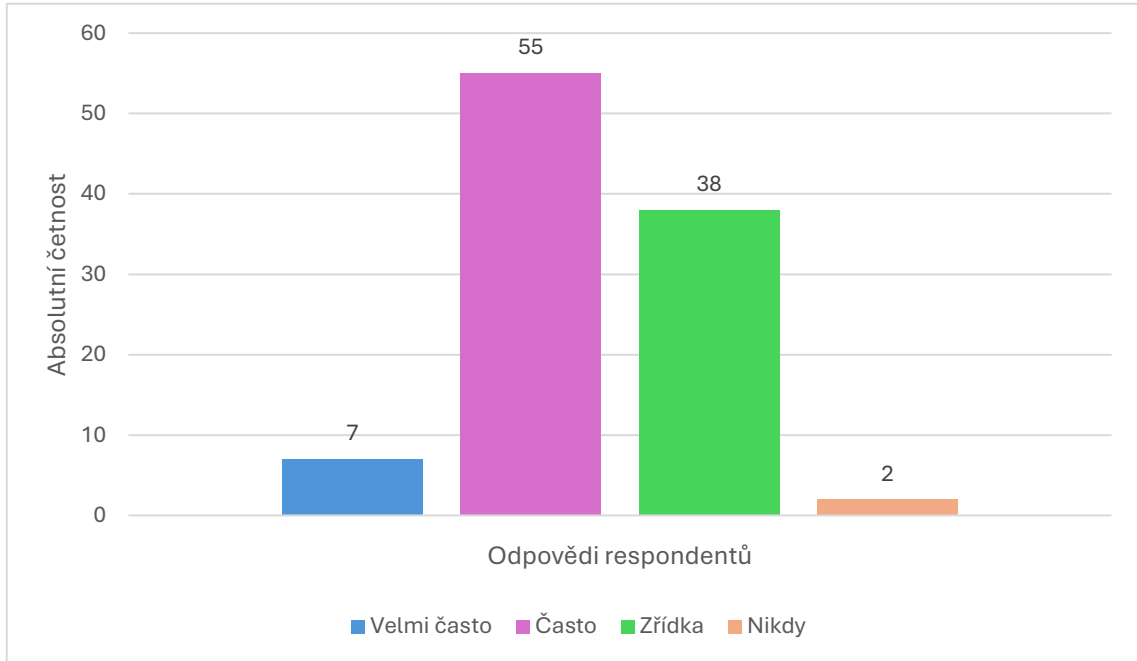


Graf 23: Překážky v edukaci pacienta a rodiny

Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Z výsledků lze usuzovat, že mezi hlavní překážky patří nízká motivace pacienta, tuto možnost zvolilo 58 respondentů (56,9 %), a nedostatek znalostí rodiny, tuto odpověď uvedlo 56 respondentů (54,9 %). Dále byl uváděn nedostatek času personálu, tuto možnost zvolilo 21 respondentů (20,6 %), a komunikační bariéry, které označilo 13 respondentů (12,7 %). Možnost „jiné“ zvolilo 26 respondentů (25,5 %), přičemž dva respondenti uvedli jako překážku v edukaci diagnózu pacienta.

Otázka č.24: Jak často vidíte pozitivní dopad edukace na snížení rizika pádu?



Graf 24: Dopad edukace na snížení rizika pádu

Zdroj: vlastní

Pozitivní dopad edukace na snížení rizika pádu je nejčastěji hodnocen jako „častý“, tuto možnost zvolilo 55 respondentů (53,9 %). Odpověď „zřídka“ uvedlo 38 respondentů (37,3 %), „velmi často“ zvolilo 7 respondentů (6,9 %) a „nikdy“ uvedli 2 respondenti (2,0 %).

3 Diskuze

Bakalářská práce na téma prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry se zabývá aktuální a významnou problematikou, která má zásadní dopad na kvalitu poskytované zdravotní péče i na bezpečnost pacientů. Pády pacientů patří mezi nejčastější nežádoucí události ve zdravotnických zařízeních a jejich důsledky mohou být závažné nejen po stránce fyzické, ale i psychické a sociální. U seniorů navíc často dochází ke zhoršení celkového zdravotního stavu, ztrátě soběstačnosti a prodloužení hospitalizace.

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat ošetrovatelské postupy v prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení. Diskuze se proto zaměřuje na interpretaci získaných výsledků v kontextu dostupných odborných poznatků a na jejich vzájemné porovnání. Současně poukazuje nejen na shody, ale i na určité odlišnosti mezi výsledky výzkumu a závěry odborné literatury.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

Jaké jsou nejčastější příčiny pádů pacientů?

První výzkumná otázka se zaměřila na identifikaci nejčastějších příčin pádů u pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení. Získaná data naznačují, že výskyt pádů je v tomto specifickém prostředí běžným jevem, přičemž většina respondentů zaznamenala v posledním měsíci alespoň jeden až dva incidenty. Tento nálezní odpovídá tvrzení Berkové a Berky (2018), podle nichž pády představují nejčastější příčinu úrazů u seniorské populace, zejména u jedinců vykazujících známky křehkosti či polymorbidity.

Za hlavní příčiny pádů označili oslovení zdravotníci sníženou pohyblivost, svalovou slabost a poruchy rovnováhy. Tyto výsledky jsou v souladu s biologickými změnami spojenými se stárnutím, které popisují Gustafsson a Ulfhake (2024). Autoři upozorňují, že proces sarkopenie, tedy úbytek svalové hmoty a funkce, spolu s degenerativními změnami pohybového aparátu významně omezuje stabilitu seniorů. Lze tedy říci, že shoda mezi vnímáním sester v praxi a odbornou literaturou poukazuje na zásadní význam fyzické kondice pro bezpečnost pacienta. Alrefai et al. (2024) v této souvislosti doplňují, že intervence zaměřené na posilování svalové síly a zlepšení rovnováhy patří mezi klíčové postupy vedoucí ke snížení rizika pádů.

Významnou roli v příčinách pádů hrají podle výsledků šetření také kognitivní poruchy. V gerontopsychiatrickém kontextu je tento výsledek očekávatelný, neboť, jak uvádějí Arvanitakis, Shah a Bennett (2019), demence vede k poruchám paměti, orientace a úsudku. Pacienti tak mohou nesprávně vyhodnotit situaci nebo přecenit své schopnosti. Tento závěr odpovídá i zjištěním z dotazníku, podle nichž dochází k pádům nejčastěji při chůzi po oddělení nebo při aktivitách bez asistence personálu. Kafantogia et al. (2017) v této souvislosti upozorňují, že vztah mezi pohybovou aktivitou a rizikem pádu je složitý, a snaha o zachování samostatnosti může v některých případech riziko naopak zvýšit.

Problematika medikace je v gerontopsychiatrii velmi důležitá, přičemž Greplová (2024) upozorňuje na skupinu léčiv označovaných jako FRIDs, mezi které patří například antipsychotika, benzodiazepiny či antidepresiva, jež mohou zvyšovat nestabilitu pacienta. Skutečnost, že sestry hodnotí vliv zdravotního stavu na riziko pádu jako vysoký až velmi vysoký, naznačuje, že tento

problém je vnímán jako komplexní, což odpovídá i přístupu Ministerstva zdravotnictví ČR (2020), které zdůrazňuje multifaktoriální charakter pádů.

Na základě těchto zjištění lze pozorovat zajímavou neshodu mezi teorií a výsledky šetření. Zatímco Greplová (2024) označuje rizikovou medikaci za významný faktor zvyšující pravděpodobnost pádu, v rámci vlastního šetření tuto možnost uvedla pouze menší část respondentů. Lze předpokládat, že sestry v praxi vnímají jako závažnější především viditelné fyzické a kognitivní obtíže pacientů, zatímco vliv medikace může být méně zřetelný.

Zajímavým zjištěním je vnímání předvídatelnosti pádů. Většina respondentů se domnívá, že pády lze předvídat pouze částečně. Tento názor může souviset s tím, že k pádům často dochází bez přítomnosti sestry, což ztěžuje určení jejich přesné příčiny. Přestože se v praxi využívají standardizované nástroje, jako je Morse Fall Scale nebo škála podle Conleyové (Pokorná a kol., 2019), nelze vždy zachytit náhlé změny zdravotního stavu. Jak uvádí Jiráček (2020), například delirium může vzniknout rychle a je spojeno s výraznou změnou chování a orientace, což zvyšuje riziko nepředvídatelných pádů.

Syntéza výsledků ukazuje, že nejvíce ohroženou skupinou jsou pacienti s kombinací poruch mobility a kognitivního deficitu. Tento závěr odpovídá multifaktoriálnímu pojetí prevence, které popisují Berková a Berka (2018), a zdůrazňuje potřebu individuálního přístupu k pacientovi. Zohlednění jak fyzického, tak psychického stavu pacienta se tak jeví jako klíčové pro účinnou prevenci pádů v gerontopsychiatrické péči.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Jaká preventivní opatření sestry nejčastěji používají k zamezení pádů pacientů?

Druhá výzkumná otázka se zaměřila na analýzu preventivních opatření, která sestry na gerontopsychiatrických odděleních využívají k zamezení pádů. Zjištěné poznatky naznačují, že ošetrovatelská praxe v tomto specifickém prostředí upřednostňuje především technická a materiální opatření, zatímco edukační a režimová opatření jsou vnímána jako méně efektivní.

Dominantním přístupem v prevenci pádů je využívání pomůcek pro chůzi a úprava fyzického prostředí, zejména instalace madel a zábran. Tento trend odpovídá závěrům Jančíkové (2023), podle níž je zajištění bezpečného prostředí a vybavení pacienta vhodnými kompenzačními pomůckami základním předpokladem pro snížení rizika pádů u seniorů s poruchami rovnováhy. Preference těchto opatření ze strany sester pravděpodobně souvisí s jejich okamžitým účinkem, který přímo reaguje na biologické změny spojené se stárnutím. Gustafsson a Ulfhake (2024) v této souvislosti uvádějí, že sarkopenie a úbytek svalové hmoty patří mezi hlavní faktory omezující stabilitu, což sestry v praxi kompenzují právě využíváním opory. Alrefai et al. (2024) navíc zdůrazňují, že podpora mobility představuje jeden z neúčinnějších způsobů, jak snížit riziko pádů.

Většina sester uvádí, že dokáže preventivní opatření přizpůsobit individuálním potřebám pacientů, což odpovídá požadavkům moderní ošetrovatelské péče. Alrefai et al. (2024) zdůrazňují, že efektivní prevence vyžaduje komplexní přístup a plán péče zohledňující individuální potřeby seniora. Přesto však realizace těchto opatření v praxi naráží na určité překážky, zejména nedostatek personálu a materiálního vybavení.

Významným zjištěním je nízké hodnocení účinnosti edukace pacienta a jeho rodiny. Tento výsledek není v souladu se závěry Berkové a Berky (2018), kteří považují edukaci za jeden z klíčových prvků prevence pádů. Tento rozdíl lze vysvětlit specifiky gerontopsychiatrických pacientů. Arvanitakis, Shah a Bennett (2019) uvádějí, že u osob s demencí dochází k postupnému narušení paměti, orientace a úsudku. Tyto změny, jak doplňují Brito et al. (2023), významně ovlivňují schopnost vykonávat běžné denní činnosti. Pokud pacient není schopen si zapamatovat nebo pochopit doporučení zdravotnického personálu, stává se edukace v praxi méně účinnou. Tento problém se dále prohlubuje u pacientů s deliriem, které je podle Jiráka (2020) spojeno s akutní změnou vědomí a chování.

V oblasti identifikace rizika pádů sestry nejčastěji provádějí hodnocení při přijetí pacienta a následně v pravidelných intervalech. Tento postup odpovídá metodice popsané Pokornou a kol. (2023), která zdůrazňuje význam kontinuálního hodnocení rizika a sledování nežádoucích událostí. Nejčastěji využívaným nástrojem byla identifikována škála Morse Fall Scale, což ukazuje na její široké využití v klinické praxi. Greplová (2024) zároveň zdůrazňuje význam používání standardizovaných nástrojů, které umožňují zachytit i rizika spojená s farmakoterapií.

Závěrem lze konstatovat, že sestry na gerontopsychiatrických odděleních upřednostňují především konkrétní a snadno aplikovatelná opatření, jako jsou pomůcky a úprava prostředí, před opatřeními založenými na edukaci. Tento přístup je pravděpodobně ovlivněn charakterem pacientů, u nichž je spolupráce často omezena v důsledku jejich zdravotního stavu. Jak uvádějí Bajtošová, Holmerová a Rusina (2021), péče o pacienty s kognitivní poruchou vyžaduje komplexní a multidisciplinární přístup, který zohledňuje nejen fyzický, ale i psychický stav pacienta.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3

Jak sestry vnímají roli edukace pacienta a rodiny při prevenci pádů?

Třetí výzkumná otázka se zaměřila na to, jak sestry vnímají význam edukace pacientů a jejich rodin v rámci prevence pádů. Z výsledků vyplývá, že ačkoli sestry považují edukaci za důležitý nástroj, v každodenní praxi narážejí na řadu překážek, které snižují její reálný dopad.

Všechny sestry mají k dispozici aktuální směrnice, což naznačuje, že systémová prevence je na odděleních dobře nastavena. Tento výsledek odpovídá požadavkům Ministerstva zdravotnictví ČR (2020), které zdůrazňuje význam standardizovaných postupů. Sestry se zároveň shodují, že edukace je velmi důležitá, což odpovídá závěrům Berkové a Berky (2018), podle nichž by mělo být informování pacientů jednou z priorit. V praxi sestry uvádějí, že pacienty informují o rizicích často, zpravidla každý den, což svědčí o snaze dodržovat ošetrovatelské standardy.

Hlavním problémem se však ukazuje nízká motivace pacientů a jejich zdravotní stav. Edukace je na gerontopsychiatrických odděleních náročná zejména proto, že pacienti často trpí demencí nebo Alzheimerovou chorobou, jak uvádějí Arvanitakis, Shah a Bennett (2019). Kognitivní pokles, který popisují Brito et al. (2023), výrazně omezuje schopnost pacientů porozumět informacím a zapamatovat si je. Pokud pacient není schopen si doporučení zapamatovat nebo jim porozumět, snižuje se účinnost edukace, a to i přes opakované vysvětlování. Tento závěr odpovídá i výsledkům šetření, kde sestry jako hlavní překážku uvádějí právě nespolečnou spolupráci pacientů.

Důležitou roli hraje také rodina. Berková a Berka (2018) uvádějí, že zapojení rodinných příslušníků může významně přispět ke snížení rizika pádů. Sestry sice rodiny informují, nejčastěji

při návštěvách, avšak jejich spolupráci hodnotí spíše jako nedostatečnou. Problémem je zejména nedostatek informací a znalostí o tom, jak pacientovi v prevenci pádů pomoci. Autoři proto doporučují využívat edukativní materiály, například brožury, které mohou tyto nedostatky částečně eliminovat.

Alrefai et al. (2024) uvádějí, že správně nastavená prevence může významně snížit riziko pádů, její realizace je v praxi limitována časovými a personálními možnostmi.

Přes uvedené obtíže sestry vnímají edukaci jako smysluplnou a její pozitivní přínos hodnotí poměrně často. Lze tedy konstatovat, že edukace pacientů a jejich rodin zůstává důležitou součástí péče, i když její účinnost je ovlivněna řadou faktorů, zejména kognitivním stavem pacientů, který hraje klíčovou roli v udržení jejich nezávislosti (Anja et al., 2023), a současně může ovlivňovat jejich schopnost porozumět poskytovaným informacím.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výsledků vyplynulo, že pády pacientů jsou ovlivněny zejména kombinací více rizikových faktorů, především sníženou pohyblivostí, poruchami rovnováhy a kognitivními poruchami. V praxi je proto důležité klást důraz na komplexní a individuální posouzení rizika pádu u každého pacienta. Doporučuje se pravidelné hodnocení rizika pádu nejen při přijetí pacienta, ale i při změně jeho zdravotního stavu nebo po prodělaném pádu.

Dalším významným opatřením je důsledná individualizace preventivních intervencí. Každý pacient by měl mít nastavený individuální plán prevence pádu, který zohledňuje jeho fyzický i psychický stav, míru soběstačnosti a aktuální potřeby. Tento plán by měl být pravidelně aktualizován a sdílen mezi členy zdravotnického týmu.

Vzhledem k tomu, že mezi nejčastěji využívaná a zároveň nejúčinnější opatření patří pomůcky pro chůzi, madla a úprava prostředí, je vhodné se zaměřit na zajištění dostatečného množství a dostupnosti kompenzačních pomůcek. Současně je důležité kontrolovat jejich správné používání pacienty a pravidelně hodnotit jejich funkčnost.

Výsledky dále ukázaly, že k pádům často dochází bez přítomnosti zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu lze doporučit zvýšení dohledu nad rizikovými pacienty, například prostřednictvím častějších kontrol, využívání signalizačních zařízení nebo zavedení režimových opatření, která minimalizují pohyb pacienta bez asistence.

Významnou oblastí, na kterou by měla být zaměřena pozornost, je také edukace pacientů a jejich rodin. I když je edukace vnímána jako důležitá, její efektivita může být snížena zejména u pacientů s kognitivním deficitem. Doporučuje se proto volit jednoduché, srozumitelné a opakované formy edukace, případně využívat názorné ukázky nebo vizuální pomůcky. V případě rodiny je vhodné posílit její zapojení do péče a zvyšovat její informovanost o rizicích pádu a možnostech prevence.

Dalším důležitým zjištěním je výskyt problémů při aplikaci preventivních opatření, zejména nízká spolupráce pacientů. Tu lze zlepšit především individuálním přístupem, kdy je nutné přizpůsobit komunikaci jejich kognitivním schopnostem, využívat jednoduché a opakované instrukce, názorné ukázky a současně zapojovat rodinné příslušníky do péče. U pacientů s výrazným kognitivním deficitem je vhodné klást větší důraz na úpravu prostředí a zvýšený dohled než na samotnou edukaci.

Z pohledu dlouhodobého zlepšení praxe lze doporučit také pravidelné vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti prevence pádů, sdílení zkušeností mezi pracovišti a zavádění standardizovaných postupů.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry, která představuje významnou a aktuální oblast ošetrovatelské praxe. Pády pacientů jsou považovány za časté nežádoucí události ve zdravotnických zařízeních a jejich důsledky mohou být závažné nejen z hlediska fyzického zdraví, ale i psychického stavu pacienta, jeho soběstačnosti a celkové kvality života. V kontextu gerontopsychiatrie nabývá tato problematika ještě většího významu, neboť se zde častěji vyskytují specifické rizikové faktory související s věkem, polymorbiditou a kognitivním deficitem pacientů.

Hlavním cílem práce bylo analyzovat ošetrovatelské postupy v prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení. Tento cíl byl naplněn prostřednictvím zpracování teoretických východisek a realizace kvantitativního výzkumného šetření mezi sestrami pracujícími na vybraných pracovištích.

Teoretická část práce poukázala na multifaktoriální charakter problematiky pádů. Bylo zdůrazněno, že pády vznikají na základě vzájemného působení biologických, psychických i sociálních vlivů. Proces stárnutí přináší změny v oblasti pohybového aparátu, smyslového vnímání i kognitivních funkcí, které významně zvyšují riziko pádu. Současně hrají důležitou roli psychiatrická onemocnění, jako jsou demence, delirium či schizofrenie, která ovlivňují orientaci, úsudek a schopnost adekvátního chování. V neposlední řadě je třeba zohlednit i vliv farmakoterapie, zejména polyfarmacie a užívání psychofarmak, které mohou negativně ovlivňovat stabilitu a pozornost pacienta.

Na základě výsledků výzkumné části lze usuzovat, že si sestry uvědomují závažnost problematiky pádů a aktivně se podílejí na jejich prevenci. Z odpovědí respondentů vyplývá, že mezi nejčastější příčiny pádů patří snížená pohyblivost, svalová slabost, poruchy rovnováhy a kognitivní poruchy. Tato zjištění jsou v souladu s odbornou literaturou a podporují předpoklad multifaktoriálního charakteru pádů. Výsledky dále naznačují, že značná část pádů probíhá bez přítomnosti zdravotnického personálu, což může poukazovat na potřebu systematického dohledu a efektivního organizačního zajištění péče.

Z hlediska situací, ve kterých k pádům dochází, lze na základě získaných dat konstatovat, že převažují běžné denní aktivity, zejména chůze po oddělení nebo přesuny pacienta. Tyto poznatky naznačují, že prevence pádů by neměla být zaměřena pouze na mimořádné situace, ale měla by tvořit nezbytnou součást každodenní péče o pacienta a být systematicky začleněna do ošetrovatelského procesu.

V oblasti preventivních opatření z odpovědí respondentů vyplývá, že sestry nejčastěji využívají postupy zaměřené na fyzickou bezpečnost pacienta, především kompenzační pomůcky, madla a úpravu prostředí. Tato opatření jsou respondenty vnímána jako účinná, což může poukazovat na jejich významnou roli v klinické praxi. Zároveň lze pozitivně hodnotit schopnost sester individualizovat péči a přizpůsobit preventivní opatření konkrétním potřebám pacientů, což odpovídá principům moderního ošetrovatelství orientovaného na pacienta.

Na druhou stranu výsledky naznačují, že opatření vyžadující aktivní spolupráci pacienta, zejména edukace, mohou vykazovat nižší efektivitu. Tento jev lze pravděpodobně vysvětlit charakterem gerontopsychiatrických pacientů, u nichž se často vyskytují poruchy paměti, orientace a porozumění. Přestože sestry edukaci považují za velmi důležitou, její praktický dopad se může

jevit jako omezený. Podobně lze interpretovat i oblast spolupráce rodiny, která je dle výsledků často nedostatečná. Tyto skutečnosti poukazují na potřebu hledání efektivnějších forem komunikace, edukace a zapojení rodinných příslušníků do péče.

Další významnou oblastí, která vyplynula z výsledků výzkumu, jsou překážky při realizaci preventivních opatření. Mezi nejčastěji uváděné patří nízká spolupráce pacientů, nedostatek personálu a omezené materiální vybavení. Tyto faktory naznačují, že prevence pádů není pouze otázkou odborných znalostí zdravotnického personálu, ale je výrazně ovlivněna také organizačními, personálními a systémovými podmínkami zdravotnického zařízení.

Na základě získaných poznatků lze shrnout, že prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení vyžaduje komplexní, systematický a individuálně orientovaný přístup. Klíčovou roli v tomto procesu sehrává sestra, která je v každodenním kontaktu s pacientem a má možnost včas identifikovat rizikové faktory, realizovat preventivní opatření a vyhodnocovat jejich účinnost.

Závěrem lze konstatovat, že prevence pádů představuje zásadní součást kvalitní, bezpečné a efektivní ošetrovatelské péče. Systematický přístup k této problematice může přispět ke snížení výskytu pádů, minimalizaci jejich následků a ke zlepšení kvality života pacientů. Současně může napomoci ke zvýšení bezpečnosti zdravotnického prostředí a celkové úrovně poskytované péče.

Seznam použité literatury

ALREFAI, Yousef; D. A. AL-OMARI, Maha; A. A. SABR, Fatima; S. A. AL-JAHNI, Khaled; M. A. AL-ANZI, Nouf et al. Falls Prevention and Mobility Support in Geriatric Nursing: Evidence-Based Interventions. Online. *The Journal of International Crisis and Risk Communication Research*. 2024, vol. 8, no. 7, s. 1. Dostupné z: <https://jicrcr.com/index.php/jicrcr/article/view/1061>. [cit. 2026-02-22].

ANJA, Ophay; BRIJOUX, T.; CONRAD, A.; FOLKERTS, A.-K.; ZANK, S. et al. Cognition in People Aged 80 Years and Older: Determinants and Predictors of Change from a Population-Based Representative Study in Germany. Online. *The Journal of Frailty & Aging*. 2023, roč. 12, č. 3, s. 189-197. Dostupné z: <https://doi.org/10.14283/jfa.2023.20>. [cit. 2026-02-22].

ARVANITAKIS, Zoe; SHAH, Raj C. a BENNETT, David A. Diagnosis and Management of Dementia: Review. Online. *JAMA*. 2019, roč. 322, č. 16, s. 1589. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782>. [cit. 2026-02-27].

BAJTOŠOVÁ, Radoslava; HOLMEROVÁ, Iva a RUSINA, Robert. Nové pohledy na léčbu demence. Online. *Solen s.r.o.* 2021, roč. 1, č. 15, s. 11. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2021/03/12.pdf>. [cit. 2026-01-24].

BERKOVÁ, Marie a BERKA, Zdeněk. Falls: a significant cause of morbidity and mortality in elderly people. Online. *Vnitřní lékařství*. 2018, roč. 64, č. 11, s. 1076-1083. ISSN 0042-773X. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/vnl.2018.154>. [cit. 2026-02-22].

BRITO, D. V. C.; RAJADO, A. T.; SILVA, N.; ARAÚJO, I.; BRAGANÇA, J. et al. Assessing cognitive decline in the aging brain: lessons from rodent and human studies. Online. *Npj Aging*. 2023, roč. 23, č. 9, s. 43. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37857723/>. [cit. 2026-02-22].

ČELEDOVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk a ČVELA, Rostislav. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

FERTALOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

GREPLOVÁ, Kamila. Prevence pádů – identifikace a intervence rizikových faktorů. Online. *Clinicalosteology*. 2024, roč. 29, č. 1-2, s. 12-19. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/clinical-osteology/2024-1-2-2/prevence-padu-identifikace-a-intervence-rizikovykh-faktoru-137878/download?hl=cs>. [cit. 2026-01-28].

GUSTAFSSON, Thomas a ULFHAKE, Brun. Aging Skeletal Muscles: What Are the Mechanisms of Age-Related Loss of Strength and Muscle Mass, and Can We Impede Its Development and Progression? Online. *International Journal of Molecular Sciences*. 2024, roč. 25, č. 20, s. 57. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijms252010932>. [cit. 2026-02-23].

HOLMEROVÁ, Iva a NOVÁKOVÁ, Martina. Modern pharmacotherapy of Alzheimer's disease. Online. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2024, roč. 38, č. 2, s. 55-59. ISSN 1212-7973. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/far.2024.010>. [cit. 2026-02-22].

JANČÍKOVÁ, Věra. The benefit of physical activity in the prevention of falls in the elderly. Online. *Medicína pro praxi*. 2023, roč. 20, č. 1, s. 44-46. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2023.006>. [cit. 2026-01-17].

JAROLÍMEK, Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2.

JIRÁK, Roman. *Deliria z pohledu psychiatra*. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-461-3.

KAFANTOGIA, Konstantina; KATSAFOUROU, Panagiota; TASSIOU, Antonia a VASSOU, Nikoletta. Falls among hospitalized patients. Online. *J Frailty Sarcopenia Falls*. 2017, roč. 1, č. 2, s. 53-57. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32313851/>. [cit. 2026-02-22].

MATTISON, Melissa L.P. Delirium. Online. *Annals of Internal Medicine*. 2020, roč. 173, č. 7, s. ITC49-ITC64. ISSN 0003-4819. Dostupné z: <https://doi.org/10.7326/aitc202010060>. [cit. 2026-02-23].

MIGUELOTE MONTEIRO, Joana. Social engagement and wellbeing in late life: a systematic review. Online. *Cambridge University Press*. 2024, vol. 45, no. 7, s. 1327 - 1354. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0144686X24000011>. [cit. 2026-02-22].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní ošetrovatelský postup prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40360/NOP%20Prevence%20p%C3%A1d%C5%AF%20a%20postup%20p%C5%99i%20zran%C4%9Bn%C3%ADch%20zp%C5%AFsoben%C3%BDch%20p%C3%A1dy.pdf> [cit. 2026-01-27].

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Schizophrenia*. 2024. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia> [cit. 2026-02-10].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL (NZIP). Rejstříkový pojem „gerontopsychiatrie“. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2025 [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4412> [cit. 2026-02-07].

POKORNÁ, Andrea; DOLANOVÁ, Dana; ŠTROMBACHOVÁ, Veronika; BŮŘILOVÁ, Petra; KUČEROVÁ, Jana et al. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

POKORNÁ, Andrea; ŠTROMBACHOVÁ, Veronika; DOLANOVÁ, Dana; BŮŘILOVÁ, Petra; KUČEROVÁ, Jana et al. Metodika Nežádoucí událost PÁD. Online. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí*. 2023, roč. 1, č. 1, s. 1-29. Dostupné z: https://shnu-old.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_plna_verze_metodiky_2022_final_n_a_web.pdf [cit. 2025-12-20].

RAHMANI, Narges; MOHAMMADI, Eesa a FALLAHI-KHOSHKNAB, Masoud. *Nurses' experiences of the causes of their lack of interest in working in psychiatric wards: a qualitative study*. Online. *BMC Nurs.* 2021, roč. 20, č. 246, s. 1-24. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00766-1>. [cit. 2026-02-22].

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci v Senevida Jihlava

Příloha C – Žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci v Psychiatrické nemocnici Jihlava

Příloha A – Dotazník

PREVENCE PÁDŮ NA GERONTOPSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ Z POHLEDU SESTRY

Tento dotazník je součástí bakalářské práce na téma „Prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry“. Dotazník je anonymní a dobrovolný, získaná data budou využita pouze pro účely této práce.

1. Uvedte Váš věk

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VOŠ
- VŠ

3. Jaká je délka Vaší praxe?

- 1-10 let
- 11-20 let
- 21 let a více

4. Kolik pádů pacientů jste za poslední měsíc zaznamenal/a?

- 0
- 1-2
- 3-5
- 6 a více

5. Které z následujících faktorů považujete za hlavní příčiny pádů? (Ize označit více možností)

- Snížená pohyblivost/slabost svalů
- Poruchy rovnováhy
- Kognitivní poruchy (např. demence, dezorientace)
- Polyfarmacie
- Nevhodná obuv/oděv
- Prostředí oddělení (překážky, osvětlení, podlaha)
- Jiné

6. Které situace vedou nejčastěji k pádům? (Ize označit více možností)

- Přesun z postele na vozík/křeslo
- Chůze po oddělení
- Hygiena (toaleta, sprcha)
- Aktivity bez asistence
- Jiné

7. Jak hodnotíte vliv zdravotního stavu pacienta na riziko pádu?
- Velmi vysoký
 - Vysoký
 - Střední
 - Nízký
 - Velmi nízký
8. Kolikrát jste zaznamenala pád pacienta bez přítomnosti sestry?
- Velmi často
 - Často
 - Zřídka
 - Nikdy
9. Myslíte si, že pády lze většinou předvídat?
- Ano
 - Částečně
 - Ne
10. Která skupina pacientů je podle Vás nejvíce ohrožena pádem?
- Pacienti s poruchou mobility
 - Pacienti s kognitivní poruchou
 - Pacienti užívající sedativa / jiné léky
 - Pacienti s kombinací více rizikových faktorů
11. Která preventivní opatření používáte pravidelně? (lze označit více možností)
- Pomůcky pro chůzi (chodítka, hůl)
 - Madla, zábrany
 - Úprava prostředí (odstranění překážek, osvětlení, podlahy)
 - Edukace pacienta a rodiny
 - Fyzioterapie / cvičení rovnováhy
 - Úprava léků ve spolupráci s lékařem
 - Jiná
12. Dokážete preventivní opatření přizpůsobit individuálně potřebám pacienta?
- Ano, vždy
 - Ano, většinou
 - Spíše ne
 - Ne

13. Jak hodnotíte účinnost jednotlivých opatření? (škála 1-5, 1 = nejnižší účinnost, 5 = nejvyšší účinnost)
- Pomůcky pro chůzi: 1 2 3 4 5
- Madla a zábrany: 1 2 3 4 5
- Úprava prostředí: 1 2 3 4 5
- Edukace pacienta/rodiny: 1 2 3 4 5
- Fyzioterapie / cvičení: 1 2 3 4 5
14. Setkáváte se někdy s problémy při aplikaci preventivních opatření?
- Ano
- Ne
15. Pokud ano, uveďte typické problémy (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ne, tak na tuto otázku neodpovídejte; lze označit více možností):
- Nedostatek pomůcek
- Nedostatek personálu
- Nízká spolupráce pacienta
- Jiné
16. Jak často provádíte hodnocení rizika pádu? (lze označit více možností)
- Při přijetí pacienta
- Pravidelně v určitých intervalech (např. 1x denně, 1x týdně)
- Pouze při změně zdravotního stavu pacienta
- Jen u vybraných pacientů (např. u seniorů s demencí apod.)
17. Jakou hodnotící škálu používáte?
- Morse Fall Scale (MFS)
- Conley Scale (škála podle Conleyové)
- Hendrich II Fall Risk Model
- Jiné
18. Máte k dispozici aktuální směrnici pro prevenci pádů?
- Ano
- Ne

19. Jak důležitá je podle Vás edukace pacienta pro prevenci pádů?

- Velmi důležitá
- Důležitá
- Spíše méně důležitá
- Jiné

20. Jak často informujete pacienty o prevenci pádů? (lze označit více možností)

- Každodenně
- Několikrát týdně
- Při přijetí
- Zřídka / nikdy

21. Jak často informujete rodinu pacienta o prevenci pádů? (lze označit více možností)

- Při každé návštěvě
- Několikrát týdně
- Při přijetí
- Zřídka / nikdy

22. Jak hodnotíte spolupráci rodiny pacienta při prevenci pádů?

- Velmi dobrou
- Dobrou
- Spíše slabou
- Nedostatečnou

23. Jaké překážky nejvíce brání efektivní edukaci pacienta a rodiny? (lze označit více možností)

- Nedostatek času personálu
- Nízká motivace pacienta
- Nedostatek znalostí rodiny
- Jazykové / komunikační bariéry
- Jiné

24. Jak často vidíte pozitivní dopad edukace na snížení rizika pádu?

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Nikdy

Příloha B – Žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci v Senevida Jihlava

Paní
Eva Pokorná
Ředitelka zařízení
Senevida Jihlava

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Senevida Jihlava

Vážená paní Pokorná,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na téma prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry. Jmenuji se Denisa Škorpíková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu všeobecné ošetrovatelství na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě.

Cílem práce je analyzovat ošetrovatelské postupy v prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení.

Dotazník přikládám v příloze.

V případě zájmu Vám výsledky výzkumu ráda předložím.

Děkuji a prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem
Denisa Škorpíková

Mail: skorpikovad@seznam.cz
Tel.: 730906780

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko:

Příloha C – Žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci v Psychiatrické nemocnici Jihlava

Paní
Mgr. Jana Kolářová, DiS
Hlavní setra
Psychiatrická nemocnice Jihlava

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici Jihlava

Vážená paní Kolářová,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na téma prevence pádů na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry. Jmenuji se Denisa Škorpíková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu všeobecné ošetrovatelství na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě.

Cílem práce je analyzovat ošetrovatelské postupy v prevenci pádů pacientů na gerontopsychiatrickém oddělení.

Dotazník přikládám v příloze.

V případě zájmu Vám výsledky výzkumu ráda předložím.

Děkuji a prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem
Denisa Škorpíková

Mail: skorpikovad@seznam.cz
Tel.: 730906780

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko: