

Pády geriatrických pacientů ve zdravotnických zařízeních

Jana Špendlíková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Špendlíková**
Osobní číslo: **H11657**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Pády geriatrických pacientů ve zdravotnických zařízeních**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se problematiky pádů u geriatrických pacientů.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu u všeobecných sester formou dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KALVACH, Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

MARX, David. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. Překlad Radim Vyhnánek. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-159.

SVOBODOVÁ, Dita. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-585-7.

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Sedláková**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

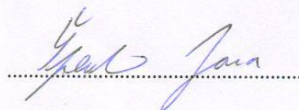
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.2.2014

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Téma bakalářské práce je „Pády geriatrických pacientů ve zdravotnických zařízeních.“ Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část poskytuje pohled na geriatrického pacienta. Hlavní důraz je kladen na problematiku pádů, jejich příčiny a následky, možnosti zabránění vzniku pádů. Poslední část je věnována roli všeobecných sester.

Praktická část obsahuje výsledky kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory. Součástí je zpracování a vyhodnocení dat s využitím tabulek a grafů.

Klíčová slova: geriatrický pacient, pády, role

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with „The Falls of the Geriatric Patients in the Health Center“. The thesis is dividend into the theoretical part and the practical part.

The theoretical part gives a view of the geriatric. The main emphasis is given to the falls, their cause and results, and the way how to prevent the falls. The last part is dedicated to the role of nurses.

The practical part includes the outcome of the quantitative research done by inquiries among the nurses in the long-term healthcare and the home for the elderly. This part also contains the evaluation of the known facts with the use of charts and graphs

Keywords:geriatric patient, falls, the role

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Markétě Sedlákové za její odborné vedení, velkou trpělivost a velmi cenné rady při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu a čas. Velký dík patří mé rodině a přátelům za jejich podporu během celého mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
1.1 GERONTOLOGIE.....	12
1.2 GERIATRIE.....	12
1.3 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	13
1.3.1 Rozdělení stáří a stárnutí.....	13
1.3.2 Biologické a sociální rozdělení.....	14
1.4 STÁŘÍ A NEMOC.....	15
1.4.1 Specifika ve stáří.....	15
1.4.2 Změny ve stáří.....	16
1.5 KOMUNIKACE S GERIATRICKÝM PACIENTEM.....	17
1.5.1 Zásady při komunikaci se seniorem.....	17
1.5.2 Komunikační bariéry.....	17
1.5.3 Specifické obtíže.....	18
2 PÁDY	19
2.1 DEFINICE PÁDŮ.....	19
2.2 DĚLENÍ PÁDŮ PODLE ETIOLOGIE.....	19
2.3 KLASIFIKACE PÁDŮ.....	20
2.4 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	20
2.5 NÁSLEDKY PÁDŮ.....	21
2.6 MONITOROVÁNÍ PÁDŮ.....	21
3 ROLE SESTRY	23
3.1 IDENTIFIKACE RIZIKOVÉHO PACIENTA.....	23
3.2 EDUKACE RIZIKOVÉHO PACIENTA.....	24
3.3 OCHRANNÉ A BEZPEČNOSTNÍ POMŮCKY.....	25
3.4 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY.....	26
3.5 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
4 METODIKA PRŮZKUMU	29
4.1 CÍLE.....	29
4.1.1 Hlavní cíl.....	29
4.1.2 Dílčí cíle.....	29
4.2 PRŮZKUMNÁ METODA.....	29
4.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	30
4.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	30
4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	30
5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	31
6 DISKUZE	84
ZÁVĚR	90

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	91
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	93
SEZNAM OBRÁZKŮ	94
SEZNAM TABULEK.....	96
SEZNAM PŘÍLOH.....	98

ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku pádů u geriatrických pacientů v domovech pro seniory a v léčebnách dlouhodobě nemocných z pohledu všeobecných sester. Tato zařízení se často dlouhodobě setkávají s geriatrickými pacienty a snaží se jim poskytnout co možná nejlepší péči ve všech oblastech.

Práci na téma „Pády geriatrických pacientů ve zdravotnických zařízeních“ jsem si zvolila hlavně proto, že již 12 let pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných ve Zlíně a s pády seniorů se setkávám velmi často. Z vlastní zkušenosti vím, že péče o geriatrické pacienty je náročná nejen fyzicky, ale také psychicky. Staří lidé potřebují mnohem více pozornosti, času a péče, protože jsou vytrženi ze svého domácího prostředí a od svých návyků. Senioři jsou skupinou, která je daleko více ohrožena pády a s přibývajícím věkem narůstá i jejich výskyt. Je naší povinností, zejména ze stránky morální, jim pomoci a pečovat o ně tak, aby se cítili příjemně a potřebně. Ve svém profesním životě jsem se setkala s různými přístupy ze strany zdravotnického personálu. Bohužel ne vždy to bylo chování, na které by měl být člověk pyšný.

Geriatrický člověk je křehký a reaguje velmi citlivě. U geriatrických pacientů s ohroženou či ztracenou soběstačností v základních všedních denních činnostech se rozvíjí komplexní týmová péče, která vyžaduje dobrou koordinaci a aktivní přístup ze strany zdravotnického personálu, neboť mnozí křehcí a závislí staří lidé nesignalizují své potřeby. Cílem je kvalita byť omezeného života. Velice důležitá je úzká spolupráce zdravotníků s pečujícími členy rodiny. Kvalitní péči mohou také výrazně zvýšit nové technologie. Příkladem mohou být antidekubitární matrace, dálkové monitorování vlhkosti lůžka nebo pohybu pacienta.

Staří lidé jsou často na sklonku svého života odkázáni na pomoc a péči zdravotnického personálu. Pády mohou způsobit pacientovi vážné zdravotní komplikace a tím prodloužit jeho pobyt ve zdravotnickém zařízení. Množství pádů má také negativní dopad na zdravotnický personál a celé zařízení, neboť je jedním z hlavních ukazatelů kvality poskytované péče. O to více je důležité věnovat velkou pozornost prevenci, příčinám a okolnostem vzniku pádů. Je potřeba už při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení správně zhodnotit riziko vzniku pádu a podle toho stanovit ošetřovatelské intervence a ošetřovatelský plán. Proč vlastně dochází k pádům ve zdravotnických zařízeních? Dá se jim zabránit? Jak vnímají tento problém všeobecné sestry? Z těchto a mnoha dalších důvodů jsem si dané téma vybrala.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

V dnešní době se stále více lidí dožívá věkové hranice 80 nebo dokonce 90 let. V současné době je stáří zatíženo mnohem vyšší nemocností, polymorbiditou a zhoršováním fyzické zdatnosti a soběstačnosti. I přesto, že dochází k prodlužování délky života se zdravotní stav a invalidita starší populace trvale zhoršuje. Bývá to způsobeno hektickým způsobem života, pozdním nástupem do starobního důchodu atd. (Topinková, 2005, s. 17)

Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít. (H. Amiel)

1.1 Gerontologie

Je to nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří. Gerontologie se dělí do tří směrů:

- a) **Experimentální** – zabývá se, proč a jak dochází ke stárnutí živých organismů;
- b) **Sociální** – zabývá se vztahem starého člověka a společnosti a tím, co staří lidé potřebují od společnosti;
- c) **Klinická** – zabývá se zdravotním a funkčním stavem starých lidí (Kalvach a kol., 2004, s. 49)

1.2 Geriatrie

Je to samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou zdravotní péči lidem vyššího věku. Předmětem zájmu je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a v nemoci. Geriatrie aktivně usiluje o týmovou spolupráci včetně vytváření geriatrických týmů s odborníky v ošetřovatelství, rehabilitaci a sociální sféře. Úzce spolupracuje s ostatními lékařskými obory. (Kalvach a kol., 2004, s. 49)

Cílem geriatrie je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy zdravotního stavu, odvrácení ztráty soběstačnosti a zachování účinnosti a účelnosti léčebných metod do nejvyššího věku. Geriatrie cíleně rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o chorobách ve stáří. Zvláštní pozornost je věnována rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče rehabilitačního ošetřovatelství. (Kalvach a kol., 2004, s. 49)

Začátky geriatric v České republice:

U nás má důstojnou tradici. Již v roce 1843 přednášel na pražské lékařské fakultě o nemocích stáří J.Hammerník. Šlo o první vlnu zájmu o tuto problematiku. Po druhé světové válce profesor B.Prusík založil Českou gerontologickou společnost a patřil k zakládajícím členům Mezinárodní gerontologické asociace IAG. (Kalvach a kol., 2004, s. 49)

1.3 Stárnutí a stáří

Problematika stárnutí:

Je to souhrn změn ve struktuře a funkci organismu. Změny se týkají sociální, psychické, somatické a emoční oblasti. Tyto změny mohou znamenat zvýšenou zranitelnost organismu a pokles výkonu, které ovšem starý člověk dokáže kompenzovat. Tomu se říká kompenzace externí (např. využití lékařské protetiky, kompenzačních pomůcek). Kompenzace může také znamenat to, že člověk, který není schopen vykonávat určitou činnost, ji kompenzuje činností jinou. Zájmy se zúží pouze na ty, které člověk dobře zvládá. (Holmerová a kol., 2007, s. 59-61)

Problematika stáří

Je to přirozená a závěrečná etapa života v rámci vývoje člověka. Toto stádium má, jako všechna ostatní stádia své specifické znaky, jimiž se od předchozích etap odlišuje. Stáří má mnoho společných rysů, avšak samotné „zabarvení stáří“ konkrétního člověka závisí na tom, jak se sám vidí. (Topinková a spol., 1995, s. 17-18)

1.3.1 Rozdělení stáří a stárnutí

Kalendářní stáří

Je důležitou charakteristikou života člověka, ale v žádném případě nevypovídá o jeho skutečném funkčním stavu. Dnes se ve většině zemí užívá 15letá periodizace lidského věku, tak jak ji navrhla Světová zdravotnická organizace. (Topinková a spol., 1995, s. 17-18):

- 60-74 let = rané stáří;
- 75-89 let = vlastní stáří;
- 90 a více = dlouhověkost.

Další dělení:

- 65-74 let = mladí staří;
- 75-84 let = staří;
- 85 a více = velmi staří.

Dělení dle ekonomického hlediska:

- Produktivní (dospělost);
- Postproduktivní (stáří);
- Závislost.

Funkční věk

Je důležitým hodnotícím kritériem geriatrické medicíny. Nehodnotí jen biologický věk daného jedince, ale hodnotí jej ve všech psychosociálních souvislostech. Ke stanovení funkčního věku existuje celá řada testů, které se zaměřují jak na jednotlivé oblasti, tak na funkční stav jako celek. (Topinková a spol., 1995, s. 18)

1.3.2 Biologické a sociální rozdělení**Biologické stáří**

Sleduje tělesné a psychické involuční změny daného jedince. Je obtížně stanovitelné, neboť senioři stejného kalendářního věku mohou vykazovat odlišnosti biologického stáří (Kalvach a kol., 2004, s. 48)

Sociální stáří

Zahrnuje změnu sociálních rolí, životního stylu a ekonomického zajištění. Začátek sociálního stáří je nástup starobního důchodu. U seniorů může docházet k poklesu životní úrovně, ztrátě společenského postavení. Hrozí zde také riziko ztráty soběstačnosti a pocit osamělosti.

Kalvach uvádí tradiční rozdělení na čtyři věky:

- První věk (předproduktivní, období učení a získávání zkušeností);
- Druhý věk (produktivní, dospělost);
- Třetí věk (postproduktivní, stáří);

- Čtvrtý věk (závislost). (Kalvach a kol., 2004, s. 47)

1.4 Stáří a nemoc

Téměř každý orgán v lidském těle během stárnutí ztrácí svoji funkční rezervu. Organismus se stává daleko méně odolným a naopak více náchylným k nemocem. Vytváří se různé patologické stavy a ty poté charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny. S věkem se mění spektrum nemocnosti a u pacientů narůstá vznik degenerativních chronických onemocnění (např. demence, ICHS, hypertenze, DM, osteoporóza, artróza, gastrointestinální a respirační onemocnění). Hodnocení zdravotního stavu ve vyšším věku je pro lékaře velmi obtížné. (Topinková, 2005, s. 8)

1.4.1 Specifika ve stáří

Pro geriatrického pacienta je typické, že řada nemocí probíhá odlišně. Tuto atypickou symptomatologii charakterizují:

- Mikrosymptomatologie – příznaky nemoci jsou vyjádřeny jen minimálně, mnohdy nemoc probíhá asymptomaticky;
- Monosymptomatologie – nemoc se neprojevuje typickou škálou příznaků, ale pouze jen některými z nich;
- Nespecifické příznaky – objevují se u různých nemocí (př. únava, nechutenství);
- Symptomy druhotného postižení – na chorobný stav reaguje jiný orgán než ten postižený;
- Řetězení příznaků – popsanych výše, je to tzv. kaskádová reakce;
- Atypické lékové reakce – pacient je ohrožen nežádoucími účinky léků, zvýšeným nebo sníženým účinkem léků;
- Prudké zhoršení stavu – způsobuje jej malá funkční rezerva a zvýšené riziko úmrtí;
- Sociální rozměr nemoci – týká se chronických nemocí, které mění sociální situaci nemocného, ovlivňuje také jeho nejbližší okolí;

Vysoký invalidizující potenciál nemoci vede ke ztrátě soběstačnosti. (Topinková, 1995, s. 8-9)

Polymorbidita

Pacient trpí jednou či více chronickými nemocemi. Obvyklé je sdružování nemocí nebo také to, že jedna nemoc vyvolává druhou nemoc. Příkladem je pacient po zlomenině krčku, která vede k imobilizaci a následnému vzniku dekubitů nebo inkontinenci. (Topinková, 1995, s. 8-9)

Stařecká křehkost

Dosud nebyl vymyšlen vhodný ekvivalent. Křehkost, což znamená rizikovost, je způsobena poklesem výkonnosti orgánů, úbytkem svalové hmoty, úbytkem kostní hmoty a snížením pevnosti kostí, zhoršením mobility. Tito lidé jsou ohroženi vznikem pádů, nesoběstačností. Akutní dekompenzace může vést k opakovaným hospitalizacím v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. (Topinková, 1995, s. 8-9)

1.4.2 Změny ve stáří

Ve stáří dochází ke změnám somatických i psychických. S věkem stoupá význam rodiny. Staří lidé jsou pro svou rodinu velmi důležití a to jak fyzicky (hlídání dětí, praktická pomoc), tak i finančně (střecha nad hlavou, finanční výpomoc). (Venglářová, 2007, s. 12)

Tělesné změny:

- Snížení postavy;
- Změny ve tváři (špičatější nos, vystupující brada);
- Zhoršení zraku, sluchu;
- Zhoršení pohyblivosti;
- Úbytek svalové hmoty;
- Změny sexuální aktivity;
- Změny vyprazdňování a vylučování moči.

Psychické změny:

- Zpomalení reakcí;
- Snížená schopnost udržet myšlenku;
- Zhoršení krátkodobé paměti;

- Dlouhodobá paměť je ve stáří dlouho funkční;
- Snížený zájem o činnosti, které jej dříve bavili;
- Obtížnější osvojování nového.

Sociální změny:

- Odchod do penze;
- Změna životního stylu;
- Osamělost;
- Ztráta blízkých lidí finanční obtíže. (Venglářová, 2007, s. 12)

1.5 Komunikace s geriatrickým pacientem

Dobrá komunikace s pacientem je základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Komunikace je předávání informací, pocitů a citů k druhým. Můžeme ji vést cestou verbální i neverbální

1.5.1 Zásady při komunikaci se seniorem

- Téma hovoru určuje pacient;
- Pacient také volí dobu komunikace, potřebuje dostatek času;
- Prostředí musí být klidné, zajistíme při rozhovoru soukromí;
- Důvěrné informace dál nevynášet;
- Pokud to jde, slova doplnit ukázkou věci;
- Volíme krátké a jednoduché věty;
- Tabu u seniorů jsou vulgarismy a sexuální témata;
- Respektujeme přání pacienta, pokud chce být sám. (Venglářová, 2007, s. 74-79)

1.5.2 Komunikační bariéry

Na straně klienta:

- Neochota komunikovat;
- Nedůvěra, obavy;

- Únava, stres, úzkost.

Na straně pracovníka:

- Strach ze závažných témat;
- Problém s konkrétním klientem;
- Nedostatek času. (Venglářová, 2007, s. 74-79)

1.5.3 Specifické obtíže

Poruchy smyslů:

- Sluch (mluvíme pomalu, zřetelně, díváme se do tváře, pomáháme si psaným slovem nebo praktickými ukázkami, věnujeme pozornost kompenzačním pomůckám, zda jsou funkční a v pořádku);
- Zrak (klepeme a zdravíme jako první, představíme se, nedotýkáme se pacienta bez upozornění);
- Řeč (trpělivost, pomoci si obrázky nebo počítačem, pacient může ze studu rozhovor odmítat nebo se naopak projevovat agresivitou). (Venglářová, 2007, s. 74-79)

Demence:

- Nesmí být rušen jinými podněty;
- Volíme krátké věty, ne příkazy;
- Ověřujeme, zda nám pacient porozuměl;
- Volíme vhodnou dotykovou komunikaci;
- Sledujeme neverbální projevy pacienta. (Venglářová, 2007, s. 74-79)

2 PÁDY

Pády pacientů představují mimořádnou událost ve zdravotnickém zařízení. Mimořádná událost je ta, která je důsledkem lidského selhání nebo selhání technologií a má za následek poškození zdraví pacienta. Rizika těchto událostí výrazně snižují odpovědnost zaměstnanců za kvalitu ošetrovatelské péče. (Svobodová, 2008, s. 11)

Každý pád seniora, i když nedojde k poranění, vede k psychickým změnám, a to je z pohledu soběstačnosti stejně důležité jako samotné poranění. Senioři, kteří již někdy v minulosti upadli, mají strach z dalšího pádu, a proto omezují svoji fyzickou aktivitu. Může se u nich také objevit ztráta sebedůvěry, strach z dalšího pádu a možného umístění v nemocnici (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 65). Kdo již jednou upadl je velká pravděpodobnost, že upadne znovu. (Schuler a spol., 2010, s. 215)

2.1 Definice pádů

Definice pádů nebyla zatím oficiálně přijata. V literatuře existuje mnoho různých definic:

- Pacient klesl neplánovaně k zemi;
- Situace, při které se pacient ocitne na zemi nebo na nižším povrchu;
- Pád není způsoben cíleným pohybem nebo z jiné příčiny (cévní mozková příhoda, epileptický záchvat, mdloba);
- Událost, která skončí pacienta nebo jeho části těla na zemi. (Marx, 2007, s. 21)

2.2 Dělení pádů podle etiologie

K pádu může dojít i u starších lidí, kteří vypadají silní a zdraví. Riziko pádu se zvyšuje běžnými změnami souvisejícími s nastupujícím stářím jako je zhoršení sluchu a zraku, poruchy chůze, poruchy rovnováhy, zmatenost, poruchy vnímání, alkohol, rizikové prostředí, vertigo. Senioři, kteří užívají čtyři nebo více kombinací léků jsou náchylnější k pádům. Mezi léky, které mohou zvýšit riziko vzniku pádu, patří např. laxativa, antidepresiva, sedativa, diuretika. (Marx, 2007, s. 27-28)

2.3 Klasifikace pádů

a) Dělení podle fenomenologického obrazu:

- Pády zhroucením – pacient náhle ztrácí ve stoji svalový tonus a padá k zemi;
- Pády zakopnutím – pacient padá dopředu s nataženými rukami;
- Pády zmrznutím – dojde k tomu, že noha zůstane přimrzlá k podlaze, ale tělo jde stále dopředu;
- Pády nediferencované – nelze je jednoznačně zařadit, dochází k nim při nepozornosti;
- Jiné pády – často k nim dochází z lůžka nebo ze sedu. (Kalvach, 2008, s. 179-180)

b) Dělení podle americké výzkumné pracovnice Janice Morse:

- Náhodné – jde o neúmyslné upadnutí z důvodu uklouznutí (mokrý podlaha) nebo zakopnutí;
- Nepředvídatelné fyziologické pády – dojde k nim, pokud nemohly být předem předvídaný (epileptický záchvat);
- Předvídané fyziologické pády – dochází k nim u pacientů, kterým bylo vyhodnoceno riziko pádu. (Marx, 2007, s. 23)

2.4 Rizikové faktory

Rizikové faktory dělíme na vnitřní a vnější. Vnitřní rizikové faktory jsou závislé na poskytované péči a věku pacienta. Vnější rizikové faktory souvisí s prostředím.

Vnitřní rizikové faktory:

- Nejistá a špatná chůze;
- Porucha zraku;
- Předchozí pád;
- Psychické změny (dezorientace, zmatenost);
- Chronické choroby (demence, diabetes mellitus).

Vnější rizikové faktory:

- Špatné osvětlení – důležité je v noci rozsvítit noční světlo;
- Nesprávná obuv – senioři by neměli chodit v pantoflích, ale v pevné obuvi se zpevněnou patou a správnou velikostí obuvi;
- Kvalita povrchu – pozor na různé podložky a koberečky, mokrou podlahu;
- Koupelny a toalety – nesmí chybět madla na přidržení;
- Nábytek – zabrzdit stoleček, správná výška lůžka;
- Nevhodné pomůcky – pozor na postranice (zvyšují riziko pádu, zabrzdit invalidní vozík při přesouvání). (Marx, 2007, s. 23-26)

2.5 Následky pádů

Mezi problémy, které při řešení pádů musí zdravotnické zařízení řešit, patří morbidita, mortalita a finanční náklady (Marx, 2007, s. 29-33). Následky pádů u pacientů jsou nejčastěji:

- a) Zlomeniny – krček femuru, fraktura předloktí, komprese obratlů;
- b) Kraniocerebrální poranění – subdurální nebo epidurální hematom, komoce;
- c) Rabdomyolýza = crush syndrom – při zaklínění do jedné polohy při pádu
- d) Prochladnutí – senior nedokáže sám vstát. (Benešová, 2003, s. 11)

Senioři mají z pádů strach, který se u nich může projevit také úzkostí nebo depresemi. Při vzniku pádu musíme dávat pozor na vznik imobilizačního syndromu, proto je důležitá včasná rehabilitace. Při pádu může bohužel dojít také ke smrti pacienta. (Marx, 2007, s. 29-33)

2.6 Monitorování pádů

Mnoho zdravotnických pracovníků vidí nástroje monitorování jako základ efektivního programu v prevenci pádů. Janice Morse přišla ve svých studiích na to, že pády geriatrických pacientů ve zdravotnických zařízeních nejsou jen náhodné. Často se vyskytují s určitou pravidelností, a tak můžeme pádům zabránit. Geriatrickí pacienti jsou často křehčí, a tak jsou k pádům náchylnější. Je velmi důležité při hospitalizaci důkladně zhodnotit

riziko pádu a tím umožnit zdravotnickému personálu navrhnout a zavést opatření ke snížení pádů jako součásti procesu ošetrovatelské péče. (Marx, 2007, s. 61-62)

Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů probíhá v České republice od roku 2002, protože jde o rizikovou událost, která má za následek zranění a tím prodloužení hospitalizace pacienta. V tomto roce proběhlo monitorování pádů, kterého se zúčastnilo 15 nemocnic pod vedením Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou v Praze. Cílem bylo získat informace o pádech a na jejich základě byl vytvořen standard Prevence a péče o pacienty v souvislosti s pády. Měly probíhat vzdělávací programy pro pacienty a zdravotnický personál. Monitorování pádů pokračovalo i v dalších letech za účasti většího počtu nemocnic. V roce 2008 přebírá tento projekt Česká asociace sester. Zároveň v tomto roce byl realizován Regionální projekt vzdělávání, který měl za úkol proškolit vedoucí pracovníky. Bylo celkem proškoleny 717 osob na celkem 14 seminářích. (Svobodová a kol., 2010, s. 29 - 33)

Sledované údaje se hlásí každé čtvrtletí koordinátorovi projektu a ty se následně zpracovávají a vyhodnocují. Mezi sledované údaje patří věk pacienta, závažnost poranění a skupiny oborů. Pacienti jsou rozděleni podle věku do dvou kategorií a to pod 65 let a nad 65 let. Závažnost poranění se dělí na lehká zranění (odřenin, hematomy) a těžká zranění (šité tržné rány, zlomeniny, komoce a kontuze mozku). (Svobodová a kol., 2010, s. 29-33)

3 ROLE SESTRY

Role sestry v prevenci vzniku pádu hraje velice významnou roli. Všeobecná sestra je první osobou, se kterou pacient přijde při hospitalizaci do kontaktu. Úkolem všeobecné sestry je stanovit a realizovat ošetřovatelský plán, vyhodnotit rizika vzniku pádu u pacienta a následně naplánovat preventivní opatření. (Jurásková, 2007, s. 28)

Chyby ze stran zdravotnického personálu vedoucí ke vzniku pádů:

- Špatná komunikace mezi zdravotnickým personálem;
- Nedostatek personálu na oddělení;
- Špatné vyhodnocení rizika pádu;
- Špatné přehodnocování stavu pacienta;
- Nedostatek ošetřovatelské péče;
- Špatná organizace práce;
- Nevhodné prostředí pro pacienta;
- Nedostatečná edukace pacienta;
- Nedostatečná informovanost personálu o problému pádů. (Marx, 2007, s. 37-43)

3.1 Identifikace rizikového pacienta

Jedná se o nejdůležitější část v prevenci pádů a následné péči o pacienta. K hodnocení rizika pádu u pacienta je důležité mít dostatek času a informací o pacientovi. Musíme také zvážit užívání léků a to jak léky na předpis lékaře, tak i ty volně prodejné. Důležitou roli zde také hrají příbuzní pacienta a to zejména u takového, který není schopen sám komunikace nebo nám nedokáže důsledně odpovědět na kladené otázky (Jurásková, 2007, s. 16)

Škály pro stanovení rizika pádu dle:

- a) **MORSE**: Stupnice je ohodnocena body v kategoriích pády v anamnéze, vedlejší dg, pomůcky k chůzi, i.v. vstupy, heparinová zátka, pohyb a duševní stav. Výsledek je dělen na míru bez rizika, nízké riziko a vysoké riziko. (Svobodová, 2008, s. 21) (příloha I)
- b) **CONLEYOVÉ UPRAVENO JURÁSKOVOU**: Metoda je stanovena podle rizikových faktorů z anamnézy. Je ohodnocen určitým počtem bodů, podle toho, zda je

přítomna demence, dezorientace, deprese. Dále se bodově hodnotí, zda již v minulosti došlo k pádu, zda pacient užívá léky a zda má problémy se sluchem a zrakem. Zjišťujeme soběstačnost pacienta. (Svobodová, 2008, s. 22) (příloha II)

- c) **TOŠNEROVÉ:** Tato škála rizik pádů obsahuje položky zaměřené na úroveň vědomí, pády, chůze - samostatnost, chůze-rovnováha, systolický TK, farmakoterapie a predispoziční faktory. Pokud je výsledek vyšší než 10, je zde vysoké riziko pádu. (Svobodová, 2008, s. 23) (příloha III)
- d) **ADL (dle Barthela):** Jde o test basálních všedních činností. Zde se zaměřujeme na položky najedení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence stolice a moči, použití toalety, chůze po schodech, přesun z lůžka a chůze po rovině. Vždy je hodnocen body 0, 5, 10. Po jeho vyhodnocení se výsledek dělí do tří kategorií: 0 – 40 bodů vysoce závislí, 45 – 60 bodů závislí a nad 60 bodů je závislost lehčího stupně. (Svobodová, 2008, s. 24) (příloha IV)

3.2 Edukace rizikového pacienta

Edukace pacienta je důležitá z hlediska zabránění vzniku pádu. To, jak v nemocničním prostředí, tak také v domácím prostředí. Je potřeba zajistit pacientovi bezpečné prostředí a poučit jej o možném nebezpečí, které by mohlo způsobit pád. (Svobodová, 2008, s. 5)

Při přijetí pacienta:

- Seznámit pacienta se strukturou oddělení;
- Seznámit pacienta s používáním signalizačního zařízení;
- Vysvětlit pacientovi, že se nemusí bát zazvonit na personál, nikdo mu za to nebude nadávat
- Zhodnotit riziko pacienta
- Seznámit pacienta s některými preventivními opatřeními, která snižují riziko pádu
- Získat si důvěru nejen pacienta, ale také příbuzných a spolupracovat s nimi při prevenci
- Označit dle zvyklosti oddělení pacienta nebo lůžko identifikačním náramkem. (Svobodová, 2008, s. 5)

Edukace pacienta:

- Odstranit pacientovi z cesty překážky;
- Uložit osobní věci na dosah;
- Naučit pacienta používat pomůcky k chůzi;
- Vysvětlit nutnost pomalé změny polohy;
- Použití vhodné obuvi;
- V případě potřeby vysvětlit nutnost použití omezujících prostředků k zabránění pádu;
- Použít noční osvětlení;
- Nedávat na zem malé koberečky;
- Použít protiskluzové povrchy;
- Nastavit výšku lůžka podle potřeb pacienta;
- Použít madla a protiskluzové podložky na toaletách a v koupelnách;
- Pozor v zimě na náledí. (Marx, 2007, s. 47-49)

3.3 Ochranné a bezpečnostní pomůcky

- Bezpečnostní opatření se provádějí vždy, když je identifikováno riziko pádu. Problematika bezpečí pacienta ve zdravotnickém zařízení je náročná, protože prostor, ve kterém se pacient nachází je pro něj během hospitalizace náhradním domovem, je také pracovním prostorem zdravotníků. Ne všichni pacienti zvládnou obsluhu telefonu nebo signalizačního zařízení, a proto je nutná opakovaná kontrola pacienta. (Marx, 2007, s. 94-100)

Bezpečnostní opatření:

- Přístupnost signalizačního zařízení;
- Stabilitnost nábytku;
- Volné cesty pro pohyb po objektu;
- Snadný přístup k věcem;

- Odstranění nerovné podlahy;
- Označit mokré podlahy;
- Správná poloha lůžka;
- Použití bezpečnostních brzd u kolečkových křesel;
- Použití zábran na vozíku při převozu pacienta;
- Správné dávkování léků;
- Použití kompenzačních pomůcek;
- Použití postranic;
- Použití zvýšených sedátek na toaletě;
- Použití brýlí;
- Použití madel v koupelně a na toaletě;
- Použití pomůcek na polohování. (Marx, 2007, s. 94-100)

3.4 Omezovací prostředky

Hlavním cílem omezovacích prostředků je zajištění bezpečnosti pacienta a také zajistit klid pro ostatní pacienty a zabránit zničení majetku. K použití omezovacích prostředků přistupujeme až po vyčerpání všech metod. Omezení je vždy indikováno lékařem a vede se záznam o imobilizaci. (příloha V)

Druhy:

- a) Fyzické – úchopy, držení rukama;
- b) Mechanické – kurty, síťová lůžka, zamčené dveře;
- c) Farmakologické – léky na uklidnění. (Venglářová, 2007, s. 52-53)

Používání omezovacích prostředků:

- Musí se dát dobře vyměňovat, hlavně při znečištění;
- Nepoužívat jako trest pro pacienty;
- Měl by být vždy souhlas pacienta nebo příbuzných;
- Nepoužívat k usnadnění práce personálu;

- Informovat rodinu o nutnosti použití omezovacího prostředku;
- Používat jen po nezbytně dlouhou dobu;
- Pozor na odřeniny, vznik dekubitů, otoky, svalovou ztuhlost;
- Pravidelná kontrola pacienta;
- Prevence dekubitů, péče o hygienu, dostatečné zavodňování. (Jurásková, 2007, s. 23-27)

3.5 Nežádoucí událost

Při pádu pacienta je vždy nutné vypsát nežádoucí událost (NU) o vzniku pádu (příloha VI). Každý pád pacienta se musí nahlásit lékaři, který provede u pacienta vyšetření a zápis do protokolu. Hlášení nežádoucí události se vyplňuje elektronicky. Při pádu je potřeba posoudit stav vědomí, změřit fyziologické funkce a zjistit případné zranění. Pokud pacient nebyl veden jako rizikový, nyní již veden být musí. V NU se vyplňuje čas a místo pádu, identifikační údaje pacienta, postižení, soběstačnost, role pracovníka a jeho svědka, užívaná medikace pacienta, pomůcky, bezprostřední potíže před pádem, FF, okolnosti a řešení pádu a zhodnocení zdravotního stavu lékařem. Mějme na paměti, že každý rizikový pacient musí být viditelně označen (Svobodová, 2007, s. 5-6)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRŮZKUMU

4.1 Cíle

4.1.1 Hlavní cíl

Zjistit pohled všeobecných sester na pády geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory.

4.1.2 Dílčí cíle

- Zjistit výskyt pádů s ohledem na věk, pohlaví, čas a místo pádu;
- Zjistit vybavenost pracovišť s ohledem na bezpečnost geriatrických pacientů;
- Zmapovat názor všeobecných sester na využívání mechanických omezovacích prostředků.

4.2 Průzkumná metoda

K získání potřebných dat byla použita metoda dotazníkového šetření. Jedná se o kvantitativní metodu. Bártlová ve své knize *Výzkum a ošetřovatelství* píše: *Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku.* (Bártlová a kol., 2008, s. 98)

Dotazník se skládá z uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek. Respondenti měli možnost zvolit si z výčtu nabízených možností, popřípadě doplnit svými poznatky. Otevřené otázky sloužily k osobnímu vyjádření respondentů.

Dotazník obsahuje celkem 25 otázek (příloha VII). Jednotlivé otázky byly formulovány na základě stanovených cílů. Úvod dotazníku tvoří vstupní část, která se zaměřuje na seznámení respondentů s průzkumníkem a s tématem. Obsahuje poděkování za spolupráci při vypisování dotazníků a ujištění, že dotazník je anonymní.

4.3 Organizace šetření

Průzkumného šetření předcházela studie, která se prováděla v měsíci lednu. Dotazník byl vyplněn 5 respondenty, jejichž úkolem bylo posoudit úplnost a smysluplnost otázek. Na základě poznatků respondentů byla z dotazníku odebrána jedna otázka. Po schválení vedoucí práce byly dotazníky rozdány do domova pro seniory Burešov a do léčebny dlouhodobě nemocných ve Zlíně.

Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci únoru. Dotazník byl rozdán v domově pro seniory Burešov v počtu 40 a v léčebně dlouhodobě nemocných v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně v počtu 60. Celkový počet vrácených dotazníků činil 92, což činí 92 %.

4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry, které pracují v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory. Dotazník byl rozdán všeobecným sestřím za pomoci staničních sester.

4.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zaznamenána do tabulek a prostorových sloupcových grafů v programu Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word. Výsledky byly doplněny komentářem.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

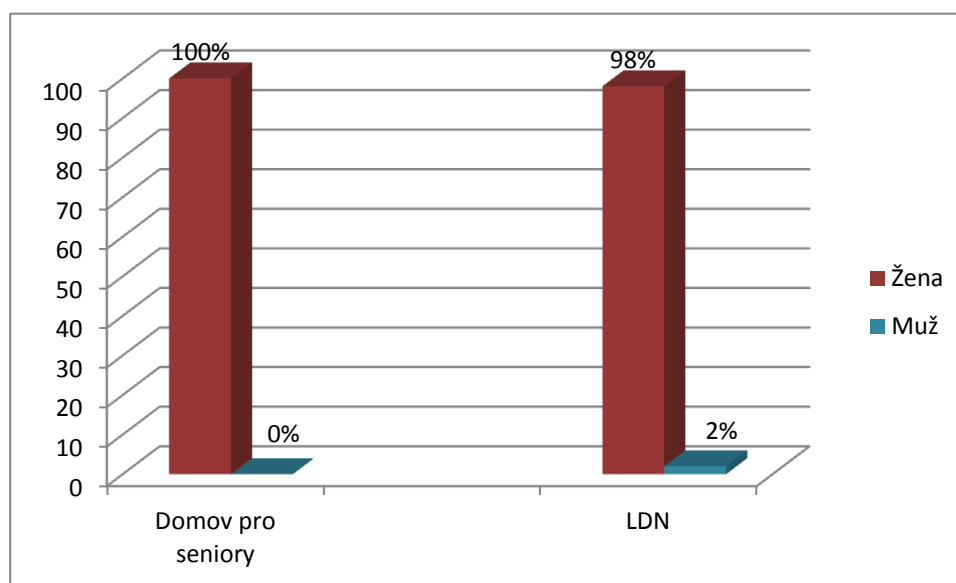
Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	34	100
Muž	0	0
CELKEM	34	100

Tabulka 2 Pohlaví respondentů v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	57	98
Muž	1	2
CELKEM	58	100



Graf 1 Pohlaví respondentů

Komentář:

Dotazníkového šetření se v domově pro seniory zúčastnilo 100 % žen, v léčebně dlouhodobě nemocných to bylo 98 % žen a 2 % mužů.

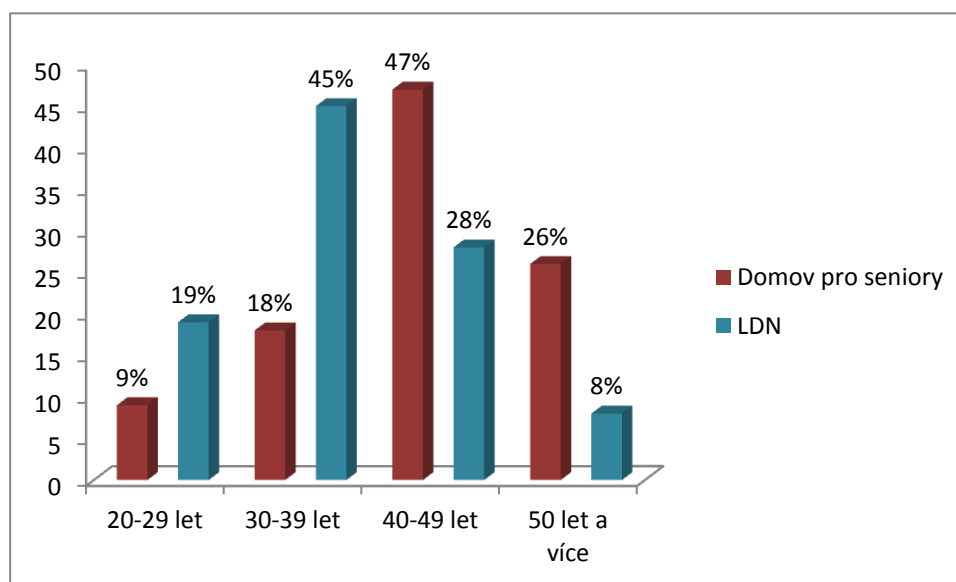
Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 3 Věk respondentů v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20-29 let	3	9
30-39 let	6	6
40-49 let	16	47
50 let a více	9	26
CELKEM	34	100

Tabulka 4 Věk respondentů v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20-29 let	11	19
30-39 let	26	45
40-49 let	16	28
50 let a více	5	8
CELKEM	58	100



Graf 2 Věk respondentů

Komentář:

Nejvyšší počet respondentů v domově pro seniory je zastoupen ve věkové kategorii 40 – 49 let, a to v 47 %. Poté následuje kategorie 50 let a více v počtu 26 %, dále věk 30 – 39 let je v 18 % a v 9 % je zastoupena věková kategorie 20 – 29 let.

LDN je zastoupena ve věkové kategorii 20 - 29 let v 19 %, 30 – 39 let v 45 %, kategorie 40 – 49 let je má 28 % a poslední kategorie 50 let a více v počtu 8 %.

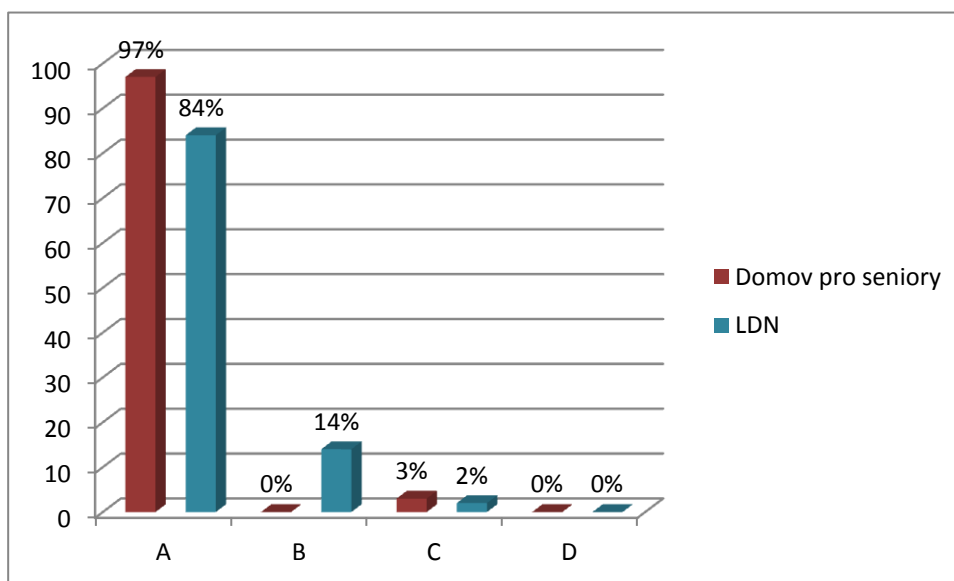
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v domově pro seniory

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Střední odborné s maturitou	33	97
B	Vyšší odborné	0	0
C	Vysokoškolské Bc.	1	3
D	Vysokoškolské Mgr.	0	0
	CELKEM	34	100

Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Střední odborné s maturitou	49	84
B	Vyšší odborné	8	14
C	Vysokoškolské Bc.	1	2
D	Vysokoškolské Mgr.	0	0
	CELKEM	58	100



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Komentář:

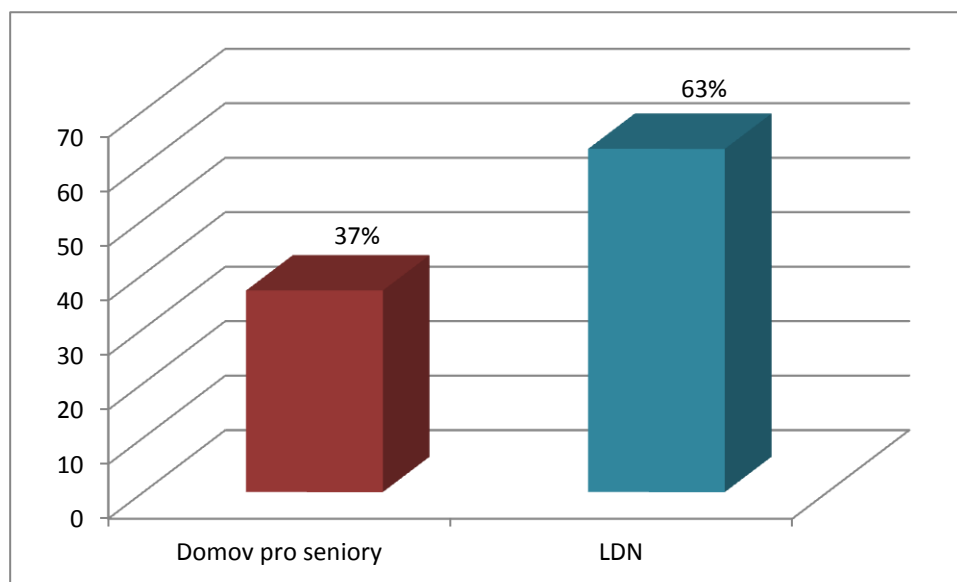
Z celkového počtu dotazovaných v domově pro seniory tvoří 97 % respondentů se vzděláním střední odborné s maturitou, vysokoškolské bakalářské je v zastoupení 3 %. Vzdělání vyšší odborné a vysokoškolské magisterské se v domově pro seniory nevyskytlo vůbec.

V léčebně dlouhodobě nemocných jsou respondenti zastoupeni v 84 % se vzděláním středním odborným s maturitou, vyšší odborné je zastoupeno v 14 %. Pouze 2 % respondentů uvedlo, že absolvovali vysokoškolské bakalářské studium a vysokoškolské magisterské studium se nevyskytlo vůbec.

Otázka č. 4: Kde pracujete?

Tabulka 7 Místo povolání

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
LDN	58	63
Domov pro seniory	34	37
CELKEM	92	100



Graf 4 Místo povolání

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných bylo 63 % respondentů z léčebny dlouhodobě nemocných a 37 % z domova pro seniory.

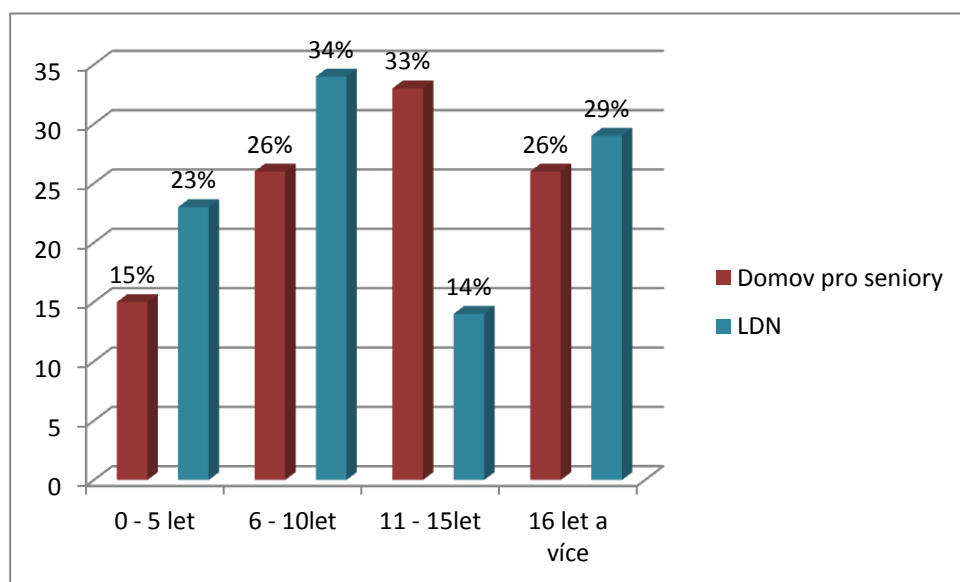
Otázka č. 5: Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty/klienty?

Tabulka 8 Délka praxe s geriatrickými klienty v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 - 5 let	5	15
6 - 10let	9	26
11 - 15let	11	33
16 let a více	9	26
CELKEM	34	100

Tabulka 9 Délka praxe s geriatrickými pacienty v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 - 5 let	13	23
6 - 10let	20	34
11 - 15let	8	14
16 let a více	17	29
CELKEM	58	100



Graf 5 Délka praxe s geriatrickými klienty/pacienty

Komentář:

V domově pro seniory pracuje s geriatrickými klienty 0 – 5 let 15 % respondentů, 34 % bylo zastoupeno délkou praxe 11 – 15 let. Délka praxe 6 – 10 let je zastoupena v 26 % a v 26 % je také skupina respondentů s praxí 16 let a více.

V léčebně dlouhodobě nemocných má 23 % respondentů praxi 0 – 5 let, 34 % 6 – 10let. S geriatrickými pacienty pracuje 11 – 15 let 14 % dotazovaných a 29 % s nimi pracuje 50 let a více.

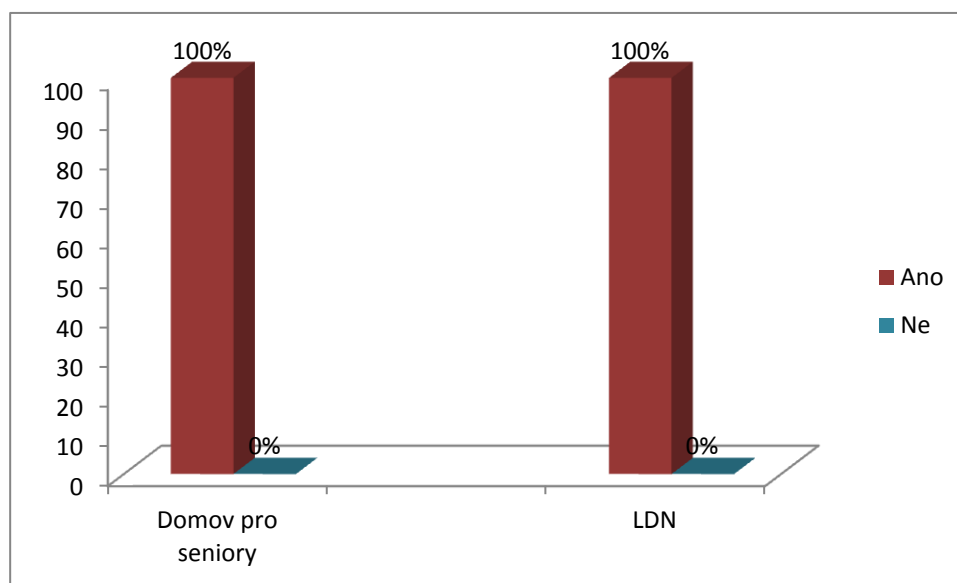
Otázka č. 6: Setkal/a jste se někdy osobně s pádem u pacienta/klienta?

Tabulka 10 Osobní setkání s pádem u klienta v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	34	100
Ne	0	0
CELKEM	34	100

Tabulka 11 Osobní setkání s pádem u pacienta v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	58	100
Ne	0	0
CELKEM	58	100



Graf 6 Osobní setkání s pádem u klienta/pacienta

Komentář:

V domově pro seniory i v léčebné dlouhodobě nemocných se s pádem u geriatrického klienta/pacienta setkala 100% respondentů.

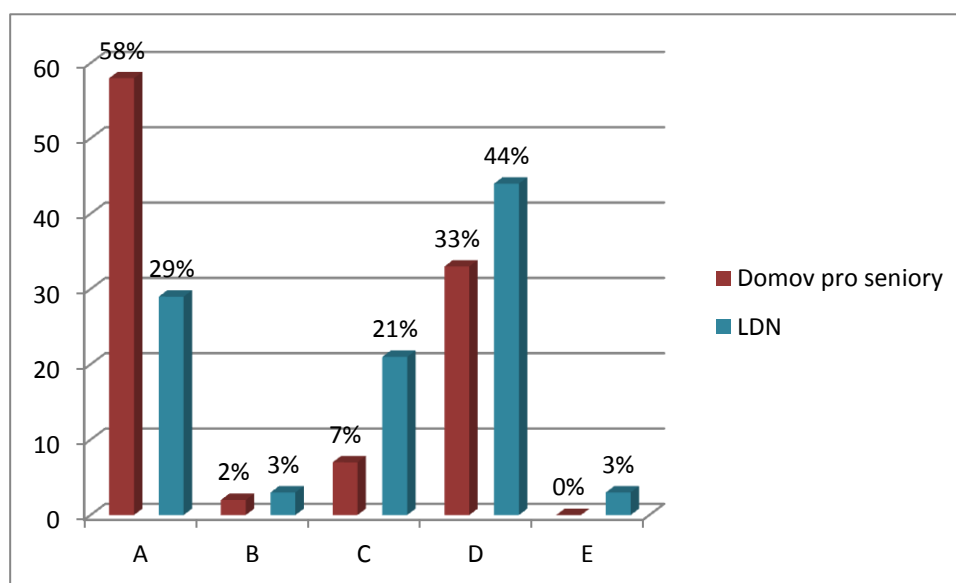
Otázka č. 7: Jakým způsobem se nejčastěji dozvíte o pádu pacienta/klienta?

Tabulka 12 Způsob zjištění pádu klienta v domově pro seniory

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Zazvoněním spoluklientem	25	58
B	Sám klient si zazvoní	1	2
C	Křikem klienta	3	7
D	Klient je nalezen zdravotnickým personálem	14	33
E	Jiné	0	0
	CELKEM	43	100

Tabulka 13 Způsob zjištění pádu pacienta v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Zazvoněním spolupacientem	28	29
B	Sám pacient zazvoní	3	3
C	Křikem pacienta	20	21
D	Pacient je nalezen zdravotnickým personálem	43	44
E	Jiné – personál pád uslyší	3	3
	CELKEM	97	100



Graf 7 Způsob zjištění pádu klienta/pacienta

Komentář:

V domově pro seniory je nejčastěji zjištěn pád klienta zazvoněním jeho spoluklientem a to v 58 %. Zdravotnickým personálem je nalezeno 33 % klientů, v 7 % pád zjistí respondenti křikem klienta. V 2 % si klient sám zazvoní a na odpověď jiné neodpověděl žádný s dotazovaných respondentů.

V léčebně dlouhodobě nemocných se zjistí pád zazvoněním spolupacientem v 29 %, v 3 % si pacient sám zazvoní na zdravotnický personál. Nejvyšší hodnoty dosáhla odpověď, kdy je pacient nalezen zdravotnickým personálem a to v 44 %. V 21 % se o pádu dozví křikem pacienta a v 3 % pád uslyší personál.

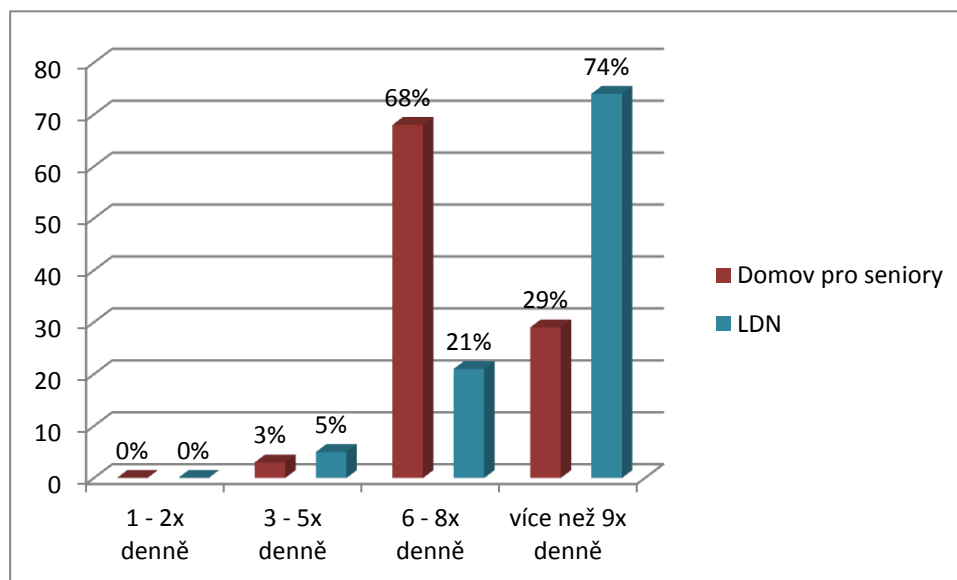
Otázka č. 8: Jak často provádíte kontrolu pacienta/klienta na pokoji?

Tabulka 14 Četnost kontrol klienta v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 - 2x denně	0	0
3 - 5x denně	1	3
6 - 8x denně	23	68
více než 9x denně	10	29
CELKEM	34	100

Tabulka 15 Četnost kontrol pacienta v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 - 2x denně	0	0
3 - 5x denně	3	5
6 - 8x denně	12	21
více než 9x denně	43	74
CELKEM	58	100



Graf 8 Četnost kontrol klienta/pacienta

Komentář:

V domově pro seniory provádí kontrolu nejčastěji 6 – 8x denně 68 % respondentů. Druhá nejčastější odpověď je více než 9x denně a to v 29 %. 3 – 5x denně provádí kontrolu pouze 3 % dotazovaných respondentů a na odpověď 1 – 2x denně neodpověděl žádný respondent.

V léčebně dlouhodobě nemocných na četnost kontrol 1 – 2x denně neodpověděl žádný z respondentů, 3 – 5x denně odpovědělo 5 % dotazovaných. Nejčastější odpověď v 74 % byla více než 9x denně a kontrolu 6 – 8x denně provádí 21 % respondentů.

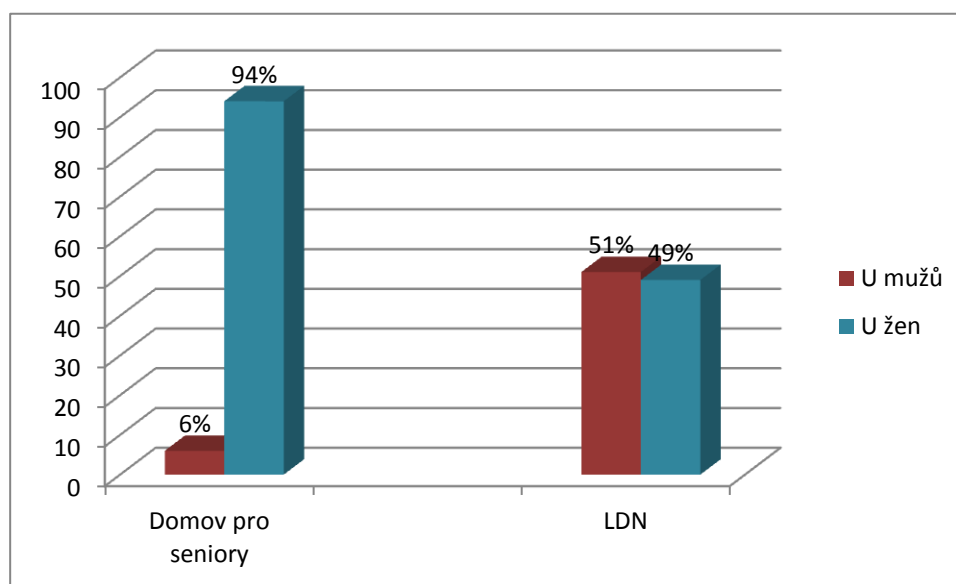
Otázka č. 9: U jakého pohlaví dochází na Vašem pracovišti častěji k pádům?

Tabulka 16 Četnost pádů v domově pro seniory s ohledem na pohlaví klientů

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
U mužů	2	6
U žen	32	94
CELKEM	34	100

Tabulka 17 Četnost pádů v LDN s ohledem na pohlaví pacientů

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
U mužů	32	51
U žen	31	49
CELKEM	63	100



Graf 9 Četnost pádů s ohledem na pohlaví klientů/pacientů

Komentář:

V domově pro seniory odpovědělo 94 % respondentů, že častěji dochází k pádům u žen a naopak 6 % odpovědělo, že u mužů.

V LDN odpovědělo 51 % dotazovaných, že k pádu dochází častěji u mužů a 49 % dotazovaných odpovědělo, že u žen.

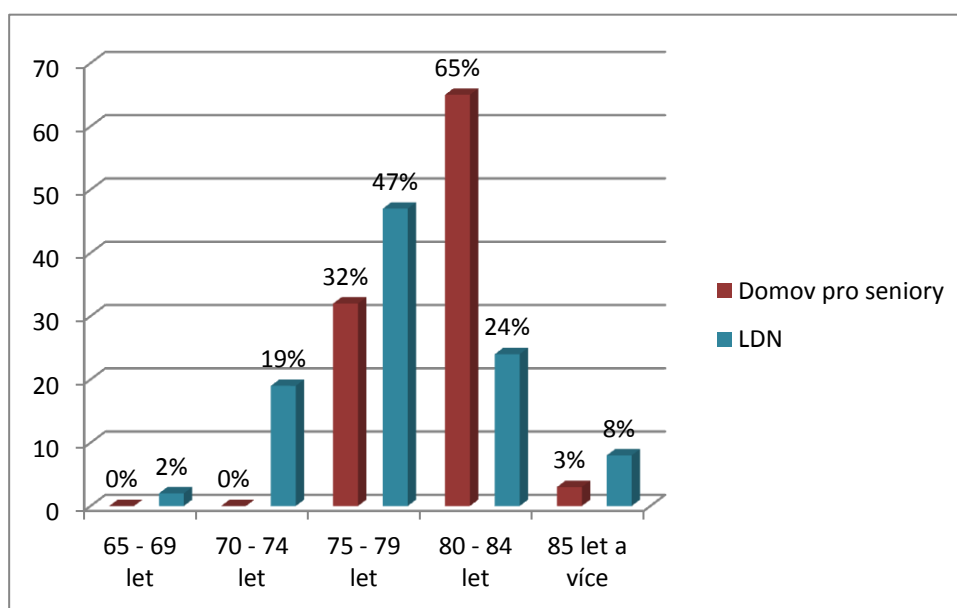
Otázka č. 10: U jaké věkové kategorie dochází na Vašem pracovišti nejčastěji k pádům?

Tabulka 18 Četnost pádů s ohledem na věk klienta v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
65 - 69 let	0	0
70 - 74 let	0	0
75 - 79 let	11	32
80 - 84 let	22	65
85 let a více	1	3
CELKEM	34	100

Tabulka 19 Četnost pádů s ohledem na věk pacienta v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
65 - 69 let	1	2
70 - 74 let	13	19
75 - 79 let	31	47
80 - 84 let	16	24
85 let a více	5	8
CELKEM	66	100



Graf 10 Četnost pádů s ohledem na věk klienta/pacienta

Komentář:

V domově pro seniory dochází k pádům nejčastěji u klientů ve věku 80 – 84 let a to v 65 %. Naopak vůbec nedochází k pádům ve věkové hranici 65 – 69 let a 70 – 74 let. V 32 % dojde k pádům mezi 75 – 79 lety a v 3 % u 85 let a více.

V léčebně dlouhodobě nemocných dochází k pádům v 65 – 69 letech u 2 %, v 70 – 74 letech u 19 %. Nejčastěji dochází k pádům ve věku 75 – 79 let a to u 47 % pacientů. V 24 % dojde k pádu mezi lety 80 – 84 a v 8 % 85 let a více.

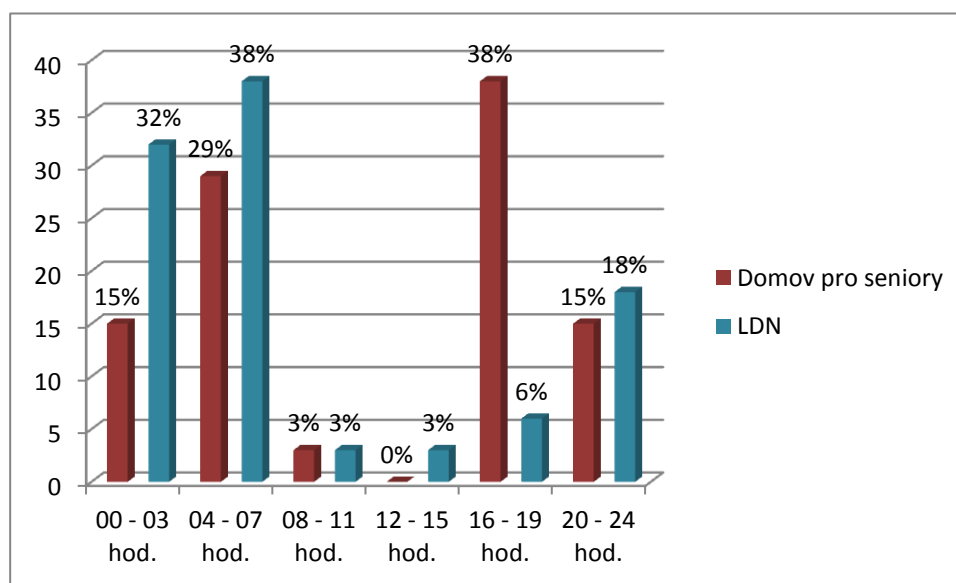
Otázka č. 11: V jaké době dochází na Vašem pracovišti nejčastěji k pádům?

Tabulka 20 Výskyt pádů s ohledem na denní dobu v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
00 - 03 hod.	6	15
04 - 07 hod.	11	29
08 - 11 hod.	1	3
12 - 15 hod.	0	0
16 - 19 hod.	15	38
20 - 24 hod.	6	15
CELKEM	39	100

Tabulka 21 Výskyt pádů s ohledem na denní dobu v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
00 - 03 hod.	21	32
04 - 07 hod.	25	38
08 - 11 hod.	2	3
12 - 15 hod.	2	3
16 - 19 hod.	4	6
20 - 24 hod.	12	18
CELKEM	66	100



Graf 11 Výskyt pádů s ohledem na denní dobu

Komentář:

Z grafu vyplývá, že v domově pro seniory dochází k pádům nejčastěji v době 16 – 19 hodin a to v 38 %. S druhým nejvyšším množstvím 29 % je v době 04 – 07 hodin. Naopak v době 12 – 15 hodin nedochází k pádům vůbec a pouze v 3 % je to v době 08 – 11 hodin. V 15 % dojde k pádům mezi 00 – 03 hodin a v 20 – 24 hodin.

V léčebně dlouhodobě nemocných dochází nejčastěji k pádům v době 04 – 07 hodin a to v 38 %, hned za ní s 32 % je to čas mezi 00 – 03 hodin. V době 08 – 11 a 12 – 15 hodin dojde v 3 % pádů. V 6 % je to v čase 16 – 19 hodin a v 18 % mezi 20 – 24 hodin.

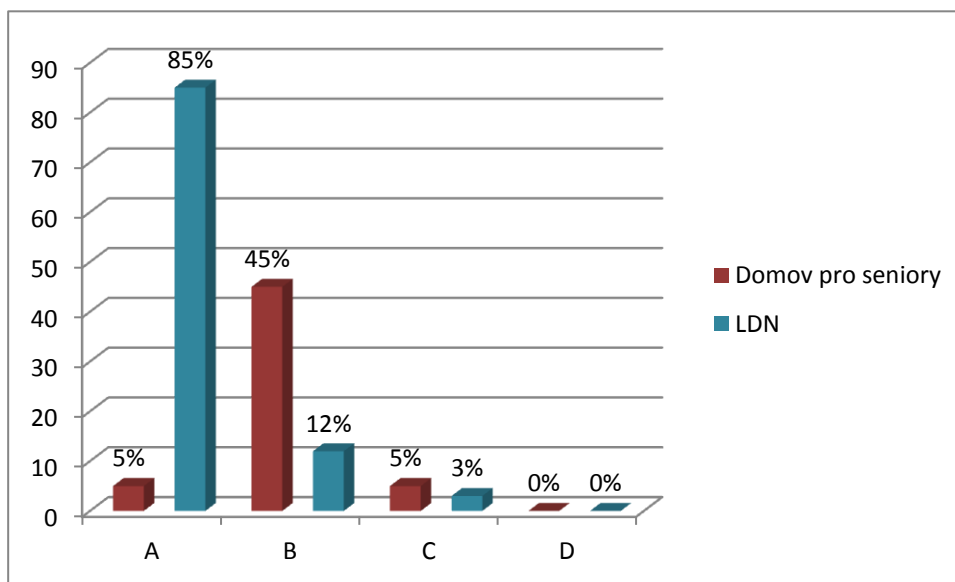
Otázka č. 12: Kde dochází na Vašem pracovišti nejčastěji k pádům?

Tabulka 22 Nejčastější místo pádů v domově pro seniory

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Na pokoji klienta	33	5
B	Na WC	30	45
C	Na chodbě oddělení	3	5
D	Jinde	0	0
	CELKEM	66	100

Tabulka 23 Nejčastější místo pádů v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Na pokoji pacienta	56	85
B	Na WC	8	12
C	Na chodbě oddělení	2	3
D	Jinde	0	0
	CELKEM	66	100



Graf 12 Nejčastější místo pádu

Komentář:

V domově pro seniory nejčastěji dochází k pádům na WC a to v 85 %, pouze v 5 % dojde k pádu na pokoji klienta nebo na chodbě. Na možnost jiné neodpověděl žádný respondent.

V léčebně dlouhodobě nemocných dochází v 85 % k pádům na pokoji pacienta. V 12 % dojde k upadnutí pacienta na WC a pouze ve 3 % na chodbě. Možnost jiné si zvolilo 0 % respondentů.

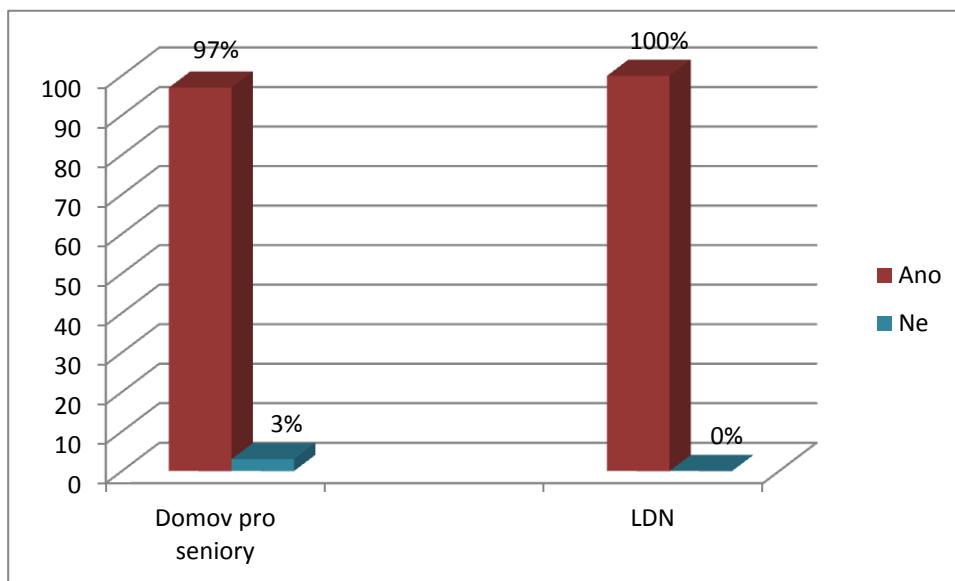
Otázka č. 13: Používáte ke zklidnění pacienta/klienta farmakologickou léčbu?

Tabulka 24 Použití farmakoterapie ke zklidnění klienta v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)
Ano	33	97
Ne	1	3
CELKEM	34	100

Tabulka 25 Použití farmakoterapie ke zklidnění pacienta v LDN

Možné odpovědi	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)
Ano	58	100
Ne	0	0
CELKEM	58	100



Graf 13 Použití farmakoterapie ke zklidnění klienta/pacienta

Komentář:

V domově pro seniory používá farmakoterapii 97 % respondentů a 3 % nepoužívají.

V léčebně dlouhodobě nemocných používá farmakoterapii 100 % dotazovaných.

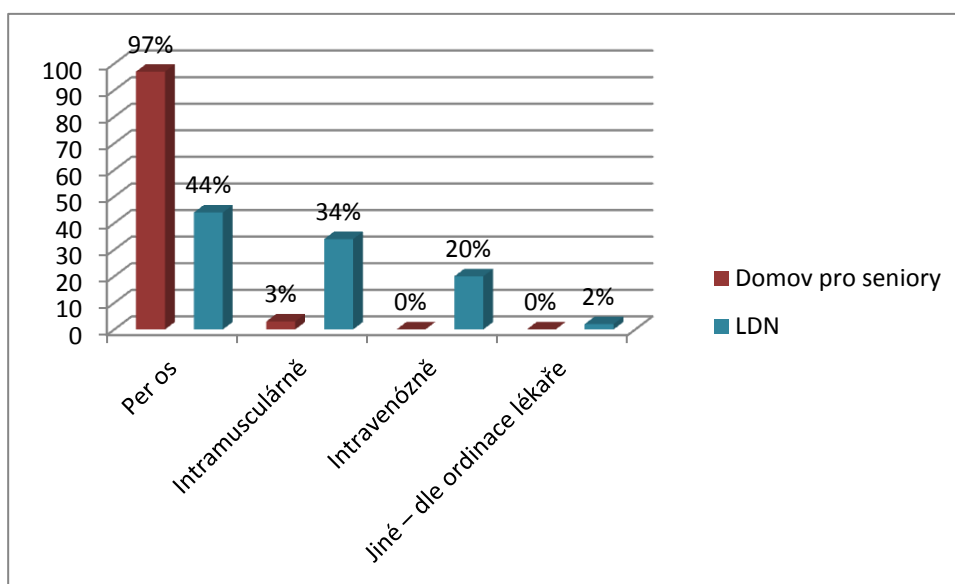
Pokud ano, v jaké formě?

Tabulka 26 Způsob podání farmak v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Per os	33	97
Intramuskulárně	1	3
Intravenózně	0	0
Jiné – dle ordinace lékaře	0	0
CELKEM	34	100

Tabulka 27 Způsob podání farmak v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Per os	47	44
Intramuskulárně	36	34
Intravenózně	21	20
Jiné – dle ordinace lékaře	3	2
CELKEM	107	100



Graf 14 Způsob podání farmak

Komentář:

V domově pro seniory odpovědělo 97 % respondentů, že podávají farmaka per os a pouze ve 3 % intramuskulárně. Podání formou intravenózně je zastoupeno 0 % a na výběr z jiné odpovědělo také 0 % respondentů.

V léčebně dlouhodobě nemocných podávají v 44 % farmaka per os a v 34 % intramuskulárně. Intravenózní podání je v 20 % a na výběr z jiné odpovědělo 2 % dotazovaných dle ordinace lékaře.

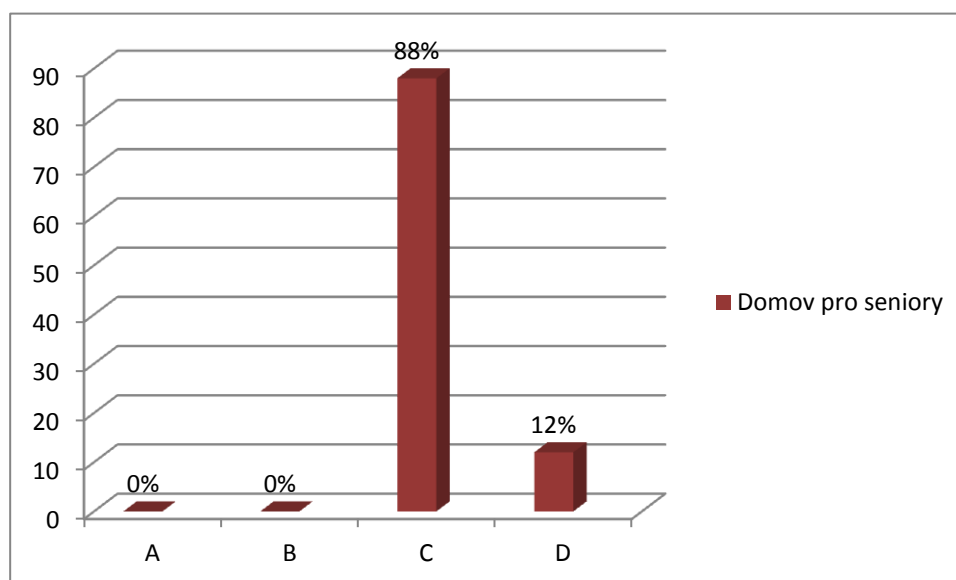
Otázka č. 14: Jakým způsobem identifikujete rizikového pacienta/klienta z hlediska pádu?

Tabulka 28 Identifikace rizikového klienta v domově pro seniory

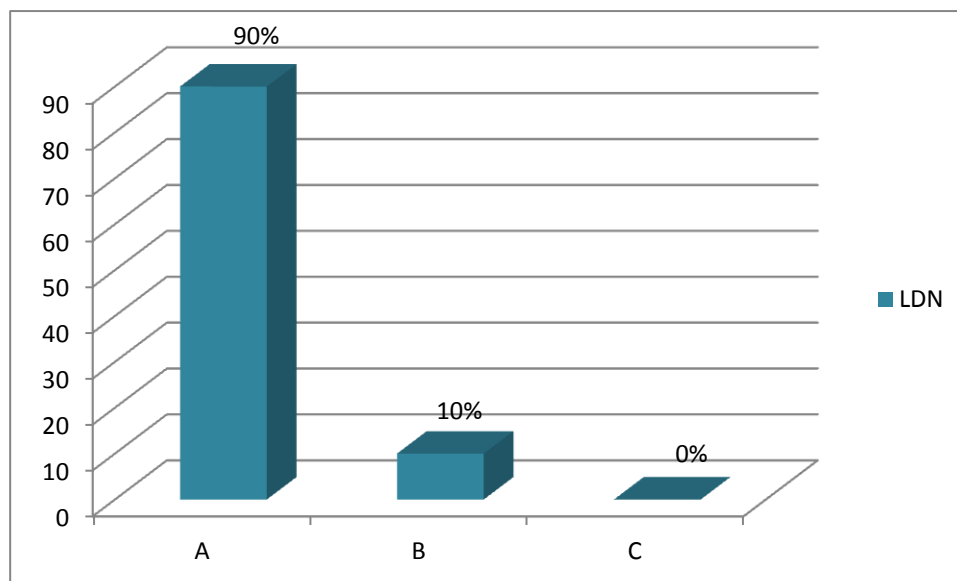
	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní možnost (%)
A	Identifikační pásek na horní končetinu	0	0
B	Identifikační pásek na lůžko	0	0
C	Jiné - písemně v dokumentaci	30	88
D	Jiné - žádné značení	4	12
	CELKEM	34	100

Tabulka 29 Identifikace rizikového pacienta v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Identifikační pásek na horní končetinu	57	90
B	Identifikační pásek na lůžko	6	10
C	Jiné	0	0
	CELKEM	63	100



Graf 15 Identifikace rizikového klienta v domově pro seniory



Graf 16 Identifikace rizikového pacienta v LDN

Komentář:

V domově pro seniory identifikují rizikového klienta v 88 % písemně v dokumentaci a ve 12 % nepoužívají žádné značení. Na odpověď identifikační pásek na horní končetinu a na lůžko odpovědělo 0 % respondentů.

V léčebně dlouhodobě nemocných naopak v 90 % používají k označení rizikového pacienta identifikační pásek na horní končetinu a v 10 % identifikační pásek na lůžko. Z výběru odpovědi jiné nevyužil žádný z dotazovaných.

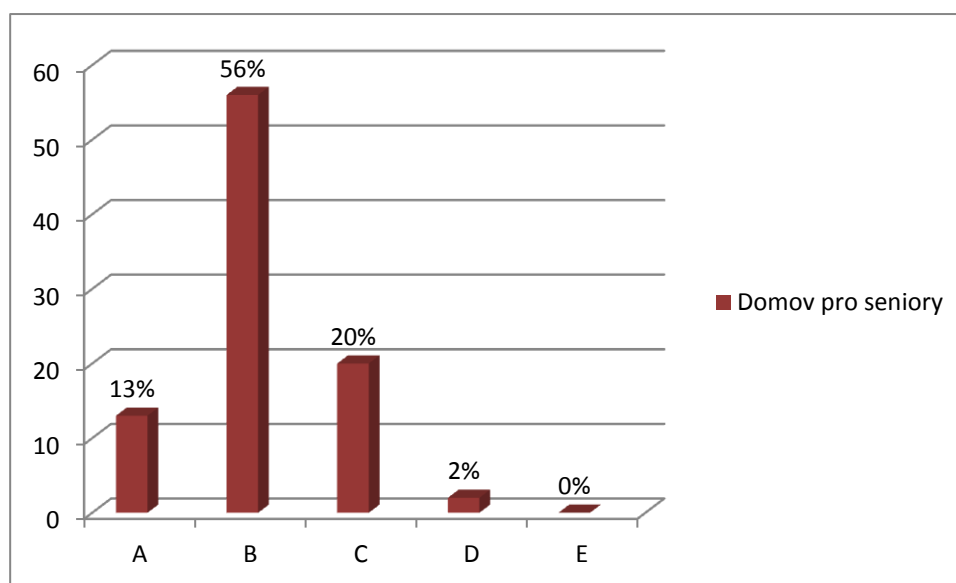
Otázka č. 15: **Jaké používáte pomůcky pro geriatrické pacienty/klienty se sníženou hybností?**

Tabulka 30 Pomůcky pro klienty se sníženou hybností v domově pro seniory

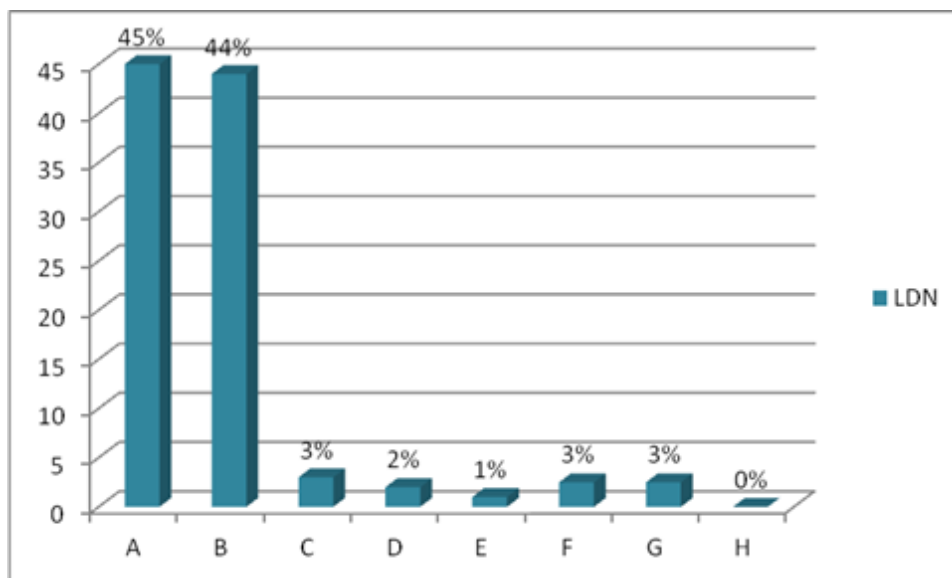
	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Hrazda	7	13
B	Chodítka	34	56
C	Jiné - invalidní vozík	10	20
D	Jiné - francouzské hole	1	2
E	Nepoužíváme žádné pomůcky	0	0
	CELKEM	52	100

Tabulka 31 Pomůcky pro pacienty se sníženou hybností v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Hrazda	58	45
B	Chodítka	57	44
C	Jiné - francouzské hole	4	4
D	Jiné - postranice	2	2
E	Jiné - RHB pomůcky	1	1
F	Jiné - podpažní berle	3	2
G	Jiné - pojízdné WC	3	2
H	Nepoužíváme žádné pomůcky	0	0
	CELKEM	128	100



Graf 17 Pomůcky pro klienty v domově pro seniory



Graf 18 Pomůcky pro pacienty v LDN

Komentář:

V domově pro seniory nejčastěji používají z pomůcek pro klienty chodítka a to v 56 %, v 13 % používají hrazdu. 20 % respondentů odpovědělo, že pro klienty používají invalidní vozík a v 2 % francouzské hole. 0 % dotazovaných respondentů uvedlo, že nepoužívají žádné pomůcky.

V léčebně dlouhodobě nemocných mezi nejčastěji používanou pomůcku patří v 45 % hrazdy a v 44 % chodítka. Francouzské hole uvedlo 3 % dotazovaných a postranice 2 %. Na výběr z jiných dále respondenti uvedli 1 % RHB pomůcky. Stejně 2,5 % podložní mísu a pojízdné WC. 0 % respondentů uvedlo, že nepoužívají žádné pomůcky.

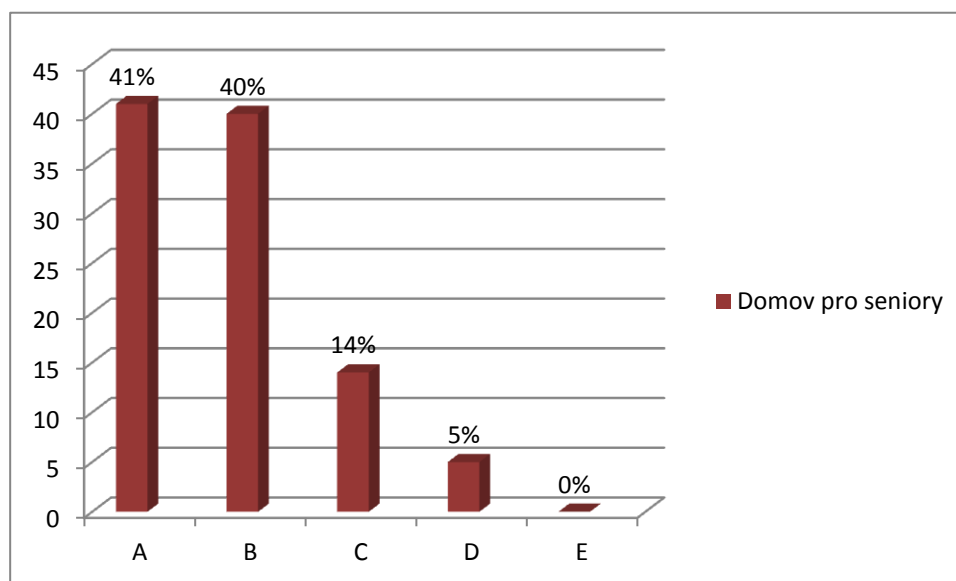
Otázka č. 16: Jaká máte na Vašem pracovišti opatření proti pádům?

Tabulka 32 Opatření proti pádům v domově pro seniory

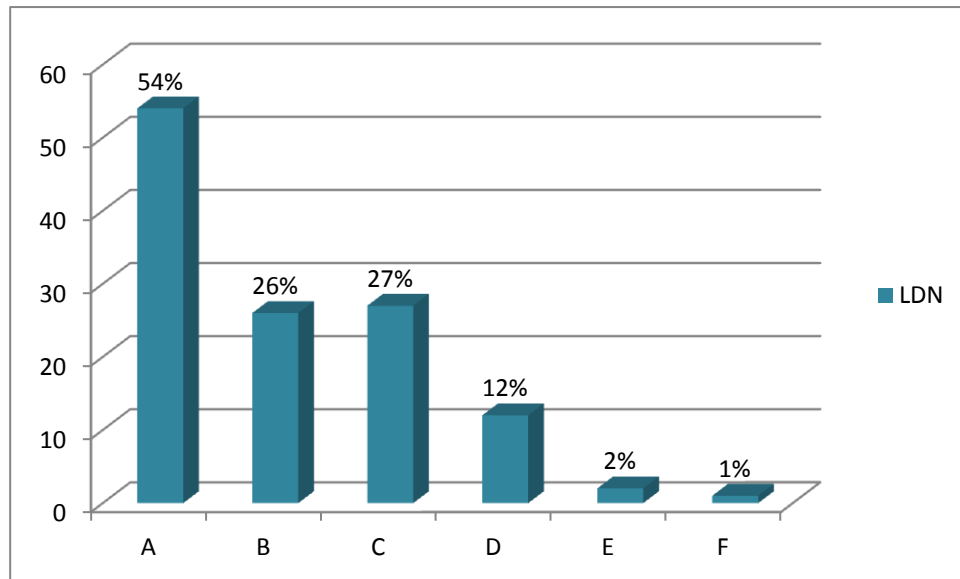
	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Madla na stěnách chodby	34	41
B	Madla v koupelně a WC	33	40
C	Noční světla	11	14
D	Osvětlené schody	4	5
E	Jiné	0	0
	CELKEM	82	100

Tabulka 33 Opatření proti pádům v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Madla na stěnách chodby	54	54
B	Madla v koupelně a toaletě	43	26
C	Noční světla	46	27
D	Osvětlené schody	20	12
E	Jiné - postranice	4	2
F	Jiné - snížení lůžka Na nejnižší polohu	1	1
	CELKEM	168	100



Graf 19 Opatření proti pádům v domově pro seniory



Graf 20 Opatření proti pádům v LDN

Komentář:

V domově pro seniory odpovědělo 41 % dotazovaných, že používají madla na chodbě a 40 % dotazovaných madla v koupelně a na WC. V 14 % mají noční světla a v 5 % osvětlené schody. Výběr otázky jiné nevyužil žádný respondent.

V léčebně dlouhodobě nemocných používají v 54 % madla na chodbě. V 26 % mají madla také v koupelně a na WC a v 27 % noční světla. Odpověď osvětlené schody zvolilo 12 % dotazovaných. Z možné odpovědi jiné uvedlo 2 % dotazovaných postranice a 1 % snížení lůžka na nejnižší polohu.

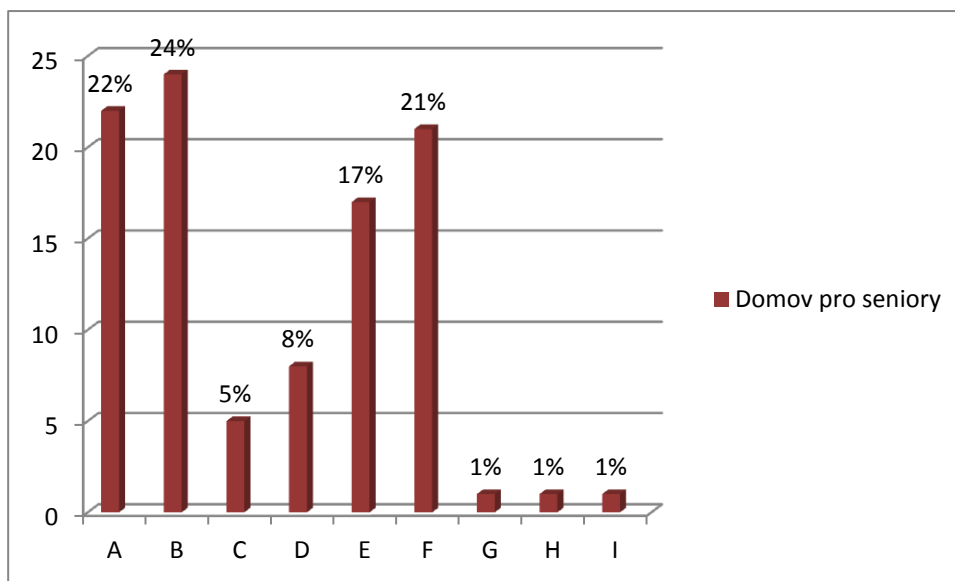
Otázka č. 17: **Z jakých příčin dochází nejčastěji k pádům?**

Tabulka 34 Příčiny pádů v domově pro seniory

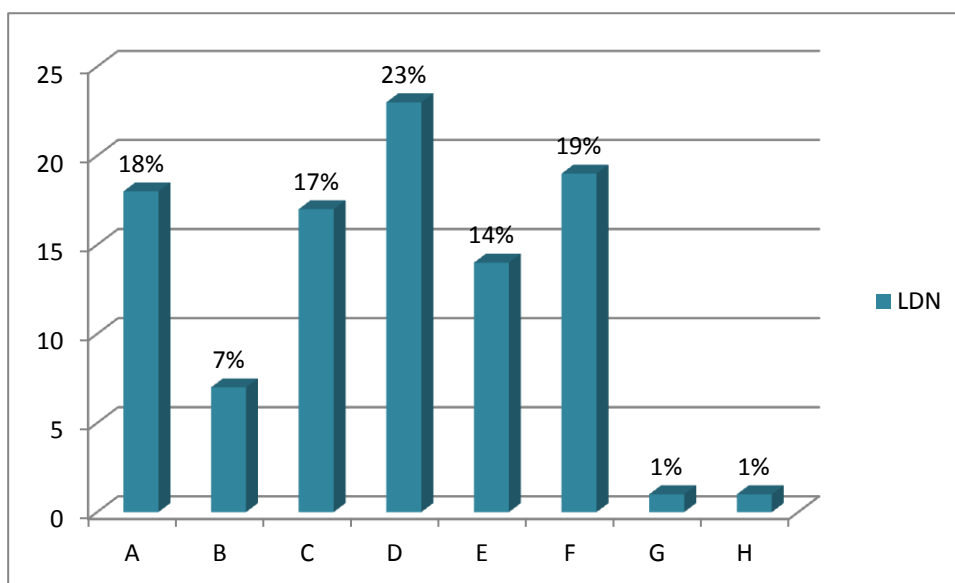
	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Uklouznutí	29	22
B	Zakopnutí	31	24
C	Pád z lůžka	7	5
D	Ztráta rovnováhy	11	8
E	Opření o nestabilní oporu	23	17
F	Vstávání z lůžka	28	21
G	Jiné - dezorientace	1	1
H	Jiné - nevhodná obuv	1	1
I	Jiné - podcenění svých sil	1	1
	CELKEM	132	100

Tabulka 35 Příčiny pádů v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Uklouznutí	30	18
B	Zakopnutí	9	7
C	Pád z lůžka	28	17
D	Ztráta rovnováhy	36	23
E	Opření o nestabilní oporu	23	14
F	Vstávání z lůžka	32	19
G	Jiné - zmatenost pacienta	1	1
H	Jiné - slabost dolních končetin	1	1
	CELKEM	160	100



Graf 21 Příčiny pádů v domově pro seniory



Graf 22 Příčiny pádů v LDN

Komentář:

V domově pro seniory dochází nejčastěji u klientů k pádům zakopnutím a to v 24 %. O něco méně 22 % má uklouznutí a 21 % vstávání z lůžka. V 17 % dojde k opření o nestabilní oporu. K pádu při ztrátě rovnováhy dojde v 8 % a pádu z lůžka v 5 %. Na možnost jiné odpověděli respondenti shodně 1 %. Odpovědi byly nevhodná obuv, podcenění vlastních sil a dezorientace.

V léčebně dlouhodobě nemocných v 23 % dojde ke ztrátě rovnováhy, v 19 % při vstávání z lůžka. K pádu uklouznutím dojde v 18 % a k pádu z lůžka v 17 %. Opřením o nestabilní oporu dojde k pádu v 14 % a zakopnutím v 7 %. Na možnost jiné odpověděli respondenti zmatenost pacienta a slabost dolních končetin a to v obou případech v 1 %.

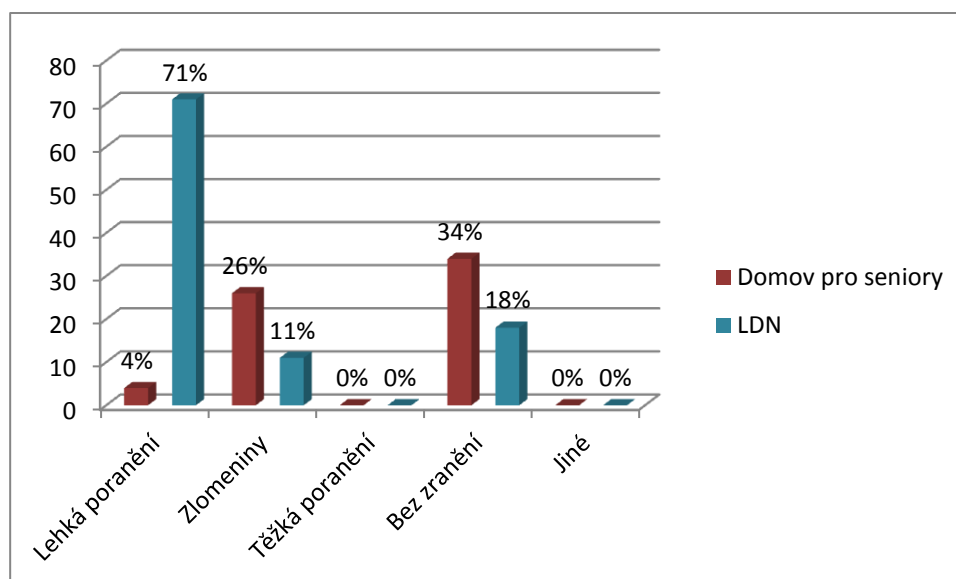
Otázka č. 18: Jaké jsou nejčastější následky pádů?

Tabulka 36 Následky pádů v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lehká poranění	32	4
Zlomeniny	21	26
Těžká poranění	0	0
Bez zranění	28	34
Jiné	0	0
CELKEM	81	100

Tabulka 37 Následky pádů v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lehká poranění	52	71
Zlomeniny	8	11
Těžká poranění	0	0
Bez zranění	13	18
Jiné	0	0
CELKEM	73	100



Graf 23 Následky pádů

Komentář:

V domově pro seniory v 34 % je klient po pádu bez zranění. V 26 % jde o zlomeniny a pouze v 4 % dochází k lehkým poraněním. Na možnost těžká poranění a jiné odpovědělo 0 % respondentů.

V léčebně dlouhodobě nemocných při pádu dojde v 71 % k lehkému poranění. V 18 % je pacient bez zranění a v 11 % utrpí zlomeniny. Možnost jiné a těžká poranění využilo 0 % dotazovaných.

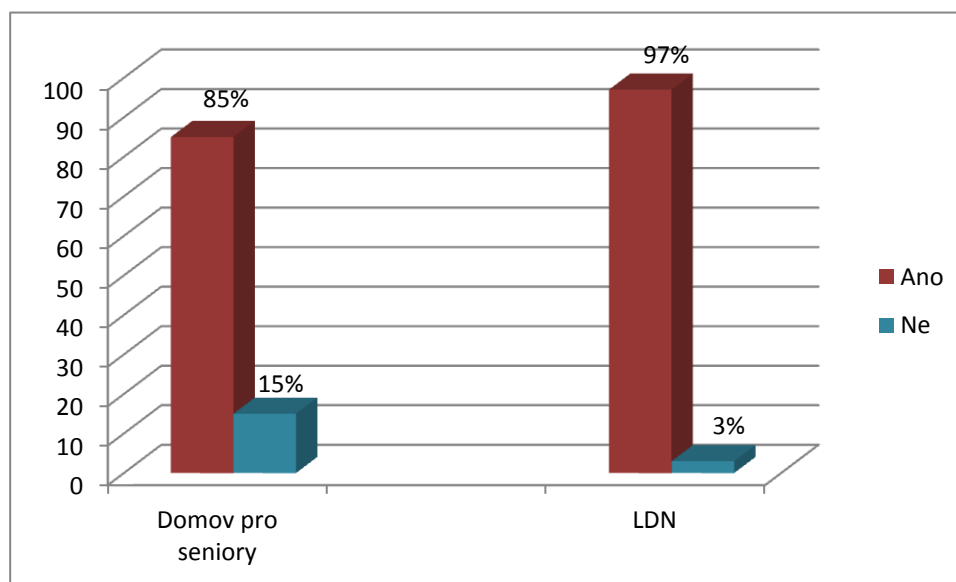
Otázka č. 19: Používáte na Vašem pracovišti mechanické omezovací prostředky?

Tabulka 38 Použití mechanických omezovacích prostředků v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	29	85
Ne	5	15
CELKEM	34	100

Tabulka 39 Použití mechanických omezovacích prostředků v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	56	97
Ne	2	3
CELKEM	58	100



Graf 24 Použití mechanických omezovacích prostředků

Komentář:

Z grafu vyplývá, že použití mechanických omezovacích prostředků využívá v domově pro seniory 85 % a v LDN 97 % dotazovaných. Naopak 15 % dotazovaných z domova pro seniory a 3 % z LDN nevyužívá mechanické omezovací prostředky.

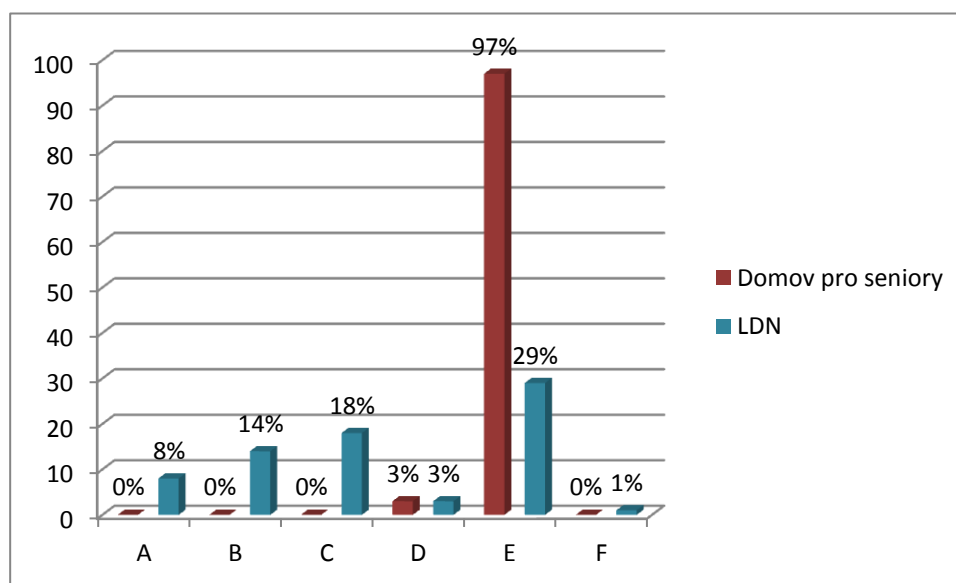
Pokud ano, jaký typ?

Tabulka 40 Typ mechanických omezovacích prostředků v domově pro seniory

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Kurty dolních končetin	0	0
B	Kurty horních končetin	0	0
C	Kurty kolem pasu a hrudníku	0	0
D	Pacičky na ruce	1	3
E	Postranice	33	97
F	Jiné – kurtace příkrývky	0	0
	CELKEM	34	100

Tabulka 41 Typ mechanických omezovacích prostředků v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Kurty dolních končetin	12	8
B	Kurty horních končetin	20	14
C	Kurty kolem pasu a hrudníku	27	18
D	Pacičky na ruce	45	3
E	Postranice	43	29
F	Jiné - kurtace příkrývky	2	1
	CELKEM	149	100



Graf 25 Typ mechanických omezovacích prostředků

Komentář:

V domově pro seniory uvedlo 97 % respondentů používání postranic a 3 % používání paciček na ruce.

V léčebně dlouhodobě ležících používá kurtaci dolních končetin 8 % a kurtaci horních končetin 14 % dotazovaných. Kurty kolem pasu a hrudníku používá 18 % respondentů. V 29 % se používá postranic a v 3 % pacičky na ruce. Z možnosti jiné uvedlo 1 % respondentů kurtaci přikrývky.

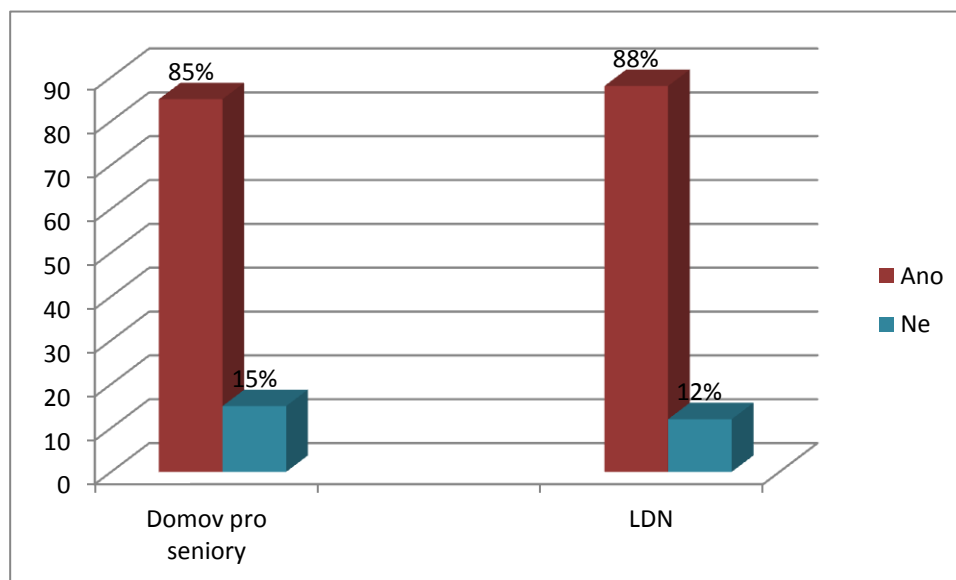
Otázka č. 20: Souhlasíte s používáním mechanických omezovacích prostředků u geriatrických pacientů/klientů?

Tabulka 42 Souhlas s používáním omezovacích prostředků v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	29	85
Ne	5	15
CELKEM	34	100

Tabulka 43 Souhlas s používáním omezovacích prostředků v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	51	88
Ne	7	12
CELKEM	58	100



Graf 26 Souhlas s používáním omezovacích prostředků

Komentář:

V domově pro seniory souhlasí s použitím omezovacích prostředků 85 % a v LDN 88 % respondentů. 15 % dotazovaných z domova pro seniory a 12 % z LDN nesouhlasí s používáním mechanických omezovacích prostředků.

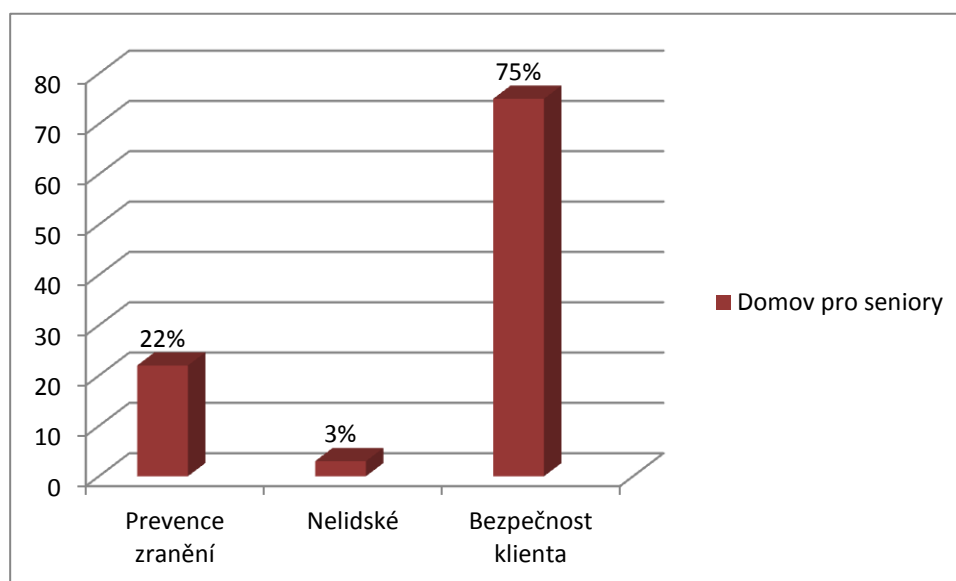
Otázka č. 21: **Z jakého důvodu souhlasíte/nesouhlasíte s používáním omezovacích prostředků?**

Tabulka 44 Vyjádření k používání omezovacích prostředků v domově pro seniory

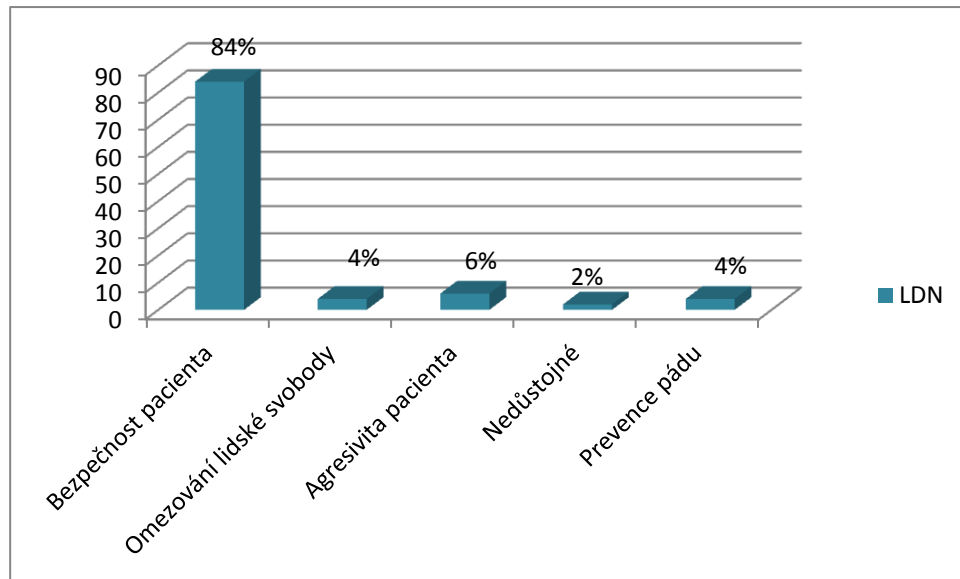
Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Prevence zranění	7	22
Nelidské	1	3
Bezpečnost klienta	24	75
CELKEM	32	100

Tabulka 45 Vyjádření k používání omezovacích prostředků v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bezpečnost pacienta	43	84
Omezování lidské svobody	2	4
Agresivita pacienta	3	6
Nedůstojné	1	2
Prevence pádu	2	4
CELKEM	51	100



Graf 27 Vyjádření k používání omezovacích prostředků v domově pro seniory



Graf 28 Vyjádření k používání omezovacích prostředků v LDN

Komentář:

V domově pro seniory patří k nejčastějším důvodům pro používání mechanických omezovacích prostředků bezpečnost klienta a to v 75 %, v 22 % jako prevence zranění. 3 % respondentů uvedlo, že je to nelidské.

V léčebné dlouhodobě nemocných odpovědělo 84 % dotazovaných respondentů, že použití mechanických omezovacích prostředků je kvůli bezpečnosti pacienta. 4 % respondentů uvedlo, že jde o omezování lidské svobody a stejný počet 4 %, že jde o prevenci pádů. 6 % dotazovaných si myslí, že kvůli agresivitě a 2 % považují používání omezovacích mechanických prostředků za nedůstojné.

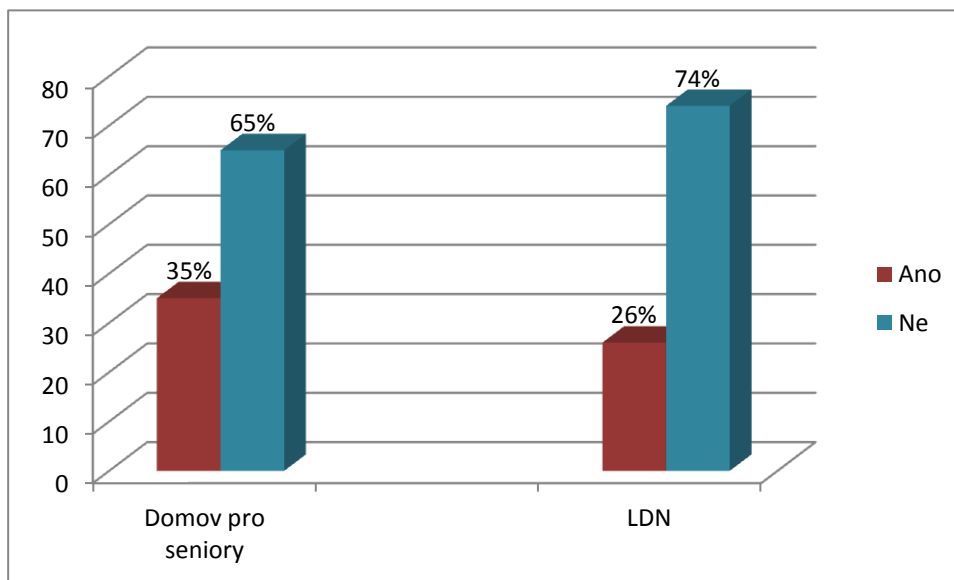
Otázka č. 22: **Myslíte si, že existuje jiný způsob vedoucí k bezpečnosti geriatrických pacientů/klientů, než mechanické omezovací prostředky?**

Tabulka 46 Jiný způsob vedoucí k bezpečnosti klienta v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	12	35
Ne	22	65
CELKEM	34	100

Tabulka 47 Jiný způsob vedoucí k bezpečnosti pacienta v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	15	26
Ne	43	74
CELKEM	58	100



Graf 29 Jiný způsob vedoucí k bezpečnosti klienta/pacienta

Komentář:

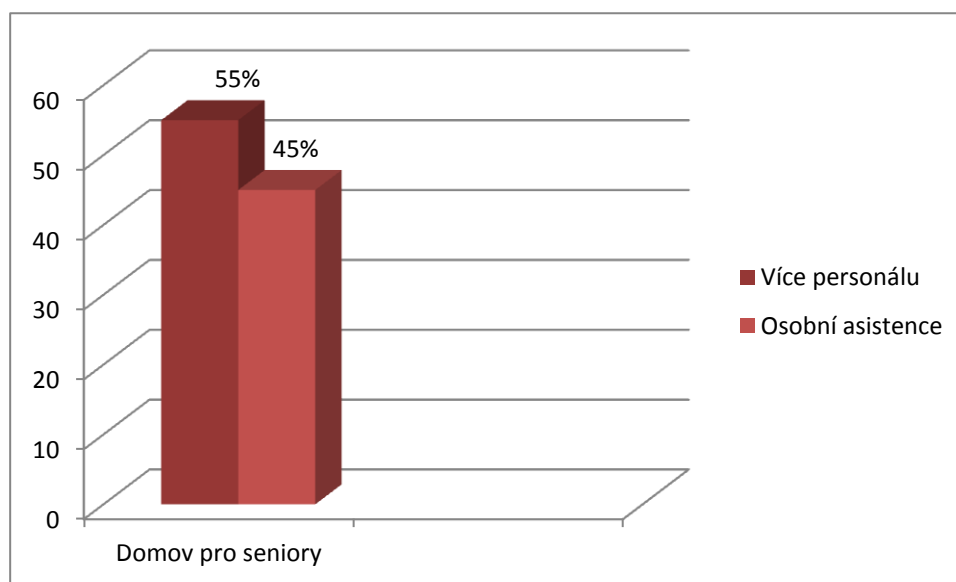
65 % dotazovaných respondentů v domově pro seniory a 74 % v LDN se domnívá, že neexistuje jiný způsob vedoucí k bezpečnosti klienta/pacienta, než použití mechanických omezovacích prostředků. V domově pro seniory odpovědělo 35 % respondentů a v LDN 26 % respondentů, že existuje také jiná možnost, než je použití mechanických omezovacích prostředků.

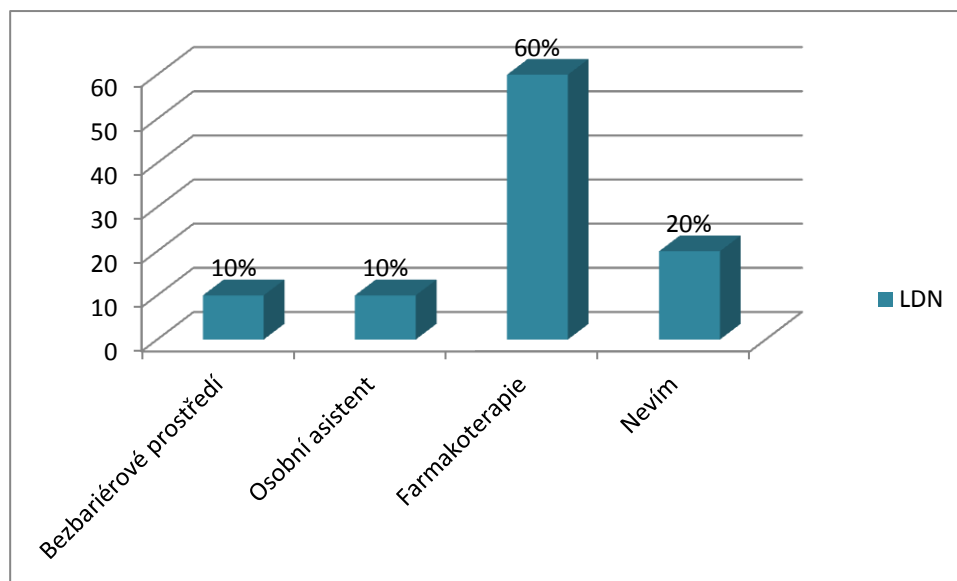
Pokud ano, jaký?*Tabulka 48 Způsoby ke zvýšení bezpečnosti klienta v domově pro seniory*

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Více personálu	5	55
Osobní asistence	4	45
CELKEM	9	100

Tabulka 49 Způsoby ke zvýšení bezpečnosti pacienta v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bezbariérové prostředí	1	10
Osobní asistent	1	10
Farmakoterapie	6	60
Nevím	2	20
CELKEM	10	100

*Graf 30 Způsoby ke zvýšení bezpečnosti klienta v domově pro seniory*



Graf 31 Způsoby ke zvýšení bezpečnosti pacienta v LDN

Komentář:

V domově pro seniory se 55 % respondentů domnívá, že ke zvýšení bezpečnosti klienta by pomohlo více personálu a 45 % si myslí, že osobní asistence.

V léčebně dlouhodobě nemocných si myslí 60 % dotazovaných, že ke zvýšení bezpečnosti pacienta pomůže správná farmakoterapie. Dále 20 % dotazovaných odpovědělo, že neví a shodně 10 % si myslí, že by pomohla osobní asistence nebo bezbariérové prostředí.

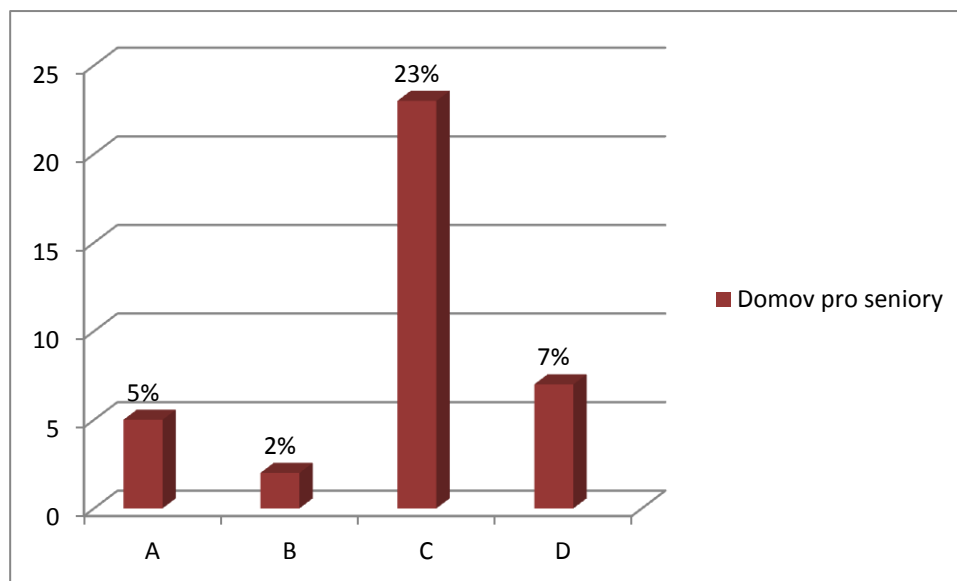
Otázka č. 23: Jak postupujete při pádu pacienta/klienta?

Tabulka 50 Postup při pádu klienta v domově pro seniory

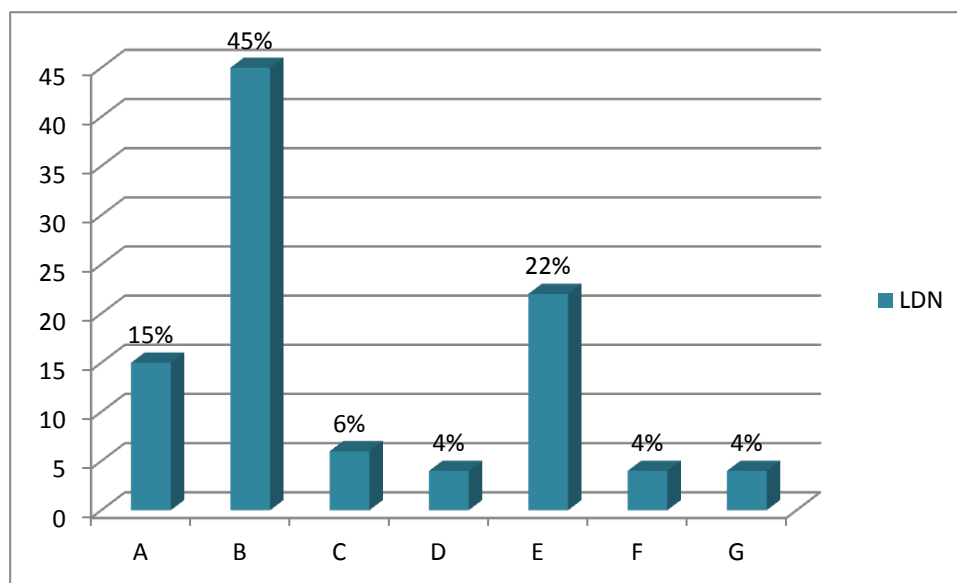
	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Uložit klienta, změřit FF, ošetřit zranění, při větším zranění nebo zlomenině volat RZP	15	5
B	Uložit klienta, změřit FF, zjistit rozsah zranění	6	2
C	Změřit FF, zjistit rozsah zranění, ošetřit zranění	7	23
D	Kontrola zranění, ošetřit zranění, vypsát mimořádnou událost	2	7
CELKEM		30	100

Tabulka 51 Postup při pádu pacienta v LDN

	Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Volat lékaře, ošetřit zranění, splnit ordinace	7	15
B	Uložit pacienta, ošetřit zranění, volat lékaře, sepsat nežádoucí událost	21	45
C	Ošetřit zranění, volat lékaře, vypsát nežádoucí událost	3	6
D	Dle směrnice	2	4
E	Uložit pacienta, ošetřit zranění, volat lékaře, splnit ordinace, vypsát NU	10	22
F	Ošetřit zranění, volat lékaře, splnit ordinace, vypsát nežádoucí událost	2	4
G	Nahlásit nežádoucí událost	2	4
CELKEM		47	100



Graf 32 Postup při pádu klienta v domově pro seniory



Graf 33 Postup při pádu pacienta v LDN

Komentář:

V domově pro seniory zvolilo postup uložit klienta, změřit FF, ošetřit zranění, při větším zranění nebo zlomenině volat RZP 5 % respondentů. 2 % zvolilo postup uložit klienta, změřit FF, zjistit rozsah zranění. Na postupu změřit FF, zjistit rozsah zranění, ošetřit zranění se shodlo největší počet dotazovaných a to 23 %. V 7 % si myslí, že postup při pádu klienta je kontrola zranění, ošetřit zranění, vypsát mimořádnou událost.

V léčebně dlouhodobě nemocných se shodlo nejvíce respondentů na postup uložit pacienta, ošetřit zranění, volat lékaře, sepsat nežádoucí událost a to v 45 %. Dále 22 % respondentů si myslí, že postup při pádu je uložit pacienta, ošetřit zranění, volat lékaře, splnit ordinace, vypsát NU. Postup volat lékaře, ošetřit zranění, vypsát NU zvolilo 15 % dotazovaných. 6 % respondentů se domnívá, že postup ošetřit zranění, volat lékaře, vypsát nežádoucí událost. Odpověď dle směrnice dalo 4 % dotazovaných. Shodně po 4 % dotazovaných si myslí, že správné postupy při pádu pacienta je nahlásit nežádoucí událost a ošetřit zranění, volat lékaře, splnit ordinace, vypsát nežádoucí událost.

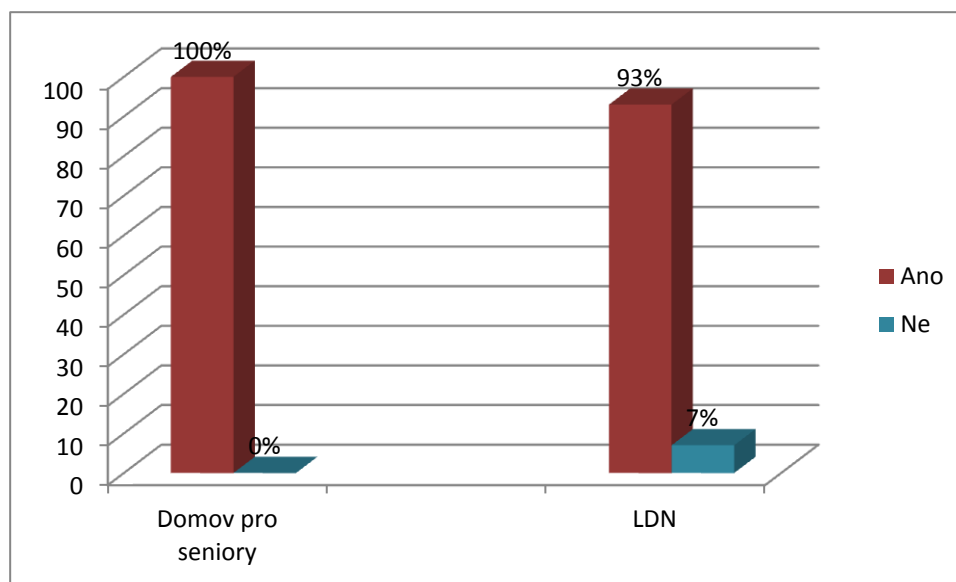
Otázka č. 24: **Zaznamenáváte na pracovišti používání omezovacích prostředků u pacienta/klienta?**

Tabulka 52 Vedení záznamu v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	34	100
Ne	0	0
CELKEM	34	100

Tabulka 53 Vedení záznamu v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	54	93
Ne	4	7
CELKEM	58	100



Graf 34 Vedení záznamu

Komentář:

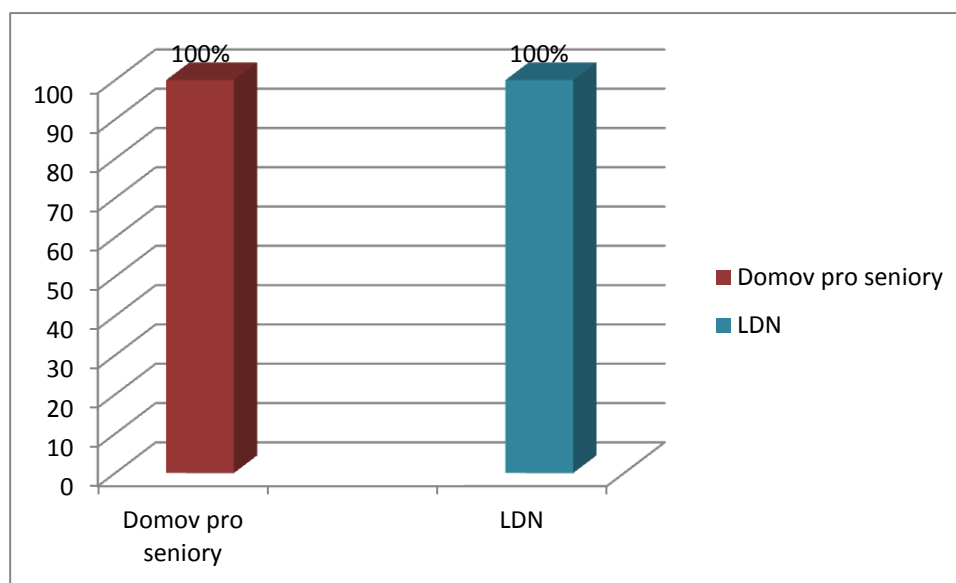
V domově pro seniory vede záznam o použití omezovacích prostředků 100 % dotazovaných a v LDN 93 % dotazovaných. V LDN odpovědělo 7 % respondentů, že záznam o použití omezovacích prostředků nevedou.

Pokud ano, jakým způsobem?*Tabulka 54 Záznam o použití omezovacích prostředků v domově pro seniory*

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Písemně	32	100
CELKEM	32	100

Tabulka 55 Záznam o použití omezovacích prostředků v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Písemně	49	100
CELKEM	49	100

*Graf 35 Záznam o použití omezovacích prostředků***Komentář:**

V domově pro seniory a v LDN odpovědělo 100 % respondentů, že zaznamenávají použití mechanických omezovacích prostředků písemně.

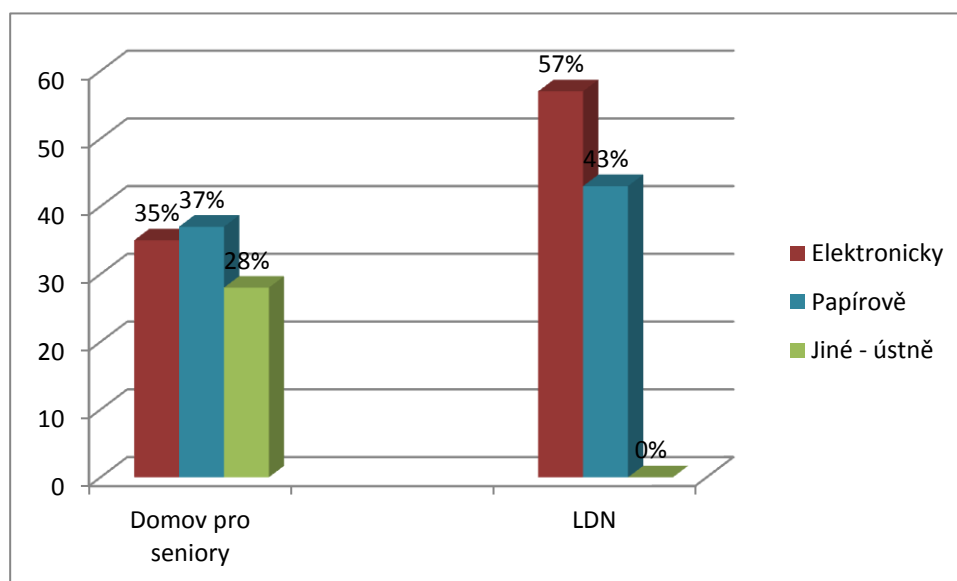
Otázka č. 25: Jakým způsobem vedete na Vašem pracovišti záznam o pádech?

Tabulka 56 Vedení záznamu o pádech v domově pro seniory

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Elektronicky	32	35
Papírově	34	37
Jiné - ústně	25	28
CELKEM	91	100

Tabulka 57 Vedení záznamu o pádech v LDN

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Elektronicky	58	57
Papírově	43	43
Jiné - ústně	0	0
CELKEM	101	100



Graf 36 Vedení záznamu o pádech

Komentář:

V domově pro seniory odpovědělo 35 % respondentů, že vedou záznam o pádu elektronicky, v 37 % papírově a v 28 % ústně. V LDN zaznamenávají pád v 57 % elektronicky, v 43 % papírově a 0 % ústně.

6 DISKUZE

V diskuzi jsem se zaměřila na zhodnocení cílů, stanovených v úvodu mé bakalářské práce. K zjištění potřebných informací jsem si zvolila dotazníkové šetření. Dotazník obsahuje celkem 25 otázek a to uzavřených, polozavřených a otevřených. Stanovených cílů se mi podařilo dosáhnout.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit pohled všeobecných sester na pády geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory. Z důvodu velké obsáhlosti tohoto cíle, jsem si zvolila tři dílčí cíle, které se již zaměřuji na určitou oblast podrobněji.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit výskyt pádů s ohledem na věk, pohlaví, čas a místo pádu.

K tomuto cíli patří otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 12.

První z dílčích cílů se zaměřuje na výskyt pádů vzhledem na věk, pohlaví, čas a místo pádu. Zajímalo mne, jakým způsobem se zdravotnický personál dozví o pádu klienta/pacienta. V LDN odpovědělo nejvíce a to 44 % respondentů, že pacient je nalezen zdravotnickým personálem, v domově pro seniory se 58 % dozví o pádu klienta zazvoněním spoluklientem. Nemalý význam mají také ostatní odpovědi v případě LDN, a to zazvoněním spolupacientem v 29 % a křikem pacienta v 21 %. V domově pro seniory se vyjádřilo, že klient je nalezen zdravotnickým personálem. Obecně lze tedy říci, že zdravotnický personál zjistí pád pacienta/klienta v obou dotazovaných zařízeních většinou sám nebo jinou osobou.

Dále jsem zjišťovala, jak často zdravotnický personál kontroluje na pokojích klienty/pacienty. V domovech pro seniory v 68 % kontrolu provádějí 6 – 8x denně a v 29 % více než 9x denně. Další odpovědi jsou vzhledem k počtu zanedbatelné. V LDN 74 % respondentů odpovědělo, že kontrolu provádějí více než 9x denně, 21 % 6 – 8x denně a pouze v 5 % 3 – 5x denně. Z výsledků vyplývá, že četnost kontrol klientů/pacientů je v obou zařízeních dostatečná.

V další otázce mne zajímalo, zda dochází k pádům více u žen nebo mužů. V LDN byl rozdíl mezi muži a ženou pouhé 2 %. Z toho vyplývá, že v LDN na pohlaví pacientů při pádu nezáleží. Naproti tomu v domově pro seniory v 94 % respondenti odpověděli, že více pádů dochází u žen, což může být způsobeno tím, že v domově pro seniory žijí převážně ženy.

Mezi další aspekty při výskytu pádu patří věk klienta/pacienta. Výsledky se liší od typu zařízení. V domově pro seniory dochází nejvíce k pádům u věkové skupiny 80 – 84let, v LDN je to 75 – 79let. Tato rozdílnost vyplývá z toho, že v domovech pro seniory nejvíce žijí právě senioři starší 80let. Ráda bych zde také uvedla porovnání výsledků otázek č. 9 a č. 10 s výsledky, ke kterým dospěla studentka Fišarová Lucie z Univerzity Palackého v Olomouci ve své bakalářské práci „Příčiny a prevence pádů seniorů na geriatrickém oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci“. Ta zjistila, že k pádům dochází častěji u žen a to v 58 % a u geriatrických pacientů věkové skupiny 85 – 89 let a to v 32 %. Její práce byla na podobné téma, ale kromě již zmiňovaných dvou otázek není možné porovnání dalších výsledků, protože otázky jsou odlišné.

Poslední otázka k tomuto dílčímu cíli zjišťovala, zda má na vznik pádů vliv denní doba. Zde byly odpovědi velice vyrovnané a to jak v LDN, tak i v domově pro seniory. Je zajímavé, že nejvíce dochází k pádům v LDN zejména v nočních hodinách a to od 00 – 07hodin. Může za to vliv podaných léků na spaní, zvednuté postranice a dezorientovanost pacientů. Také kontroly zdravotnickým personálem nejsou tak časté jako přes den. Naopak mne velmi překvapil výsledek šetření v domově pro seniory, kde 38 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že k pádům klientů dochází mezi 16 – 19hodin. V tomto čase dochází nejčastěji k návštěvám klientů rodinnými příslušníky a přáteli, proto by mne nenapadlo, že výsledek v tomto časovém rozmezí bude tak vysoký.

Jako poslední mne zajímalo, na kterém místě ve zdravotnickém zařízení dochází k pádům. Nejčastěji v LDN pacient upadne na pokoji. Naopak v domově pro seniory jsou dvě odpovědi vyrovnané s pouhým rozdílem 5 % a to, že k pádu dojde na pokoji klienta nebo na toaletě. Výsledek šetření mne nepřekvapil, jelikož obě zmiňovaná místa jsou nejčastěji používaná klientem.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit vybavenost pracovišť s ohledem na bezpečnost geriatrických pacientů.

K tomuto cíli patří otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Zajímalo mne, zda všeobecné sestry na svých pracovištích používají farmakoterapii, která může významným způsobem způsobit vznik pádů. V obou zařízeních shodně v 97 % bylo odpovězeno, že používají farmakologickou léčbu. Na tuto otázku navazuje položka, která se týká formy podávaných farmak. Jednoznačně v domově pro seniory respondenti odpověděli, že ve formě per os. Naproti tomu v léčebně dlouhodobě nemocných podávají léky

ve všech uvedených formách (per os, intramuskulárně i intravenózně). Může to být způsobeno tím, že v domově pro seniory nemají na službách lékaře a klienti jsou již řádně zaléčeni. V léčebně dlouhodobě nemocných jsou naproti tomu pacienti často zmatení a dezorientovaní. Ocitnou se v prostředí pro ně cizím.

Při přijetí klienta/pacienta do zdravotnického zařízení se vyhodnocuje riziko vzniku pádu. V léčebně dlouhodobě nemocných bývá rizikový pacient označen nejčastěji identifikačním páskem na horní končetině, pokud si pacient pásku strhává, dává se na lůžko. V domově pro seniory taková identifikace páskem neexistuje. Zde si všeobecné sestry rizikového klienta poznačí písemně do dokumentace.

V další položce jsem zjišťovala, jaké pomůcky se používají ke zvýšení bezpečnosti klienta/pacienta. V obou zařízeních nejčastěji používají při chůzi chodítka nebo u nemohoucích lidí invalidní vozík. V lůžku je to hrazda. Ve všech případech jde o pomůcky běžně používané a dostupné.

V další otázce jsem se více zabývala vybavením pokojů klientů/pacientů a ošetrovatelské jednotky. Zajímalo mne, zda nemají nějaké speciální vybavení nebo zda vůbec nějaké používají. V obou dotazovaných zařízeních jsou to madla na stěnách chodby, která jsou velmi důležitá k získání stability a jistoty při chůzi. Dále jsou nezbytnou součástí vybavení každé koupelny a toalety madla. Ta by měla být již samozřejmostí, neboť právě na mokré podlaže může dojít k uklouznutí a následnému pádu. V noci také zdravotnický personál rozsvěcuje noční světla. Ta umožňují klientovi/pacientovi podat si v noci pití, dojít na toaletu aniž by musel rozsvěcovat velké světlo a rušit tak svého spoluklienta/spolupacienta.

Dále jsem zjišťovala příčiny vzniku pádu. V léčebně dlouhodobě nemocných nejčastěji dochází k pádu pacienta ze ztráty rovnováhy, následuje uklouznutí, pád z lůžka a vstávání z lůžka. Odpovědi dotazovaných respondentů z domova pro seniory jsou velmi vyrovnané. K pádům dochází uklouznutím, zakopnutím, opřením o nestabilní oporu a vstávání z lůžka. Z takových vyrovnaných odpovědí nelze tedy 100 % říci, z jaké příčiny k pádu dochází. Je to velmi individuální.

Poslední položka vztahující se k druhému dílčímu cíli zjišťovala nejčastější následky pádů. V léčebně dlouhodobě nemocných většina respondentů odpovědělo, že dojde při pádu k lehkému zranění. Naproti tomu v domově pro seniory jsou nejčastěji následky pádu bez zranění nebo pouze lehká zranění. V 26 % respondenti uvedli, že dojde dokonce ke zlomeninám v domově pro seniory a v 11 % v léčebně dlouhodobě nemocných. Obecně lze na

základě výsledků šetření říci, že geriatrický klient/pacient je daleko křehčí a tudíž náchylnější ke zranění. Nejčastěji se u seniorů setkáváme s pohmožděninami a oděrky.

Dílčí cíl č. 3: Zmapovat názor všeobecných sester na využívání mechanických omezovacích prostředků.

K tomuto cíli patří otázky č. 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25.

Dle všeobecných sester v léčebně dlouhodobě nemocných používají mechanické omezovací prostředky v 97 %. V domově pro seniory je to 85 %. Na tuto otázku navazuje otázka týkající se typu omezovacích mechanických prostředků. V domově pro seniory používají pouze postranice na lůžko a pacičky na ruce. Jiné možné odpovědi respondenti nevyužili. Pravděpodobně je to dáno tím, že pacienti jsou ve svém domácím prostředí klidnější. Naproti tomu v léčebně dlouhodobě nemocných kromě postranic a paciček na ruce používají také poměrně často kurty horních končetin a kurty kolem pasu a hrudníku. Poslední dva zmiňované prostředky používají zejména u neklidných a agresivních pacientů k zabránění vzniku poranění a to nejen pacienta, ale také zdravotnického personálu, který o něj pečuje.

V další položce jsem se zajímala, zda všeobecné sestry vůbec souhlasí s používáním mechanických omezovacích prostředků. V léčebně dlouhodobě nemocných kladně odpovědělo 88 % dotazovaných a v případě domova pro seniory to bylo 85 %. Na to navazovala otázka č. 21, kde zjišťuji důvod, proč souhlasí nebo nesouhlasí s používáním mechanických omezovacích prostředků. V obou zdravotnických zařízeních ve velké převaze shodně respondenti odpověděli, že je to z důvodu bezpečnosti klienta/pacienta. Dále se objevily odpovědi typu prevence zranění, agresivita klienta/pacienta. Z dotazovaných respondentů, kteří nesouhlasí s použitím mechanických omezovacích prostředků, nejčastěji uváděli jako důvod omezování lidské svobody, nelidské a nedůstojné vůči klientovi/pacientovi.

Dále jsem zjišťovala, zda si všeobecné sestry myslí, že existuje také jiný způsob vedoucí k bezpečnosti geriatrických klientů/pacientů než jsou mechanické omezovací prostředky. Z léčebny dlouhodobě nemocných odpovědělo záporně 74 % a v domově pro seniory 65 %. V navazující otázce jsem dala respondentům možnost vyjádřit se, pokud odpověděli kladně. V domově pro seniory si myslí, že by problém vyřešilo více personálu nebo osobní asistence, i když dodávají, že je to nereálné. Za to v léčebně dlouhodobě nemocných odpověděli z velké většiny vhodně zvolená farmakoterapie. Je pravda, že množství personálu je stále velmi diskutovaným tématem. Určitě by byla péče o klienty/pacienty ještě lepší než

dosud, kdyby měla všeobecná sestra pouze malou skupinku klientů/pacientů na starosti. Mnohem více by se jim mohla věnovat ve všech oblastech.

Jednou z nejdůležitějších položek v mém průzkumu byla otázka č. 23, kde zjišťuji postup všeobecných sester při pádu klienta/pacienta. Jelikož jde o rozsáhlé odpovědi, podrobné výsledky jsou zobrazeny v grafech č. 32 a č. 33. Mezi nejčastější odpovědi u postupu patřilo změřit FF, zjistit rozsah zranění. Velký rozdíl byl v domově pro seniory, kde při větším zranění nebo zlomenině musejí všeobecné sestry volat RZP. Naproti tomu v léčebně dlouhodobě nemocných volají vždy při pádu lékaře a vypisují nežádoucí událost. Všeobecné sestry v domově pro seniory musejí být mnohem samostatnější a flexibilnější, protože nemají k dispozici 24 hodin denně lékaře, na kterého by se mohly obrátit.

Zbývající tři otázky se týkaly způsobu zaznamenávání pádů. V léčebně dlouhodobě nemocných zaznamenávají pády v 93 % písemně a záznamy jsou vedeny jednak papírově a jednak elektronicky. Při pádu pacienta musejí vypsát nežádoucí událost v počítači a ta se poté posílá vrchní sestře ke kontrole. Vytisknutá verze se zakládá do chorobopisu pacienta. V domově pro seniory se zaznamenává pád ve 100 % písemně. Velmi vyrovnané byly výsledky o vedení záznamu, které respondenti uvedli, jak elektronicky, tak písemně i ústně.

Ráda bych se také vyjádřila ke zbývajícím položkám (1, 2, 3, 4, 5, 6). V léčebně dlouhodobě nemocných se dotazníkového šetření zúčastnilo 98 % žen a 2 % mužů, v domově pro seniory to bylo 100% zastoupení žen. Výsledek mne vůbec nepřekvapil, protože v sesterské profesi je mužské pohlaví zastoupeno velmi málo a v zařízeních typu LDN a domovech pro seniory víceméně žádné. Dále mne zajímalo věkové zastoupení respondentů. V léčebně dlouhodobě nemocných je nejvíce zastoupena věková kategorie 30 – 39let, a to v 45 %, poté následuje 40 – 49let v počtu 28 %, věkové rozmezí 20 – 29let je zastoupeno 19 % a nejméně 8 % má kategorie 50let a více. V domově pro seniory oproti LDN pracuje nejvíce respondentů ve věkové kategorii 40 – 49let, poté následuje s 26 % 50let a více, dále 30 – 39let v 18 % a nakonec 9 % 20 – 29let. Další významný rozdíl nacházím ve vzdělání. V domově pro seniory má 97 % dotazovaných vzdělání střední odborné s maturitou a pouhé 3% vysokoškolské bakalářské. V léčebně dlouhodobě nemocných je vzdělání všeobecných sester rozmanitější. Nejvyšší zastoupení má vzdělání střední odborné s maturitou v 84 %, se 14 % vyšší odborné a pouhé 2 % vysokoškolské bakalářské. Mnoho sester již nemá ambice k dalšímu studiu a profesnímu růstu. Na to navazuje další položka délka praxe s geriatrickými klienty/pacienty. Z výsledků vyplývá, že v domově pro seniory mají všeobecné sestry delší praxi než v léčebně dlouhodobě nemocných. Na

dotazník mi odpovídalo 63 % respondentů z LDN a 37 % respondentů z domova pro seniory. V obou dvou zařízeních se všichni dotazovaní respondenti někdy osobně setkali s pádem pacienta/klienta.

Bylo zjištěno, že v LDN pracují všeobecné sestry podle standardů „Použití omezovacích prostředků u pacienta“ a „Prevence pádů“. V domově pro seniory pracují všeobecné sestry pouze se standardem o „Použití prostředků omezující pohyb uživatele“. Dále pořádají pravidelné schůze zdravotnického personálu, kde probírají vnitřní záležitosti oddělení, včetně případných pádů klientů. Navrhují preventivní opatření k zamezení vzniku pádů.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Pády geriatrických pacientů ve zdravotnických zařízeních“ jsem si zvolila z více důvodů. Zejména mne zajímalo, jaký je pohled všeobecných sester na pády geriatrických pacientů, protože já sama pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných ve Zlíně a osobně se běžně v praxi setkávám s pády seniorů. Z tohoto důvodu jsem si vybrala léčebnu dlouhodobě nemocných ve Zlíně a domov pro seniory Burešov. V těchto zařízeních se nejčastěji setkáváme s geriatrickými pacienty. Pády u seniorů přináší mnohem delší a složitější léčbu než u mladých lidí. Následky pádů mohou výrazně ovlivnit kvalitu života seniora. Dochází k prodloužení hospitalizace a odloučení od rodiny, což většina pacientů mnohdy nese psychicky velmi špatně.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmů, jako je geriatric, gerontologie, stáří a jeho rozdělení. Další část popisuje pády, jejich příčiny, následky a monitorování. Následně je popsána role všeobecné sestry při pádu pacienta, a to jak v prevenci, tak při následné péči.

Praktická část se přímo vztahuje ke stanoveným cílům. K zjištění potřebných informací jsem použila metodu dotazníku. Ten byl zaměřen na všeobecné sestry pracující v léčebně dlouhodobě nemocných a domově pro seniory. Výsledky prezentuji ve své práci formou tabulek a grafů.

V LDN pracují všeobecné sestry podle standardů „Použití omezovacích prostředků u pacienta“ a „Prevence pádů“. V domově pro seniory pracují všeobecné sestry pouze se standardem o „Použití prostředků omezující pohyb uživatele“. Dále pořádají pravidelné schůze zdravotnického personálu, kde probírají vnitřní záležitosti oddělení, včetně případných pádů klientů. Snaží se také najít preventivní opatření, které by vedlo k zamezení vzniku dalších pádů.

Na začátek své práce jsem si stanovila jeden hlavní a tři dílčí cíle, pomocí kterých jsem chtěla zjistit názor všeobecných sester na problematiku pádů ve zdravotnických zařízeních. Domnívám se, že stanovených cílů se mi podařilo dosáhnout. Svoji bakalářskou práci jsem se snažila vypracovat tak, aby mohla sloužit jako zdroj informací pro všeobecné sestry, které mají zájem o toto téma. Mohly se tak vyvarovat rizikům, které přispívají ke vzniku pádů u geriatrických pacientů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-672.
- [2] BENEŠOVÁ, Veronika, 2003. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol. ISBN 80-239-2104-5.
- [3] BUIJSSEN, Huub, 2003. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7081-X.
- [4] HASTINGS, Diana, 1997. *Domácí sestřička: péče o nemocné doma. Překlad Karla Šnýdrová*. Praha: Knižní klub. ISBN 80-717-6452-3.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. ISBN 80-703-8158-2.
- [6] HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [7] CHARVÁTOVÁ, Petra a JURÁŠKOVÁ Dana, 2004. *Pád pacienta jako indikátor kvality péče*. Zdravotnické noviny [online]. 18.03.2014, roč.53, č.41/2004 [cit.2014-03-18].
- [8] JURÁŠKOVÁ, Dana, 2007. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. V Praze: EuroProfis. ISBN 978-80-239-8838-3.
- [9] KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [10] KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- [11] KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- [12] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1877-3.
- [13] MARX, David, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. Překlad Radim Vyhnánek*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4717-159.

- [14] MEZEY, Mathy Doval, 2002. *Ethical patient care: a casebook for geriatric health care teams*. Baltimore. Johns Hopkins University Press. ISBN 08-018-6770-3.
- [15] MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
- [16] SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-134.
- [17] SVOBODOVÁ, Dita, 2008. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. Praha: Galén. Pracovní postupy. ISBN 978-80-7262-585-7.
- [18] SVOBODOVÁ, Dita a JURÁSKOVÁ Dana, 2010. *Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice*. Florence [online]. 19.3.2014, roč.6, č.9/2010, s.29-33 [cit.2014-03-19].
- [19] TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2365-6.
- [20] TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH, 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9099-6.
- [21] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-705.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL Aktivita daily living (Test basálních všedních činností).

Např například.

ICHS Ischemická choroba srdeční.

DM Diabetes mellitus

NU Nežádoucí událost

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

FF Fyziologické funkce

RZP Rychlá zdravotnická pomoc

Č číslo

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	31
Graf 2 Věk respondentů	32
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	34
Graf 4 Místo povolání	36
Graf 5 Délka praxe s geriatrickými klienty/pacienty	37
Graf 6 Osobní setkání s pádem u klienta/pacienta	39
Graf 7 Způsob zjištění pádu klienta/pacienta	40
Graf 8 Četnost kontrol klienta/pacienta	42
Graf 9 Četnost pádů s ohledem na pohlaví klientů/pacientů	44
Graf 10 Četnost pádů s ohledem na věk klienta/pacienta	45
Graf 11 Výskyt pádů s ohledem na denní dobu	47
Graf 12 Nejčastější místo pádu	49
Graf 13 Použití farmakoterapie ke zklidnění klienta/pacienta	51
Graf 14 Způsob podání farmak	52
Graf 15 Identifikace rizikového klienta v domově pro seniory	54
Graf 16 Identifikace rizikového pacienta v LDN	55
Graf 17 Pomůcky pro klienty v domově pro seniory	56
Graf 18 Pomůcky pro pacienty v LDN	57
Graf 19 Opatření proti pádům v domově pro seniory	58
Graf 20 Opatření proti pádům v LDN	59
Graf 21 Příčiny pádů v domově pro seniory	61
Graf 22 Příčiny pádů v LDN	61
Graf 23 Následky pádů	63
Graf 24 Použití mechanických omezovacích prostředků	65
Graf 25 Typ mechanických omezovacích prostředků	67
Graf 26 Souhlas s používáním omezovacích prostředků	69
Graf 27 Vyjádření k používání omezovacích prostředků v domově pro seniory	71
Graf 28 Vyjádření k používání omezovacích prostředků v LDN	72
Graf 29 Jiný způsob vedoucí k bezpečnosti klienta/pacienta	73
Graf 30 Způsoby ke zvýšení bezpečnosti klienta v domově pro seniory	75
Graf 31 Způsoby ke zvýšení bezpečnosti pacienta v LDN	76
Graf 32 Postup při pádu klienta v domově pro seniory	78

Graf 33 Postup při pádu pacienta v LDN	78
Graf 34 Vedení záznamu	80
Graf 35 Záznam o použití omezovacích prostředků	82
Graf 36 Vedení záznamu o pádech	83

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů v domově pro seniory.....	31
Tabulka 2 Pohlaví respondentů v LDN	31
Tabulka 3 Věk respondentů v domově pro seniory	32
Tabulka 4 Věk respondentů v LDN	32
Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v domově pro seniory.....	34
Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN	34
Tabulka 7 Místo povolání	36
Tabulka 8 Délka praxe s geriatrickými klienty v domově pro seniory.....	37
Tabulka 9 Délka praxe s geriatrickými pacienty v LDN	37
Tabulka 10 Osobní setkání s pádem u klienta v domově pro seniory	39
Tabulka 11 Osobní setkání s pádem u pacienta v LDN.....	39
Tabulka 12 Způsob zjištění pádu klienta v domově pro seniory	40
Tabulka 13 Způsob zjištění pádu pacienta v LDN	40
Tabulka 14 Četnost kontrol klienta v domově pro seniory.....	42
Tabulka 15 Četnost kontrol pacienta v LDN	42
Tabulka 16 Četnost pádů v domově pro seniory s ohledem na pohlaví klientů	44
Tabulka 17 Četnost pádů v LDN s ohledem na pohlaví pacientů	44
Tabulka 18 Četnost pádů s ohledem na věk klienta v domově pro seniory.....	45
Tabulka 19 Četnost pádů s ohledem na věk pacienta v LDN.....	45
Tabulka 20 Výskyt pádů s ohledem na denní dobu v domově pro seniory	47
Tabulka 21 Výskyt pádů s ohledem na denní dobu v LDN.....	47
Tabulka 22 Nejčastější místo pádů v domově pro seniory	49
Tabulka 23 Nejčastější místo pádů v LDN.....	49
Tabulka 24 Použití farmakoterapie ke zklidnění klienta v domově pro seniory	51
Tabulka 25 Použití farmakoterapie ke zklidnění pacienta v LDN.....	51
Tabulka 26 Způsob podání farmak v domově pro seniory	52
Tabulka 27 Způsob podání farmak v LDN	52
Tabulka 28 Identifikace rizikového klienta v domově pro seniory	54
Tabulka 29 Identifikace rizikového pacienta v LDN.....	54
Tabulka 30 Pomůcky pro klienty se sníženou hybností v domově pro seniory	56
Tabulka 31 Pomůcky pro pacienty se sníženou hybností v LDN.....	56
Tabulka 32 Opatření proti pádům v domově pro seniory.....	58

Tabulka 33 Opatření proti pádům v LDN.....	58
Tabulka 34 Příčiny pádů v domově pro seniory	60
Tabulka 35 Příčiny pádů v LDN.....	60
Tabulka 36 Následky pádů v domově pro seniory	63
Tabulka 37 Následky pádů v LDN	63
Tabulka 38 Použití mechanických omezovacích prostředků v domově pro seniory.....	65
Tabulka 39 Použití mechanických omezovacích prostředků v LDN	65
Tabulka 40 Typ mechanických omezovacích prostředků v domově pro seniory.....	67
Tabulka 41 Typ mechanických omezovacích prostředků v LDN	67
Tabulka 42 Souhlas s používáním omezovacích prostředků v domově pro seniory	69
Tabulka 43 Souhlas s používáním omezovacích prostředků v LDN.....	69
Tabulka 44 Vyjádření k používání omezovacích prostředků v domově pro seniory	71
Tabulka 45 Vyjádření k používání omezovacích prostředků v LDN	71
Tabulka 46 Jiný způsob vedoucí k bezpečnosti klienta v domově pro seniory	73
Tabulka 47 Jiný způsob vedoucí k bezpečnosti pacienta v LDN	73
Tabulka 48 Způsoby ke zvýšení bezpečnosti klienta v domově pro seniory.....	75
Tabulka 49 Způsoby ke zvýšení bezpečnosti pacienta v LDN.....	75
Tabulka 50 Postup při pádu klienta v domově pro seniory	77
Tabulka 51 Postup při pádu pacienta v LDN.....	77
Tabulka 52 Vedení záznamu v domově pro seniory.....	80
Tabulka 53 Vedení záznamu v LDN	80
Tabulka 54 Záznam o použití omezovacích prostředků v domově pro seniory	82
Tabulka 55 Záznam o použití omezovacích prostředků v LDN.....	82
Tabulka 56 Vedení záznamu o pádech v domově pro seniory	83
Tabulka 57 Vedení záznamu o pádech v LDN	83

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA I.** ŠKÁLA DLE MORSE
- PŘÍLOHA II.** ŠKÁLA DLE CONLEYOVÉ
- PŘÍLOHA III.** ŠKÁLA DLE TOŠNEROVÉ
- PŘÍLOHA IV.** ADL TEST
- PŘÍLOHA V.** IMOBILIZAČNÍ ZÁZNAM
- PŘÍLOHA VI.** NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST
- PŘÍLOHA VII.** DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: ŠKÁLA DLE MORSE

Proměnná	Stupnice	Body	Hodnocení
Pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících	ne	0	
	ano	25	
Vedlejší diagnóza	ne	0	
	ano	15	
Pomůcky k chůzi	klid na lůžku/pomoc sestry	0	
	berle/hůl/chodítka	15	
	nábytek	30	
Intravenózní přístup/heparinová zátka	ne	0	
	ano	25	
Chůze/pohyb	normální/klid na lůž-	0	
	slabé	15	
	zhoršené	30	
Duševní stav	vědom si svých možností	0	
	zapomíná na svá omezení	15	

Celkový součet: _____

Míra rizika	Hodnocení	Opatření
Bez rizika	0 – 24	dobrá základní ošetrovatelská péče
Nízké riziko	25 - 50	standardní opatření k prevenci pádu
Vysoké riziko	51 a více	opatření u vysoce rizikových pacientů

(Převzato: SVOBODOVÁ, Dita, 2008. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. Praha: Galén. Pracovní postupy. ISBN 978-80-7262-585-7.)

PŘÍLOHA P II: ŠKÁLA DLE CONLEYOVÉ

Anamnéza	Pád v anamnéze během posledních 3 měsíců	2 body
	Zmatenost, nedostatečné vnímání rizik	3 body
	Agitace, neklid	2 body
	Porucha chůze	1 bod
Vyšetření		
	Míváte někdy závratě? Ano	1 bod
	Stává se Vám, že neudržíte cestou na WC stoličce nebo moč? Ano	1 bod
Přímé dotazy		

Součet \geq 2 body = riziko pádu

(Převzato: SVOBODOVÁ, Dita, 2008. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. Praha: Galén. Pracovní postupy. ISBN 978-80-7262-585-7.)

PŘÍLOHA P III: ŠKÁLA DLE TOŠNEROVÉ

Parametr	Stav	Skóre
Úroveň vědomí / duševní stav	Orientovaný	0
	Dezorientovaný	2
	Intermitentně deliriózní	4
Záchyt pádů (v posledních 3 měsících)	žádné pády	0
	1 - 2 pády	2
	3 nebo více pádů	4
Chůze-samostatnost	Samostatná/kontinentní	0
	Pomocí vozíku	2
	Samostatná/inkontinentní	4
Visus	Přiměřený	0
	Špatný	2
	Nevidoucí	4
Chůze / rovnováha	Chůze a rovnováha normální	0
	Potíže s rovnováhou při stoji	1
	Potíže s rovnováhou při chůzi	1
	Snížená svalová koordinace	1
	Změna ve způsobu chůze	1
	Trhnutí nebo nestabilita při obratu	1
	Vyžaduje použití pomůcek nebo opory	1
Systolický krevní tlak	Bez snížení	0
	snížení < 20 mmHg	2
	snížení > 20 mmHg	4
Léčba (jaká, vypsána)	žádná během posledních 7 dnů	0
	užívá 1-2 léky posledních 7 dnů	2
	užívá 3-4 léky posledních 7 dnů	4
	v současnosti měněná léčba	1
predispoziční faktory (hypotenze, vertigo, CMP, Parkinsonova nemoc, ztráta končetiny, záchvaty, artritida, osteoporóza, fraktury)	žádné	0
	1 - 2	2
	3 nebo více	4
Celkové skóre (> 10 představuje vysoké riziko)		

(Převzato: SVOBODOVÁ, Dita, 2008. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. Praha: Galén. Pracovní postupy. ISBN 978-80-7262-585-7.)

PŘÍLOHA P IV: ADL TEST

Položka	Hodnocení	Počet bodů
1. Najedení, napadení	Sám	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	Sám	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. Osobní hygiena	Sám	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. Koupání	Sám nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. Kontinence moči	Kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	Kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	Sám	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Chůze po schodech	Sám	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
9. Přesun z lůžka-židle	Sám	15
	S malou pomocí	10
	S dopomocí, vydrží sedět	5
	Neprovede	0
10. Chůze po rovině	Více než 50m	15
	S pomocí	10
	Na vozíku	5
	Neprovede	0

Hodnocení:

0 – 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

45 – 60 bodů závislý

Nad 60 bodů závislost lehčího stupně

(Převzato: SVOBODOVÁ, Dita, 2008. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. Praha: Galén. Pracovní postupy. ISBN 978-80-7262-585-7.

PŘÍLOHA P V: IMOBILIZAČNÍ ZÁZNAM

List č.:

IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK PACIENTA		ZÁZNAM O IMOBILIZACI PACIENTA				ODDĚLENÍ
ZAČÁTEK IMOBILIZACE		DATUM:	HODINA:	KONEC IMOBILIZACE	DATUM:	HODINA:
DŮVOD IMOBILIZACE:		<input type="checkbox"/> neklid	<input type="checkbox"/> dezorientace	<input type="checkbox"/> agrese	<input type="checkbox"/> prevence sebeпоškození	<input type="checkbox"/> prevence ohrožení personálu
KLIENT INFORMOVÁN:		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	důvod:		
SOUHLAS KLIENTA:		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	důvod:		
IMOBILIZACE:		<input type="checkbox"/> mechanická:		<input type="checkbox"/> farmakologická (dále viz dekurz nebo resuscitační záznam)		
ČAS	ZPŮSOB ZNEHYBNĚNÍ	PRAVIDELNÁ KONTROLA STAVU PACIENTA, ADAPTACE NA IMOBILIZACI, PŘERUŠENÍ OMEZENÍ				JMÉNO, PODPIS
6,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
8,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
10,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
12,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
14,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
16,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
18,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
20,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
22,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
24,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
2,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	
4,00	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhoršení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje	
	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> strangulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena	

Podrobný popis reakce pacienta na imobilizaci popište v ošetrovatelské dokumentaci. Indikace imobilizace lékařem a rozsah farmakoterapie je podrobně popsán v dekurzu, rovněž rozhodnutí o jejím ukončení.

F - 00XX/01

(Převzato: KNTB a.s. Zlín, Gerontologické centrum, 17. pavilon, 2014)

PŘÍLOHA P VI: NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST

Hlášení nežádoucí události

Page 1 of 2

MÍSTO A ČAS ZJIŠTĚNÍ A DRUH NU

Poskytovatel který zjistil událost	Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, Zlín, PSČ 762 75 (IČ 27661989)	ID bude přiděleno při uložení záznamu
Pracoviště zjištění	Nezvoleno	
Upřesnění zjištění	Nezvoleno	
Místo zjištění	Nezvoleno	
Datum a čas	9.12.2013	Přesný čas 12:45:27
Druh	Pád pacienta	
Druh NU dle WHO	Pády	Druh pádu Nezvoleno
Místo a čas kde se NU stala	Událost má původ a stala se na stejném místě, kde byla následně zjištěna a byla zjištěna ihned poté co nastala	

PACIENTI

Jméno	Rodné číslo	Datum narození	Druh poškození	Úroveň poškození	Informován o NU
			Fyzické	Nezvoleno	Nezvoleno
Soběstačnost	Spolupráce	Psychický stav	Pod vlivem		
Nezvoleno	Nezvoleno	Nezvoleno	Nezvoleno		
Předchozí postižení <input type="checkbox"/> Žádné <input type="checkbox"/> Fyzické <input type="checkbox"/> Řeči <input type="checkbox"/> Sensorické - sluchové <input type="checkbox"/> Sensorické - zrakové <input type="checkbox"/> Sensorické - jiné <input type="checkbox"/> Učení <input type="checkbox"/> Mentální <input type="checkbox"/> Jiné					
Hospitalizace v čase, kdy se NU stala Nezvoleno					

PRACOVNÍCI A DALŠÍ ÚČASTNÍCI (HLÁŠÍCI, SVĚDKI, ...)

Role v NU	Jméno	Identifikační číslo	Pozice
Nezvoleno			Nezvoleno
Kompetence	Důvěrnost	Podpis	
Nezvoleno	Nezvoleno		
Role v NU	Jméno	Identifikační číslo	Pozice
Nezvoleno			Nezvoleno
Kompetence	Důvěrnost	Podpis	
Nezvoleno	Nezvoleno		

PÁD

Signalizace pádu	Nezvoleno			
Trvalá medikace	<input type="checkbox"/> Žádné	<input type="checkbox"/> Antipsychotika	<input type="checkbox"/> Anxiolytika/Hypnotika	<input type="checkbox"/> Antidepresiva
	<input type="checkbox"/> Kardiovaskulární látky	<input type="checkbox"/> Diuretika	<input type="checkbox"/> Insulín	<input type="checkbox"/> PAD
	<input type="checkbox"/> Jiné			
Pomůcky	<input type="checkbox"/> Žádné	<input type="checkbox"/> Brýle/Čočky	<input type="checkbox"/> Naslouchátko	<input type="checkbox"/> Zubní protéza
	<input type="checkbox"/> Berle	<input type="checkbox"/> Hůl	<input type="checkbox"/> Chodítko	<input type="checkbox"/> Vozík
	<input type="checkbox"/> Protéza	<input type="checkbox"/> Antidekubitní matrace	<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Jiná
Subjektivní obtíže těsně před pádem	<input type="checkbox"/> Žádné	<input type="checkbox"/> Nevolnost	<input type="checkbox"/> Závrat	<input type="checkbox"/> Pocit slabosti
	<input type="checkbox"/> Neznámé			

Priznaky po pádu	Celkové příznaky <input type="checkbox"/> Žádné <input type="checkbox"/> Bledý/á <input type="checkbox"/> Opocný/á <input type="checkbox"/> Dušný/á <input type="checkbox"/> Otřes mozku <input type="checkbox"/> Neznámé <input checked="" type="radio"/> Psychický stav Nezvoleno
Lokální příznaky po pádu	
Tlak a puls po pádu	Tlak <input type="text"/> Puls <input type="text"/> Pravidelnost pulsu Nezvoleno

OKOLNOSTI

K čemu došlo Věcný popis, co se dělo až do okamžiku zjištění události - bez uvedení jmen nebo RC pacientů i pracovníků (např. lékař B.S.)	
Okamžitá řešení události následující po jejím zjištění Včetně nelékařského ošetření pacienta - na osoby uvedené v přechozích oddílech se odkazovat iniciálami (např. sestra A.S.)	
Opakování Tímto způsobem u jiných pacientů	Pravděpodobnost Nezvoleno Nejvyšší možné poškození Nezvoleno Obtížnost včasného zjištění Nezvoleno
Informování Jen skutečně informováni	<input type="checkbox"/> Žádné <input type="checkbox"/> Službu konající lékař <input type="checkbox"/> Zřizovatel <input type="checkbox"/> Vedení pracoviště <input type="checkbox"/> Vedení ZZ <input type="checkbox"/> Tiskové oddělení <input type="checkbox"/> Právní oddělení <input type="checkbox"/> Jiné

ZHODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU LÉKAŘEM

Datum 9.12.2013	Lékař/ka	
Čas 12:47:12	Vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Odebrat popis vyšetření/ošetření	Ošetření	

PŘÍLOHA P VII: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jana Špendlíková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra v kombinované formě studia na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma „Pády geriatrických pacientů ve zdravotnických zařízeních“.

Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity pouze pro účel mé bakalářské práce. V dotazníku naleznete otázky, u kterých zaškrtnete Vámi vybranou odpověď (možno i více odpovědí). Na otevřené otázky můžete odpovědět vlastními slovy.

Moc Vám děkuji za ochotu a čas strávený vyplňováním mého dotazníku.

Jana Špendlíková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?

- 20 – 29 let
- 30 – 39 let
- 40 – 49 let
- 50 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední odborné s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské

4. Kde pracujete?

- Léčebna dlouhodobě nemocných
- Domov pro seniory

5. Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty/klienty?

- 0 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 let a více

6. Setkal/a jste se někdy osobně s pádem u pacienta/klienta?

- Ano
- Ne

7. Jakým způsobem se nejčastěji dozvíte o pádu pacienta/klienta?

- Zazvoněním spolupacientem/spoluklientem
 - Sám pacient/klient si zazvoní
 - Křikem pacienta/klienta
 - Pacient/klient je nalezen zdravotnickým personálem
 - Jiné
-

8. Jak často provádíte kontrolu pacienta/klienta na pokoji?

- 1 – 2x denně
- 3 – 5x denně
- 6 – 8x denně
- Více než 9x denně

9. U jakého pohlaví dochází na Vašem pracovišti častěji k pádům?

- U mužů
- U žen

10. U jaké věkové kategorie dochází na Vašem pracovišti nejčastěji k pádům?

- 65 – 69 let
- 70 – 74 let
- 75 – 79 let
- 80 – 84 let
- 85 let a více

11. V jaké době dochází na Vašem pracovišti nejčastěji k pádům?

- 00 – 03 hod.
- 04 – 07 hod.
- 08 – 11 hod.
- 12 – 15 hod.
- 16 – 19 hod.
- 20 – 24 hod.

12. Kde dochází na Vašem pracovišti nejčastěji k pádům?

- Na pokoji pacienta/klienta
- Na WC
- Na chodbě oddělení
- Jinde.....

13. Používáte ke zklidnění pacienta/klienta farmakologickou léčbu?

- Ano
- Ne

Pokud ano, v jaké formě?

- Per os
 - Intramuskulárně
 - Intravenózně
 - Jiné
-

14. Jakým způsobem identifikujete rizikového pacienta/klienta z hlediska pádu?

- Identifikační pásek na lůžko
 - Identifikační pásek na horní končetinu
 - Jiné
-

15. Jaké používáte pomůcky pro geriatrické pacienty/klienty se sníženou hybností? (možnost více odpovědí)

- Hrazda
- Chodítko
- Ji-
né.....
- Nepoužíváme žádné pomůcky

16. Jaká máte na Vašem pracovišti opatření proti pádům? (možnost více odpovědí)

- Madla na stěnách chodby
- Madla v koupelně a na toaletě
- Noční světla
- Osvětlené schody
- Jiné.....

17. Z jakých příčin dochází nejčastěji k pádům? (možnost více odpovědí)

- Uklouznutí
 - Zakopnutí
 - Pád z lůžka
 - Ztráta rovnováhy
 - Opření se o nestabilní oporu
 - Vstávání z lůžka
 - Jiné
-

18. Jaké jsou nejčastější následky pádů?

- Lehká poranění (odřenin, hematomy)
 - Zlomeniny
 - Těžké poranění
 - Bez zranění
 - Jiné
-

19. Používáte na Vašem pracovišti mechanické omezovací prostředky?

- Ano
- Ne

Pokud ano, jaký typ? (možnost více odpovědí)

- Kurty dolních končetin
 - Kurty dolních končetin
 - Kurty kolem pasu nebo hrudníku
 - Pacičky na ruce
 - Postranice
 - Jiné
-

20. Souhlasíte s používáním mechanických omezovacích prostředků u geriatrických pacientů/klientů?

- Ano
- Ne

21. Z jakého důvodu souhlasíte/nesouhlasíte s používáním omezovacích prostředků?

.....
.....
.....

22. Myslíte si, že existuje jiný způsob vedoucí k bezpečnosti geriatrických pacientů/klientů, než jsou mechanické omezovací prostředky?

- Ano
- Ne

Pokud ano, jaký?.....

23. Jak postupujete při pádu pacienta/klienta?

.....
.....
.....

24. Zaznamenáváte na pracovišti používání omezovacích prostředků u pacienta/klienta?

- Ano
- Ne

Pokud ano, jakým způsobem.....

25. Jakým způsobem vedete na Vašem pracovišti záznam o pádech? (možnost více odpovědí)

- Elektronicky
- Papírově
- Jiné.....