

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Kateřina Zavitkovská

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetrovatelství

Kateřina Zavitkovská

**RIZIKO PÁDŮ SENIORŮ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ
PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Zavitkovská Kateřina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Riziko pádů seniorů na oddělení následné péče

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 45

Klíčová slova: pád, riziko pádu seniorů, oddělení následné péče, hodnotící škály, prevence pádu, úrazy seniorů následkem pádu

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá tím, jak sestry hodnotí riziko pádů seniorů na oddělení následné péče. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zaměřujeme na popis biologických a psychologických změn ve stáří, péči o seniora, pády a hodnocením rizika pádu seniorů na oddělení následné péče.

V praktické části vyhodnocujeme, jak sestry hodnotí riziko pádu na oddělení následné péče. Byl zvolen kvantitativní druh výzkumného šetření. Dotazník se skládal z 24 otázek, které jsou vyobrazeny v grafech. Každá otázka má svůj graf, kde jsou zobrazeny odpovědi respondentů na danou otázku.

Hlavním cílem této práce je zjistit: Jak sestry hodnotí riziko pádů na oddělení následné péče?

Abstract

Surname and name: Zavitkovská Kateřina

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: The risk of falls in the elderly in the aftercare department

Consultant: Mgr. Pavlína Tůmová

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 16

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 45

Keywords: fall, risk of falling for seniors, aftercare department, assessment scales, fall prevention, injuries to seniors as a result of falling

Summary:

This bachelor's thesis deals with how nurses assess the risk of falling for seniors in the aftercare department. The work is divided into a theoretical and a practical part.

In the theoretical part, we focus on the description of biological and psychological changes in old age, care for the elderly, falls and the assessment of the risk of falling for the elderly in the aftercare department.

In the practical part, we evaluate how nurses assess the risk of falling in the aftercare department. A quantitative type of research was chosen. The questionnaire consisted of 24 questions, which are depicted in graphs. Each question has its own graph, where respondents' answers to the given question are displayed.

The main goal of this work is to find out: How do nurses assess the risk of falling in the after-care department?

Poděkování

Děkuji paní magistře Pavlíně Tůmové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	14
1 STÁŘÍ.....	15
1.1 Biologické změny ve stáří	15
1.1.1 Pohybový systém.....	15
1.1.2 Vylučovací systém.....	16
1.1.3 Trávicí systém	16
1.1.4 Dýchací systém.....	17
1.1.5 Kardiovaskulární systém	17
1.1.6 Nervový systém	18
1.1.7 Kožní systém	19
1.2 Psychologické změny ve stáří.....	19
1.2.1 Demence	19
1.2.2 Deprese	20
1.2.3 Úzkost.....	21
1.2.4 Strach.....	21
2 ÚLOHA SESTRY NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE.....	22
2.1 Péče o seniora	22
2.1.1 Oblast hygieny	22
2.1.2 Oblast vyprazdňování	23
2.1.3 Oblast výživy	24
2.1.4 Oblast prevence proti vzniku dekubitů.....	25
2.2 Fyzioterapie	25
2.2.1 Imobilizační syndrom	26
3 PÁD	27
3.1 Nežádoucí událost PÁD	27
3.1.1 Rizikové faktory vzniku pádu.....	28
3.1.2 Vnější faktory	28
3.1.3 Vnitřní faktory	29
3.2 Prevence pádu.....	29
3.2.1 Zabránění pádu na oddělení následné péče	30

3.2.2	Označení rizikového seniora	31
3.2.3	Edukace pacienta	31
3.3	Vliv farmak na pád	31
3.4	Zranění v důsledku pádu.....	32
3.4.1	Nejčastější úrazy seniorů	32
4	HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ SENIORŮ	34
4.1	Hodnocení rizika pádu.....	34
4.2	Škály hodnotící riziko pádů u geriatrických pacientů.	34
4.2.1	Screening Fall(s) Questions (SFQ).....	34
4.2.2	Berg Balance Scale	34
4.2.3	Morse Fall Scale (MFS)	35
4.2.4	Škála The Conley Scale (modifikována Juráskovou).....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
5	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	37
6	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	38
6.1	Hlavní cíl	38
6.2	Dílčí cíle	38
6.3	Dílčí výzkumné otázky	38
7	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	39
7.1	Metodologie výzkumu.....	39
7.2	Charakteristika sledovaného souboru.....	39
7.3	Organizace výzkumu	39
7.4	Zpracování dat	39
8	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	40
	DISKUZE	64
	ZÁVĚR.....	68
	SEZNAM LITERATURY	69
	SEZNAM PŘÍLOH	74
	Příloha A Stupnice pádů dle MFS	75
	Příloha B Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou.....	76
	Příloha C Souhlas s výzkumným šetřením	77
	Příloha D Nestandardizovaný dotazník	79

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Definice pádu pacienta	40
Graf 2 Věková skupina pacientů	41
Graf 3 Rizikové faktory pádu	42
Graf 4 Vnější příčina pádu.....	43
Graf 5 Vnitřní příčiny pádu	44
Graf 6 Následky pádů	45
Graf 7 Typy zlomenin.....	46
Graf 8 Skupiny léků.....	47
Graf 9 Psychické onemocnění	48
Graf 10 Uložení pacienta na nízké lůžko.....	49
Graf 11 Edukace pacienta.....	50
Graf 12 Nutnost asistence u geriatrického pacienta	51
Graf 13 Preventivní opatření proti pádu pacienta.....	52
Graf 14 Hodnocení rizikového pacienta.....	53
Graf 15 Edukace pacienta při přijetí.....	54
Graf 16 Postup při pádu pacienta	55
Graf 17 Potřebná dokumentace k pádu	56
Graf 18 Věk respondentů.....	57
Graf 19 Odpracované roky respondentů.....	58
Graf 20 Označení rizikového pacienta	59
Graf 21 Pře škálování pacienta.....	60
Graf 22 Používaná hodnotící škála.....	61
Graf 23 Škála Morse Fall Scale.....	62
Graf 24 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	63

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Morse Fall Scale	75
Obrázek 2 Škála pro stanovení rizika pádu podle Conleyové upravena Juráskovou	76
Obrázek 3 Scan žádosti o provedení výzkumného šetření, 1. část	77
Obrázek 4 Scan žádosti o provedení výzkumného šetření, 2. část	78
Obrázek 5 Nestandardizovaný dotazník – strana 1	79
Obrázek 6 Nestandardizovaný dotazník – strana 2	80
Obrázek 7 Nestandardizovaný dotazník – strana 3	81
Obrázek 8 Nestandardizovaný dotazník – strana 4	82
Obrázek 9 Nestandardizovaný dotazník – strana 5	83
Obrázek 10 Nestandardizovaný dotazník – strana 6	84

SEZNAM ZKRATEK

LDN	Lůžka následné péče
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik ČR
RTG	Rentgenové vyšetření
WC.....	Toaleta
MFS	Morse Fail Scale
MZČR.....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NOP	Národní ošetrovatelský postup
CMP.....	Cévní mozková příhoda

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá rizikem pádů seniorů na oddělení následné péče. Pád hospitalizovaných pacientů v nemocničních zařízeních je nejčastější nežádoucí událostí dle ÚZIS. Riziko pádu se s narůstajícím věkem zvyšuje. Pokud senioři užívají různé kombinace léků, může to společně s dalšími rizikovými faktory zapříčinit pád. Další rizikové faktory jsou například předešlé pády pacientů v anamnéze, problémy s pohyblivostí, závratě, zrakový problém, hypotenze či celkové zhoršení zdravotního stavu pacienta.

Jednotná definice pádu neexistuje. Nejčastěji se setkáváme se zněním „Pádem se rozumí nekontrolovatelný nebo omezeně kontrolovatelný pohyb těla směrem dolů“. Pád je pro pacienta nepříjemná zkušenost, která může mít za následek prodloužení hospitalizace nebo operační výkon, který zatěžuje pacienta.

Téma bakalářské práce „Riziko pádů seniorů na oddělení následné péče“ bylo zvoleno proto, že pád pacienta ve zdravotnickém zařízení je stále aktuální téma, které se stále vyvíjí, vychází nové vyhlášky, standardy a postupy, jak jemu předcházet.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme stářím, péčí o seniora, pády a hodnocením rizika pádu seniorů na oddělení následné péče.

V praktické části se zabýváme tím, jak sestry hodnotí riziko pádů na oddělení následné péče. Byl zvolen kvantitativní druh výzkumného šetření. Dotazník se skládal z 24 otázek, které jsou vyobrazeny v grafech. Každá otázka má svůj graf, kde jsou zobrazeny odpovědi respondentů na danou otázku.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit: Jak sestry hodnotí riziko pádů na oddělení následné péče?

TEORETICKÁ ČÁST

Získání validních zdrojů pro bakalářskou práci proběhlo za pomoci rešerše, kdy v červnu 2023 byla zadána vícezdrojová rešerše ve Studijní vědecké knihovně Plzeňského kraje. Celkem bylo nalezeno 55 zdrojů jak v českém, tak anglickém jazyce. Bylo využito vyhledávačů jako je Google Scholar, Medvik cz, Medline, Ebsco, npk.cz a PubMed. Po zadání klíčových slov bylo vybráno celkem 45 validních zdrojů. Výběr literatury byl vymezen na období 2011-2023 s výjimkou jednoho zdroje z roku 2007. Zdroje jsou obsaženy v abecedním seznamu literatury a řádně očitovány dle citační formy ISO 690:2022.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Definice stáří

Stárnutí je biologickým procesem, který je specifický, nezvratný, neopakovatelný a je typický pro celou přírodu. Tento průběh se nazývá život. Délka života je zcela individuální záležitostí a pro každý druh je specifická. Stárnutí je souhrn fází v probíhajícím čase. Jedná se o biologickou zákonitost, kde hrají roli biofyziologické změny v organismu. Změny jsou nevratné, a tudíž dochází k zániku organismu, tedy smrti. Stárnutí je směsicí biologického, psychologického a sociálního procesu (Malíková 2020, s.15).

Definice pádu

Definice, na které by se všichni shodli neexistuje, tudíž neexistuje ani obecně platná definice pádu. Je tedy důležité, aby si jednotlivá zdravotnická zařízení jasně vymezovala, co přesně je chápáno pod pojmem definice pádu (Miertová 2019, s. 265-266).

1 STÁŘÍ

1.1 Biologické změny ve stáří

Biologické změny ve stáří neboli biologické stárnutí jsou procesem, který se odehrává na fyziologické úrovni. Při procesu dochází k postupné atrofii orgánů a tkání. Velkou roli také hrají genetické predispozice, životní styl, ale i vliv prostředí ve kterém se daný člověk pohybuje. Mezi biologické změny patří pohybový systém, kardiovaskulární, trávicí systém, dýchací systém, pohlavní a vylučovací systém, kožní systém a nervový systém se smyslem vnímání (Burda a Šolcová 2016, s.14).

1.1.1 Pohybový systém

Pohybový systém se skládá z pohybové soustavy a opěrné soustavy. Pohybová soustava je tvořena tkáněmi a orgány. Opěrnou soustavu tvoří klouby a kosti. Pohybový systém je s nárůstem věku náchylnější na zranění. Příkladem onemocnění pohybového systému je osteoporóza. Touto nemocí jsou častěji postiženy ženy než muži. Kosti jsou velmi křehké a dochází ke zlomeninám. Typické jsou zlomeniny krčku stehenní kosti, které vznikají následkem pádu. Mezi další zlomeniny patří zlomenina pažní kosti, zlomeniny pánve a obratlů. Pro seniory je typické shrbení a zmenšení postavy, následkem atrofie meziobratlové ploténky a osteoporózy. Dochází k bolestem zad a kloubů, kdy je omezena hybnost a svalová síla. Osteoporóza je ovlivněna genetikou, nedostatkem pohlavních steroidů (androgen, estrogen), nedostatečným množstvím vápníku, vitamínu D a pohybu (Burda a Šolcová 2016, s.15).

Svalová hmota se věkem zmenšuje a tím je způsoben úbytek svalové síly. Nervové vzruchy zpomalují, a to má za následek horší ovládnutí svalů. Pružnost vaziva se snižuje a dochází k tuhnutí chrupavek, nejvíce v kloubech. Dochází ke snižování tělesné výšky, ubývá kostní hmota a dochází také k vysychání a oplošťování meziobratlových plotének. Pohyb sám o sobě je pro seniory náročnější a pomalejší. Větším ohýbáním páteře se člověk více hrbí. To je způsobené hlavně ochabováním kosterních svalů a atrofií meziobratlových plotének. Klesá síla, pružnost a rychlost svalových stažení (Klevetová 2017, s.24).

Opakem kosterních svalů jsou hladké svaly, které plní svou funkci až do vysokého věku. Hladké svaly se nachází z větší části ve vnitřních orgánech. Výjimkou je hladké svalstvo cév, u kterého může věkem docházet ke změnám. Ty jsou ovlivněny pohybem a životním stylem. V cévách se ukládá vápník a tuk a ty se postupně zužují a nedokrvují. To se týká nejčastěji mozkových tepen a věnčitých tepen u dolních končetin (Klevetová 2017, s.24).

1.1.2 Vylučovací systém

Kapacita močového měchýře a síla svěračů postupem času klesá. To má za následek inkontinenci, která se vyskytuje častěji u žen. Na rozdíl od žen trpí muži mnohem častěji problémem zvětšení prostaty, které je spojeno s nykturií a dalšími problémy s vyprazdňováním močového měchýře. Nedojde-li k vyloučení dostatečného množství moči z močového měchýře, může dojít k postmikčnímu rezidu. V souvislosti s tím chodí častěji senioři močit v noci. Při vyprazdňování stolice vznikají ve stáří častěji zácpy (Burda a Šolcová 2016, s.16).

Z důvodu snižování glomerulární filtrace a tubulárních funkcí a také snížením prokrvení ledvin dochází k poklesu funkčnosti ledvin. Klinické projevy snížené funkčnosti ledvin se dostávají až když je vyčerpána jejich rezervní kapacita. To znamená, že je těžké pak vyrovnat vodu v ledvinách a prokrvit je. Selhání ledvin u starších lidí může mýt příčinu ve snížení krevního tlaku a prokrvení (Navrátil a kolektiv 2017, s.409).

1.1.3 Trávicí systém

U seniorů v souvislosti s trávicím systémem dochází často k problémům. Jedním z nich je například chybějící chrup či nevyhovující zubní protéza, což vede k obtížnější konzumaci jídla. Dalším častým problémem je zpomalení motility trávicího traktu, která má za následek horší vstřebávání látek. Pokud se k tomu přidá snížený příjem tekutin, tak dochází k zácpám. Malý příjem tekutin či nechutenství je častým problémem starších lidí. Snižuje se jejich potřeba přijímat tekutiny a potraviny, a proto je nutné jim toto podávat v menším množství, ale v častějších intervalech (Burda a Šolcová 2016, s.16).

V trávicím systému dochází k redukci tvorby slin a snižuje se také množství trávicích šťáv, což má za následek horší vstřebatelnost a rozklad potravy. Výkonnost slinivky břišní a jater se zhoršuje. Problémem je hlavně vstřebatelnost železa, vápníku a vitamínu B1 a B12. Příčinou úbytku svalové síly se snižuje funkčnost tlustého střeva, dochází k zácpám a může to vést až k bolestem zad. Některé léky mají negativní vliv na žaludeční sliznici a může to dojít až do fáze zánětů nebo žaludečních vředů. Zhoršená hybnost střev a poruchy svěračů mají za následek poruchy vyprazdňování a bolesti břicha (Klevetová 2017, s.25).

Játra vinou stárnutí ztrácí hmotnost a ztrácí také schopnost eliminovat některé látky jako třeba cholesterol. Klesá syntéza albuminů a žlučových kyselin, což je zapříčiněno sníženým průtokem krve játry a redukcí jaterní tkáně (Kittnar a kolektiv 2020, s.722).

1.1.4 Dýchací systém

V pokročilém věku je zpravidla nižší vitalita plic a jejich respirační kapacita. To vede k zadýchávání, zejména při chůzi do schodů. Při této aktivitě je senior často nucen dělat odpočinkové pauzy. Tato věková skupina obyvatel se často potýká se záněty dýchacích cest, jenž vznikají následkem nižší samočisticí schopnosti dýchacích cest. V horším případě může dojít k zánětu plic (pneumonii) (Burda a Šolcová 2016, s.16).

Menší pohyblivost a snižování množství ciliárních buněk má za následek zhoršování samočisticí schopnosti v dýchacím systému. Ciliární buňky se ve stáří dají srovnat s buňkami ciliárního epitelu lidí aktivně kouřících cigarety. Zhoršení samočisticí schopnosti bakteriemi je spojeno také se snížením hydratace a zahuštěním sekretu. Bakterie se pomnoží v plicní tkáni a vzniká akutní či chronický zánět. Pokud se senior nedostatečně vyživoval před nebo během infektu, šance na vyléčení jsou sniženy (Holmerová 2014, s.21).

1.1.5 Kardiovaskulární systém

Kardiovaskulární systém je tvořen cévami a srdcem. Výkon srdce jakožto pumpy se fungováním snižuje, dochází k poklesu přečerpávané krve a může dojít k ischemii jednotlivých orgánů. Staří lidé jsou náchylnější k hypertenzi. Cévy přicházejí věkem o svou elasticitu dochází k ukládání vápníku a tukových látek do cévní stěny a může dojít ke vzniku aterosklerózy. Cévní onemocnění se projevuje celou škálou nemocí, jako je například cévní mozková příhoda, infarkt myokardu nebo bérčové vředy, které vznikají při ischemii dolních končetin (Burda a Šolcová 2016, s.15).

V mnoha zemích Evropy, včetně České republiky, je jednou z nejčastějších příčin smrti právě onemocnění kardiovaskulárního systému. Proces stárnutí je u každého člověka individuální, tudíž je potřeba specifický přístup, který upřednostňuje kvalitu života před jeho délkou. V 6. a 7. dekádě života trpí více jak polovina lidí arteriální hypertenzí. Hladina cholesterolu stoupá od 7. a 8. dekády života. U 3-5 % osob nad 65 let se vyskytuje fibrilace síní, při které dochází k ischemii. Příčinou vzniku fibrilace síní je mnoho embolických příhod, například vmetením krevní sraženiny do plic. Vlivem může být i nedostatečný příjem tekutin, včetně minerálních vod, které obsahují draslík a hořčík. Prevencí proti kardiovaskulár-

ním onemocněním je více. První zmíněnou je pohyb, hlavně chůze, ideálně venku na čerstvém vzduchu. Dále je důležitý pestrý jídelníček, u kterého by se nemělo zapomínat na středomořskou stravu a dostatek tekutin. Dospělý člověk by měl vypít alespoň 1,5 litru tekutiny za den. Důležitou prevencí jsou aktivity, které potlačují deprese. Je také dobré omezit kouření a alkohol, ale co se týče alkoholu, tak v malém množství nemusí být škodlivý a lékaři ho mohou takto doporučovat (Holmerová 2014, s. 20, 21).

1.1.6 Nervový systém

Věkem dochází ke snížení výkonu všech smyslových orgánů. Zhoršuje se hmatový vjem, sluch, chuť, čich a zrak. Pomaleji se přijímají informace, což může být problematické jak pro samotného seniora, tak i pro osoby, které se o něj starají (Burda a Šolcová 2016, s.17).

Stárnutím dochází k úbytku nervové tkáně. V neuronech se hromadí lipofuscin vzniká nerovnováha v sekreci mediátorů. K poklesu neuronů ve vyšším věku sice dochází, ale zdaleka ne v takové míře, jako se dříve myslelo. Hmotnost mozku se mezi 20. a 80. rokem snižuje o 6-7 %, což je způsobeno snižováním propojení mezi neurony a snížením synapsí a dendritů. Zmenšení hmotnosti mozku má vliv na šedou hmotu, jejíž ztráta může být až 40 %. Snížení objemu mozku má za následek zvětšení komor a prostorů, kde se nachází mozkomíšní mok. Tyto procesy se nejvíce týkají částí mozku, jako je hypotalamus a čelní laloky. S věkem dochází také k úbytku obsahu neurotransmiterů v mozku. Nedostatečné množství dopaminu může být příčinou Parkinsonovi choroby. Snížením acetylcholinu v hypothalamu se může rozvinout i senilní demence. V hypothalamu dochází také ke snižování noradrenalinu a serotoninu, což může vést až k vyvolání depresivních stavů. Typickým problémem ve stáří je zhoršování paměti, motorických funkcí, špatná orientace v prostoru a čase, větší váhavost a s tím spojené delší rozhodování. Lidé staršího věku často trpí poruchami spánku. Se změnami v nervové soustavě souvisí z části také zhoršení termoregulačních schopností. Tím dochází k vyšším tepelným ztrátám a ke snižování tvorby tepla (Kittnar a kolektiv 2020, s.723).

1.1.7 Kožní systém

Kůže u seniorů je vysušená a náchylnější na poškození. Některé části těla jako ruce a obličej mohou nést stařecké skvrny. Vznikají vrásky, kůže se svěšuje, vytrácí se tuková vrstva. Ztrácí se elasticita kožních vláken. Dále řídnou a šednou vlasy. Senior je náchylnější na bérkové vředy, opruzeniny či dekubity. Příčinou bérkových vředů může být nedostatečné prokrvování dolních končetin, ale i banální úraz. Obézní pacienti nebo lidé dlouhodobě upoutáni na lůžko trpí opruzeninami a dekubity, které vznikají kombinací nedostatečné zdravotní péče, vyššího věku a imobility (Burda a Šolcová 2016, s.17).

1.2 Psychologické změny ve stáří

Psychický stav je velice křehká záležitost a u seniorů dochází k jeho změnám velice často. Může způsobit změny myšlení, různé představy, horší paměť, zhoršené vnímání a poruchu pozornosti. Oslabením smyslů vzniká nejistota, strach a úzkost. To vede až k tomu, že se senior stává nedůvěřivým či přehnaně opatrným a omezuje setkávání s ostatními lidmi. V praxi to vypadá tak, že zůstává doma a nevychází ven. Roste počet duševních onemocnění, demencí, nejvíce Alzheimerovy nemoci. Senior má velice často problém s adaptací na nové situace. Stává se méně soběstačným. To má negativní vliv na jeho společenský život. Je izolován od ostatních, nechce se smířit s tím, že nedokáže sám fungovat, nerad si říká o pomoc a postupně ztrácí svou identitu. Je většinou stereotypní, nerad mění to, na co je zvyklý a často raději věci přetrpí, než aby se musel adaptovat. Zpravidla nastává situace, kdy jeden z partnerů zemře a pozůstalý nemá chuť dále žít, zůstává sám, trpí samotou, a to má negativní vliv na jeho kvalitu života (Keletová 2017, s.29).

1.2.1 Demence

Pro stáří není neobvyklý výskyt duševních poruch. Nejčastějšími jsou deprese a demence. Demence pochází z latinského jazyka a v překladu do češtiny se dá přeložit jako nemyslíci. Dochází zde ke změně, kdy člověk ve finální fázi již není člověkem, kterým byl na počátku onemocnění. Je to klinická diagnóza, díky které je senior odkázaný na druhé. Toto onemocnění komplikuje každodenní život, hlavně ten společenský. (Šáteková a kolektiv 2021, s.9) Demence má tři základní uskupení symptomů. Narušení kognitivních funkcí, narušení běžných denních aktivit a poruchy chování. Nejvíce případů čítá Alzheimerova choroba a poté demence vaskulární. U 20-50 % seniorů s demencí se objevují poruchy nálad (Ptáčková, Ptáček a kolektiv 2021, s.19).

Stupeň zapomnětlivosti

Zde dochází k roztržitosti a ke zhoršení paměti. Schopnost orientace v místě a času se snižuje. Příkladem může být někam položená nebo schovaná věc, kdy si senior nevzpomene kam ji uložil. Jsou zde i psychické změny, kdy dochází k depresím, úzkostem či izolaci od ostatních. Komunikace s postiženým člověkem je zhoršená. V tomto prvním stupni mohou lidé ještě soběstačně fungovat a žít sami, ale s ubíhajícím časem a zhoršováním stavu je pomoc nakonec nevyhnutelná (Wehner a Schwinghammer 2013, s.23-24).

Stupeň zmatenosti

V tomto stupni si postižený může jen těžko řídit svůj život. Objevují se chyby v řeči, vypadáva paměť a motorická oblast je zhoršená. Péče o člověka s demencí není pouze psychicky náročná, ale i fyzicky, jelikož postižený člověk potřebuje péči o tělo. Co se komunikace týče, tak je velice obtížná. Postižený zaměňuje slova, hledá slova, hůře vnímá, a to je velká komplikace pro obě strany, tedy jak pro postiženého, tak pro toho, kdo se o postiženého stará. Kontrola nad tělem se snižuje a může docházet k inkontinenci. Bez pomoci druhých je život takto dementního člověka nemožný. Pokud se dementní senior setká s novou předtím neznámou situací, je neklidný a začne panikařit. Příkladem může být dovolená nebo různé rodinné oslavy. Nejlepší volbou je vyhýbání se všemu, co senior nezažívá každý den. Senior s demencí se bude cítit dobře jen tam, kde to dobře zná (Wehner a Schwinghammer 2013, s.23-24).

Stupeň bezmoci

Tento stav je stavem úplné bezmoci postiženého. Postižený potřebuje neustálou péči. Domácí péče ve většině případů již není možná (Wehner a Schwinghammer 2013, s.23-24).

1.2.2 Deprese

Specifickou organickou změnou při demenci jsou emoční poruchy. Může se jednat o změny ve sféře neuromediátorových systémů, které souvisí s histopatologickými změnami způsobené neurodegenerativním onemocněním. Se symptomy deprese se setkáváme nejčastěji v počáteční fázi onemocnění. V této fázi má pacient povědomí o tom, že dochází k úbytku jeho kognitivních funkcí. Deprese proto může být vyvolána změnami, které na pacienta působí a on se ztotožňuje s tím, že selhal a že je bezradný a bezbranný. Uvědomuje si i to, že je nesoběstačný, bude přítěží pro ostatní a zcela odkázaný na jejich pomoc. Symptomy deprese se u pacientů s demencí hůře určuje. Stává se, že je zaměňována se

symptomy demence. Deprese se může projevovat změnami v denních aktivitách. Příkladem může být celková apatie nebo agitace pacienta. Úzkostná nálada pacientů není výjimkou. Ta vyplývá z problémového nebo nemožného řešení některých úkolů nebo z nových situací, které před onemocněním pro pacienta nebyly problémem zvládat (Šáteková a kolektiv 2021, s.574-575).

1.2.3 Úzkost

Senioři mají oproti mladším lidem několikanásobně nižší prevalenci panické poruchy. Vysvětlení proč tomu tak je není jednoduché. Může to být tím, že se s úzkostmi nedostanou do psychiatrické péče. Další důvod může být ustoupením paniky ze středního věku, jejím vyléčením nebo smrtí. Největší roli ale bude nejspíše hrát to, že senior bude mít strach z odloučení kvůli své psychické poruše a nesamostatnosti, kdy bude odkázán na druhé a bude přítěží. Důvodem může být také způsob reagování seniorů na stres (Kamarádová, Látalová, Praško 2016, s.27).

1.2.4 Strach

Strach je také příčinou pohybového spektra, kdy senior po několika nešťastných pádech vzdává pohyb a zůstává na jednom místě. Jedna nehoda může změnit celou jeho povahu (Kalvach 2011, s.50).

2 ÚLOHA SESTRY NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

2.1 Péče o seniora

Cílem geriatrického ošetřovatelství je poskytování takové péče seniorům, vycházející z individuálních potřeb a zajišťující co nejlepší kvalitu života. Tato péče nemůže být univerzální, je specifická z důvodu zranitelnosti a křehkosti pacientů (Burda, Šolcová 2016, s.23).

2.1.1 Oblast hygieny

Péče o hygienické potřeby seniorů je nezbytnou součástí práce v ošetřovatelské praxi. Prováděním kvalitní hygienické péče je jednak pacient spokojenější, ale také se tím předchází řadě komplikací, které mohou vznikat při špatné hygieně (Malíková 2011, s. 118).

Seniori jsou většinou nesoběstační a hygiena je jim často prováděna bez jejich aktivního zapojení. Není to však pravidlem a někteří si za určitých podmínek vykonávají osobní hygienu sami. Je důležité, aby byl respektován a zachován jejich stud a soukromí. Důležitým aspektem je zjištění předchozích hygienických návyků a pokud to situace dovoluje, tak na ně navázat. Pokud tyto hygienické návyky nejsou nadále dostačující, tak se musí vytvořit nové. Není to však změna, o které by rozhodl pouze NLZP, ale na tuto konkrétní oblast je zaměřena edukace, na které se podílejí lékaři, NLZP nebo jiné osoby. S novými hygienickými návyky musí senior souhlasit. Hygienická péče se provádí buď přímo na jeho lůžku, nebo v koupelně na pokoji či na oddělení, což záleží na mobilitě pacienta. Pro co nejefektivnější hygienu je nutné použití mobilní koupelnové techniky, které obstarají bezproblémový a šetrný přesun seniorů z lůžka do koupelny, zajistí vhodné podmínky při umývání a opět obstarají přesun z koupelny až na lůžko. Osobní hygiena je vykonávána s pomocí potřebných pomůcek. Pro staré lidi s problematickou pokožkou či inkontinentními problémy jsou užívány speciální tělové přípravky. Standartně je poskytována seniorům osobní péče dvakrát za den. Pokud si to situace žádá, tak je poskytnuta tolikrát, kolikrát je třeba. Ráno a večer jsou umyty, jsou jim upraveny vlasy, je postaráno o pokožku tělní kosmetikou, v případě opruzenin jsou poskytnuty přípravky na ošetření. Ošetřující kontrolují jejich pokožku po každé osobní hygieně. Tím se mohou odhalit začínající dekubity, nebo se nacházejí různá poškození kůže. Nová zjištění sestra zhodnotí a poté sdělí lékaři. Vzniklé dekubity ošetřuje sestra po konzultaci s lékařem. U seniora je důležitá také péče o ústní dutinu, společně se zuby či zubní protézou. Pokud je soběstačný, tak si zuby dokáže vyčistit sám. Při nesoběstačnosti zůstává čištění chrupu na ošetřovateli. Protéza se mechanicky očistí a na rozdíl od zubů

se večer vloží do roztoku s čistícími tabletami. Čistota zde hraje zásadní roli, jelikož každá nečistota může způsobit tlak na dásně. Protézy jsou kontrolovány a v případě poškození jsou řešeny problémy u stomatologa (Malíková 2011, s. 118).

2.1.2 Oblast vyprazdňování

Dbát na soukromí seniora během vyprazdňovacího procesu je velmi žádoucím. Vyprazdňování probíhá buď na toaletě, nebo přímo na lůžku. Na toaletě se zpravidla vyprazdňuje senior, který je na tom dobře s mobilitou a zvládne dojít tam i zpět. Proces vyprazdňování se často odehrává na lůžku, a to u pacientů, kteří si nedokážou sami dojít na toaletu. To je dle očekávání pro většinu seniorů ale nepřírozené a mnohdy i nepříjemné, proto je nutné ho dostat do takové polohy, která se bude blížit co největšímu komfortu. To znamená zvýšit horní polovinu těla a uvedení seniora do polo sedu nebo sedu. Při vyprazdňovacím procesu by měly být používány pomůcky, které budou pro něj nejkomfortnější a nejefektivnější. Aby mohlo být zajištěno soukromí, je nutné minimalizovat počet osob v pokoji. Při celém procesu se musí dbát na to, aby nebyl do ničeho tlačěn. Je důležité, aby měl na vyprazdňování klid, soukromí, pohodlí a dostatek času (Kachlová, Plevová 2023, s.56).

Senioři z velké části trpí velkou řadou problémů. Jedním z těchto problémů je inkontinence. Ta může vzniknout právě při péči o něho samotného v zařízení, kdy zažívá velké změny. Jsou to například změny prostředí a kolektivu a následné zařazení do něj, ale i třeba zhoršení demence. Senior musí mít cestu na toaletu průchozí, to znamená, že v cestě nemohou být překážky, které by komplikovaly seniorovi cestu na toaletu a zpět. Případně lze také alternovat s klozetem, který by měl být připraven vedle lůžka. Pravidelná pomoc při vyprazdňování ze strany personálu vede k co nejdéle udržitelné kontinenci. Sestra, která se o seniora stará musí mít na paměti, že společně s inkontinencí jsou spojená i mnohá rizika. Jedná se hlavně o zapáčky, dekubity, opruzeniny a o větší náchylnost ke vzniku infekce močových cest. Infekce je spojena se zavedením močového katetru. Senioři trpí často zácpami. Je tedy důležité, po dohodě s nutričním terapeutem, upravit individuálně jídelníčky a tím zastavit zácpy nebo jim předcházet. Před projímadlem by se mělo upřednostnit zařazení vlákniny, ovoce a zeleniny v jejich jídelníčku (Burda, Šolcová 2016, s.26-27).

2.1.3 Oblast výživy

Stravování je u starých lidí velmi důležité a je potřeba, aby sestavování jídelníčku bylo přizpůsobeno potřebám a preferencím jednotlivých seniorů. Přidávání nových surovin není mnohdy nežádoucí, jelikož senior bude ve většině případech upřednostňovat zaběhlá jídla, na která je již zvyklý. U výživy je důležité, aby byl zachován denní energetický příjem a nedocházelo u těchto lidí ke ztrátě hmotnosti (Vágnerová a kolektiv 2020, s.121).

Ve stáří se mění chuť k jídlu a dochází k ohrožení dehydratací a podvýživou. Chuť k jídlu je ovlivněna onemocněními, změnami smyslového vnímání, psychickým stavem a třeba i horší adaptací. U seniorů není výjimkou nechutenství. Dotyčný nemá potřebu pít, tzv. ztrácí pocit žízně, nebo zapomíná pít. Nejsou u nich ani výjimkou polykací problémy, kdy dochází k opožděnému polykacímu reflexu, ke zhoršování polykání nebo k tomu, že jídlo zůstane v ústech a což může vést až k dušení, kašláním nebo k problémům se zubní protézou. Podávání stravy seniorům je specifitější než u mladších pacientů. Je nutné je často motivovat, jelikož jsou již často demotivováni jejich stárnutím a problémy, které jsou s tím spojeny. Je důležité vedle slovní motivace motivovat i vizuálně, aby jídlo vypadalo pro ně lákavě a aby bylo naservírováno vkusně. Důležité vedle motivace je i pochvala, kdy senior bude za něco oceněn a bude vědět, že udělal něco správně. Jídlo by mělo být podáváno ve vhodném prostředí a mělo by být podáváno častěji po menších dávkách (Burda a Šolcová 2016, s. 61-63).

Pacienti dostávají stravu 5x denně. U diabetiků to je 6x denně. U mobilních lidí je dobře, když se mohou najíst v jídelně, kam se mohou dojít za asistence sester, pokud jim zdravotní stav neumožňuje samostatný přesun. Jídlo by měla být uzpůsobena tak, aby zde byla dodržena kultura stolování. Imobilní pacienti, nebo ti kteří se nechtějí stravovat v jídelně jedí přímo na svém pokoji, buď u stolu, na křesle, nebo na svém lůžku. To je v takové poloze, aby stravování bylo co nejpohodlnější. Pokud je potřeba, jsou v zařízení k dispozici pojízdné nebo plně servírovací stolky, které zjednodušují příjem potravy na lůžku. Seniorům, kteří jsou nesoběstační, je poskytována částečná nebo celková pomoc, a jeli nutné, dochází i ke kompletnímu krmení (Malíková 2020, s. 645-649).

Dietní systém je dán stravovací normou, která je ve zdravotnických zařízeních dodržována. Jsou to doporučení a zásady, u kterých dochází k neustálé aktualizaci podle nových vědeckých poznatků. Dietní strava nesmí být závadná, jak z epidemiologického, tak z hygienického hlediska. Je třeba aby byla chutná, pestrá, měla biologickou hodnotu a estetičnost.

Dietní systém je rozčleněn na 3 druhy. Prvním druhem je dieta základní, která je označena číslem 0-13. Následuje dieta speciální, která je označena vždy písmenem S a také číslem základní diety. Třetí dietou je dieta standardizovaná. Zde se číselné ani písmenkové značení nevyužívá, jedná se o zvláštní individuální použití. Příkladem je například, dieta geriatrická, diabetická, racionální a šetřící (Dingová Šliková, Vrabelová, et al. 2018, s. 188).

2.1.4 Oblast prevence proti vzniku dekubitů

Provádění posuzování rizika má být opakované dle aktuálního stavu pacienta a při změně jeho zdravotního stavu. Z důvodu lepší komunikace mezi zdravotníky je nutné označit rizika vzniku dekubitů v ošetrovatelských záznamech. U specifických skupin z řad pacientů je třeba realizovat jinou frekvenci posuzování. U rizikových pacientů, u kterých se dbá na zvýšenou péči o pokožku se provádí lokální prevence. Je žádoucí používat speciální mycí prostředky, které jsou určeny na postižená místa. Voda by měla být vlažná. Je nutné pravidelně promazávat pokožku vhodnými krémy. Důležité je také polohování pacienta (NOP – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity, 2020, 2 s.)

2.2 Fyzioterapie

Přijímání pacientů na oddělení LDN je započato u lékaře. Lékař provede u pacienta vstupní vyšetření, na jehož základě sdělí pacientovi, jaké konkrétní rehabilitační úkony by doporučil a v jaké frekvenci. S jeho souhlasem je zapsán lékařem do rehabilitačního plánu. Ordinace výkonů zohledňuje mnoho faktorů v hledisku rehabilitačního plánu. V první řadě to je pacientův aktuální zdravotní stav. Kde se posuzuje jeho psychický stav, poruchy jednotlivých smyslů, bolesti, závratě, poruchy při vyprazdňování a příjmu potravy. Při změně zdravotního stavu pacienta je třeba reagovat a upravit rehabilitační plán do takové podoby, aby ho pacient zvládal a odpovídal jeho schopnostem. Rehabilitační plán musí být reálný pro splnění a motivující. Základ rehabilitačního ošetření provádí zdravotní sestry. Speciální rehabilitační postupy s činnostmi již provádí fyzioterapeut (Malíková 2020, s.690-692).

Zaměření v geriatrické rehabilitaci je trénink chůze a celkově stability. V nemocnici často dochází k pádu. Pád je většinou zapříčiněn nevhodnou obuví, nebo zakopnutím o různé překážky. Příkladem je třeba práh, koberec nebo mokrá podlaha. Při nestabilitě nebo zakopnutí je pád většinou nevyhnutelný, jelikož senior nedokáže adekvátně zareagovat na vzniklou situaci. Z tohoto důvodu je vhodné kombinovat tréninkové přístroje s podporou stability a chůze (Navrátil, Příhoda a kolektiv 2022, s.127).

2.2.1 Imobilizační syndrom

Rozvoj imobilizačního syndromu je reakcí organismu na dlouhodobou nehybnost. Svalové systémy reagují na ztrátu pohybu, proto je důležité na pacienty ohrožené tímto syndromem aplikovat vhodnou formu rehabilitačního ošetřování společně s včasnou mobilizací a fyzickou a psychickou aktivací. Riziko syndromu nastává již po několika hodinách, kdy dochází k prvním změnám. K výraznějším změnám může nastat již po týdnu imobilizace. Nejrizikovější skupinou jsou dlouhodobě nemocí lidé a senioři (Burda, Šolcová 2015, s.131).

Imobilizační syndrom je fyziologickou odezvou organismu, který reaguje na vlastní nečinnost. Muskuloskeletární nečinnost má za následek změny v organismu, které ovlivňují veškeré orgánové systémy (trávicí, pohybový, oběhový, duševní, kožní, močový, dechový a nervový) a mohou zapříčinit různé komplikace. Imobilita je zapříčiněna několika faktory, z nichž některé lze ovlivnit (farmakologicky a aktivní ošetrovatelskou péčí) a některé ne (Dobšaba 2021, s.63-66).

3 PÁD

3.1 Nežádoucí událost PÁD

Pádem se rozumí nekontrolovatelný nebo omezeně kontrolovatelný pohyb těla směrem dolů. Příčiny pádu mohou být různé, proto neexistuje jednotná definice, ať už by se jednalo o definici národní nebo mezinárodní. Definice pádu je ale velmi důležitá, jelikož je nutná pro studie zabývající se touto problematikou a následnou snahou omezit tyto pády. Bez řádné definice dochází pouze k popisu dané události účastníky (Bizovská, Janura, Míková, et al 2017, s.12).

Rizikové faktory mají vliv na zvyšující se riziko pádu. Příkladem je například věk pacienta nad 65 let, chronická onemocnění či onemocnění onkologická. Dalšími rizikovými faktory jsou kognitivní poruchy, dehydratace, horší výživa, nevhodné prostředí, porucha funkce smyslů, delší doba hospitalizace nebo snížení pohyblivosti. Jednotlivé případy pádů je nutné pečlivě dokumentovat. Rozhodující je, zdali se neobjevují stavy bezvědomí. U seniorů se musí objasnit příčina pádu (Vostrý, Veteška 2021, s.94-96).

Metodická doporučení slouží k evidenci nežádoucích událostí a jsou určena poskytovatelům zdravotnických služeb. Definice pádu by měla být v rámci lokálního systému hlášení nežádoucích situací jednotná, aby byla data od různých poskytovatelů zdravotních služeb agregovaná neboli srovnatelná. Zranění a pády jsou hendikepujícími záležitostmi, které mohou mít za následek nějaké sekundární komplikace či poškození pacienta. Tyto události jsou pro zdravotnická zařízení rizikem, které nelze eliminovat. Hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení je riziková. Součástí péče o pacienty je také prevence pádů. Pokud pacient například uklouzne a spadne, může to mít krom delšího pobytu, sekundárního zranění a zvýšení nákladů také právní dohru pro toho, kdo měl zodpovědný pro zajištění bezpečnosti. Pády jsou považovány za nežádoucí události. U starších 65 let jsou pády nejčastěji příčinou úrazu v nejhrošším případě i smrti. Nejčastějšími následky jsou poranění hlavy, měkkých tkání a zlomeniny. Nejedná se ale pouze o fyzické, ale také o psychické následky, kdy po pádu může člověk trpět úzkostmi, depresemi nebo třeba strachem z pádu. Proto je žádoucí hledat příčiny pádů a řešit jejich prevenci (Pokorná, Štrombachová, Kučerová, et al. 2019, s.4).

Druhy metodických pokynů:

- Zkrácená verze metodických pokynů

Účelem je poskytnutí přehledných informací pro možnost rychlého zásahu. Pracoviště by mělo disponovat dokumentem pro rychlou orientaci v zátěžové situaci.

- Plná verze metodických pokynů:

Tato verze je rozsáhlá a měla by být k dispozici hlavně nově nastupujícím, nebo vracejícím se pracovníkům po delší pracovní odmlce.

- Algoritmus preventivních postupů souvisejících s konkrétní NU:

Jedná se o nástroj, který je jednoduchý a přehledný. Slouží k realizaci preventivních opatření. Měl by být vždy k dispozici, například vyvěšen na sesterně či ambulanci.

- Algoritmus bezprostředních nápravných opatření související s konkrétní NU:

Jedná se o nástroj, který je jednoduchý a přehledný. Slouží k realizaci nápravných opatření proti vzniku NU. Měl by být vždy k dispozici, například třeba vyvěšen na sesterně či ambulanci (Pokorná, Štrombachová, Kučerová, et al. 2019, s.4).

3.1.1 Rizikové faktory vzniku pádu

V ošetřovatelství představují faktory pádu skupinu rizikových faktorů, které v různých kombinacích ovlivňují pád. Faktory se mohou měnit v podstatě kdykoliv, tudíž riziko pádu se může zvýšit i během hospitalizace. Rizikové faktory se dělí na vnitřní a vnější. Největším rizikovým faktorem pádu je věk pacienta (Miertová 2019, s.70-71).

3.1.2 Vnější faktory

Tyto faktory hrají v pádech velkou roli. Pády způsobené vnějšími faktory jsou většinou v kategorii náhodných pádů. Příkladem vnějších faktorů jsou třeba koberce, práh, podložky, mokrá podlaha. Pacient buď o překážku zakopne, nebo mu po ní ujede noha. K pádu přispívá nemálo také zhoršené osvětlení a zrak pacienta, který u seniorů bývá zhoršený. Pády mohou vznikat také nepřizpůsobeným vybavením bytu, kdy jsou například v koupelně úchyty v nepraktické výšce. Nebezpečným prostorem pro pád jsou schody. Na schodech se odehrává 10 % celkových pádů. Faktory zde může hrát horší mobilita, menší síla v nohách, špatně navržené zábradlí nebo také zhoršená viditelnost (Commission International, Commission Resources, Vyhnánek 2007, s.26).

3.1.3 Vnitřní faktory

Vnitřní faktory jsou také neopomenutelné. Spadá pod ně věk nad 65 let, pád v anamnéze, porucha spánku, strach z pádu, únava, zhoršený zrak, zhoršený sluch, polymorbidita, deprese, zmatenost, sedace, hypotenze, arytmie, extrapyramidové příznaky, zácpa, močová inkontinence, horší mobilita a chůze, dehydratace, různá chronická onemocnění jako muskuloskeletální, kardiovaskulární, metabolické, gastrointestinální a neurologické (Šáteková, kolektiv 2021, s.359-361).

3.2 Prevence pádu

Pro snížení počtu pádů či zmírnění jejich následků je nezbytně nutná jejich prevence. Komplexnost a mnohostrannost by zde měla hrát významnou roli. Krom iniciativy veřejného zdraví by se mělo soustředit také na výzkumy, které pomáhají určit velikost rizik jednotlivých faktorů a stanovit postupy k jejich eliminování. Zásadní roli hraje vzdělávací činnost jak profesních, tak rizikových skupin, která buduje rizikové povědomí. U nás v České republice mají za povinnost poskytovatele zdravotní péče vést evidenci obsahující všechny jednotlivé pády pacientů. Pády se podrobí analýze a vytvoří se podle nich nápravná opatření, jejichž dodržování je nutné kontrolovat. Strategie pro prevenci pádu je rozdělena na ochranné a preventivní. Ochrannou strategií je chápána činnost, která je prováděna ošetrovatelským personálem při ochraně pacientů před poraněním. Příkladem může být poskytnutí ochranných pomůcek. Preventivní strategie jsou plánované s dlouhodobým výhledem. Programy prevence pádů pro seniory jsou zaměřeny na identifikaci a úpravu rizik (Bizovská, Janura, Míková, et al. 2017, s.17-18).

Lze sem řadit:

- zmapování prostředí pokoje, chodby, koupelny, WC a rizikových míst (schodiště)
- Umístění pacienta co nejbližší sesterně a co nejbližší hygienickému zařízení, pokud není součástí pokoje
- Seznámení pacienta s ovládacím zařízením lůžka a signalizačním zařízením
- Funkčnost signalizačního zařízení je třeba pravidelně kontrolovat a je třeba pacienta edukovat o tom, že použitím nikterak nezatěžuje personál
- Upravení výšky lůžka a jeho zabrzdění

- Vhodné rozmístění nábytku
- Při používání kompenzačních pomůcek je třeba seznámit pacienta s jejich správným používáním
- Neopírat se o nezabrzděný noční stolek
- Při edukaci pacienta používat pomocné materiály (obrázky)

(NOP – Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády, 2020, s.1-2).

3.2.1 Zabránění pádu na oddělení následné péče

Pracoviště jsou povinna realizovat určitá opatření bez ohledu na vyhodnocená rizika pádů pacientů. Pracovníci jsou povinni dbát, aby v místech, kde se pacienti pohybují, nebyly žádné nezbytné překážky. Jako příklad lze uvést židli nebo osobní zavazadla. Tyto překážky mohou způsobit pády pacientů. Při vylití tekutiny na zem je nutné požádat pacienta, aby zůstal buď na lůžku, či židli a tekutinu do sucha utřít. Při vytírání chodby je nutné, aby člověk, který má na starosti úklid vždy vytyčil kužel či výstražnou tabulku, která na mokrou podlahu upozorňuje. Vedoucí zaměstnanci jsou poté povinni kontrolovat umístění kuželu a zda podlaha byla vytřena pouze způli, aby zde zůstal prostor pro bezpečný průchod. U nových pacientů je nutné, aby se zorientovali v novém prostředí. Toto seznámení poskytuje zaměstnanec s důrazem na riziková místa, jako je třeba schodiště či toaleta. S oddělením seznámí pacienta NLZP, a to i v případě, že je zde pacient opakovaně. Je nutné zajistit dostatečné noční osvětlení a také polohu nočního stolku, aby ho měl pacient stále v dosahu. Vše, co je pojízdné na kolečkách musí být zabrzděno, aby nedošlo k nežádoucímu zranění třeba při vstávání či opírání se o nějaký pojízdný nábytek. NLZP zajišťuje a kontroluje, zdali pacient má k dispozici u lůžka, ve sprše a na toaletě funkční signalizaci. Je také nutné opakovaně pacientovi vysvětlovat, jak taková signalizace funguje a kdy ji používat. NLZP při příjmu pacienta v anamnéze zjišťuje, zdali pacient používá nějakou kompenzační pomůcku. Například berle nebo hole. Pokud má kompenzační pomůcku pacient sebou, je nutné ji spolu s fyzioterapeuty zkontrolovat, zdali je funkční a vhodná pro daného pacienta. V situaci, kdy pacient kompenzační pomůcku s sebou nemá a jsou pro něho vhodné, je třeba je co nejdříve zajistit. NLZP je povinen k informování pacienta a jeho rodiny o opatřeních, které mají předcházet pádům a motivovat je ke spolupráci. Edukace je zaznamenávána v edukačním záznamu ve zdravotnické dokumentaci (Pokorná a kolektiv 2019, s.112).

3.2.2 Označení rizikového seniora

Pacient, který je vyhodnocen jako riziková osoba pro vznik pádu je označen zdravotnickým pracovníkem. Označený pacient musí být informován o důvodu označení. Označení může být například barevnou identifikací na náramku pacienta, označení pacienta na sesterně nebo nějaké označení na lůžku. Zapsat do zdravotnické dokumentace „pacient s rizikem pádu“ a předat tuto informaci při každé změně směny (Pokorná a kolektiv 2019, s.113).

3.2.3 Edukace pacienta

Na edukaci pacientů musí brát sanitáři i sestry velký zřetel. Edukace musí být po stránce přesnosti, výstižnosti a srozumitelnosti co nejlepší. V nejlepším případě i s praktickou ukázkou. Je zcela na místě následné ověření, zdali pacient činnost zvládá. Signalizace musí být v dosahu a doporučuje se ji vyzkoušet. Při přijímacím procesu k hospitalizaci je důležitý nácvik obsluhování polohovacího lůžka, upozornit pacienta, aby se neopíral o nezabrzdený noční stolek, dále aby nevstával prudce z lůžka, kvůli poruše rovnováhy, aby nosil pouze neklouzavou stabilní obuv, nevstupoval na vlhkou podlahu. Písemně dokumentovaná edukace je samozřejmostí (Cendelíková 2019).

NLZP edukuje jak samotného pacienta, tak i osoby, které se podílejí na jeho péči. Krom rodinných příslušníků se jedná také o blízké osoby, a i třeba o osoby z řad dobrovolníků. Edukace má za cíl snížit či eliminovat rizika pádu. Týká se důvodů a způsobů prevence pádu a bezpečnosti režimu pohybu, což obsahuje pohyb mimo lůžko. K edukaci pacienta a ostatních osob využívá zdravotnický personál informační letáky, znalosti z různých seminářů či metodické pokyny vydané odbornými společnostmi. Edukace se zaznamenává do edukačního záznamu či zdravotnické dokumentace pacienta (Pokorná, Štrombachová, Kučerová, et al. 2019, s.6).

3.3 Vliv farmak na pád

Pád může být z určité části zapříčiněn či ovlivněn užívanými léky. Je tedy důležitá znalost jednotlivých léčiv a předvídat tak rizika která mohou nastat při kombinaci s jinými rizikovými faktory, které společně mohou zapříčinit nekontrolovaný pád, který může přivést seniorovi zranění nebo v nejhorším případě i smrt (Vlček, Bártová, Doseděl, et al. 2019, s.31).

Léky, které byly pacientovi předepsány jsou jedním z aktérů rizik pádu. Většina seniorů užívá mnoho léků, což může riziko pádu zvyšovat, pokud je některý lék rizikový. Riziko pádu se zvyšuje, jeli nežádoucím účinkem léků synkopa, závratě, ospalost, ortostatická hypotenze, sedace, zhoršená rovnováha nebo změny krevního tlaku. Veškeré uvedené účinky mají negativní vliv na pacientovu rovnováhu a jeho možný pád. Užívání kardiovaskulárních a psychotropních léčiv je přímo spojeno s možností pádu. Mezi rizikové skupiny psychotropních léků jsou zařazena antidepresiva, benzodiazepiny a antipsychotika. U skupiny kardiovaskulárních léků to jsou antiarytmika, vazodilatátory, glykosidy a ACE inhibitory. Rizikovými léky jsou také antiepileptika, antiparkinsonika, nesteroidní antiflogistika a opioidní analgetika (Michalcová, Bielaková, Vašut 2021, s.69).

3.4 Zranění v důsledku pádu

Méně závažná zranění při pádu jsou abraze a hematomy. Procentuálně ke všem ostatním méně závažným zraněním důsledkem pádu to je zhruba 20-30 %, ze všech zraněních. Mezi zranění závažnějšího charakteru patří zejména fraktury a subdurální hematom. Tato onemocnění komplikují základní onemocnění a je vyžadována další léčba. To přináší ne jednu komplikaci. Nejenom že to znamená prodloužení hospitalizace pacienta, ale i zvýšení dodatečných nákladů zdravotní péče a v některých případech i podání žaloby pacientem pro nekvalitní zdravotní péči. Fraktury jsou velkými komplikacemi a jsou řazeny mezi nejzávažnější následky pádů. Krom fraktur krčků kyčelních kostí, žeber, kostí pánve, předloktí a obratlů mohou nastat i jiné komplikace jako je poranění mozku, měkkých tkání nebo mozkových hemoragií (Miertová 2019, s.18).

3.4.1 Nejčastější úrazy seniorů

Nejčastějším úrazem seniorů je zlomenina dolní končetiny, hlavně krčku stehenní kosti. Zlomený krček stehenní kosti je obávaným následkem pádu, který je často pro seniory fatální. Příznakem zlomeniny krčku je nemožnost vstát, bolest, zevní rotace či zkrácení končetiny. Diagnostika se provádí pomocí RTG, terapií je implantace cervikokapitální totální endoprotézy kloubu kyčelního (Šrámková 2023, s.117).

Mezi časté poranění patří zlomenina diafýzy femuru, jenž převládá spíše u mužů. Vzniká důsledkem dopravních nehod, pádů z výšek nebo při sportovních úrazech. Další častou zlomeninou je zlomenina hlezna. Jejich vznik je příčinou pádu a rotace hlezna. Diagnóza probíhá za pomoci RTG vyšetření. Operace je vyžadována pouze u dislokovaných a nestabilních končetin. U seniorů dochází také při pádu k poranění horní končetiny. Pacienti nad

60 let mohou po nárazu na rameno utrpět zlomeninu proximálního konce humeru. Léčení je konzervativní nebo operační. U horních končetin jsou také častými zlomeninami loket, zápěstí, diafýza humeru, předloktí a kůstky v ruce. Největší riziko těchto zlomenin je zimní období, když je náledí. Poraněním hlavy při pádu může senior utrpět mozkovou komoci. Senior je tedy vystaven observaci po dobu 48 hodin (Šrámková 2023, s.117).

Pády mají často za následek tupá poranění hrudní stěny se zlomeninami žeber, která se obejdou bez invazivního ošetření. Používá se terapie pomocí analgetik, ke které se provádí dechová cvičení a při spánku má pacient vyvýšený hrudník. Při dvířkových či sériových zlomeninách je nutná operace hrudní stěny. I zdánlivě malé hrudní trauma může mít za následek smrt bronchopneumonií. U seniorů je důležité brát v úvahu jejich věk a možné následky věku. Příkladem je práh bolesti, který senioři mají posunutý na zvýšenou úroveň. Proto je důležité je důkladně vyšetřit. Tato poranění jsou u seniorů dost často fatálními a vedou k stavu neslučitelným se životem (Navrátil, Šedivcová, a kolektiv 2023, s. 761-765).

4 HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ SENIORŮ

4.1 Hodnocení rizika pádu

NLZP musí identifikovat rizika pádů u pacientů a měl by tato rizika snižovat. Screening hraje v prevenci rizika pádů klíčovou roli. Doposud však neexistuje nástroj, který by přesně detekoval a predikoval rizika pádů jednotlivých skupin a různých prostředí. Existují pouze nástroje, které lze účinně využívat v jedné oblasti. Příkladem je třeba kognice, mobilita, postižení sluchu (Horová, Brabcová, Bejvančická 2020, s.200).

4.2 Škály hodnotící riziko pádů u geriatrických pacientů.

4.2.1 Screening Fall(s) Questions (SFQ)

Tato škála se skládá ze tří otázek, které jsou podle odborníků relevantními k předpovídání rizik pádů u seniorů. Výhodou je malá časová náročnost a velká efektivita.

Administrace testu

Test je proveditelný do 1 minuty. Nutností je definice pádu, jinak není možné administrovat test. Definice pádu není jednotná a výklady jsou různé, ale přímo pro tento test je vhodné vycházet z definice, že pád je: Pádem se rozumí nekontrolovatelný nebo omezeně kontrolovatelný pohyb těla směrem dolů.

Test začíná první otázkou, která se týká zjištění, zdali senior za posledních 12 měsíců nespádl více nežli jednou. Tato otázka je odborníky označována jako nezbytná. Druhá otázka se týká aktuálního pádu, který měl za následek seniorovu návštěvu zdravotního zařízení, nebo díky níž vyhledal pomoc jiné osoby. Většinou se jedná o pády, které mají za následek lehčí, střední nebo těžká zranění či byly odhaleny pomocí stanovené definice pádu. Třetí otázka se týká rovnováhy seniora a obtíží při chůzi. Zde je vhodným nástrojem podle odborníků GaaGt. Pokud dojde ke shodě v jedné z otázek, tak je automaticky senior považován za rizikového s tím, že by mohlo dojít k pádu a je doporučováno podrobnější vyšetření lékařem (Kuckir, Vaňková, Holmerová, et al. 2016, s. 129-131).

4.2.2 Berg Balance Scale

Funkční škála rovnováhy hodnotí dynamickou a statickou posturální stabilitu a riziko pádu. Použití škály bylo dle standardů a nebylo třeba úprav pro domácí prostředí. Tato škála je testem rovnováhy, který obsahuje celkem 14 úkolů, které vyžadují zapojení různých složek posturální kontroly v pořadí:

- postavování se ze sedu
- stoj bez opory s přirozenou opěrnou bází
- sed bez podpory
- posazování se ze stoje
- přesuny ze židle
- stoj bez opory se zavřenýma očima
- stoj spojný
- funkční zkouška dosahu vpřed
- zvednutí předmětu ze země
- rotace hlavy s ohlédnutím přes rameno
- otočení o 360 stupňů
- našlapování na schůdek
- tandemový stoj na jedné noze
- stoj na jedné noze

Test trvá 15-20 minut. Každý úkol je hodnocen body. Stupnice je od 0 bodu, kdy pacient není schopen úkol splnit až po maximum 4 bodů, kdy pacient splnil úkol bez obtíží. Maximálně může pacient získat 56 bodů. Pokud pacient získá body v rozmezí 56-41, tak je pacient nezávislý a riziko pádu je nízké. Se 40-21 body potřebuje pacient asistenci nebo nějakou kompenzační pomůcku pro chůzi. 20-0 bodů znamená, že se jedná o pacienty, kterým hrozí vysoké riziko možného pádu a jedná se dost často o vozíčkáře. Dle klinických studií je dokázáno, že ten, kdo obdržel méně nežli 40 bodů v budoucnu upadne (Vacková a kolektiv 2020, s.105).

4.2.3 Morse Fail Scale (MFS)

Riziko pádu lze hodnotit pomocí Morseovy škály, která zahrnuje pád v anamnéze, ambulantní pomůcky, poruchy chůze, nitrožilní přístup, sekundární diagnózu a mentální stav (Tandon, Montano 2020, s.154).

MFS se široce využívá v prostředích akutní péče. Využívá se jak v nemocnicích, tak v zařízeních dlouhodobé péče. MFS vyžaduje systematické a spolehlivé hodnocení rizikových faktorů pádu pacienta při přijetí, při pádu, změně stavu, přesunutí či propuštění (Susan C. deWit 2013, s.95).

Hodnocení

0 bodů, pacient je bez rizika, méně než 25 bodů pacient je v nízkém riziku, 25-45 bodů střední riziko a více než 45 vysoké riziko pádu (Susan C. deWit 2013, s.95).

4.2.4 Škála The Conley Scale (modifikována Juráskovou)

Tato škála se zabývá pádem v anamnéze, potíženími sluchu a zraku, soběstačností, věkem, hospitalizací, medikací, schopností spolupracovat, závratěmi, nespavostí a nykturií. Pokud pacient dosáhne 0-4 bodů, tak je považovaný za bezrizikového. Dosáhne-li 5-13 bodů, tak je riziko střední a 14-19 bodů značí vysoké riziko pádu (Horová, Brabcová, Bejvančická 2020, s.200).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Pád seniora je jednou z nejčastějších nežádoucích událostí dle ÚZIS v nemocničních zařízeních. Riziko pádu se s narůstajícím věkem zvyšuje. Seniori často užívají různé kombinace léků, které mohou být společně s jinými rizikovými faktory příčinou pádu. Další rizikové faktory jsou předešlé pády pacientů v anamnéze, problémy s pohyblivostí, závratě, zrakové problémy, hypotenze či celkové zhoršení zdravotního stavu pacienta. Důležité je, aby bylo u pacienta zřetelné, že je rizikový v oblasti pádu.

Proto byl definován výzkumný problém: Jak sestry hodnotí riziko pádů seniorů na oddělení následné péče?

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného kvantitativního výzkumu bylo zjistit, jak sestry hodnotí riziko pádů seniorů na oddělení následné péče.

Hlavní výzkumná otázka: Jak sestry provádí hodnocení rizika pádů na oddělení následné péče?

6.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat jaké hodnotící nástroje rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 22, 23.

2. Zjistit jaká opatření ke snížení rizika pádu jsou nastavena na oddělení následné péče.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 13, 15, 20, 21. Mezi doplňující otázky k tomuto cíli patří č. 10, 11, 12, 14, 16.

6.3 Dílčí výzkumné otázky

1. Jaké hodnotící nástroje rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče?
2. Jaká opatření ke snížení rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče?

7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

7.1 Metodologie výzkumu

Zvolili jsme kvantitativní formu výzkumného šetření. Výhodou kvantitativního výzkumu je rychlé a přímočaré zjištění dat. V teoretické části se věnujeme stáří, péči o seniora a jak předcházet pádu na LDN. Během výzkumu jsme dostali 100 vyplněných dotazníků, které jsou zaměřeny na otázky, jak sestry předchází riziku pádu seniorů na LDN.

7.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výzkumný vzorek tvořily všeobecné a praktické sestry pracující na lůžkách následné péče. Výzkum se uskutečnil celkem ve čtyřech nemocnicích. Jedná se o nemocnici Privamed v Plzni, Klatovskou nemocnici, Stodskou nemocnici, Domažlickou nemocnici.

7.3 Organizace výzkumu

V období od října 2023 do prosince 2023, bylo provedeno dotazníkové šetření na lůžkách LDN. Dotazník obsahoval 24 otázek, kdy se označovala jen jedna odpověď, popřípadě bylo možné napsat svou odpověď do okénka jiné. Dotazník byl zaměřen na to, jak sestry hodnotí riziko pádu seniorů na oddělení následné péče. Před začátkem výzkumného šetření jsem hlavním sestřám daných institucí zaslala dokumenty o souhlasu s výzkumným šetřením, aby mi udělily souhlas s tímto šetřením. Poté jsem byla odkázána na vrchní sestry lůžkových stanic. Dotazníky byly distribuovány v listopadu roku 2023, osobně jsem je dovezla vytištěné do daných nemocnic. Od ledna 2024 do února 2024 probíhala analýza a vyhodnocování dotazníků. Žádný dotazník nebyl vyřazený pro chybné nebo neúplné zodpovězení otázek. Celkový počet předaných dotazníků byl 130, navracených dotazníků bylo 100. 100 respondentů je pro zpracování dat považováno za 100 %.

7.4 Zpracování dat

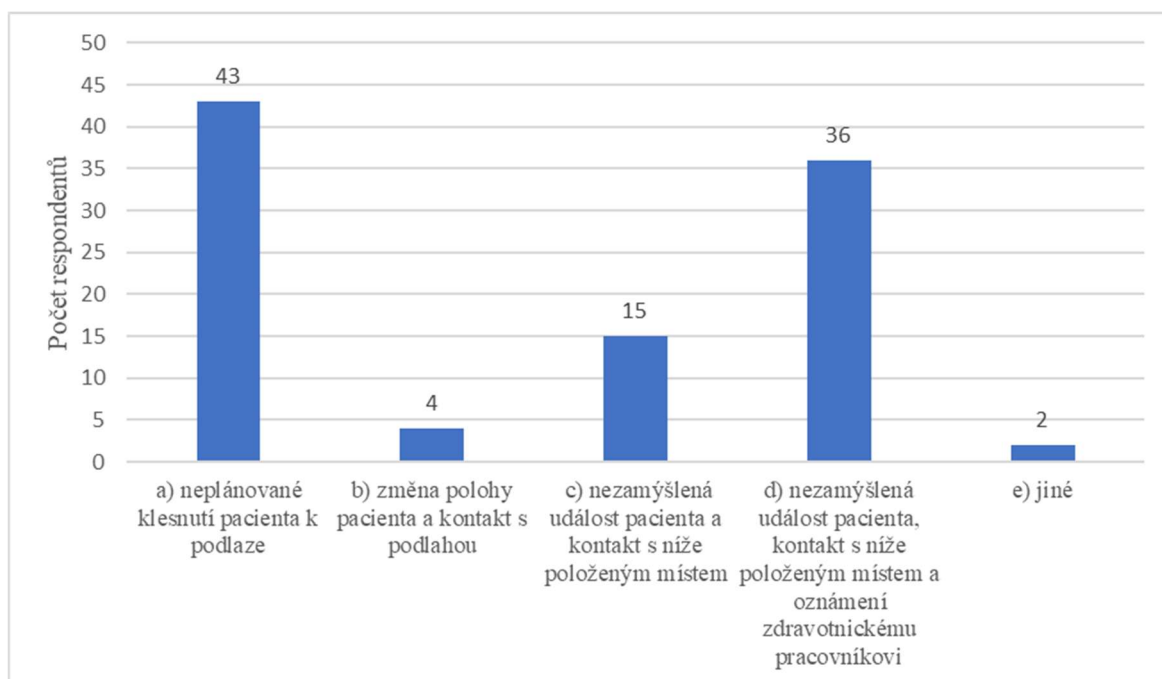
Dotazník byl vytvořen v aplikaci Survio a získaná data byla poté přenesla do Microsoft Office Excel. Následně byla data přenesena do grafové excelovské tabulky, aby grafy byly přehledné a dobře vyhodnotitelné.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Získaná data z dotazníku jsme zpracovali v Microsoft Excel. Grafy zobrazují odpovědi respondentů na dané otázky. Na ose x jsou značeny odpovědi a na ose y jsou značeny počty respondentů. Četnost odpovědí je vyjádřena v přepočtu na osoby. Vycházíme ze 100 vyplněných dotazníků, matematicky tedy platí, že počet odpovědí se rovná procentům. Jednotlivé grafy obsahují slovní komentář.

Otázka č.1: Vyberte podle vás nejpřesnější definici, která nejlépe vystihuje pád pacienta?

Graf 1 Definice pádu pacienta

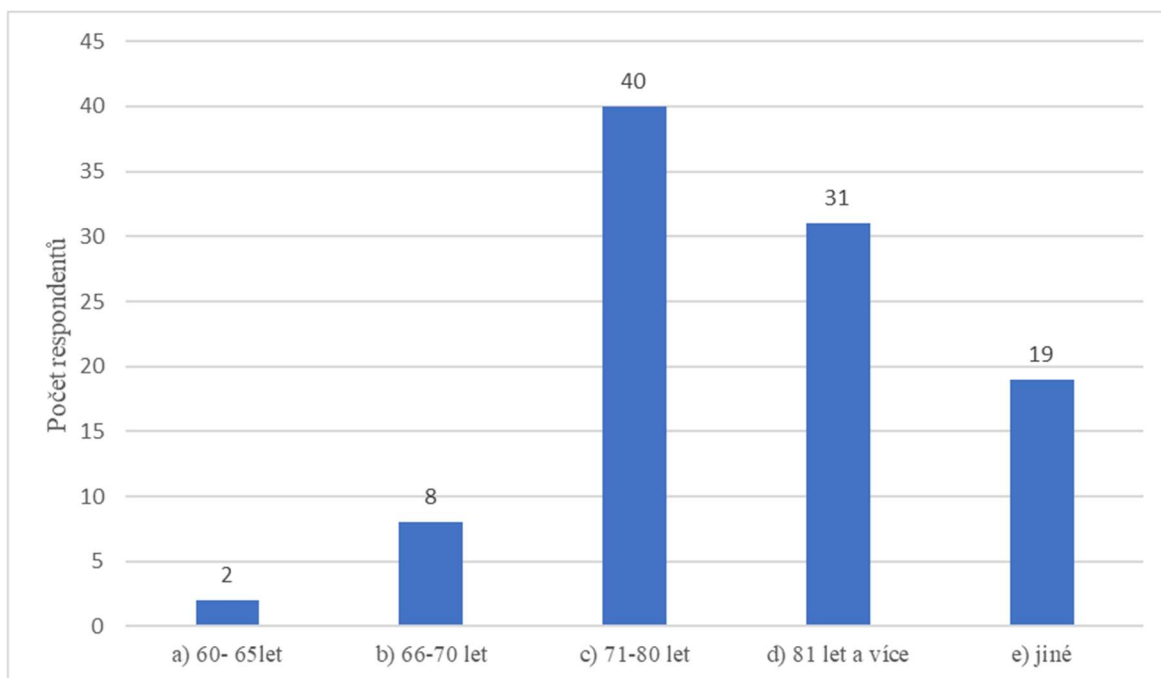


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 1 zobrazuje nejpřesnější definici pádu pacientů. Tato otázka byla zodpovězena celkem sty respondenty, z toho čtyřicet tři (43 %) respondentů odpovědělo že nejpřesnější definice pádu je: Neplánované klesnutí pacienta k podlaze. Třicet šest (36 %) respondentů definovalo pád jako: Nezamýšlená událost pacienta, kontakt s níže položeným místem a oznámení zdravotnickému pracovníkovi. Patnáct (15 %) respondentů se domnívá, že nejpřesnější definicí pádu je: Nezamýšlená událost pacienta a kontakt s níže položeným místem. Čtyři (4 %) respondenti zvolili odpověď: Změny polohy pacienta a kontakt s podlahou. Pouze dva (2 %) zvolili odpověď jiné.

Otázka č.2: Jaká skupina geriatrických pacientů je nejvíce ohrožena pádem?

Graf 2 Věková skupina pacientů

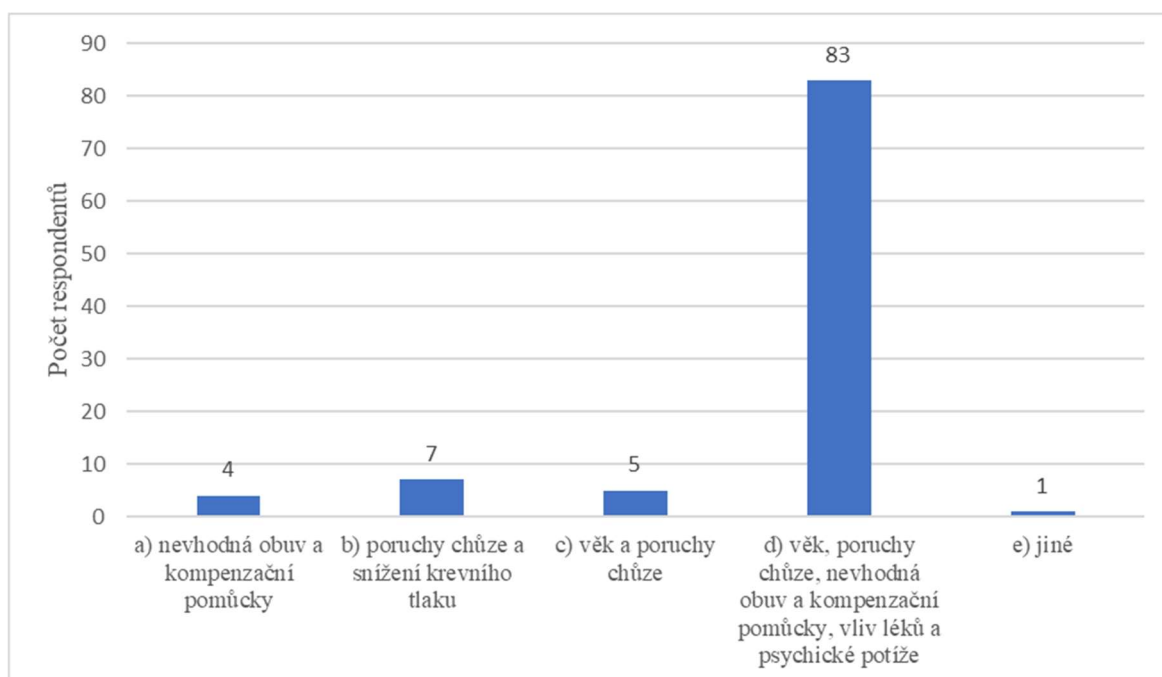


(Zdroj: vlastní)

Na grafu č.2 je vyobrazena věková skupina pacientů, která je ohrožena pádem. Rovných čtyřicet (40 %) respondentů zvolilo odpověď 71-80 let. Třicet jedna (31 %) respondentů odpovědělo 81 a více. Devatenáct (19 %) respondentů zvolilo odpověď jiné, z toho převládala odpověď „Na věku nezáleží, u všech pacientů je riziko pádu“. Pro odpověď 66-70 let je celkem osm (8 %) respondentů a pouze dva (2 %) respondenti odpověděli 60-65 let.

Otázka č. 3: Jaké jsou nejčastější rizikové faktory pádů u geriatrických pacientů?

Graf 3 Rizikové faktory pádu

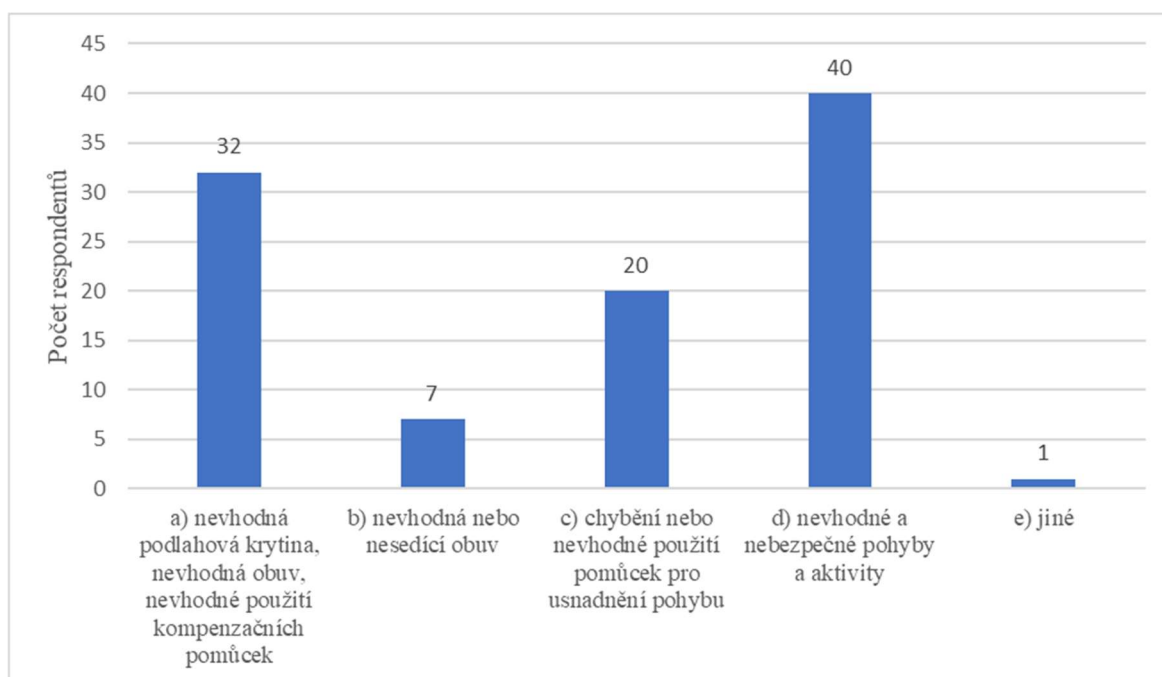


(Zdroj: vlastní)

Graf č.3 zobrazuje rizikové faktory pádu. Osmdesát tři (83 %) respondentů si myslí, že z nabízených variant je tou správnou: věk, poruchy chůze, nevhodná obuv a kompenzační pomůcky, vliv léků a psychické potíže. Podstatně méně, přesněji sedm (7 %) respondentů zvolilo odpověď: poruchy chůze a snížení krevního tlaku. Pět (5 %) respondentů odpovědělo: věk a poruchy chůze. Čtyři (4 %) respondenti odpověděli: nevhodná obuv a kompenzační pomůcky. Pouze jeden (1 %) respondent odpověděl: jiné.

Otázka č. 4: Co může být nejčastější vnější příčinou pádů u geriatrických pacientů?

Graf 4 Vnější příčina pádu

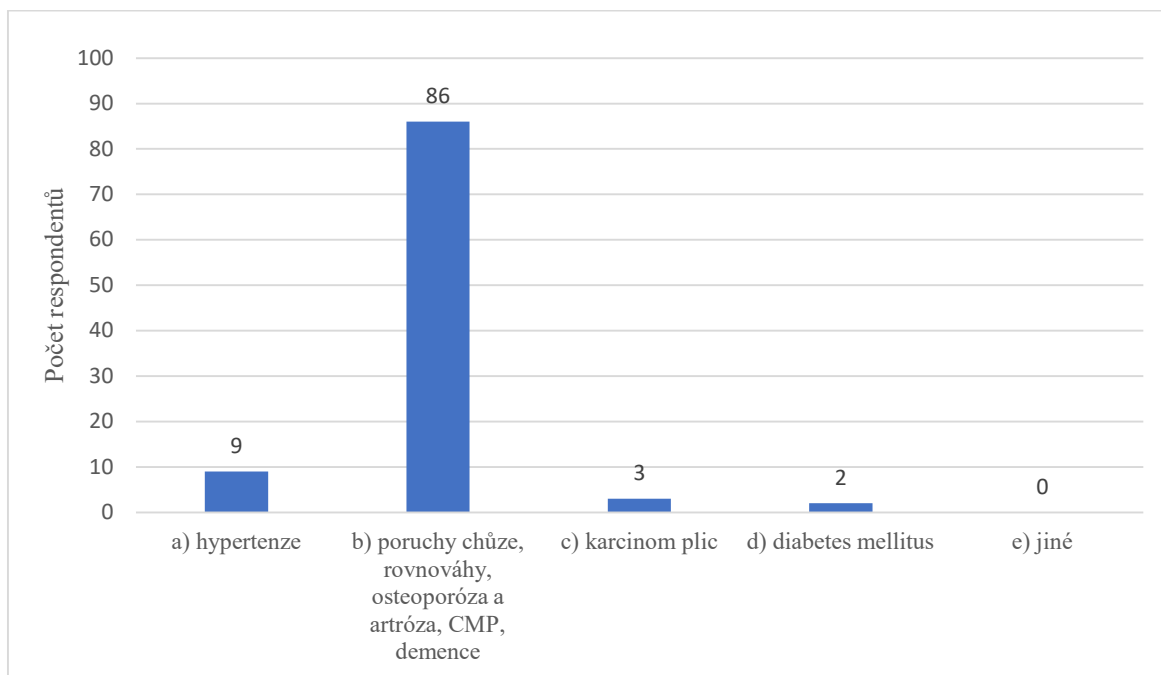


(Zdroj: vlastní)

Graf č.4 zobrazuje vnější příčiny pádu pacientů. Čtyřicet (40 %) respondentů odpovědělo na otázku: nevhodné a nebezpečné pohyby a aktivity. U třiceti dvou (32 %) respondentů je nejbližší odpovědí nevhodná podlahová krytina, nevhodná obuv, nevhodné použití kompenzačních pomůcek. Dvacet (20 %) respondentů zvolilo odpověď chybění nebo nevhodné použití pomůcek pro usnadnění pohybu. Sedm (7 %) respondentů odpovědělo nevhodná nebo nesesedící obuv. Pouze jeden (1 %) respondent odpověděl jiné.

Otázka č.5: Co je nejčastější vnitřní příčinou pádu u geriatrických pacientů?

Graf 5 Vnitřní příčiny pádu

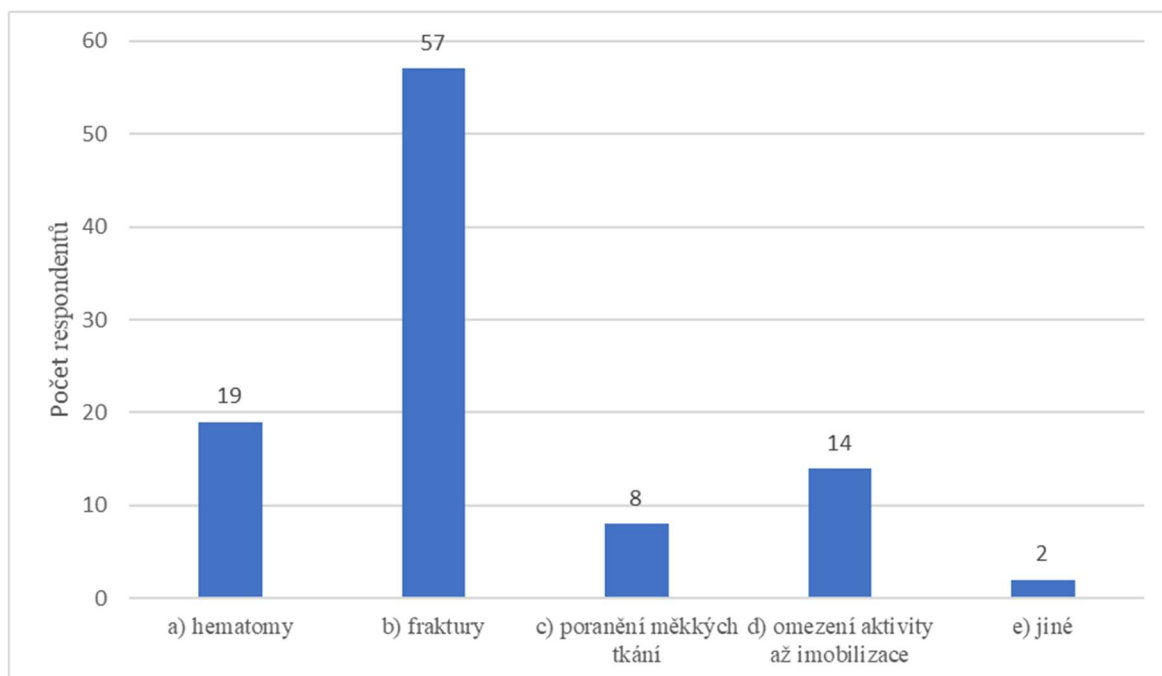


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 5 zobrazuje vnitřní příčiny pádů pacientů. Osmdesát šest (86 %) respondentů zvolila odpověď: poruchy chůze, rovnováhy, osteoporóza a artróza, CMP, demence. Devět (9 %) respondentů odpovědělo hypertenze. Odpověď karcinom plic zvolili tři (3 %) respondenti. Dva (2 %) respondenti vybrali diabetes melitus. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“

Otázka č.6: Jaké jsou nejčastější následky pádu u geriatrických pacientů, které mohou prodloužit hospitalizaci?

Graf 6 Následky pádů

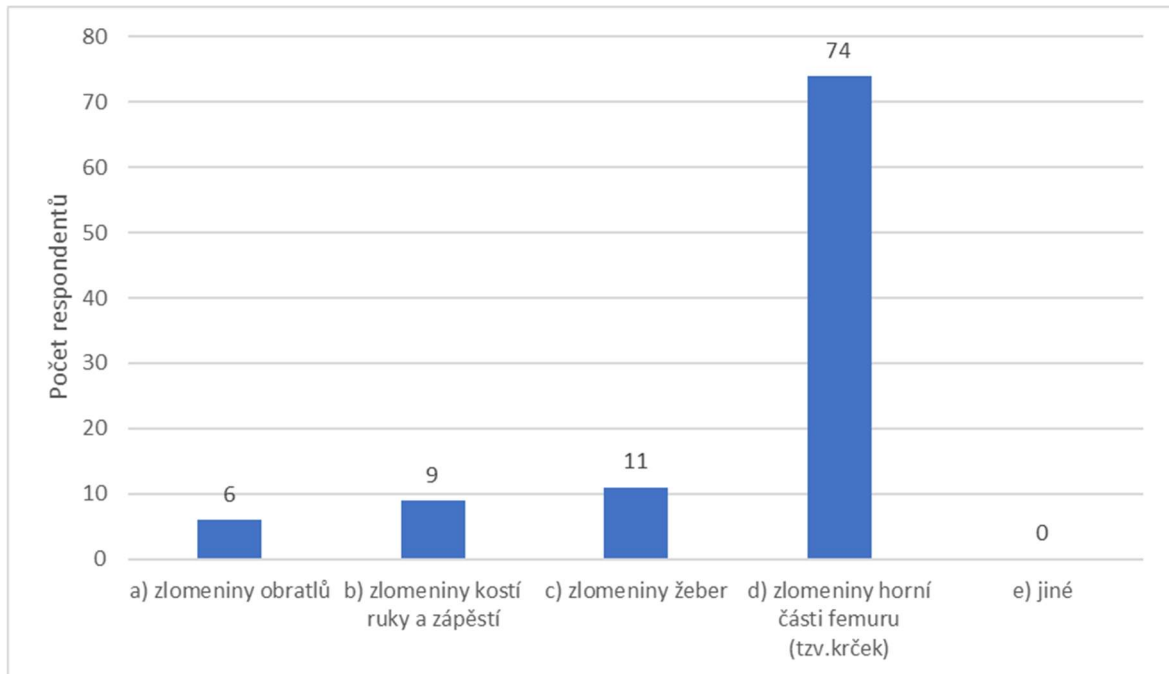


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 6 znázorňuje následky pádu pacientů. Většinových padesát sedm (57 %) respondentů odpovědělo fraktury. Devatenáct (19 %) respondentů odpovědělo hematomy. Odpověď omezení aktivity až imobilizace zvolilo čtrnáct (14 %) respondentů. Osm (8 %) respondentů odpovědělo poranění měkkých tkání. Pouze dva (2 %) respondenti odpověděli „jiné“.

Otázka č.7: Který typ zlomeniny si myslíte, že je nejčastější komplikací pádu geriatrických pacientů?

Graf 7 Typy zlomenin

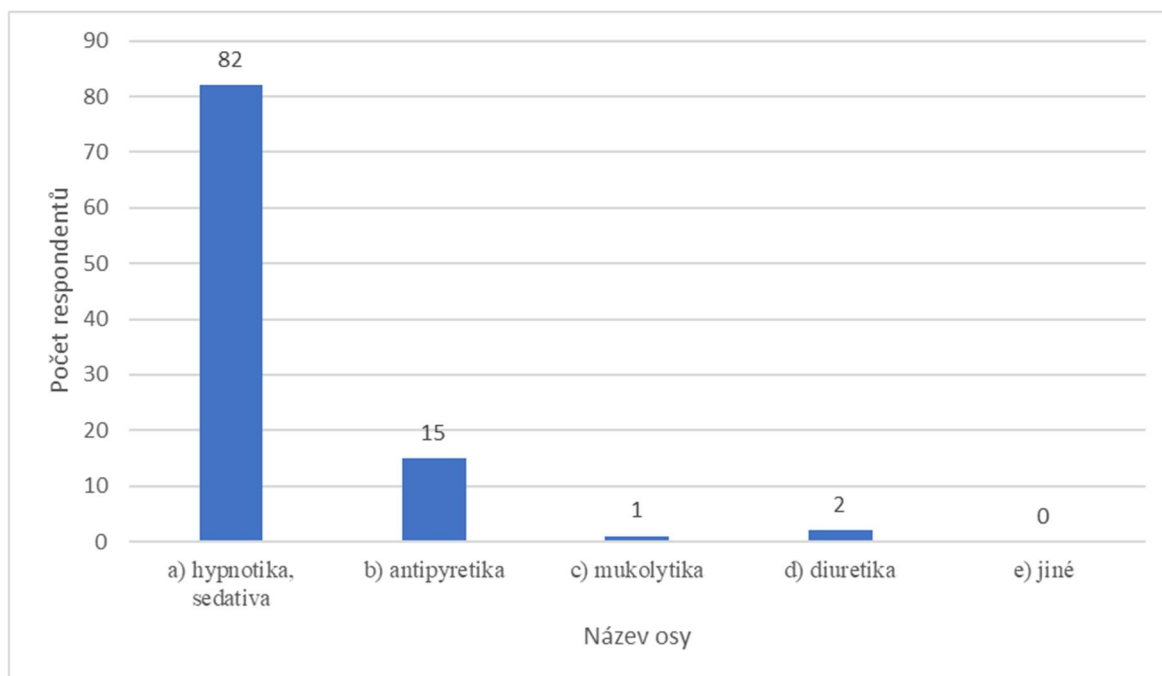


(Zdroj: vlastní)

Graf č.7 zobrazuje následky zlomenin vzniklé následkem pádu. Sedmdesát čtyř (74 %) respondentů odpovědělo na otázku: zlomeniny horní části femuru (tzv. krček). Jedenáct (11 %) respondentů si myslí, že nejčastější zlomeninou při pádu geriatrických pacientů je zlomenina žeber. Devět (9 %) respondentů zvolilo odpověď zlomeniny kostí ruky a zápěstí. Šest (6 %) respondentů odpovědělo zlomeniny obratlů. Žádný respondent nevedl odpověď „jiné“.

Otázka č.8: Které skupiny léků mohou být podle Vás nejčastější příčinou pádu u geriatrických pacientů?

Graf 8 Skupiny léků

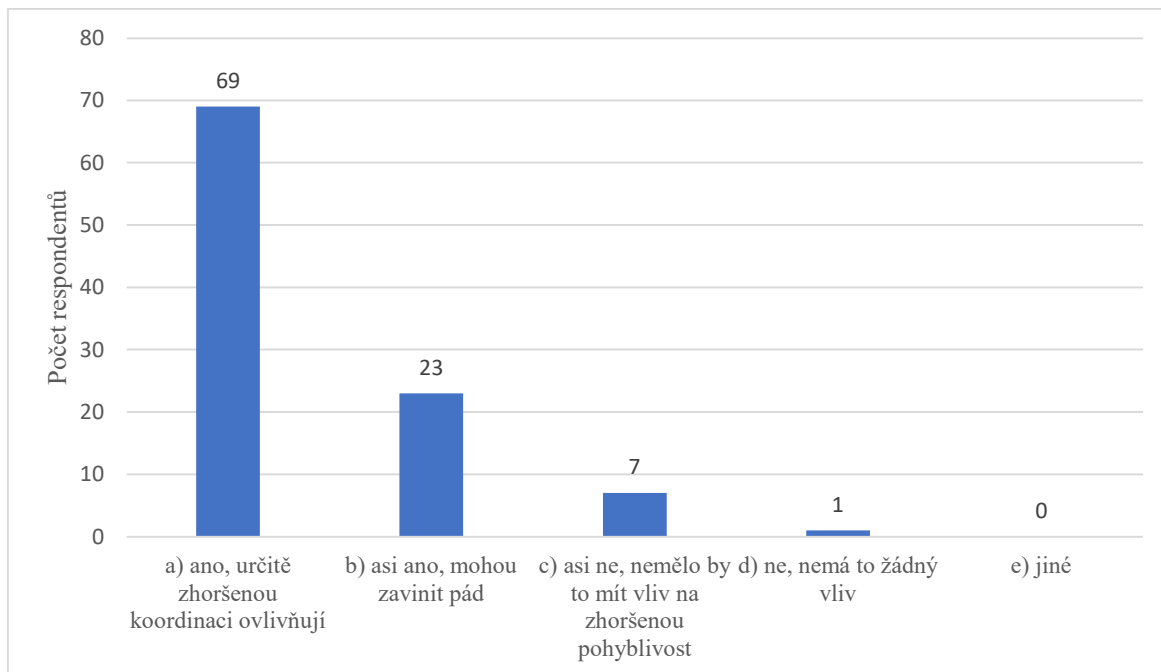


(Zdroj: vlastní)

Graf č.8 znázorňuje skupiny léků, které mohou zapříčinit pád pacienta. Osmdesát dva (82 %) respondentů si myslí, že nejčastější příčinou pádu u geriatrických pacientů je hypnotika a sedativa. Patnáct (15 %) respondentů odpovědělo antipyretika. Dva (2 %) respondenti zvolili diuretika. Pouze jeden (1 %) respondent odpověděl mukolytika. Žádný respondent nevedl odpověď „jiné“.

Otázka č.9: Myslíte, že demence, deprese a stavy zmatenosti jsou významná rizika pádu geriatrických pacientů?

Graf 9 Psychické onemocnění

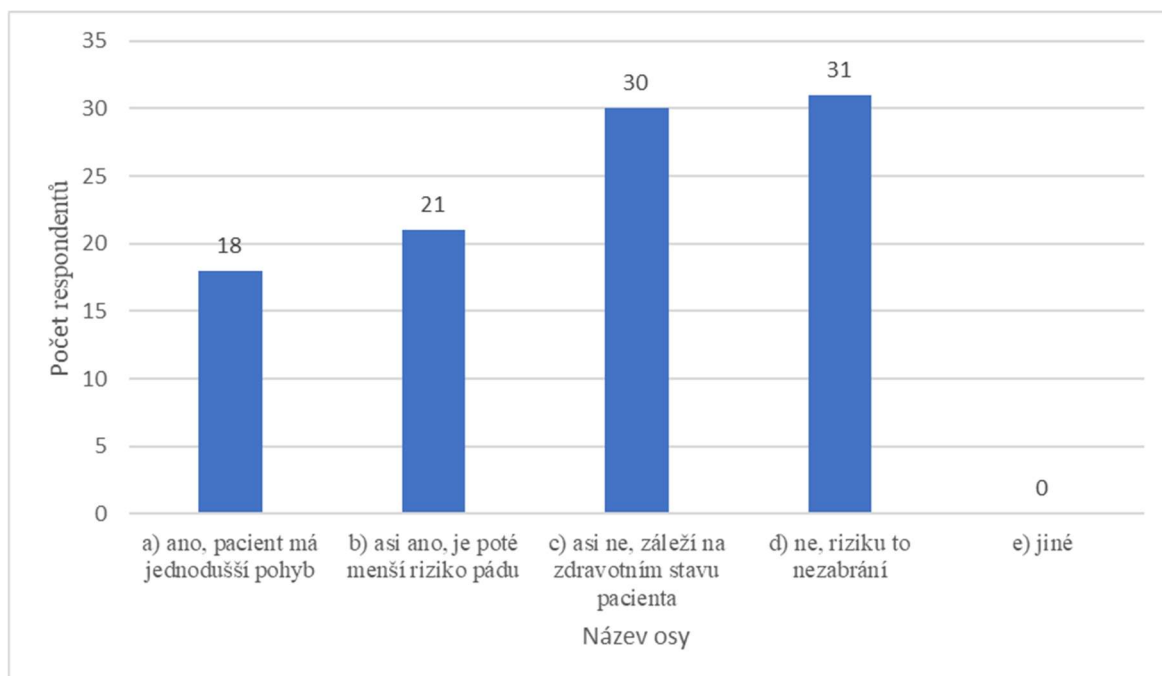


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 9 znázorňuje psychická onemocnění, která mohou zapříčinit pád. Většina šedesáti devíti (69 %) respondentů odpověděla: ano, určitě zhoršenou koordinaci ovlivňují. Podle dvaceti tří (23 %) respondentů je odpověď: asi ano, mohou zavinit pád. Sedm (7 %) respondentů si myslí: asi ne, nemělo by to mít vliv na zhoršenou pohyblivost. Pouhý jeden (1 %) respondent odpověděl ne, nemá to žádný vliv. Žádný respondent nevedl odpověď „jiné“.

Otázka č.10: Myslíte si, že uložením geriatrického pacienta na lůžko s nízkým základem můžete omezit riziko pádu?

Graf 10 Uložení pacienta na nízké lůžko

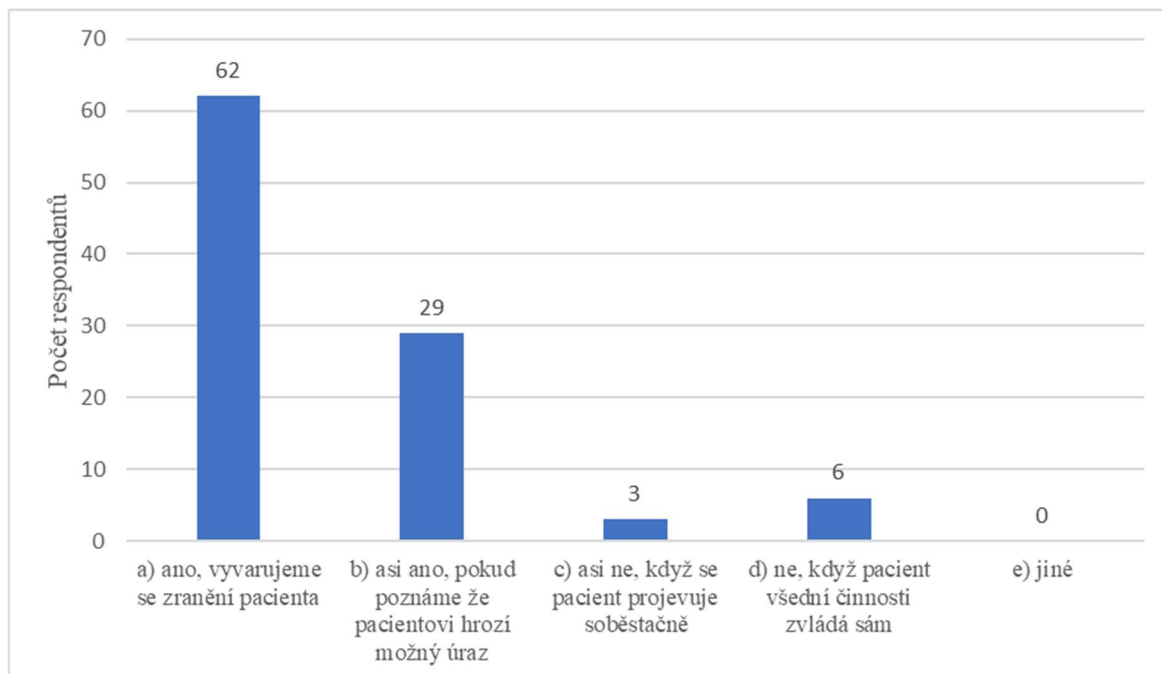


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 10 znázorňuje uložení pacienta na nízké lůžko. Třicet jedna (31 %) respondentů odpovědělo: ne, riziku to nezabrání. Rovných třicet (30 %) respondentů zvolilo odpověď: asi ne, záleží na zdravotním stavu pacienta. Dvacet jedna (21 %) respondentů odpovědělo: asi ano, je poté menší riziko pádu. Osmnáct (18 %) respondentů zvolilo odpověď: ano, pacient má jednodušší pohyb. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“.

Otázka č.11: Je důležité pacienta edukovat o všech všedních činnostech, z důvodu zabránění případného pádu? (Stravování, vyprazdňování, hygiena)

Graf 11 Edukace pacienta

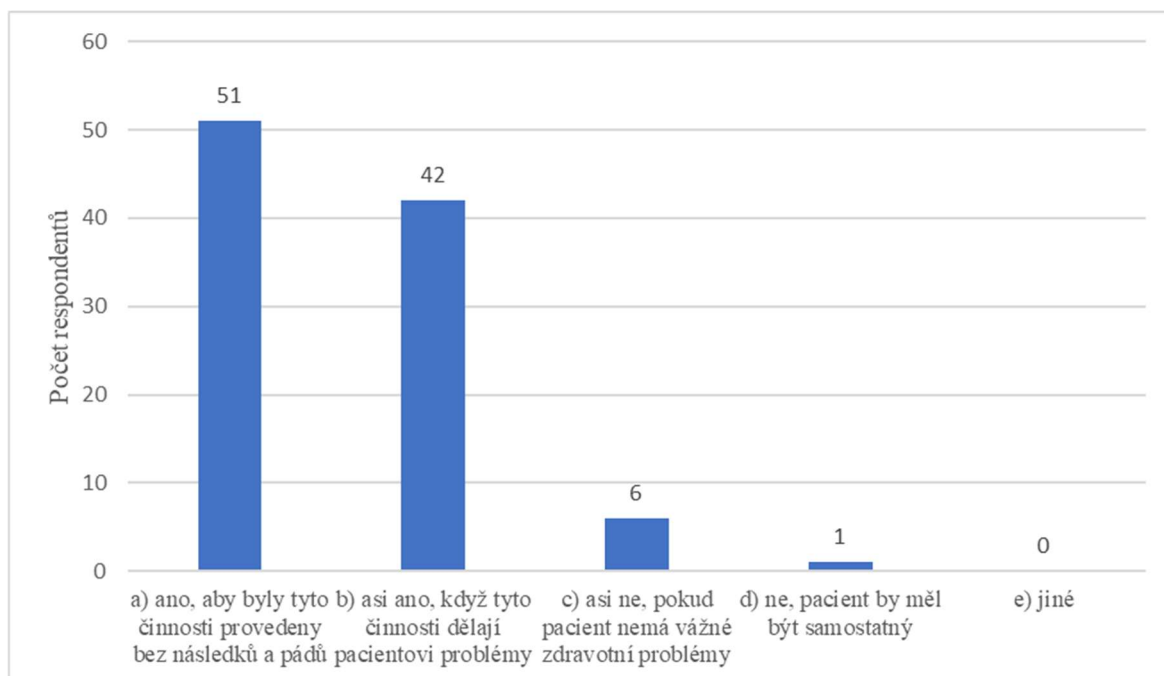


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 11 znázorňuje důležitost edukovat pacienta o všech všedních činnostech. Většina šedesáti dvou (62 %) respondentů odpovědělo: ano, vyvarujeme se zranění pacienta. Dvacet devět (29 %) respondentů odpovědělo: asi ano, pokud poznáme že pacientovi hrozí možný úraz. Šest (6 %) respondentů zvolilo odpověď: ne, když pacient všední činnosti zvládá sám. Pouze tři (3 %) respondenti označili: asi ne, když se pacient projevuje soběstačně. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“.

Otázka č.12: Myslíte si, že je nutné asistovat u geriatrického pacienta? (stravování, vyprazdňování, hygiena)

Graf 12 Nutnost asistence u geriatrického pacienta

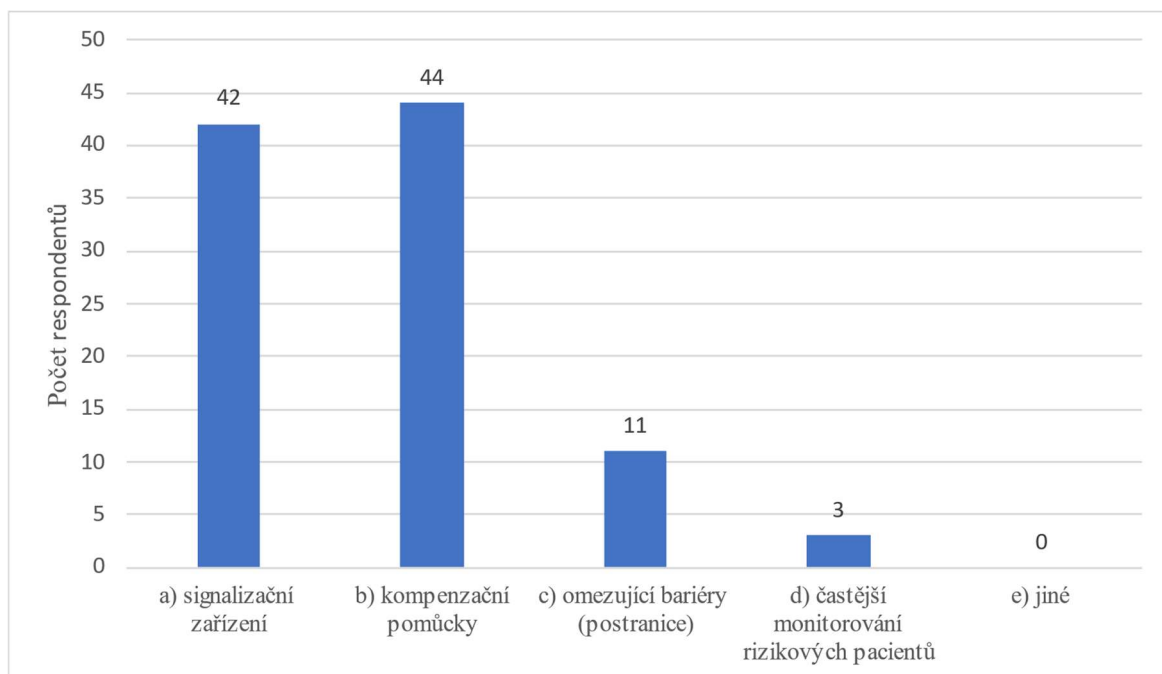


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 12 znázorňuje nutnost asistovat geriatrickým pacientům s omezenou pohyblivostí. Většinových padesát jedna (51 %) respondentů odpovědělo: ano, aby byly tyto činnosti provedeny bez následků a pádů. Čtyřicet dva (42 %) respondentů odpovědělo: asi ano, když tyto činnosti dělají pacientovi problémy. Šest (6 %) respondentů odpovědělo: asi ne, pokud pacient nemá vážné zdravotní problémy. Pouze jeden (1 %) respondent odpověděl: ne, pacient by měl být samostatný. Žádný respondent nevedl odpověď „jiné“.

Otázka č.13: Jaké preventivní opatření provádíte na Vašem oddělení proti pádu rizikových pacientů?

Graf 13 Preventivní opatření proti pádu pacienta

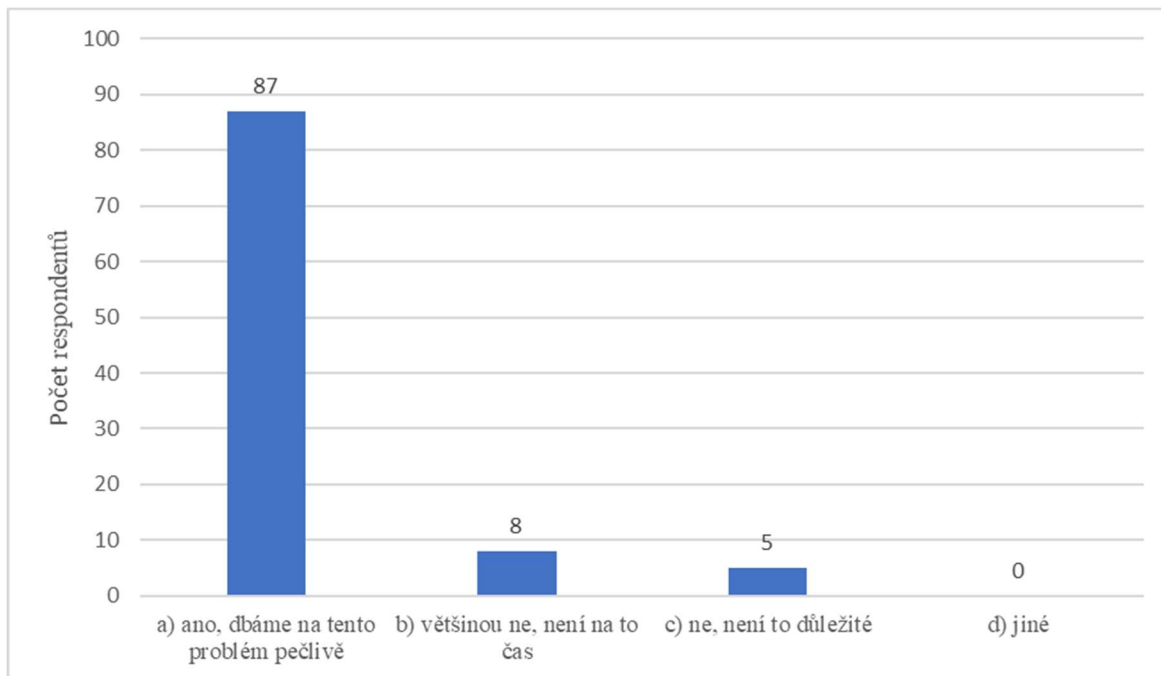


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 13 znázorňuje preventivní opatření proti pádu pacienta. Čtyřicet čtyři (44 %) respondentů odpovědělo: Kompenzační pomůcky. Čtyřicet dva (42 %) respondentů vybralo: Signalizační zařízení. Jedenáct (11 %) respondentů aplikuje: Omezující bariéry (postranice). Jen tři (3 %) respondenti odpověděli: Častější monitorování rizikových pacientů. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“.

Otázka č. 14. Myslíte si, že se na vašem pracovišti dbá na hodnocení rizikových pacientů?

Graf 14 Hodnocení rizikového pacienta

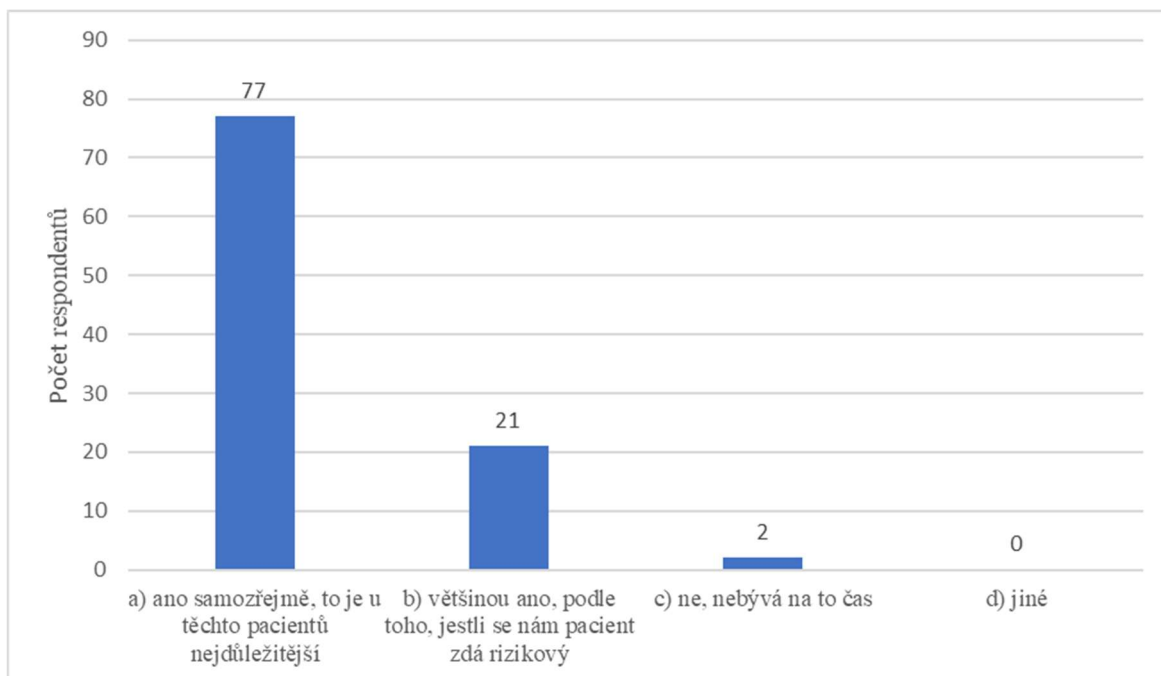


(Zdroj: vlastní)

Graf č.14 znázorňuje hodnocení rizikového pacienta v oblasti pádu. Osmdesát sedm (87 %) respondentů odpovědělo: ano, dbáme na tento problém pečlivě. Osm (8 %) respondentů odpovědělo: většinou ne, není na to čas. Pět (5 %) respondentů odpovědělo: ne, není to důležité. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“.

Otázka č. 15: Při přijetí rizikového pacienta, dbáte na veškeré opatření a edukaci? (uložení lůžka do nejnižší pozice, podání signalizace k ruce pacienta, uložení pacienta co nejbližše sesterně)

Graf 15 Edukace pacienta při přijetí

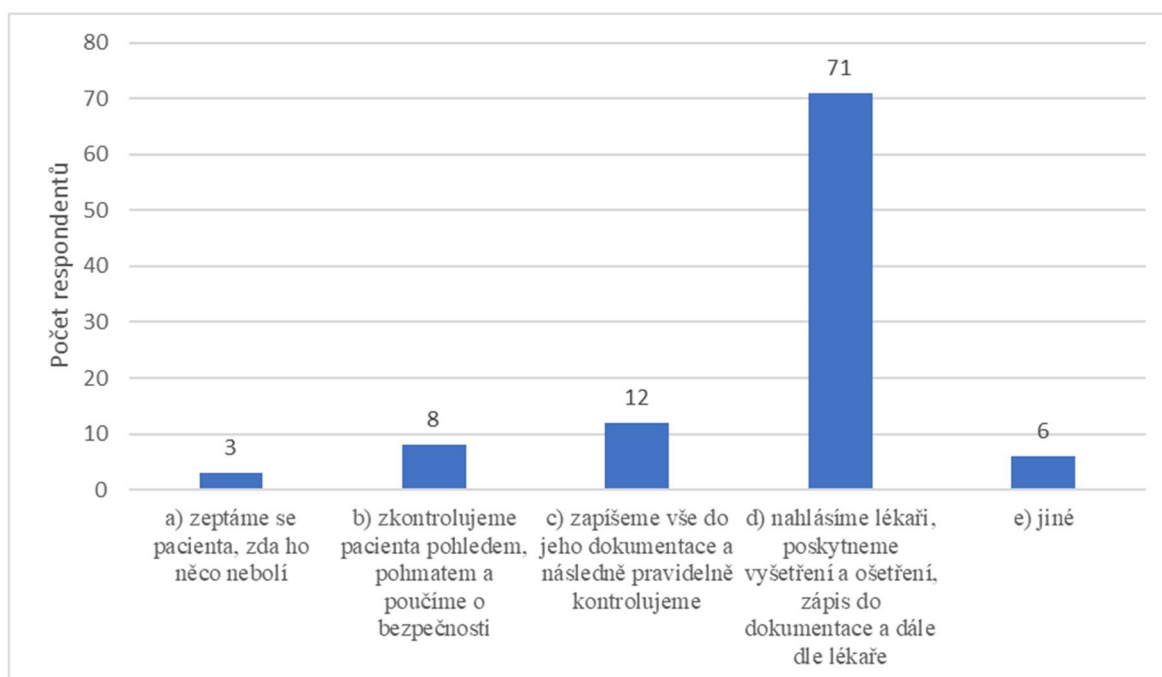


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 15 znázorňuje potřebu edukace pacienta při přijetí na oddělení LDN. Většina sedmdesáti sedmi (77 %) respondentů označilo: ano samozřejmě, to je u těchto pacientů nejdůležitější. Dvacet jedna (21 %) respondentů označilo: většinou ano, podle toho, jestli se nám pacient zdá rizikový. Pouze dva (2 %) respondenti označili: ne, nebývá na to čas. Žádný respondent nevedl odpověď „jiné“.

Otázka č. 16: Jak postupujete při pádu pacienta?

Graf 16 Postup při pádu pacienta

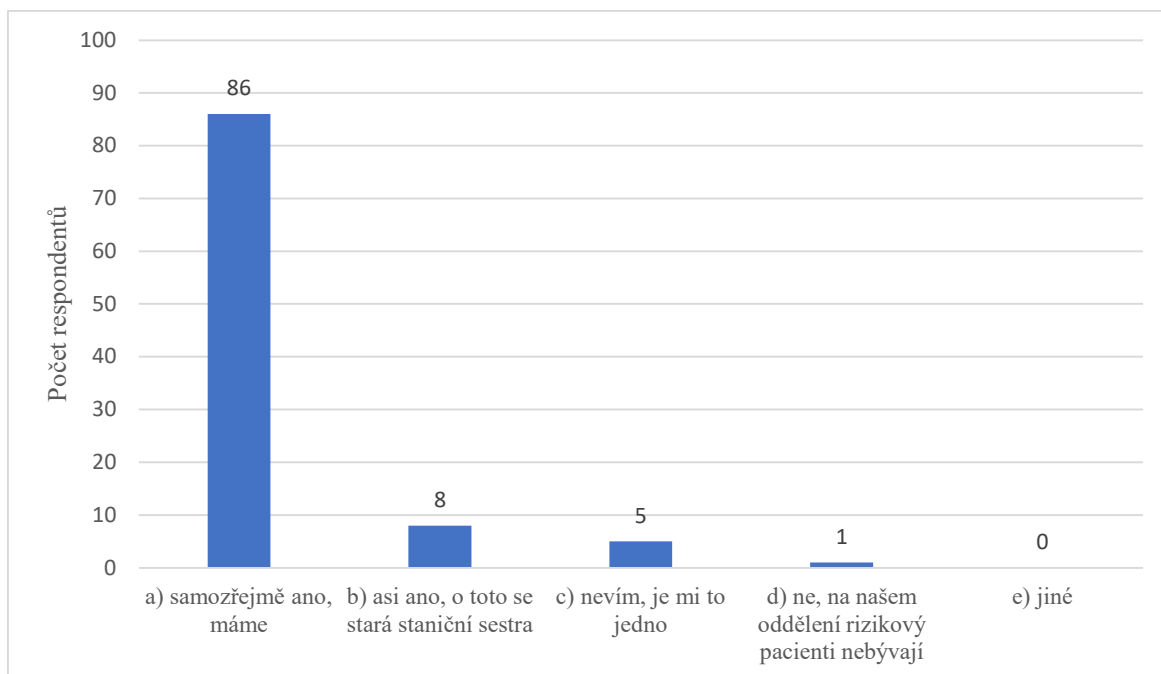


(Zdroj: vlastní)

Graf č.16 znázorňuje postup při pádu pacienta. Většina sedmdesáti jedna (71 %) respondentů zvolilo odpověď: vše nahlásíme lékaři, poskytneme nezbytná vyšetření a ošetření, zapíšeme událost do dokumentace a další opatření plníme dle ordinace lékaře. Dvanáct (12 %) respondentů odpovědělo: zapíšeme vše do jeho dokumentace a následně pravidelně kontrolujeme. Osm (8 %) respondentů uvedlo: zkontrolujeme pacienta pohledem, pohmatem a poučíme o bezpečnosti. Tři (3 %) respondenti odpověděli: zeptáme se pacienta, zda ho něco nebolí. Šest (6 %) respondentů odpovědělo: jiné

Otázka č. 17: Máte na Vašem pracovišti potřebnou dokumentaci k zaznamenávání případného pádu?

Graf 17 *Potřebná dokumentace k pádu*

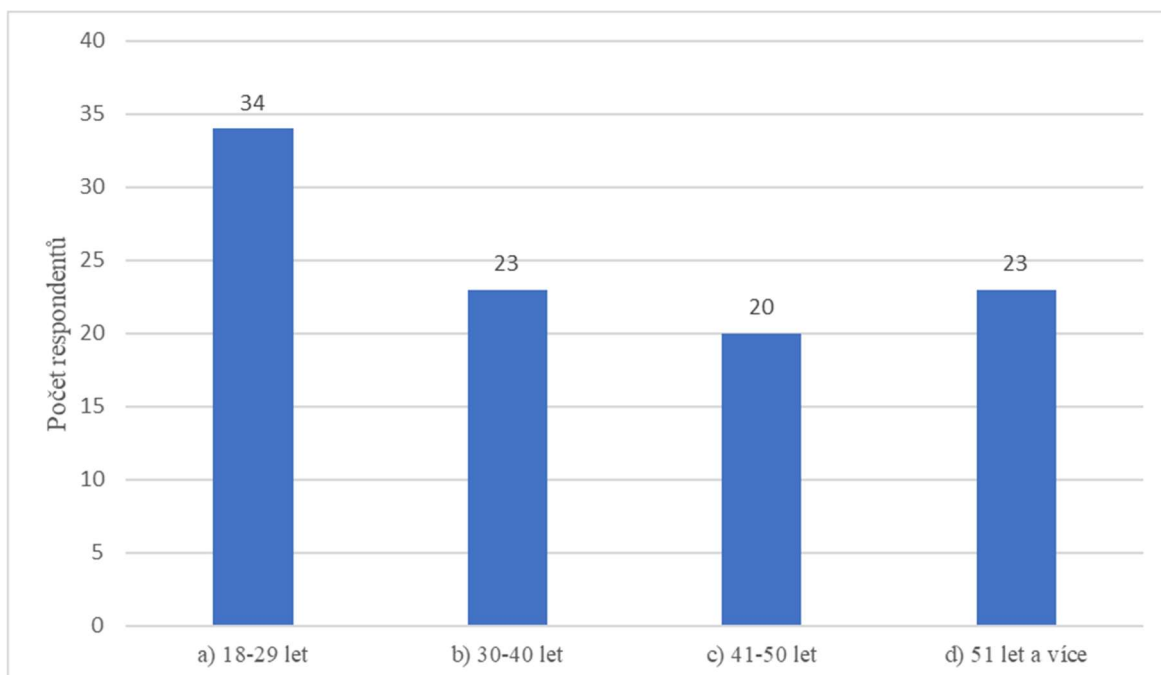


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 17 znázorňuje potřebnou dokumentaci k záznamu pádu pacienta. Většina osmdesáti šesti (86 %) respondentů označilo: samozřejmě ano, máme. Osm (8 %) respondentů odpovědělo: asi ano, o toto se stará staniční sestra. Pět (5 %) respondentů odpovědělo: nevím, je mi to jedno. Pouze jeden (1 %) respondent odpověděl: ne, na našem oddělení rizikový pacienti nebývají. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“.

Otázka č. 18: Kolik je Vám let?

Graf 18 Věk respondentů

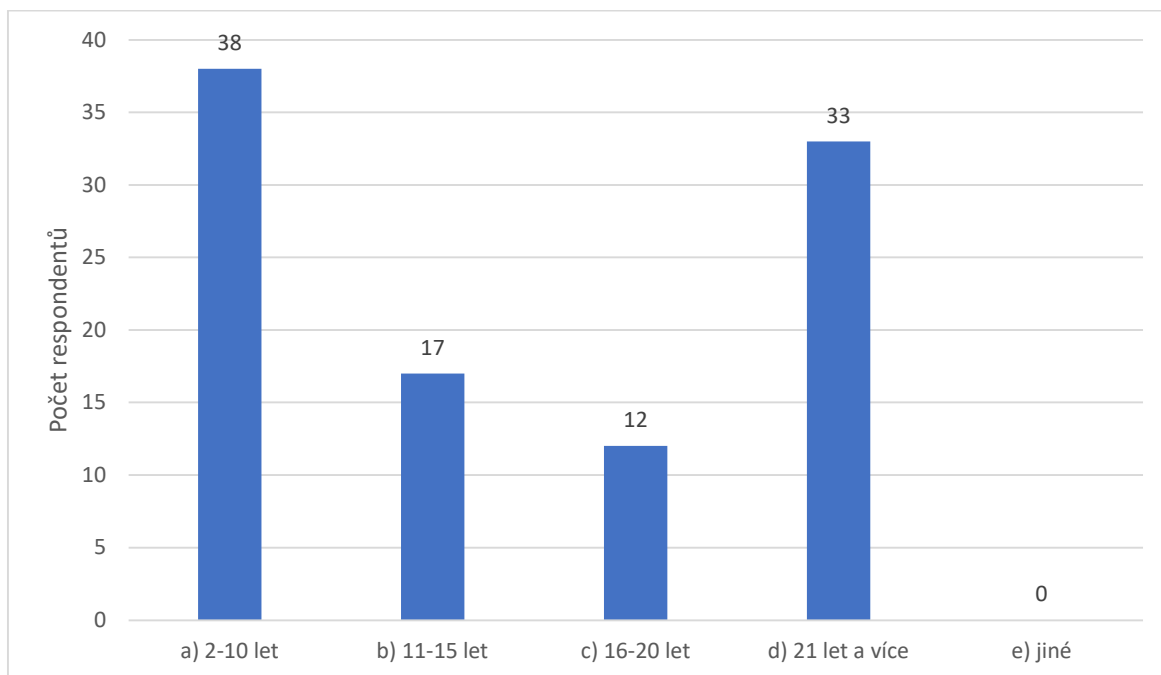


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 18 znázorňuje věk respondentů. Třicet čtyři (34 %) respondentů odpovědělo: 18-29 let. Dvacet tři (23 %) respondentů odpovědělo: 30-40 let. Dvacet tři (23 %) respondentů odpovědělo: 51 a více let. Celých dvacet (20 %) respondentů odpovědělo 41-50 let.

Otázka č. 19: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Graf 19 Odpracované roky respondentů

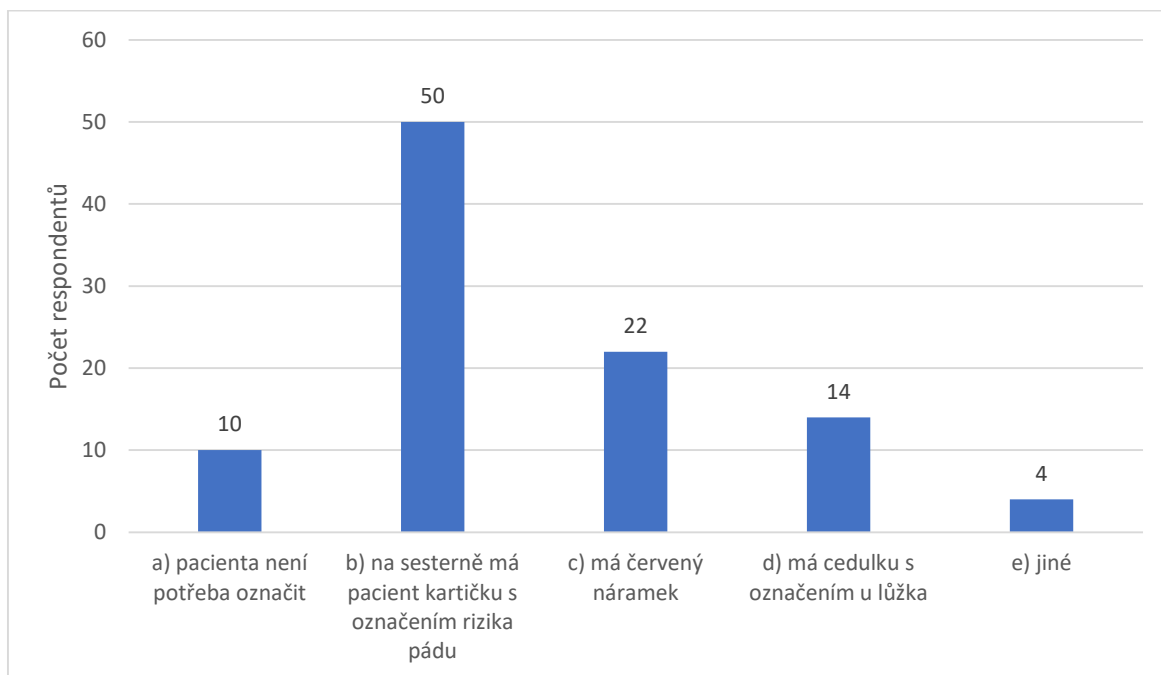


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 19 znázorňuje odpracované roky respondentů ve zdravotnictví. Třicet osm (38 %) respondentů odpovědělo: 2-10 let. Třicet tři (33 %) respondentů odpovědělo 21 a více. Sedmnáct (17 %) respondentů odpovědělo 11-15 let. Dvanáct (12 %) respondentů odpovědělo 16-20 let. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“.

Otázka č. 20: Jak označujete rizikového pacienta?

Graf 20 Označení rizikového pacienta

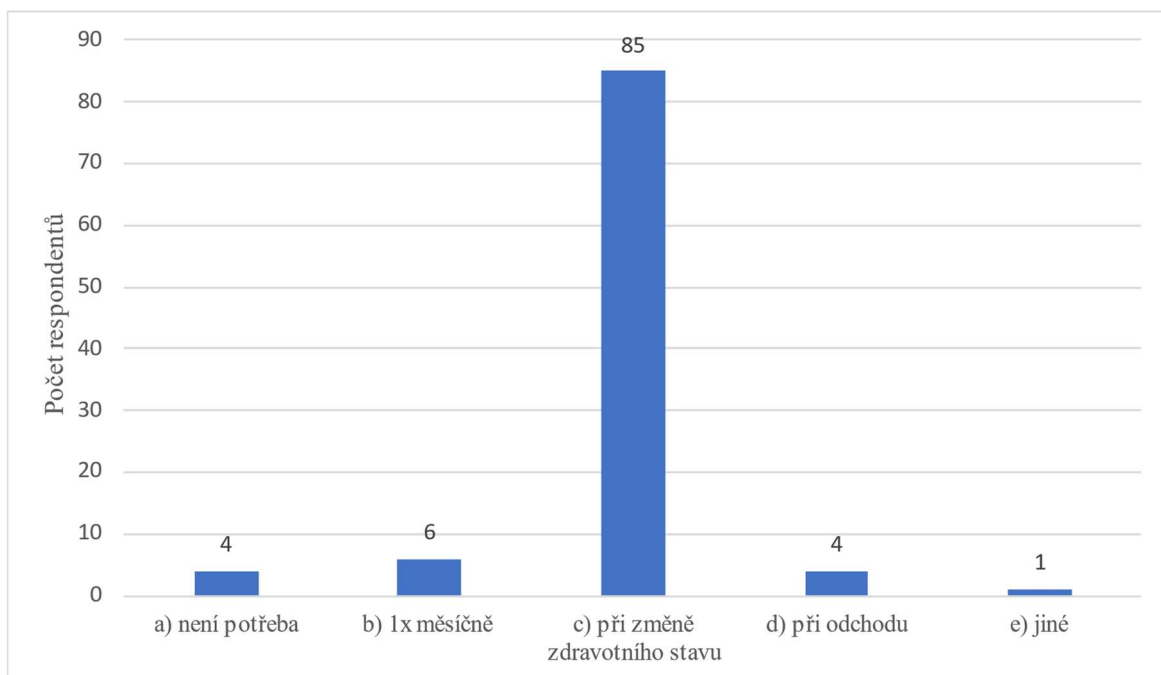


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 20 znázorňuje, jak se označuje pacient, u kterého hrozí pád. Padesát (50 %) respondentů označilo: na sesterně má pacient kartičku s označením rizika pádu. Dvacet dva (22 %) respondentů označilo: má červený náramek. Čtrnáct (14 %) respondentů označilo: má cedulku s označením u lůžka. Deset (10 %) respondentů označilo: pacienta není potřeba označit. Žádný respondent nevedl odpověď „jiné“.

Otázka č. 21: Kdy měníme škálu u pacienta?

Graf 21 Pře škálování pacienta

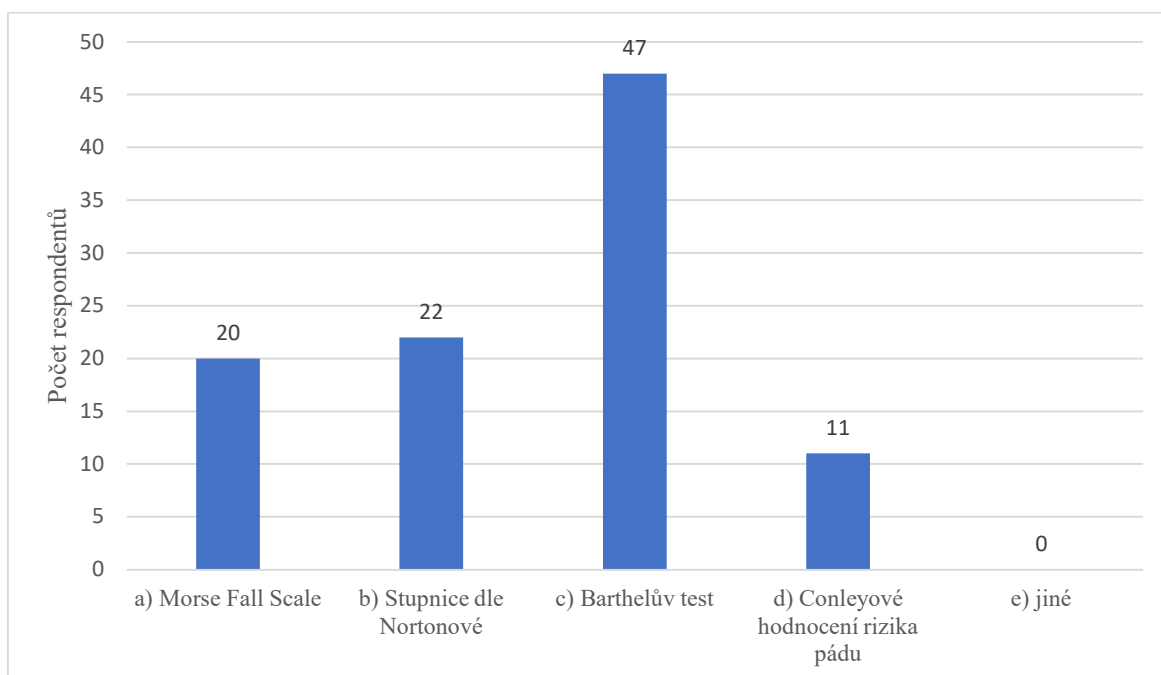


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 21 znázorňuje kdy se mění škála u pacienta. Osmdesát pět (85 %) respondentů označilo: při změně zdravotního stavu. Šest (6 %) respondentů označilo: 1x měsíčně. Čtyři (4 %) respondenti označili: při odchodu. Čtyři (4 %) respondenti označili: není potřeba. Pouze jeden (1 %) respondent odpověděl: „jiné“.

Otázka č. 22: Jakou hodnotící škálu rizika pádu používáte?

Graf 22 Používaná hodnotící škála

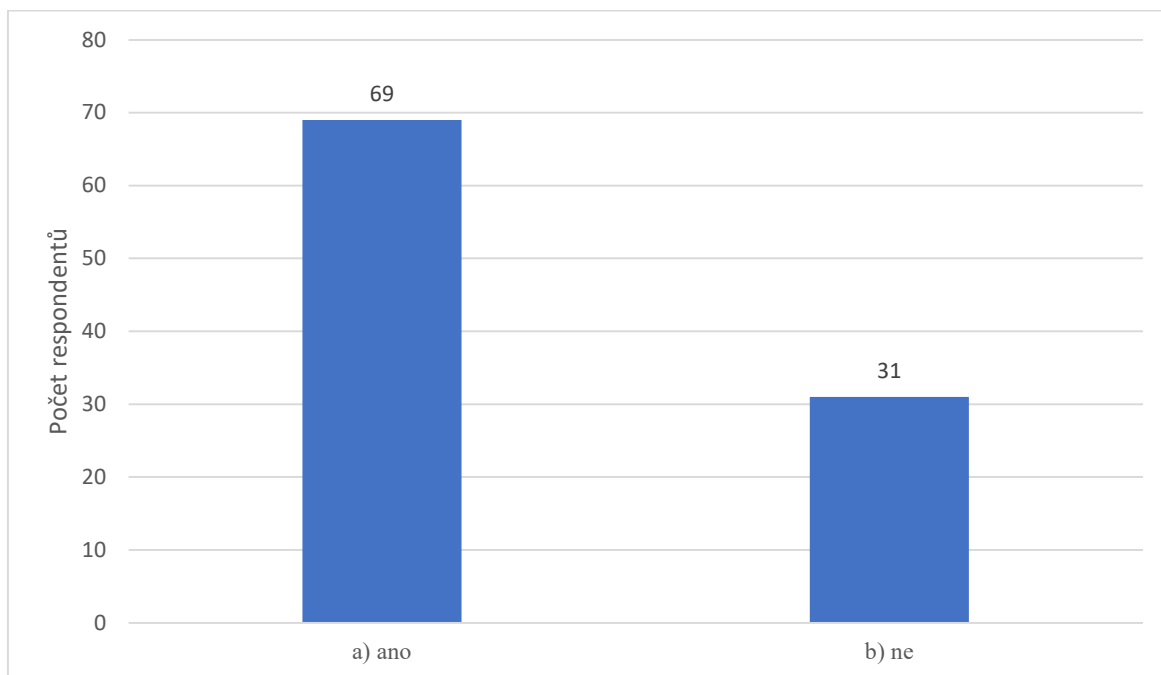


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 22 znázorňuje jakou hodnotící škálu používají sestry na oddělení LDN. Čtyřicet sedm (47 %) respondentů odpovědělo: Barthelův test. Dvacet dva (22 %) respondentů odpovědělo: Stupnice dle Nortonové. Dvacet (20 %) respondentů odpovědělo: Morse Fall Scale. Jedenáct (11 %) respondentů odpovědělo: Conleyové hodnocení rizika pádu. Žádný respondent nevedl odpověď „jiné“.

Otázka č. 23: Je škála Morse Fall Scale vhodná pro hodnocení pádu?

Graf 23 Škála Morse Fall Scale

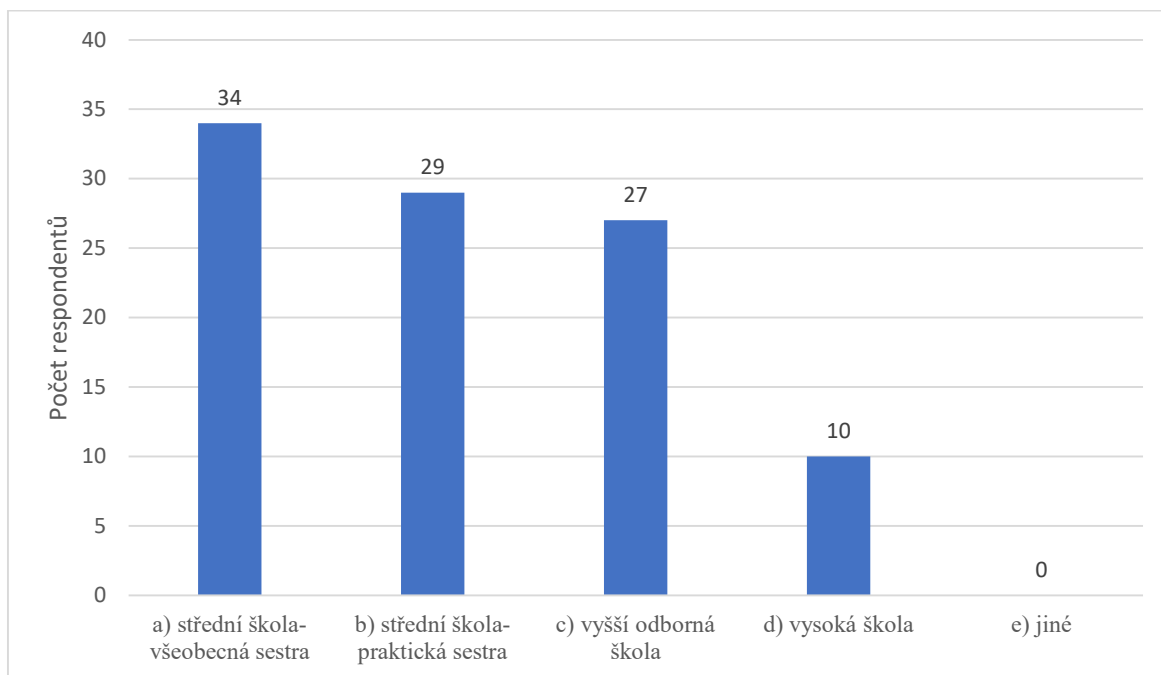


(Zdroj: vlastní)

Graf č. 23 znázorňuje, jestli je škála Morse Fall Scale vhodná pro hodnocení pádu. Většinových šedesát devět (69 %) respondentů odpovědělo: ano. Zbýlých třicet jedna (31 %) respondentů odpovědělo: ne

Otázka č. 24: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

Graf 24 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



(Zdroj: vlastní)

Graf č. 24 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Třicet čtyři (34 %) respondentů odpovědělo: střední škola-všeobecná sestra. Dvacet devět (29 %) respondentů odpovědělo: střední škola-praktická sestra. Dvacet sedm (27 %) respondentů odpovědělo: vyšší odborná škola. Deset (10 %) respondentů odpovědělo: vysoká škola. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“.

DISKUZE

Hlavním cílem praktické části práce bylo zjistit, jak sestry hodnotí riziko pádů seniorů na oddělení následné péče. Dále byly stanoveny 2 výzkumné cíle, k jejichž úspěšnému splnění byla použita kvantitativní metoda výzkumu. K sběru dat byl použit nestandardizovaný dotazník, který se skládal z 24 otázek. Dotazník vyplnilo celkem 100 sester pracujících na oddělení následné péče. První výzkumný cíl měl zjistit jaké hodnotící nástroje rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče. Druhý výzkumný cíl byl zaměřen na to, jaká opatření ke snížení rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče.

První výzkumný dílčí cíl měl za úlohu zjistit, jaké hodnotící nástroje rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 22, 23. Z mého výzkumu vychází že čtyřicet sedm (47 %) respondentů odpovědělo, že na oddělení používají Barthelův test k hodnocení rizika pádu pacienta. Celkem dvacet dva (22 %) respondentů odpovědělo, že na oddělení používají k hodnocení rizika pádu Stupnici dle Nortonové. Dvacet (20 %) respondentů uvedlo, že na oddělení na oddělení používají k hodnocení pádu Morse Fall Scale. Jedenáct (11 %) respondentů uvedlo, že na oddělení používají k hodnocení pádu škálu Conleyové. (NOP – Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády, 2020) uvádí, že k hodnocení rizika pádu se nejčastěji využívá Morse Fall Scale. Je možné i využít škálu Conleyové – upraveno Juráskovou (2006). (Lochmanová 2012) ve své bakalářské práci uvádí, že na oddělení následné péče se hodnotící škály určující riziko pádu nepoužívají. (Flaisigová 2013) ve své bakalářské práci uvádí: Z celkového počtu de (100 %) odpovědí se k hodnocení rizika pádu nejvíce využívá Jednoduchý screeningový nástroj pro určení rizika pádu s počtem třicet čtyři (38 %) odpovědí, následuje Screeningový test mobility s počtem třicet dva (35 %) odpovědí a dále Stupnice pádů podle Morseho s počtem sedmi (8 %) odpovědí. Respondenti zde mohli volit i jinou než v nabídce uvedenou škálu. Jedenkrát byla uvedena škála dle Conleyové. V počtu šestnácti (18 %) odpovědí bylo respondenty označeno, že k hodnocení rizika pádu nepoužívají žádné hodnotící testy nebo škály. (Handrejchová 2011) ve své bakalářské práci uvádí: Z celkového počtu padesáti osmi (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice České Budějovice a.s. odpovědělo šestnáct (28 %), že riziko pádů nehodnotí, čtyřicet dva (72 %) hodnotí riziko pádů testem, u kterého neznají název. Z celkového počtu šedesáti třech (100 %) odpovědí respondentů Nemocnice Písek a.s. odpovědělo šedesát tři (100 %), že hodnotí riziko pádů testem, u kterého neznají název. (Falušiová 2011) ve své bakalářské práci uvádí: Z celkového počtu šedesáti jedna (100 %) sester žádná (0 %) nepoužívá stupnici dle Morese, žádná sestra (0 %) stupnici dle Conleyové,

ani žádná sestra (0 %) nepoužívá Gaintův funkční test. Třicet dva sester (52 %) označilo, že test bez názvu a dvacet sester (48 %) vedlo, že riziko pádů s použitím hodnotících škál nehodnotí vůbec.

Druhý výzkumný dílčí cíl měl za úkol zjistit jaká opatření ke snížení rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 13, 15, 20, 21. Mezi doplňující otázky k tomuto cíli patří č. 10, 11, 12, 14, 16. U otázky, jak sestry značí na svých odděleních pacienty, u kterých hrozí pád padesát (50 %) respondentů označilo: na sesterně má pacient kartičku s označením rizika pádu. Dvacet dva (22 %) respondentů označilo: má červený náramek. Čtrnáct (14 %) respondentů označilo: má cedulku s označením u lůžka. Deset (10 %) respondentů označilo: pacienta není potřeba označit. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“. (Tomášková2011) ve své bakalářské práci uvádí: Ze čtyřiceti dvou (100 %) respondentů odpovědělo třicet jedna (74 %), že rizikový pacient je označen na informační tabuli u soupisu hospitalizovaných pacientů pomocí barevného odlišení, Dvacet čtyři (57 %) dotazovaných uvedlo, že je označena dokumentace rizikových pacientů pomocí barev a na oddělení u dvaceti pěti (60 %) jsou riziková pacienta označena pomocí barevných identifikačních náramků. (Šindelářová 2013) ve své bakalářské práci uvádí: Informace o případném riziku pádu pacienta pomocí zdravotnické dokumentace si předává sedmdesát tři (70 %) respondentů, ústně mezi zdravotnickým personálem si informace předává šedesát osm (65 %) všeobecných sester. Jako další způsob předávání informací uvedlo třicet dva (31 %) označení jména pacienta na sesterně na tabuli hospitalizovaných, Devatenáct (18 %) používá označení jména pacienta u lůžka a jedna (1 %) všeobecná sestra uvedla, že k předávání informací nedochází. (Vašková 2020) ve své bakalářské práci uvádí: Z celkového počtu sto padesáti tří odpovědí (100 %) byly odpovědi v následujícím pořadí. Zápisem do ošetrovatelské dokumentace mělo padesát šest odpovědí (36,60 %). Ústně při předání služby na sesterně mělo čtyřicet čtyři odpovědí (28,76 %). Identifikačním náramkem mělo čtyřicet jedna odpovědí (26,80 %). U lůžka nemocného v rámci sesterské vizity mělo dvanáct odpovědí (7,84 %). Nula odpovědí (0 %) určilo, že rizikového pacienta nijak neidentifikují a nula odpovědí (0 %) bylo u identifikace rizikového pacienta jiným způsobem. Nejčastější způsob identifikace rizikového pacienta při příjmu, dle získaných dat, je prováděn zápisem do ošetrovatelské dokumentace.

U otázky, zdali je potřeba edukace pacienta při přijetí na oddělení LDN, sedmdesát sedm (77 %) respondentů označilo: ano samozřejmě, to je u těchto pacientů nejdůležitější. Dvacet jedna (21 %) respondentů označilo: většinou ano, podle toho, jestli se nám pacient

zdá rizikový. Dva (2 %) respondenti označili: ne, nebývá na to čas. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“. (Říhová 2018) ve své bakalářské práci uvádí: Z Nemocnice Pelhřimov Dvacet respondentů (40 %) uvedlo, že edukují pacienta i rodinu o riziku pádu při přijetí. Dvacet pět respondentů (52 %) sdělilo odpověď, že při přijetí edukují jen pacienta. Čtyři respondenti (8 %) uvedli, že neprovádí edukaci pacienta ani rodiny. V jihlavské nemocnici dvacet čtyři respondentů (46 %) uvedlo, že při přijetí edukují o riziku pádu pacienta i rodinu. Dvacet devět respondentů (54 %) sdělilo, že edukují jen pacienta o možném riziku pádu, a žádný respondent ne zvolil odpověď ne.

U otázky preventivní opatření proti pádu pacienta, odpovědělo čtyřicet čtyři (44 %) respondentů: Kompenzační pomůcky. Čtyřicet dva (42 %) respondentů odpovědělo: Signalizační zařízení. Jedenáct (11 %) respondentů odpovědělo: Omezující bariéry (postranice). Tři (3 %) respondenti odpověděli: Častější monitorování rizikových pacientů. Žádný respondent neuvedl odpověď „jiné“. (Vašková 2020) ve své bakalářské práci uvádí: Z celkového počtu dvou set třiceti devíti odpovědí (100 %) byly odpovědi v následujícím pořadí. Omezující bariéry (postranice) měly padesát čtyři odpovědí (22,59 %). Signalizační zařízení mělo čtyřicet devět odpovědí (20,50 %). Častější monitorování pacientů mělo čtyřicet čtyři odpovědi (18,41 %). Kompenzační pomůcky měly dvacet jedna odpovědí (8,79 %). Nejčastěji prováděné preventivní opatření proti pádu u rizikových pacientů, dle získaných dat, je použití omezujících bariér (postranice). (Červenková 2012) vyzkoumala že nejčastější preventivní opatření jsou postranice na lůžku.

U otázky přehodnocení škály pacienta, osmdesát pět (85 %) respondentů označilo: při změně zdravotního stavu. Šest (6 %) respondentů označilo: 1x za měsíc. Čtyři (4 %) respondenti označili: při odchodu. Čtyři (4 %) respondenti označili: není potřeba. Jeden (1 %) respondent odpověděl: „jiné“. (Bc. Proková 2019) ve své diplomové práci uvádí: že škála se zakládá jen při přijetí pacienta. (Flaisigová 2013) ve své bakalářské práci uvádí: Z celkového počtu dvou set dvaceti sedmi (100 %) odpovědí bylo respondenty nejčastěji uváděno, že hodnotící škály a testy využívají nejvíce k získávání anamnestických údajů při příjmu pacienta, a to v počtu osmdesáti šesti (38 %) odpovědí. Možnost využít hodnotící škálu nebo test při každé změně zdravotního stavu pacienta byla označena v šedesáti osmi (30 %) případech odpovědí. Čtyřicet dva (18 %) odpovědi bylo uvedeno při překládání pacienta na jiné oddělení a třicet jedna (14 %) odpovědí připadlo na použití škál a testů při propouštění pacienta.

LIMITY VÝZKUMU

Možné limity výzkumu této bakalářské práce mohou být neochota respondentů vyplnit dotazníky, nedostatek respondentů, nepravdivé vyplnění dotazníků, epidemiologická situace v nemocničním zařízení, nedostatek času pro zpracování dat z dotazníků.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Sestrám bychom doporučili s ohledem na NOP používat pro hodnocení rizika pádu Morse Fall Scale. Z výzkumu vyplynulo, že sestry nejčastěji pro hodnocení rizika pádu používají Barthelův test, který je určený pro soběstačnost. Dále bychom doporučili aktualizovat škálu rizika pádu u všech pacientů 1x měsíčně. Pacienta, kterého vyhodnotí jako rizikového, by měli mít označeného na sesterně výstražnou značkou a dále si tuhle informaci předávat při předávání směny. Vhodné by bylo umístit pacienta co nejbliž sesterně, popřípadě na monitorovaný pokoj. Dále bychom doporučili na každý pokoj vylepit manuál pro pacienta co nedělat například neopírat se o nezabrzděný noční stolek.

ZÁVĚR

Pád seniora je jednou z nejčastějších nežádoucích událostí dle ÚZIS v nemocničních zařízeních. Riziko pádu se s narůstajícím věkem zvyšuje. Mezi rizikové faktory především patří předešlý pád v anamnéze, užívání léků, problémy s pohyblivostí. Důležité je, aby bylo u pacienta zřetelné, že je rizikový v oblasti pádu.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, „Jak sestry hodnotí riziko pádů na oddělení následné péče“. Výzkumné šetření proběhlo kvantitativní metodou výzkumu, pomocí nestandardizovaného dotazníku, který měl 24 otázek.

Prvním dílčím cílem bylo zmapovat jaké hodnotící nástroje rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče. Tento cíl byl splněn, jelikož jsme pomocí dotazníku zjistili, jaké respondenti používají hodnotící škály k zjištění rizika pádu pacienta.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit jaká opatření ke snížení rizika pádu jsou nastavena na oddělení následné péče. Tento cíl byl splněn, jelikož jsme pomocí dotazníku zjistili, jaké kompenzační pomůcky nejčastěji používají, jak označují rizikového pacienta a další.

Díky splnění těchto dílčích cílů došlo ke splnění cíle hlavního, jehož úkolem bylo zjistit, jak sestry hodnotí riziko pádů seniorů na oddělení následné péče.

SEZNAM LITERATURY

Nová citační norma ČSN ISO 690:2022: Bibliografické citace

BIZOVSKÁ, Lucia; JANURA, Miroslav; MÍKOVÁ, Marcela a SVOBODA, Zdeněk. *Rovnováha a možnosti jejího hodnocení*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5259-3.

BERKOVÁ, Marie; BERKA, Zdeněk. Pády: významná příčina morbidity a mortality seniorů. Online. proLékaře odborný časopis, 2018. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2018-11/pady-vyznamna-pricina-morbidity-a-mortality-senioru-106809/download?hl=cs> [cit. 2024-01-30].

BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.

BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1.

CENDELÍKOVÁ, Ilona. *Pády pacientů ve zdravotnických zařízení*. Online. Florence odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2019, č. 4. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2019/4/pady-pacientu-ve-zdravotnickych-zarizenich/> [cit. 2024-01-30].

ČERVENKOVÁ, Marcela. *Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s rizikem pádu*. České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Pavel Scholz, Online. 2012. dostupné z: https://theses.cz/id/qpkn1t/BP_ervenkov_Marcela.pdf [cit. 2024-03-13]

DEWIT, Susan C. *Saunders Student Nurse Planner, 2013-2014 Pageburst on Kno Retail Access Code*. 2013. ISBN 978-03-231-8569-1.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina; VRABELOVÁ, Lucia a LIDICKÁ, Lucie. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.

DOSBABA, Filip; KŘÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin. *Rehabilitační ošetrování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1050-6.

FALUŠIOVÁ, Helena. *Rizika při ošetřování seniorů na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s.* České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová, Online. 2011. Dostupné z: https://theses.cz/id/jepbzc/Bakalsk_prce.pdf [cit. 2024-03-11]

FLAISIGOVÁ, Dana. *Míra využívání testů a škál v ošetrovatelské praxi na interním oddělení.* Plzeň, Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Simona Kubešová, Online. 2013. Dostupné z: <file:///C:/Users/zavit/Desktop/BP%20Dana%20Flaisigova.pdf> [cit. 2024-03-15]

HANDREJCHOVÁ, Ivana. *Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace.* České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. František Dolák, Online. 2011. Dostupné z: file:///C:/Users/zavit/Desktop/Bakalsk_prce_Hodnotc_kly_jako_soust_oetovatelsk_dokumenta.pdf [cit. 2024-03-15]

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele.* Lékař a pacient. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.

HOROVÁ, Jana, Iva BRABCOVÁ a Petra BEJVANČICKÁ, 2020. *Risk assessment of falls.* Medicína pro praxi [online]. roč. 17, č. 3, s. 200-202 ISSN 12148687. Dostupné z: doi:10.36290/med.2020.039 [cit. 2024-01-29].

KACHLOVÁ, Miroslava a PLEVOVÁ, Ilona. *Postupy v ošetrovatelské péči.* Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-1244-9.

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

KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie.* 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory.* 2., přepracované vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.

KONČELÍKOVÁ, Dana; LÁTALOVÁ, Klára a PRAŠKO, Ján. *Panická porucha.* Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5218-1.

KUCKIR, Martina; VAŇKOVÁ, Hana; HOLMEROVÁ, Iva; VÍTEČKOVÁ, Slávka; JAROLÍMOVÁ, Eva et al. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

LOCHMANOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnicích v regionu Mladá Boleslav*. Hradec Králové, Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce: Bc. Alena Vojtěchová, Online. 2012. Dostupné z: <https://invenio.nusl.cz/record/310075?ln=cs> [cit. 2024-03-08]

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MIERTO VÁ, Michaela. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0850-3.

MICHALCOVÁ, Jana; BIELAŠKOVÁ, Katarína; VAŠUT, Karel. *Léky jako významný rizikový faktor pádu u geriatrických pacientů*. Online. proLékaře odborný časopis, 2021. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2021-2-22/leky-jako-vyznamny-rizikovy-faktor-padu-u-geriatrickych-pacientu-127639/download?hl=cs> [cit. 2024-01-10].

MZČR. *Národní ošetrovatelské postupy – Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády*. Online. 2020. 1-5 s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-oseetrovatelske-postupy/> [cit. 2023-03-16]

MZČR. *Národní ošetrovatelské postupy – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity*. Online. 2020. 1-7 s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-oseetrovatelske-postupy/> [cit. 2023-11-26]

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788027102105.

NAVRÁTIL, Leoš a PŘÍHODA, Aleš. *Robotická rehabilitace*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-0665-3.

NAVRÁTIL, Leoš a ŠEDIVCOVÁ, Milada Luisa. *Léčebná rehabilitace v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3132-7.

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

POKORNÁ, Andrea; Štrombachová, Veronika; Kučerová, Jana; Dolanová, Dana; Bůřilová, Petra; Pospíšil, Michal. Metodika sledování nežádoucích událostí PÁD u Agentur domácí zdravotní péče (ADP). Online ÚZIS 1/2019. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/ADP_metodika_pad_plna_verze.pdf [cit. 2024-01-28]

PROKOPOVÁ, Martina. Hodnotící škály v traumatologii. České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce, Mgr. František Dolák, Ph. D Online. 2019. https://theses.cz/id/1da3st/DP_Hodnotc_kly_v_traumatologii.pdf?lang=en [cit. 2024-03-19].

PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Psyche (Grada). Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.

Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024717159.

ŘÍHOVÁ, Lucie. *Edukace všeobecných sester o riziku pádu hospitalizovaného pacienta*. Jihlava, Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Vácová, Online. 2018. Dostupné z: <https://docplayer.cz/106984758-Vysoka-skola-polytechnicka-jihlava-edukace-vseobecnych-sester-o-riziku-padu-hospitalizovaneho-pacienta.html> [cit. 2024-03-18]

ŠINDELÁŘOVÁ, Eva. Problematika pádů na lůžkovém oddělení z pohledu všeobecné sestry. Plzeň, Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková, Online. 2013. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/9977/1/Sindelarova%20BP.pdf> [cit. 2024-03-17]

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Mužské stárnutí z pohledu sexuologa*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3525-7.

ŠTUREKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.

TANDON, Puneeta a MONTANO-LOZA, Aldo J. (ed.). *Frailty and Sarcopenia in Cirrhosis*. Online. Cham: Springer International Publishing, 2020. ISBN 978-3-030-26225-9. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-26226-6>. [cit. 2024-01-30].

TOMÁŠKOVÁ, Petra. *Pád jako mimořádná situace při hospitalizaci pacienta*. Liberec, Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Alena Riegerová, Online. 2011. Dostupné z: <https://dspace.tul.cz/server/api/core/bitstreams/4ec1f5d0-c888-4be0-a1a8-524f5692fd2d/content> [cit. 2024-03-10]

VACKOVÁ, Jitka. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2434-3.

VÁGNEROVÁ, Tereza. *Výživa v geriatrici a gerontologii*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4620-6.

VLČEK, Jiří; BÁRTLOVÁ, Iva; DOSEDĚL, Martin; HAJDUCHOVÁ, Hana; Kuběna, Aleš et al. *Minimalizace rizik a teorie tří pilířů u léčiv zvyšujících riziko pádu*. Online. Solen odborný časopis, 2019, Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/far/2019/04/05.pdf> [cit. 2024-01-15].

VAŠKOVÁ, Andrea. *Prevence pádů u pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení*. Zlín, Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneider, Ph.D., Online. 2020. Dostupné z: https://theses.cz/id/mq83oq/?lang=en;zoomy_is=0 [cit. 2024-03-16]

WEHNER, Lore a SCHWINGHAMMER, Ylva. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Stupnice pádů dle MFS **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha B Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou**Chyba! Záložka není definována.**

Příloha C Souhlas s výzkumným šetřením **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha D Nestandardizovaný dotazník **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha A Stupnice pádů dle MFS

Obrázek 1 Morse Fall Scale

<https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniquei-dmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErxKYmftDcoC5n1jOGfwopQ/>

Stupnice pádů MFS		Stupnice	Hodnocení
1.	Pády v anamnéze: nyní nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2.	Vedlejší diagnóza	ne 0 ano 25	
3.	Pomůcky k chůzi Klid na lůžku/pomoc sestry Berle/hůl/chodítka Nábytek	0 15 30	
4.	i. v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5.	Chůze/pohyb Normální /klid na lůžku/nemobilní Slabě Zhoršeně	0 15 30	
6.	Duševní stav Vědomí si svých možností Zapomíná na svá omezení	0 15	

Příloha B Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou

Obrázek 2 Škála pro stanovení rizika pádu podle Conleyové upravena Juráskovou

<https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniquei-dmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErXKYmfTDcoC5n1jOGfwopQ/>

Zhodnocení rizika pádu u pacienta dle Conleyové upraveno Juráskovou (ČAS 2007)

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese) body		3
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více body		2
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze bod		1
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové oddělení bod		1
<input type="checkbox"/> zrakový / sluchový problém bod		1
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia) bod		1
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0 bodů	
- částečná	2 body	
- nesoběstačnost	3 body	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0 bodů	
- částečně spolupracující	1 bod	
- nespolečující	2 body	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě? body		3
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení? bod		1
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout? bod		1
Celkem		
0 – 4 body* Bez rizika	5 – 13 bodů* Střední riziko	14 – 19 bodů* Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Příloha C Souhlas s výzkumným šetřením

Obrázek 3 Scan žádosti o provedení výzkumného šetření, 1. část



Jméno a příjmení studenta: Kateřina Zavitkovská
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství 3. ročník
Akademický rok: 2023/2024

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na lůžkách následné péče

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis:

Obrázek 4 Scan žádosti o provedení výzkumného šetření, 2. část



Žádost pro oslovenou instituci

Vážený náměstku pro léčebnou péči

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na lůžkách následné péče jež je součástí závěrečné bakalářské práce studenta/ky Kateřiny Zavitkovské, posluchače/ky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jak sestry hodnotí riziko pádu na oddělení následné péče

Vedlejším cílem práce je zmapovat jaké hodnotící nástroje rizika pádu používají sestry na oddělení následné péče. Zjistit jaká opatření ke snížení rizika pádu jsou nastavena na oddělení následné péče

Sledovaný soubor tvoří praktická a všeobecné sestry pracující na oddělení následné péče

Sběr dat bude proveden formou elektronického online (ne)standardizovaného dotazníku

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením paní Magistry Pavlíny Tůmové

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

V dne
Razítko a podpis zástupce instituce

(Zdroj: šablona žádosti o povolení výzkumného šetření FZS, ZČU)

Příloha D Nestandardizovaný dotazník

Obrázek 5 Nestandardizovaný dotazník – strana 1

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Zavitkovská a jsem studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství na fakultě Zdravotnických studií na ZČU v Plzni. Ráda bych vás požádala o vyplnění dotazníku zaměřeného na riziko pádu seniorů na oddělení následné péče, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník se zaměřuje, jak sestry hodnotí riziko pádu seniorů na oddělení následné péče. Dále je orientován na otázky týkající se předcházení rizika pádu, na zajištění bezpečnosti, označení rizikového pacienta. Dotazník je zcela anonymní. Nikdo tedy nezjistí, zda jste se rozhodli zúčastnit/nezúčastnit nebo jaké jsou Vaše individuální odpovědi. Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné. Výsledky z něj vyplývající, budou použity pouze v rámci zpracování mé bakalářské práce. Předem moc děkuji.

- Vyplnění dotazníku zabere cca 10 minut

- Vyberte vždy jen jednu odpověď

1. Vyberte podle Vás nejpřesnější definici, která nejlépe vystihuje pád pacienta.

Vyberte jednu odpověď

- a) neplánované klesnutí pacienta k podlaze
- b) změna polohy pacienta a kontakt s podlahou
- c) nezamýšlená událost pacienta a kontakt s níže položeným místem
- d) nezamýšlená událost pacienta, kontakt s níže položeným místem a oznámení zdravotnickému pracovníkovi
- e) jiné

2. Jaká skupina geriatrických pacientů je nejvíce ohrožena pádem?

Vyberte jednu odpověď

- a) 60- 65let
- b) 66-70 let
- c) 71-80 let
- d) 81 let a více
- e) jiné

3. Jaké jsou nejčastější rizikové faktory pádů u geriatrických pacientů?

Vyberte jednu odpověď

- a) nevhodná obuv a kompenzační pomůcky
- b) poruchy chůze a snížení krevního tlaku
- c) věk a poruchy chůze
- d) věk, poruchy chůze, nevhodná obuv a kompenzační pomůcky, vliv léků a psychické potíže
- e) jiné

Obrázek 6 Nestandardizovaný dotazník – strana 2

4. Co může být nejčastější vnější příčinou pádů u geriatrických pacientů?

Vyberte jednu odpověď

- a) nevhodná podlahová krytina, nevhodná obuv, nevhodné použití kompenzačních pomůcek
- b) nevhodná nebo nesesídicí obuv
- c) chybění nebo nevhodné použití pomůcek pro usnadnění pohybu
- d) nevhodné a nebezpečné pohyby a aktivity
- e) jiné

5. Jaká je nejčastější vnitřní příčinou pádů u geriatrických pacientů?

Vyberte jednu odpověď

- a) hypertenze
- b) poruchy chůze, rovnováhy, osteoporóza a artróza, CMP, demence
- c) karcinom plic
- d) diabetes mellitus
- e) jiné

6. Jaké jsou nejčastější následky pádů u geriatrických pacientů, které mohou prodloužit hospitalizaci?

Vyberte jednu odpověď

- a) hematomy
- b) fraktury
- c) poranění měkkých tkání
- d) omezení aktivity až imobilizace
- e) jiné

7. Který typ zlomeniny si myslíte, že je nejčastější komplikací pádů geriatrických pacientů?

Vyberte jednu odpověď

- a) zlomeniny obratlů
- b) zlomeniny kostí ruky a zápěstí
- c) zlomeniny žeber
- d) zlomeniny horní části femuru (tzv. krček)
- e) jiné

Obrázek 7 Nestandardizovaný dotazník – strana 3

8. Které skupiny léků mohou být podle Vás nejčastější příčinou pádů u geriatrických pacientů?

Vyberte jednu odpověď

- a) hypnotika, sedativa
- b) antipyretika
- c) mukolytika
- d) diuretika
- e) jiné

9. Myslíte, že demence, deprese a stavy zmatenosti jsou významná rizika pádů geriatrických pacientů?

Vyberte jednu odpověď

- a) ano, určitě zhoršenou koordinaci ovlivňují
- b) asi ano, mohou zavinit pád
- c) asi ne, nemělo by to mít vliv na zhoršenou pohyblivost
- d) ne, nemá to žádný vliv
- e) jiné

10. Myslíte si, že uložením geriatrického pacienta na lůžko s nízkým základem můžete omezit riziko pádu?

Vyberte jednu odpověď

- a) ano, pacient má jednodušší pohyb
- b) asi ano, je poté menší riziko pádu
- c) asi ne, záleží na zdravotním stavu pacienta
- d) ne, riziku to nezabrání
- e) jiné

11. Je důležité pacienta edukovat o všech všedních činnostech, z důvodu zabránění případného pádu? (stravování, vyprazdňování, hygiena)

Vyberte jednu odpověď

- a) ano, vyvarujeme se zranění pacienta
- b) asi ano, pokud poznáme že pacientovi hrozí možný úraz
- c) asi ne, když se pacient projevuje soběstačně
- d) ne, když pacient všední činnosti zvládá sám
- e) jiné

Obrázek 8 Nestandardizovaný dotazník – strana 4

12. Myslíte si, že je nutné asistovat u geriatrického pacienta? (stravování, vyprazdňování, hygiena)

Vyberte jednu odpověď

- a) ano, aby byly tyto činnosti provedeny bez následků a pádů
- b) asi ano, když tyto činnosti dělají pacientovi problémy
- c) asi ne, pokud pacient nemá vážné zdravotní problémy
- d) ne, pacient by měl být samostatný
- e) jiné

13. Myslíte si, že je na Vašem pracovišti dostatek pomůcek a materiálu k usnadnění manipulace s pacienty s omezenou schopností pohybu?

Vyberte jednu odpověď

- a) ano, vše potřebné máme
- b) asi ano, když něco potřebuji tak to máme
- c) asi ne, nepoužíváme tyto pomůcky tak často
- d) ne, tyto pomůcky nepotřebujeme
- e) jiné

14. Jaké preventivní opatření provádíte na Vašem oddělení proti pádu rizikových pacientů?

Vyberte jednu odpověď

- a) signalizační zařízení
- b) kompenzační pomůcky
- c) omezující bariéry (postranice)
- d) častější monitorování rizikových pacientů
- e) jiné

15. Při přijetí rizikového pacienta, dbáte na veškeré opatření a edukaci? (uložení lůžka do nejnižší pozice, podání signalizace k ruce pacienta, uložení pacienta co nejbliže sestemě)

Vyberte jednu odpověď

- a) ano samozřejmě, to je u těchto pacientů nejdůležitější
- b) většinou ano, podle toho, jestli se nám pacient zdá rizikový
- c) ne, nebývá na to čas
- d) jiné

Obrázek 9 Nestandardizovaný dotazník – strana 5

16. Jak postupujete při pádu pacienta?

Vyberte jednu odpověď

- a) zeptáme se pacienta, zda ho něco nebolí
- b) zkontrolujeme pacienta pohledem, pohmatem a poučíme o bezpečnosti
- c) zapíšeme vše do jeho dokumentace a následně pravidelně kontrolujeme
- d) vše nahlásíme lékaři, poskytneme nezbytná vyšetření a ošetření, zapíšeme událost do dokumentace a další opatření plníme dle ordinace lékaře
- e) jiné

17. Máte na Vašem pracovišti potřebnou dokumentaci k zaznamenávání případného pádu?

Vyberte jednu odpověď

- a) samozřejmě ano, máme
- b) asi ano, o toto se stará staniční sestra
- c) nevím, je mi to jedno
- d) ne, na našem oddělení rizikový pacienti nebývají
- e) jiné

18. Kolik je Vám let?

Vyberte jednu odpověď

- a) 18-29 let
- b) 30-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51 let a více

19. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Vyberte jednu odpověď

- a) 2-10let
- b) 11-15let
- c) 16-20let
- d) 21 let a více
- e) jiné

Obrázek 10 Nestandardizovaný dotazník – strana 6

20. Jak označujete rizikového pacienta?

Vyberte jednu odpověď

- a) pacienta není potřeba označit
- b) na sesterně má pacient kartičku s označením rizika pádu
- c) má červený náramek
- d) má cedulku s označením u lůžka
- e) jiné

21. Kdy měníme škálu u pacienta?

Vyberte jednu odpověď

- a) není potřeba
- b) 1x měsíčně
- c) při změně zdravotního stavu
- d) při odchodu
- e) jiné

22. Jakou hodnotící škálu rizika pádu používáte?

Vyberte jednu odpověď

- a) Morse Fall Scale
- b) Stupnice dle Nortonové
- c) Barthelův test
- d) Conleyové hodnocení rizika pádu
- e) jiné

23. Je škála Morse Fall Scale vhodná pro hodnocení pádu?

Vyberte jednu odpověď

- a) ano
- b) ne

24. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

Vyberte jednu odpověď

- a) střední škola-všeobecná sestra
- b) střední škola-praktická sestra
- b) vyšší odborná škola
- c) vysoká škola
- e) jiné

(Zdroj: vlastní)