

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Fišerová Lucie

Příčiny a prevence pádů seniorů na geriatrickém oddělení

Fakultní nemocnice v Olomouci

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Bc. Libuše Danielová

Olomouc 2011

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Bc. Libuše Danielové a všechny použité literární a odborné zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 27. dubna 2011

.....

Lucie Fišerová

Poděkování:

Děkuji Mgr. Bc. Libuši Danielové za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při jejím zpracování. Děkuji také své rodině za psychickou podporu při tvorbě této bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	7
1.1 Fenomén stárnutí a stáří	7
1.2 Kalendářní stáří	8
1.3 Sociální stáří	8
1.4 Biologické stáří	9
1.4.1 Obecná charakteristika fyziologického stárnutí	9
1.5 Stařecká křehkost	10
1.6 Rizikový senior	10
1.7 Geriatrie	11
1.8 Geriatrické syndromy	11
1.9 Komunikace s geriatrickým klientem	12
2 PROBLEMETIKA PÁDŮ	13
2.1 Definice pádu	13
2.2 Klasifikace pádů	14
2.3 Rizikové faktory	15
2.4 Symptomatologické pády	15
2.5 Mechanické pády	16
2.6 Následky pádů	17
2.7 Prevence pádů	17
2.7.1 Identifikace rizikového seniora	18
2.7.2 Primární prevence	19
2.7.3 Sekundární a terciální prevence	19
2.8 Omezovací prostředky	20
2.9 Monitorování pádů	21
2.10 Role sestry při péči o pacienta s rizikem pádu	21

2.11	Kvalita a indikátory kvality ošetrovatelské péče	22
2.12	Přehled dosavadních výsledků.....	23
2.13	Právní aspekty pádů	24
3	CÍLE, METODIKA A VÝSTUPY PRÁCE.....	25
3.1	Cíle práce	25
3.2	Metodika průzkumného šetření.....	25
3.2.1	Zdroje odborných poznatků.....	25
3.2.2	Charakteristika souboru respondentů	26
3.2.3	Organizace průzkumného šetření	26
3.2.4	Zpracování získaných dat	27
3.3	Interpretace výsledků	27
	DISKUSE	44
	ZÁVĚR.....	49
	ANOTACE	50
	LITERATURA A PRAMENY	51
	INTERNETOVÉ ZDROJE	54
	SEZNAM ZKRATEK	55
	SEZNAM TABULEK	56
	SEZNAM GRAFŮ	57

ÚVOD

Stárnutí je dnes dopřáno téměř každému, mnoho seniorů se dožívá vlastního stáří, tedy 80 a více let. Toto demografické stárnutí naší populace je daleko více zatíženo invaliditou a zhoršováním fyzické kondice. Závažnou seniorskou problematiku představují pády starých lidí, které často vedou ke komplikacím a problémům. Proto je velmi důležité věnovat tomuto tématu zvýšenou pozornost. Je třeba si uvědomit, že jednou budeme také staří, křehcí a ohroženi tak banální věcí jako je třeba zakopnutí.

Pobyt seniora ve zdravotnickém zařízení patří k velice stresujícím situacím v životě starého člověka. Náhle se ocitá pod tlakem událostí v neznámém a pro něj rizikovém prostředí. Vysoký věk společně s těmito faktory, které navíc doprovází polymorbidita, polypragmazie a dysabilita vedou ke zvýšenému riziku pádů a úrazů. Závažně tak ovlivňují zdravotní stav a mají často psychosociální následky, kterým musí senior čelit. Pády také znamenají komplikace pro zdravotníky a zdravotnická zařízení, které mají vliv na hodnocení a vnímání kvality ošetrovatelské péče. Je ovšem nereálné si myslet, že se pády u pacientů nebudou vyskytovat. O to více je třeba věnovat pozornost prevenci, analýze příčin a okolnostem vzniku pádů. Stále hledat nové poznatky, jak těmto mimořádným událostem předcházet a zmírnit jejich následky.

Pracuji na Oddělení geriatricke ve Fakultní nemocnici v Olomouci a s pády hospitalizovaných pacientů se setkávám často. V rámci mých kompetencí je sledování a evidování indikátorů kvality ošetrovatelské péče, mezi které patří i pády hospitalizovaných pacientů. To byl důvod k výběru tématu. Hlavním cílem této práce je identifikovat nejčastější příčiny pádů seniorů na geriatricke oddělení za rok 2010 a zvážít možnosti rozšíření preventivních opatření. Výsledky práce mohou být motivací k dalšímu studiu této problematiky a přinést podněty k neustálému zvyšování kvality péče.

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Problematicke stárnutí se věnuje čím dál tím větší pozornost. Důkazem významnosti dané problematiky je zařazení do jednoho z cílů projektu Světové zdravotnické organizace ZDRAVÍ 21. Cíl 5 je formulován jako Zdravé stárnutí. Lidská populace stárne a dožívá se delšího věku. Hranicí stáří je dnes považován věk 65 let, ale průměrný věk dožití se neustále zvyšuje, díky prodlužování střední délky života (viz příloha I). Kalvach hovoří o nástupu dlouhověké společnosti. Je prokázáno, že ženy se v průměru dožívají vyššího věku než muži (Kalvach a kol., 2004, s. 52). Topinková shrnuje demografické charakteristiky do čtyř bodů:

1. Nižší porodnost a nižší úmrtnost napříč věkovými skupinami
2. Prodlužování střední délky života
3. Zvyšování absolutního počtu starých lidí a vzrůstání jejich zastoupení v populaci.
4. Neustálé pokračování populačního stárnutí (Topinková, 2005, s. 4)

1.1 Fenomén stárnutí a stáří

Vnímání stárnutí a stáří je proces multifaktorový. Je důležité si uvědomit, že stárnutí a stáří není nemoc, ale přirozený fyziologický proces (Haškovcová, 2002, s. 10). Stárnutí je děj specifický, nevratný a neopakovatelný, který probíhá individuálně a různou rychlostí. Délka života je předurčena a konečnou etapou procesu stárnutí je stáří (Topinková, 1995, s. 17). Stářím označujeme pozdní fáze ontogeneze, kdy dochází k úbytku a zániku biologických funkcí a morfologických struktur vlivem přirozených změn organismu. Tyto projevy označujeme jako obraz stařeckého fenotypu, který je ovlivňován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálními, ekonomickými a psychickými. Díky rozmanitosti těchto projevů je velice obtížné vymezit a rozčlenit stáří. Obecně proto rozlišujeme stáří kalendářní, sociální a biologické (Kalvach a kol., 2004, s. 47).

1.2 Kalendářní stáří

Je přesně vymezeno počtem let (Kalvach a kol., 2004, s. 47), ale neřekne nám nic o skutečném funkčním stavu člověka, který je velice individuální. Populace seniorů je z hlediska funkčního věku velmi heterogenní. Existují jak mladí senioři, kteří trpí deficitem soběstačnosti, tak stáří senioři se zachovalou sebeobsluhou a vitalitou (Kalvach a kol., 2008, s. 39). V odborné literatuře dosud nenajdeme přesnou definici stáří. V dnešní době se považuje za počátek stáří věk 65 let. Světová zdravotnická organizace nyní akceptuje patnáctiletou periodizaci lidského věku.

30 – 44 let:	dospělost
45 – 59 let:	střední věk
60 – 74 let:	vlastní stáří
75 – 89 let:	staří senioři
90 – a více let:	dlouhověkost (Kalvach a kol., 2004, s. 47)

1.3 Sociální stáří

Zahrnuje změnu sociálních rolí, životního stylu a ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří se považuje vznik nároku na starobní důchod. Pojem sociální stáří nás také upozorňuje na společné zájmy, ale i na negativa penzionování. U seniorů může docházet k poklesu životní úrovně, ztrátě životního programu a společenské prestiže. S tímto úzce souvisí hrozba ztráty soběstačnosti a osamělosti. Kalvach uvádí tradiční rozdělení sociální periodizace na čtyři věky:

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

Dnešní společnost posouvá sociální periodizaci směrem ke konceptu úspěšného stárnutí, kdy se zaměřuje na odstranění pojmů „produktivní/postproduktivní“, na podporu sociálních služeb a na celoživotní osobnostní rozvoj (Kalvach a kol., 2004, s. 47).

1.4 Biologické stáří

Sleduje tělesné a psychické involuční změny daného jedince. Je obtížně vymežitelné, protože senioři stejného kalendářního věku mohou vykazovat odlišné biologické stáří. Tělesné změny, kterými se liší, staří lidé od mladé generace nazýváme fenotyp stáří. Ten má obecné rysy, ale vyjádření časové manifestace i rozsahu je velmi individuální a variabilní (Kalvach a kol., 2004, s. 48, 99).

1.4.1 Obecná charakteristika fyziologického stárnutí

Běžným projevem stárnutí je úbytek tkání, struktur a nižší fyzická aktivita. Snižuje se výška postavy, následkem atrofických změn meziobratlových plotének a větší tuhostí páteře. Klesá tělesná hmotnost vlivem ubývání aktivní tělesné hmoty a svalstva. Kůže stárne a ztrácí svou elasticitu, objevují se vrásky. Na výrazné změny v postoji a chůzi u seniorů má vliv držení těla, postavení a omezení hybnosti v kloubech. Krok je kratší a chůze je podstatně pomalejší.

Vnitřní systémy seniora také podléhají stárnutí, kdy fyziologicky klesá jejich výkonnost, mění se struktura a ztrácí svou funkční rezervu (Kalvach a kol., 2004, s. 100, 101, 619). V kardiovaskulárním systému ztrácí velké cévy elasticitu a následně dochází ke zhoršování autoregulace prokrvení (Jančová, 2007, s. 158). Většinou je obtížné určit, jaké změny v kardiovaskulárním a respiračním systému jsou vlastní projevy stárnutí. V gastrointestinálním traktu dochází ke snížení motility střev, sekrece žaludečních šťáv a vstřebávání potravy. Specifické změny se stoupajícím věkem jsou prokazatelné i ve snížené koncentrační schopnosti ledvin. Senioři jsou proto více náchylní ke vzniku dehydratace a poruchám vnitřního prostředí. S postupujícím věkem dochází ke změnám hladin hormonů štítné žlázy následkem mírné

atrofie štítné žlázy. Funkce nervového systému je ve stáří zachována i přes nalezené odchylky od normálu. Pokud jsou symetrické a oboustranné, jsou věku přiměřené (Topinková, 2005, s. 109, 136, 158, 172, 227). Zpomaluje se psychomotorické tempo. Zhoršuje se smyslové vnímání (ubývá zrakové i sluchové ostrosti) a kognitivní funkce (především vstřípivost a vybavování událostí z blízké minulosti). U seniorů se projevují změny v adaptabilitě, chování, rozumových schopností, citového prožitku až změny osobnosti - mají tendence reagovat úzkostně a nekriticky, oslabuje se vůle a důslednost (Kalvach a kol., 2004, s. 101).

1.5 Stařecká křehkost

Organismus seniorů se díky biologickému stárnutí stává méně přizpůsobivý k měnícím se podmínkám vnitřního a vnějšího prostředí a snadno proto dojde k dekompenzaci jak funkce orgánů, tak organismu jako celku. Tato rizikovost seniorů je v medicínské terminologii označována jako „stařecká křehkost“, kdy starého člověka ohrožuje deficit soběstačnosti, pády, zlomeniny, inkontinence a celkově nepříznivá prognóza v dalších letech. (Topinková, 2005, s. 9) Stařecké neboli geriatrické křehkosti se věnuje pozornost teprve od 90. let 20. století a zdá se, že by mohlo jít o klíčový nástroj pro pochopení problematiky a specifičnosti geriatrických pacientů. Chápání geriatrické křehkosti by se nemělo zaměřovat za jeden z geriatrických syndromů, ale pohlížet na ni jako na souhrnný koncept, který vedl k formulování tzv. geriatrických syndromů (Kalvach a kol., 2008, s. 121,125).

1.6 Rizikový senior

Aktivním vyhledáváním rizikových seniorů, lze předejít celé řadě nepříjemností a komplikací. Mezi rizikové skupiny patří:

- osoby starší 80 let a osoby dlouhověké
- senioři v dlouhodobé ústavní péči
- osoby vyššího věku, žijící osaměle
- osamělé nebo ovdovělé staré ženy (Haškovcová, 2002, s. 31).

1.7 Geriatrie

Je samostatný lékařský obor (GERÖN = starý člověk, IATREIÄ = léčení), interdisciplinárního charakteru, který se v české republice rozvíjí od roku 1982. V roce 2001 byla Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví České republiky schválena koncepce oboru geriatrie. Středem zájmu je starý a stárnoucí člověk ve zdraví a především v nemoci. Tento obor poskytuje specializovanou péči seniorům ve věku nad 65 let. Od ostatních oborů medicíny se liší, svou šíří a komplexností přístupu, potřebou týmové péče a akceptováním zdravotně – sociální povahy onemocnění v seniu (Topinková, 2005, s. 3). V současné době existuje v České republice 12 specializovaných geriatrických oddělení. Podle názoru části odborné veřejnosti je rozvoj moderní a funkční geriatrie nosným kamenem v rámci transformace systému zdravotnických služeb (Holmerová, 2010, s. 9).

1.8 Geriatrické syndromy

Setkáváme se s nimi u seniorů. Často jsou opomíjeny a považovány za důsledek stáří. Mají souvislost s geriatrickou křehkostí. Jedná se o zdravotní obtíže a symptomy, které se u geriatrických pacientů velmi často opakují a nemají určitou vazbu na onemocnění, mají tendenci se shlukovat a tím přispívat k nepříznivé prognóze a náročnosti zdravotnické péče. Při správné diagnostice lze dosáhnout zlepšení potíží nebo jejich úplné odstranění (Kalvach a kol., 2008, s. 141, 142). Pro lepší orientaci v problematice definovala Topinková (2005) nejčastěji se vyskytující syndromy v oblasti somatické, psychické a sociální:

Somatické	Psychické	Sociální
Poruchy chůze a pohyblivosti závratě a instabilita pády a úrazy inkontinence moči a stolice poruchy termoregulace porucha příjmu potravy porucha příjmu tekutin dekubity	demence deprese delirium poruchy chování poruchy adaptace	deficit soběstačnosti závislost izolace týrání, zneužívání seniora dysfunkční rodina

Mezi významné problémy z hlediska vysokých nákladů na léčbu a nejčastějšího výskytu se řadí pády (Topinková, 2005, s. 19).

1.9 Komunikace s geriatrickým klientem

Komunikaci s geriatrickým klientem velmi často komplikují různá omezení, spojená s biologickými projevy stáří a nemocí. Často stojí před existenčními problémy a ty by měly být v komunikaci zohledněny (Schuler, 2010, s. 170). Komunikace by měla směřovat k podpoře a udržení soběstačnosti a sociálních rolí. Respektujeme důstojnost, identitu a princip zpomalení seniorů (zpomalené psychomotorické tempo, zhoršená pohyblivost). Nepřípustná je v komunikaci se starým člověkem infantilizace. Mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Ověříme si možné komunikační bariéry (porucha smyslového vnímání, kognitivních funkcí) a přizpůsobíme tomu komunikaci (Kalvach a kol., 2008, s. 324).

2 PROBLEMETIKA PÁDŮ

Stále se zvyšující četnost pádů seniorů a jejich následky nutí odbornou veřejnost zabývat se tímto tématem. Vyšší prevalence pádů je u žen. Ve zdravotnických zařízeních dochází k pádům třikrát častěji než v domácím prostředí (1,5 pádu na lůžko a rok) a až u 25% těchto pádů se vyskytují komplikace spojené se zlomeninami, tržnými ranami a hospitalizací. I přes velké pokroky v posledních letech, pády zaviní velkou část úrazů pacientů ve zdravotnických zařízeních a domácí péči. K pádům jsou obzvláště náchylní senioři a jejich výskyt s věkem stoupá. Snižování četnosti pádů ve zdravotnických institucích vyžaduje komplexní přístup (Joint Commission Resources, 2007, s. 21). V rámci zajišťování bezpečného prostředí je důležité dbát především na prevenci pádů. Ale ne všem pádům se dá zabránit a proto je důležité provádět monitorování a analýzu okolností pádů. V ČR se problematice pádů hospitalizovaných seniorů věnuje pozornost od roku 2003 v grantu zaměřeném na sledování kvality ošetrovatelské péče. V současnosti je do sledování zapojeno již 38 zdravotnických zařízení a koordinátorem projektu je Česká asociace sester – ČAS (Svobodová, Jurásková, 2010, s. 29) Sledují se věkové skupiny do 65 a nad 65 let, skupiny podle oborů a zranění (lehká a těžká). Za těžké zranění se považuje bezvědomí, komoce a kontuze, dále fraktury a tržné rány. Do lehkých zranění jsou zařazeny povrchové odřeniny, hematom a bolest. Pády u seniorů mívají často závažné až fatální následky. Nejde jen o fyzická zranění či psychologické dopady s ovlivněním chůze, ale dochází i k funkčním a sociálním poruchám (Tošnerová, 2006, s. 43).

2.1 Definice pádu

Definice pádů dosud není přesně stanovena, uvádí se mnoho variant uznávaných definic, a proto také hlášení pádů z různých zařízení není jednotné a probíhá různými způsoby. Existuje také ještě jeden sporný moment, a to zda se má do množství definic zahrnout tzv. asistovaný pád. Jedná se o situaci, kdy je člověk v pádu zachycen nebo

položen na zem. Pro zajímavost předkládám několik definic pádu:

- *Člověk neplánovaně klesne k podlaze.*
- *Pád je nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (se svědkem), nebo takovou událost oznámí (beze svědků).*
- *Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou, jako je CMP, mdloba, epileptický záchvat.*

Z výše uvedeného vyplývá, že pád je neplánovaná a nezamýšlená událost, kdy člověk klesne k zemi. Aby se snížil počet pádů, a zvýšila se bezpečnost ve zdravotnických zařízeních je nutné mít jasnou definici pádů, která je totožná pro všechna oddělení. Pády pak mohou být řádně hlášeny a analyzovány (Joint Commission Resources, 2007, s. 21-22).

2.2 Klasifikace pádů

K lepšímu pochopení příčin pádů, lze využít různé klasifikační metody, které byly vytvořeny na základě dosud uznávaných definic pádů. Americká výzkumnice Janice Morse navrhuje dělení pádů na **náhodné**-neúmyslné upadnutí, zakopnutí nebo uklouznutí důsledkem selhání pomůcek nebo faktorům prostředí), **fyziologické nepředvídatelné**-pád způsobil fyzický stav, který nemohl být předvídan—např. mdloba, epileptický záchvat...), **fyziologické předvídatelné**- pád v anamnéze, zhoršená chůze, užívání kompenzačních pomůcek, porucha kognitivních funkcí (Joint Commission Resources, 2007, s. 23).

Kalvach a kol. rozdělují pády podle fenomenologického obrazu na pády **zhroucením** (postižený náhle ztrácí svalový tonus a klesá k zemi, příčiny lze rozdělit na cerebrální a extracerebrální), **pády skácením** (porucha rovnováhy, člověk padá „jako kláda“ bez obranných reflexů a často jsou spojeny se zraněním), **pády zakopnutím** (pád směřuje dopředu na předpažené ruce, příčinou bývá slabost nebo spasticita nohy, šoupání nohou např. Parkinsonova nemoc), **pády zamrznutím** (pád směřuje vpřed, kdy noha zůstává „přilepena“ k podlaze a tělo pokračuje vpřed), **nediferencované pády** (pád

je atypický a nelze jej fenomenologicky zařadit, např. pouhá nepozornost, nepřizpůsobení chůze terénu...) (Kalvach a kol., 2004, s. 208, 209). Další nejpoužívanější kvalifikační metodou pádů je rozlišení podle etiologie na *symptomatické pády* (na podkladě somatického onemocnění, tedy z vnitřních příčin) a *mechanické pády* (vlivem okolí, tedy z vnějších a situačních příčin). Epidemiologickými studiemi byla zjištěna incidence pádů u zdravých osob pouze 17%, naopak osoby s rizikovými faktory utrpěli pád v 50% (Topinková, 2005, s. 44).

2.3 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory můžeme zahrnout:

- opakované pády
- věk 75 let a výše
- porucha mobility a stability jakékoliv etiologie
- kognitivní poruchy
- poruchy výživy
- polypragmazie neboli podávání mnoha léků současně (nejčastěji podávání psychofarmak, sedativ, diuretik, kardiovaskulárních léků, hypnotik, antidepresiva, inzulin, PAD a jiné)
- alkohol
- deficit v provádění základních všedních činností (Topinková, 2005, s. 45).

2.4 Symptomatologické pády

Jsou důsledkem somatického onemocnění a mezi nejčastější příčiny zhoršující stabilitu i chůzi seniora můžeme zařadit:

Onemocnění kardiovaskulárního systému – senioři často trpí výskytem ortostatické hypertenze. Pádu předchází pocit závratě a slabosti. I další projevy srdečních chorob mohou vést k pádům.

Onemocnění neurologického systému – velice náchylní k pádům jsou senioři s neurologickým deficitem, zejména s hemiparézou, které jsou spojeny s poruchou chůze. Výraznou rizikovou skupinou tvoří lidé trpící Parkinsonovou chorobou, kde je porucha stoje a chůze

typická, stejně jako četnost pádů. Důsledky jsou závažnější, protože tito nemocní trpí ztrátou obranných reflexů.

Onemocnění pohybového aparátu – jsou výrazně propojeny s poruchami chůze a pády. Ohroženi pády jsou lidé po ortopedických výkonech, lidé po amputacích. Nerovnoměrný pohyb mohou způsobovat atrofické změny v kloubním systému a také degenerativní onemocnění páteře. Chůze se zpomaluje a stává se obtížnou, bolestivou, a asymetrickou (Topinková, 2005, s. 66).

Onemocnění smyslového a vestibulárního aparátu – porucha sluchu a zraku také přispívá ke vzniku pádů. Nejrizikovějším místem při poruše zraku jsou schody a orientace v prostoru. U klientů trpícími závratěmi, je rizikové vstávání ze židle a činnosti spojené se záklonem hlavy (Pektorová, 2006, s. 42).

Onemocnění psychiatrická – zejména demence a delirantní stavy, ale také strach a úzkost např. z recidivy pádu nebo nemožnosti dostat se včas na toaletu (Topinková, 2005, s. 67).

Metabolické poruchy – dehydratace, hypoglykémie, anémie...

Většina pádů u seniorů má multifaktoriální příčinu. Mezi nejrizikovější onemocnění patří tedy ty, které zhoršují stabilitu, koordinaci, kloubní pohyblivost a svalovou sílu (Pektorová, 2006, s. 42).

2.5 Mechanické pády

Tvoří asi jednu třetinu všech pádů. Nejrizikovější místa z hlediska pádů jsou koupelny, kde se odehrává téměř 50% pádů. Následuje WC, schodiště (špatně osvětlené, nezajištěné, nepravidelná výška schodu, špatné označení prvního, posledního schodu, špatně umístěné vypínače), lůžko (příliš vysoké, nízké, nestabilní), židle, kluzká a nerovná podlaha (mokrý podlaha, ohnutý koberec, pohyblivé rohožky, kabely od spotřebičů, prahy, náledí, obrubníky). Mezi další příčiny můžeme zařadit nevhodnou obuv (vysoké podpatky, rozvázané šňůrky, nepevná a sešlápnutá obuv). Velký podíl mají i nevhodně zvolené a používané kompenzační pomůcky (příliš vysoké nebo nízké berle, chybní

gumových chráničů na berle, ortézy). U seniorů v ústavním zařízení sehrává roli neznalost prostředí, padání osobních věcí z nočních stolků a překvapivě také omezující prostředky - postranice (Pektorová, 2006, s. 42).

2.6 Následky pádů

Z pohledu zdravotnických zařízení patří mezi závažné problémy spojené s následky pádů seniorů morbidita, mortalita a vysoké finanční náklady. Následkem pádu musí být 3–5 % seniorů hospitalizováno. Doba hospitalizace, která je až dvojnásobná oproti hospitalizacím z jiných důvodů. Seniori, kteří zažili pád, se stávají méně aktivní, rychle se snižuje fyzická aktivita a intenzita denních činností a hrozí zde riziko následné institucionalizace. Každý pád seniora představuje nepříznivý prognostický faktor. Důsledkům pádů, kterým musí čelit přímo pacient, jsou zlomeniny (nejčastější zlomeninou je fraktura krčku femuru), popáleniny, opařeniny, poranění hlavy, měkkých tkání a hematomy (jak povrchové, tak obávaný intrakraniální hematom). V USA například vzniká při pádu až 87% všech fraktur (Joint Commission Resources, 2007, s. 29). Další hrozbou je ztráta soběstačnosti a autonomie, úzkost, deprese a strach, zvlášť při opakovaných pádech. Studie dokonce prokázaly, že opakované pády vyvolávají strach a naopak strach z pádu predikuje pád v budoucnu. Kalvach uvádí, že až 20% seniorů po pádu omezí svou aktivitu. (Kalvach a kol., 2008, s. 188, 189). Vzhledem k výše popsaným důsledkům pádu je starý člověk více než jiné věkové kategorie vystaven rozvoji imobilizačnímu syndromu.

2.7 Prevence pádů

Prevence dosud patří k nejučinnějším způsobům, jak pádům a jejich následkům zabránit. Dnešní pojetí prevence se zaměřuje na vytvoření bezpečného prostředí pro seniory, bez omezování pohybu již tak fyzicky indisponovaného člověka. Významnou roli v prevenci pádů sehrává diagnostika, monitoring pádů a stanovování rizikových faktorů. Analyzování příčin pádů pomáhá zdravotníkům volit vhodná opatření

ke snížení četnosti pádů. Jedná se o soubor nástrojů a činností, které jsou v kompetenci celého ošetřovatelského týmu - sestra, lékař, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník. Pro účinné zahájení preventivních opatření je nutná identifikace rizikového pacienta (Jurásková, 2008, s. 63). Obecná opatření prováděná v rámci prevence pádů můžeme shrnout následovně:

- Identifikovat pacienty dle rizikových faktorů
- Jednoznačný a shodný systém značení rizikových pacientů (identifikační náramky, značení lůžka, dokumentace)
- Systematická edukace seniorů a personálu
- Omezit faktory vzniku pádu
- Zajištění bezpečného prostředí (signalizace, stabilita pomůcek a lůžka, osvětlení, odstranění překážek, úprava podlahy, instalace madel, zábradlí, používání lokomočních pomůcek...)
- Fyzioterapie
- Minimalizovat následky pádů
- Systematické hlášení pádů, jejich důsledné vyhodnocení (Dostálová, Nahodilová, 2011, s. 31).

2.7.1 Identifikace rizikového seniora

Vyhodnocování rizik pádů v ústavních zařízeních je vyžadováno u všech nových klientů. Vždy je důležité provést opakované posouzení rizik pádů při změně zdravotního stavu, po každém pádu nebo dle zvyklostí oddělení. Neexistuje však jednotný nástroj pro všechny typy zařízení. Každé zařízení používá různé hodnotící techniky (Jurásková, 2008, s. 62). Položky, které se užívají k hodnocení rizik pádů, jsou součástí zdravotnické dokumentace a zahrnují například opakované pády, věkovou kategorizaci, smyslové deficity, medikaci, vyprazdňování, poruchu pohyblivosti: screeningový test mobility, posouzení stavu soběstačnosti - Barthelův test, ADL - test základních všedních činností, stav kognitivních funkcí -MMSE - test kognitivních

funkcí, screeningový test na určení rizika pádů, Gaitův funkční test - určení rovnováhy/prevence pádů (viz příloha II.) a jiné. Hodnocení rizik pádů je cennou součástí anamnézy „křehkého“ seniora a přispívá k jejich prevenci. (Tošnerová, 2006, s. 43)

2.7.2 Primární prevence

Je definována jako intervence, která spočívá ve snižování rizika vzniku choroby. Je zaměřená na fyzickou aktivitu a dosažení co nejvyšší fyzické zdatnosti. U osob starších 75 let je cílem udržet pohyblivost v kloubech, dostatečné svalové síly, koordinace a rovnováhy (fyzioterapie, turistika, práce na zahrádce, společenský tanec aj.). Zaměřuje se také na edukační činnost a motivaci nemocného. V rámci edukace je nutné poučit pacienta o omezení rizikových aktivit (např. mytí oken, úklidové práce ve výškách) a možných bezpečnostních opatřeních při pobytu ve zdravotnickém zařízení, ale i v domácím prostředí. Častou komplikací v edukaci seniorů jsou poruchy kognitivních funkcí, proto je nezbytné zapojit do edukace i rodinné příslušníky. Edukace se také zaměřuje na životosprávu seniorů (Klán, 2003, s. 41).

2.7.3 Sekundární a terciální prevence

Jedná se o intervence, které terapeutickými opatřeními zlepšují prognózu a progresi onemocnění a eliminují vznik komplikací. Tento typ prevence zahrnuje především léčbu onemocnění a zásadní význam spočívá ve snížení rizika mechanických pádů a zvýšení bezpečnosti prostředí seniorů a optimální využívání kompenzačních pomůcek - hole, berle, chodítka, individuální ortézy, invalidní vozík, chrániče kyčlí aj. (Klán, 2003, s. 41). Ve zdravotnických zařízeních nelze zajistit přímý dohled zdravotníků, proto je důležité zorganizovat péči, tak aby byla bezpečnost pacientů chráněna co nejvíce. Vhodné je umístění neklidných pacientů poblíž pracovny sester, věnovat pozornost účinkům léků, zajistit doprovod, dopomoc při chůzi a zvýšený dohled. Lůžka umístit do nejnižší polohy, zabezpečit kolečka brzdou, zvednout pouze hlavovou část k ohraničení prostoru lůžka, aby pacient, který

se rozhodne opustit lůžko, nemusel překonávat postranice a padat tak ještě z větší výšky. Dbát na vhodnou obuv (pevná, protiskluzová podrážka) a oblečení pacientů (Jurásková, 2008, s. 63). Bezpečné prostředí ve zdravotnických zařízeních výraznou měrou přispívá k prevenci pádů. Doporučuje se vymalování pokojů kontrastní barvou pro lepší orientaci, dostatečné osvětlení, odstranění zdrojů stínů a oslnění, využívání nočního světla. Samozřejmostí je instalace madel na chodbách, v koupelně a na WC, bezpečné zábradlí na schodišti. Lehce dosažitelné vypínače. WC vybavit zvýšeným sedátkem, koupelnu vanovým sedátkem. Důsledné značení mokré podlahy kužely, nerovností barevným značením a využíváním protiskluzových podložek, odstranění překážek v cestě. Zajistit stabilitu nábytku a podpůrných pomůcek jako například jídelní a noční stůl a jejich ergonomické rozmístění (vhodně na dosah). Používání systému nouzové signalizace (Klán, Topinková, 2003, s. 41).

2.8 Omezovací prostředky

Omezení pacienta jsou definována jako různá zařízení nebo pomůcky omezující pohyblivost nebo změnu místa. Jedná se o pásy, kurty, stejně jako o postranice (Tošnerová, 2006, s. 45). Přestože postranice hrají v prevenci pádů důležitou roli, jejich používání není zcela automatické. Použití omezujících prostředků je jasným limitem v uplatňování listiny základních práv a svobod (Lužný, Ivanová, 2010, s. 101). Americká geriatrická společnost obhájí redukci všech druhů omezení, ale zároveň vydala směrnice jejich užití ve specifických případech, kdy jsou nutností (Tošnerová, 2006, s. 45). V České republice je také vyvíjen tlak ze strany ochránců lidských práv a médií na redukci používání omezujících prostředků. Použití omezujících prostředků musí být jasně zdůvodněno, použito pouze jako krajní řešení a na nezbytně nutnou dobu (za indikace plně odpovídá lékař). U pacienta po dobu omezení je prováděno monitorování jak lékařem, tak sestrou a je řádně vedena dokumentace dle platných standardů oddělení (Lužný, Ivanová, 2010, s. 101). V roce 2004 byla navržena směrnice s ohledem na konstrukční parametry nemocničních postelí

a jejich součástí. (Tošnerová, 2006, s. 46). Do omezujících prostředků zahrnujeme i farmakologické tlumení, které je opět plně v kompetenci lékaře.

2.9 Monitorování pádů

Cílem je omezit následky zranění u jasně ovlivnitelných faktorů a vytvoření bezpečného prostředí a zlepšit tak spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Hodnocení klienta po pádu je jediný způsob, jak určit primární příčinu pádu. Provádí se zmapování situace, okolností a informací ihned po pádu, se zaměřením na podrobnosti. Zjišťujeme významné alterace, stejně jako fyzická zranění. Dále sledujeme fyziologické funkce, úroveň vědomí, měnící se klinické nálezy a zjišťujeme specifické příznaky korelující s pády. Únava a slabost může ukázat na kardiologické potíže nebo na nežádoucí účinky farmak či na anémii. Z ošetrovatelského hlediska nás zajímá aktivita v čase pádu, problémy plynoucí z prostředí, které mohou zapříčinit pád. Vzhledem k častému výskytu demence se ověřují informace týkající se pádů od druhé osoby, pokud byla přítomna pádu (Tošnerová, 2006, s. 44 - 45). Získání maximálního počtu informací o okolnostech, průběhu pádu a pocitech pacienta před a po pádu je velmi důležité pro ošetřující personál. Veškeré informace pak slouží k vytvoření popádové anamnézy obsahující informace, potřebné pro další plánování péče.

2.10 Role sestry při péči o pacienta s rizikem pádu

Všeobecné sestry realizují ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů při uspokojování individuálních potřeb pacientů. Jedná se o racionální metodu poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Součástí ošetrovatelského procesu je stanovování ošetrovatelské diagnózy na podkladě získaných anamnestických údajů. V ošetrovatelské diagnostice je využíván klasifikační systém NANDA k posouzení ošetrovatelských problémů, který se opírá o vyhledávání určujících znaků, souvisejících a rizikových faktorů. Podle zákona

č. 96/2004 Sb. je sestra kompetentní samostatně realizovat ošetřovatelské intervence, které jsou nutné k hodnocení rizika vzniku pádu, včetně plánování preventivních opatření (Jurásková, 2008, s. 63–64). Ošetřovatelská diagnóza RIZIKO PÁDŮ (00155) je v klasifikačním systému ošetřovatelských diagnóz NANDA zařazena do domény - Bezpečnost a ochrana, doména č. 11, třída 2. Algoritmus určení ošetřovatelské diagnózy **RIZIKA PÁDŮ (00155)** se skládá ze tří kroků:

- ⇒ identifikace rizikových faktorů
- ⇒ ověření definice „rizika zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou navodit zranění“
- ⇒ pokud je výsledek pozitivní, zaznamenáme přítomnost rizika pádů do ošetřovatelské dokumentace (Marečková, 2006, s. 225–226).

2.11 Kvalita a indikátory kvality ošetřovatelské péče

Pády pacientů a obzvláště seniorů jsou závažným problémem a současně nejčastější mimořádnou událostí, která komplikuje hospitalizaci. Kvalita ošetřovatelské péče a její hodnocení je uvedeno ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR - Metodické opatření č. 9 – Koncepce ošetřovatelství. Zdravotnická zařízení v ČR věnují pozornost zvyšování kvality ošetřovatelské péče, systémem indikátorů kvality ošetřovatelské péče (kvantitativní údaj o kvalitě procesu). Mezi sledované indikátory kvality patří také **pády u hospitalizovaných pacientů** (podíl zraněných z pádu na 1000 ošetřovacích dnů). Postupné narůstání hodnoty indikátoru (od 0,4 v roce 2004 do 0,55 v roce 2009) ovlivňuje pečlivější hlášení pádů zdravotníky a různé rizikové faktory, které se dosud nepodařilo zcela eliminovat. Smyslem sledování je prevence a redukce chyb. Indikátor kvality pády u hospitalizovaných pacientů se u nás sleduje už od roku 2002. Koordinátorem projektu je v současnosti Česká asociace sester, která vypracovala metodiku sledování a hlášení pádů (Svobodová, Jurásková 2010, s. 29–30).

2.12 Přehled dosavadních výsledků

V České republice proběhlo rozsáhlé sledování pádů v letech 2002 a 2003 za období jednoho roku ve 12 zdravotnických zařízeních v rámci projektu „Sledování indikátorů kvality péče – Pády pacientů při hospitalizaci“ (jehož součástí byla i FNOL) Průměrný věk pacientů, u kterých se vyskytl pád, byl 73,9 let. Bylo zkoumáno 335 286 pacientů. Ve 47 % byl pád komplikován zraněním. Na lůžkách následné péče se vyskytl pád v 7,18% z 19 527 hospitalizovaných pacientů. K nejvyššímu počtu pádů došlo na pokoji nemocných a to v 81,2 %. Ve 26,7% došlo k pádu při vstávání z lůžka a 19,8% připadlo na pády přímo z lůžka. U 84,8% nebyl u pádu přítomen nikdo ze zdravotníků a pouze v 2% si byli pacienti schopni zavolat pomoc prostřednictvím signalizačního zařízení. Převažovala lehká zranění z pádů, ale bohužel i pády se závažnými komplikacemi s následným operačním výkonem a prodloužením hospitalizace (Jurásková, 2006). Na pilotní výsledky této studie navázala Česká asociace sester, která se stala koordinátorem projektu v roce 2008. Do roku 2007 koordinovala projekt Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Praze. V roce 2010 se účastnilo projektu celkem 38 zdravotnických zařízení. Cílem projektu je sledování výskytu pádů ve zdravotnických zařízeních analýzou závažnosti zranění, okolnostmi pádu, závislosti u pacientů starších 65 let, zjistit četnost pádů, stanovit indikátory kvality péče a navrhnout škálu k identifikaci rizikového pacienta. V letech 2004–2009 je zaznamenáno 36 083 pádů z celkového počtu 4 802 296. Lehká zranění se vyskytují ve 39,6% a těžká zaujímají 9,8%. Podíl z celkového počtu pádů činil 43,3%. Z celkového počtu hospitalizovaných pacientů obory následné péče jich upadlo více než 7%. Indikátor kvality dosáhl průměrné hodnoty 0,5 za sledované období. Hodnota indikátoru byla nejvyšší v oborech následné péče (0,96), což opět dokazuje, že nejvyšší rizikovou skupinou jsou dlouhodobě hospitalizovaní senioři (Svobodová, Jurásková, 2010, s. 32 - 33).

2.13 Právní aspekty pádů

Pacienti a jejich rodiny očekávají od poskytovatelů zdravotní péče ochranu, upevnění či návrat zdraví. Diagnostický a především léčebný neúspěch, zejména jakékoliv komplikace jsou velice negativně vnímány a bývají argumentem k podání stížností, k požadavku na odškodnění, popřípadě trestního oznámení. Je důležité si uvědomit, že ve zdravotní péči žádný výkon není prostý rizika. Jednou z nežádoucích komplikací je pád pacienta. K pádům dochází vlivem zdravotního stavu pacienta a do jisté míry také z důvodů nemedicínských, na kterých se spolupodílí jak zdravotní zařízení, tak pacient sám a to i při poskytování zdravotní péče lege artis (mokrý podlaha nebo špatná obuv pacienta). Vzniku pádu nelze vždy předejít, a to ani při dodržení všech předpisů, stanovených postupů a vynaložení veškerého úsilí personálu. Pacient má právo požadovat odškodné, pokud ke škodě na zdraví došlo prokazatelně postupem non lege artis (Vondráček, 2007, s. 513).

3 CÍLE, METODIKA A VÝSTUPY PRÁCE

Na základě vlastních zkušeností a analýzou teoretických poznatků jsem dospěla k závěru, že by bylo přínosné zaměřit se na problematiku pádů seniorů na geriatrickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Olomouci a provést rozbor příčin pádů, zjištění jejich okolností, následků a zjistit, zda je zde možnost tyto pády ještě nějakým způsobem redukovat. Proto, si stanovuji tyto cíle práce.

3.1 Cíle práce

1. Zmapovat četnost pádů na geriatrickém oddělení za rok 2010.
2. Zjistit jaký je výskyt pádů u seniorů na geriatrickém oddělení dle věku, pohlaví, denní doby a místa pádů.
3. Identifikovat nejčastější příčiny pádů seniorů na geriatrickém oddělení FNO.
4. Definovat okolnosti vzniku pádů.
5. Určit, jaké jsou následky pádů.
6. Navrhnout možnosti rozšíření preventivních opatření.

3.2 Metodika průzkumného šetření

3.2.1 Zdroje odborných poznatků

První etapa spočívala v nastudování odborné literatury v oblasti gerontologie, geriatrie a problematiky pádů seniorů. V lednu 2011 byla vypracována literární rešerše. Vyhledávání relevantních zdrojů k tématu bakalářské práce se uskutečnilo v databázích BiblioMedica, Medline a speciální kartotéky článků z odborných časopisů pro sestry. Byla použita tato klíčová slova: příčiny pádů, prevence pádů, pád, pády, senior, pády seniorů, stárnutí, stáří. Teoretické informace byly získány z publikací zaměřených na specifika péče o seniory. Dále z odborných časopisů a internetových zdrojů, vztahujících se k průzkumům v oblasti dané problematiky.

3.2.2 Charakteristika souboru respondentů

Soubor respondentů byl vybrán z celkového počtu 874 hospitalizovaných pacientů za rok 2010 na Oddělení geriatric FN Olomouc. Ve sledovaném období se to týkalo 88 zdokumentovaných pádů. Každý pád je počítán jako samostatný případ bez ohledu, zda byl u stejného respondenta.

3.2.3 Organizace průzkumného šetření

Data k hodnocení parametrů souboru byla zpracována na podkladě formulářů PROTOKOL O PÁDU PACIENTA, který je standardně užívaným formuláři ve Fakultní nemocnici v Olomouci jako součást zdravotnické dokumentace. Grafické znázornění formuláře je uvedeno v příloze (viz příloha III). Průzkumné šetření probíhalo na geriatrickém oddělení za období roku 2010. Získané údaje byly zpracovány za účelem tvorby bakalářské práce a se souhlasem náměstka nelékařských oborů Bc. M. Šamaje, MBA (viz příloha IV). Samotné průzkumné šetření bylo realizováno formou analýzy získaných údajů ze standardního formuláře Protokol o pádu pacienta, který byl vyplněn bezprostředně po pádu pacienta sestrou a lékařem ve službě a doplněn staniční sestrou do 72 hodin od pádu. Následující průzkumné šetření obsahuje 21 položek. Do sledovaných parametrů byl zahrnut výskyt pádů hospitalizovaných pacientů v roce 2010 (položka č. 1) a výskyt pádů podle pohlaví (položka č. 3). Součástí analýzy bylo zhodnocení zdravotního stavu respondentů před pádem (položka č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) a po pádu (položka č. 15, 16, 17, 18, 19, 20) rozborem jednotlivých položek. Četnost výskytu pádů podle věkové kategorie (položka č. 2) byla zpracována rozdělením souboru respondentů do sedmi kategorií v rozmezí 4 let. Údaje týkající se časové okolnosti pádů (položka č. 4), byly rozděleny na tři denní období po 8 hodinách. Incidence pádů v důsledku farmakoterapie byla rozdělena na tři skupiny podle množství užívaných léků od žádného až po 3 a více. Byly také analyzovány následky pádů (položka č. 21) a navrženy možnosti preventivních opatření.

3.2.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft® Office Excel 2007 a Microsoft® Office Word 2007 v operačním systému Windows XP a převedena do jednoduchých tabulek četností a grafů. Tabulky zahrnují absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost je dána početností výskytu určité hodnoty. Relativní četnost vyjadřuje procentuální podíl počtu výskytu hodnot v dané třídě z celkového počtu hodnot. Grafické znázornění je nedílnou součástí celé práce. Do grafů jsou přeneseny relativní četnosti (Žiaková a kol., 2003, s. 242).

Vzorec pro výpočet relativní četnosti vyjádřené v procentech

relativní četnost (%) = absolutní četnost * 100 / výzkumný vzorek

3.3 Interpretace výsledků

Položka 1: Počet hospitalizovaných a počet pádů v roce 2010

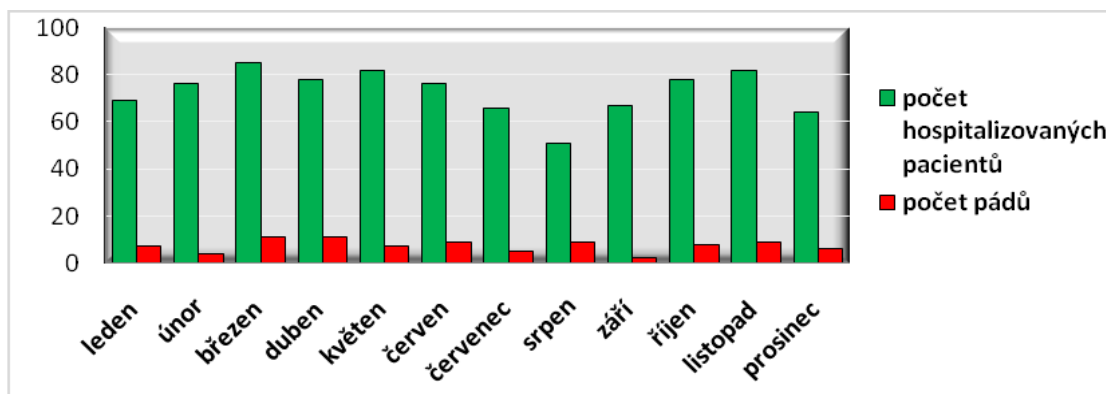
V položce č. 1 se uvádí počet hospitalizovaných a počet pádů v jednotlivých měsících roku 2010. Z celkového počtu hospitalizovaných respondentů 874 došlo k pádu v 88 případech.

Tabulka č. 1: Počet hospitalizovaných a počet pádů v roce 2010

POČET HOSPITALIZOVANÝCH A POČET PÁDŮ V ROCE 2010		
	Počet hospitalizovaných	Počet pádů
Leden	69	7
Únor	76	4
Březen	85	11
Duben	78	11
Květen	82	7
Červen	76	9
Červenec	66	5
Srpen	51	9
Září	67	2
Říjen	78	8
Listopad	82	9
Prosinec	64	6
celkem	874	88

Nejnižší výskyt pádů v roce 2010 byl v měsíci září (2 pády) a naopak nejvyšší výskyt pádů v měsíci březnu a dubnu (po 11 pádech).

Graf č. 1: Počet hospitalizovaných a počet pádů v roce 2010



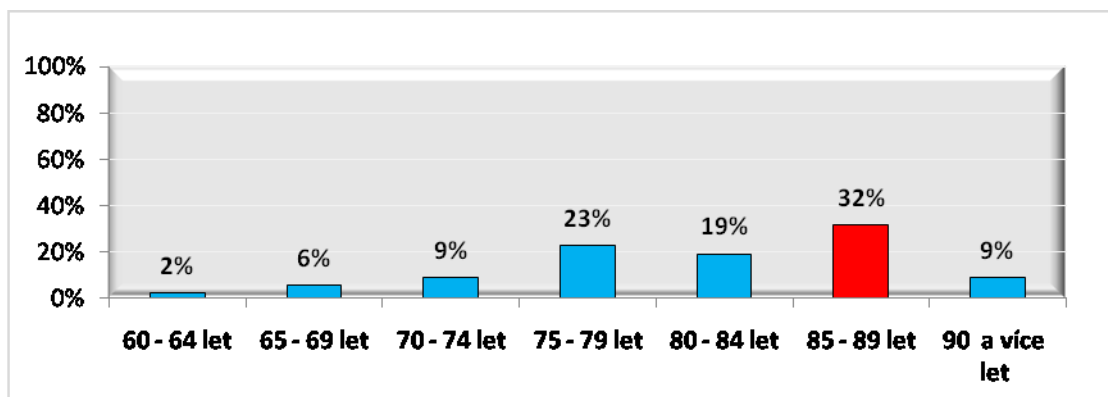
Položka 2: Výskyt pádů podle věku

Tabulka č. 2: výskyt pádů podle věku

VÝSKYT PÁDŮ PODLE VĚKU		
Věková kategorie	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
60 - 64 let	2	2%
65 - 69 let	5	6%
70 - 74 let	8	9%
75 - 79 let	20	23%
80 - 84 let	17	19%
85 - 89 let	28	32%
90 a více let	8	9%
celkem	88	100%

Z celkového počtu 88 pádů tj. 100% vyplývá, že nejvíce pádů, tedy 28 tj. 32% jich bylo zaznamenáno ve věkové kategorii 85–89let. Následují věkové kategorie 75-79let, kde se vyskytlo 20 pádů tj. 23%, ve věkové skupině 80-84 let došlo k 17 pádům tj. 19%. V 9% (8 pádů) byl zaznamenán shodný počet pádů ve věkových kategoriích 70-74 let a 90 a více let. V kategorii 60-64let se vyskytly 2 pády tj. 2% z celkového počtu.

Graf č. 2: výskyt pádů podle věku



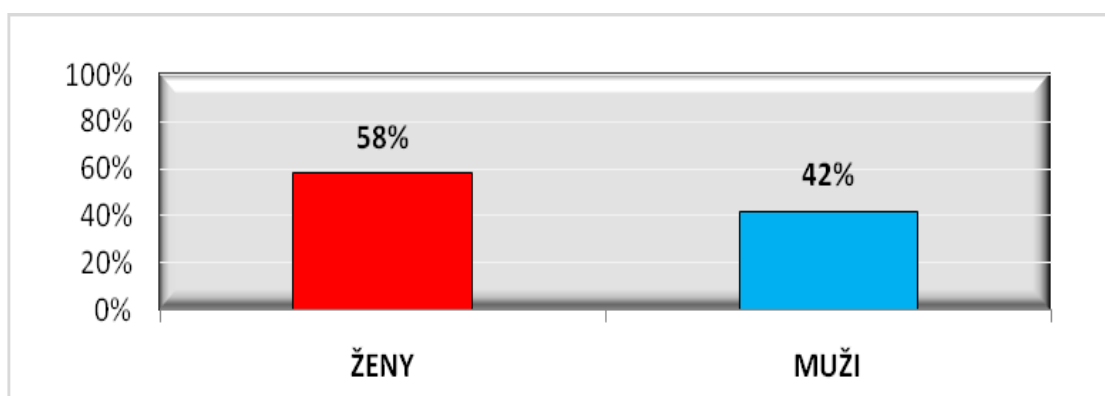
Položka 3: Výskyt pádů podle pohlaví

Tabulka č. 3: výskyt pádů podle pohlaví

VÝSKYT PÁDŮ PODLE POHLAVÍ		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ŽENY	51	58%
MUŽI	37	42%
celkem	88	100%

Tabulka č. 3 dokumentuje, že z celkového počtu 88 pádů tj. 100%, které byly analyzovány, ve větší míře padaly ženy a to v 58% tj. 51 pádů. Zbývajících 42% tj. 37 pádů připadá na muže.

Graf č. 3: výskyt pádů podle pohlaví



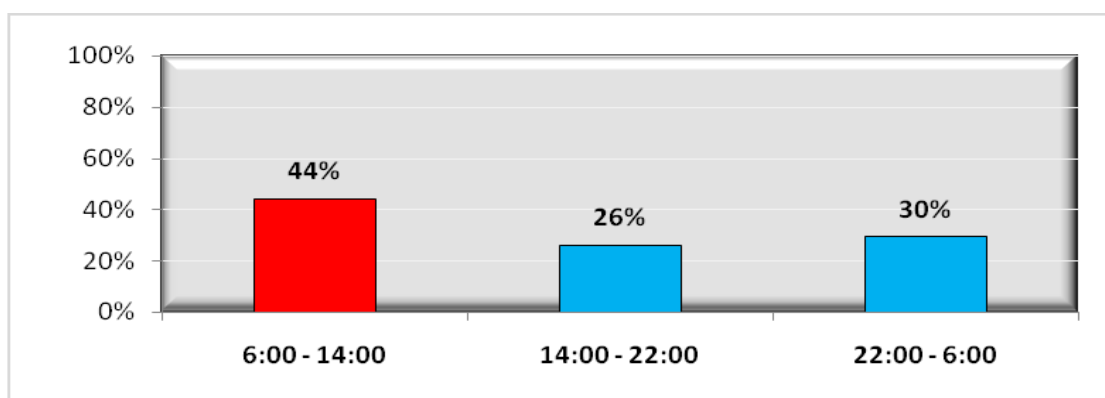
Položka 4: Výskyt pádu podle denní doby

Tabulka č. 4: Výskyt pádu podle denní doby

VÝSKYT PÁDŮ PODLE VĚKU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
6:00 - 14:00	39	44%
14:00 - 22:00	23	26%
22:00 - 6:00	26	30%
celkem	88	100%

V intervalu mezi 6:00-14:00 hodinou došlo celkem k 39 pádům tj. 44%, mezi 14:00-22:00 hodinou pak k 23 pádům pacientů tj. 26% a v časovém rozmezí 22:00-6:00 bylo napočítáno 26 pádů tj. 30% z celkového počtu 88 pádů tj. 100%.

Graf č. 4: Výskyt pádu podle denní doby



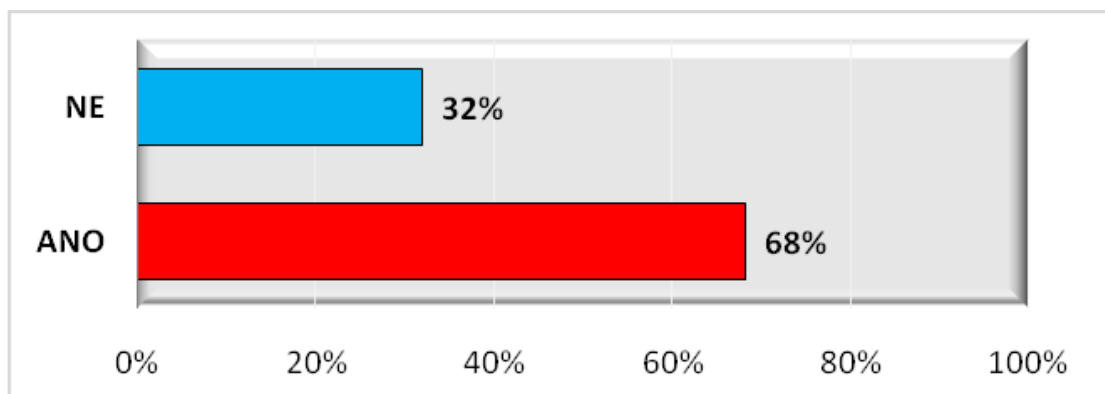
Položka 5: Pády v anamnéze

Tabulka č. 5: pády v anamnéze

PÁDY V ANAMNÉZE		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO	60	68%
NE	28	32%
celkem	88	100%

Z celkového počtu 88 tj. 100% pádů, prodělalo pád v dřívější době 60 pacientů tj. 68%. V 28 případech tj. 32% se jednalo o prvotní pád.

Graf č. 5: pády v anamnéze



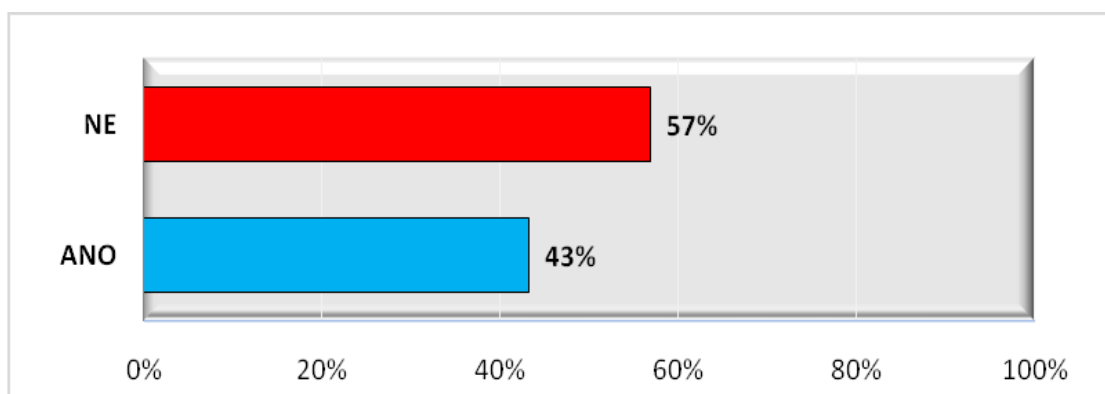
Položka 6: Zranění z pádu

Tabulka č. 6: zranění z pádu

ZRANĚNÍ Z PÁDU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO	38	43%
NE	50	57%
celkem	88	100%

Tabulka č. 6 ukazuje, že u 50 pádů tj. 57% se předchozí pád obešel bez zranění a zbylých 38 pádů tj. 43% respondentů utrpělo zranění po pádu.

Graf č. 6: zranění z pádu



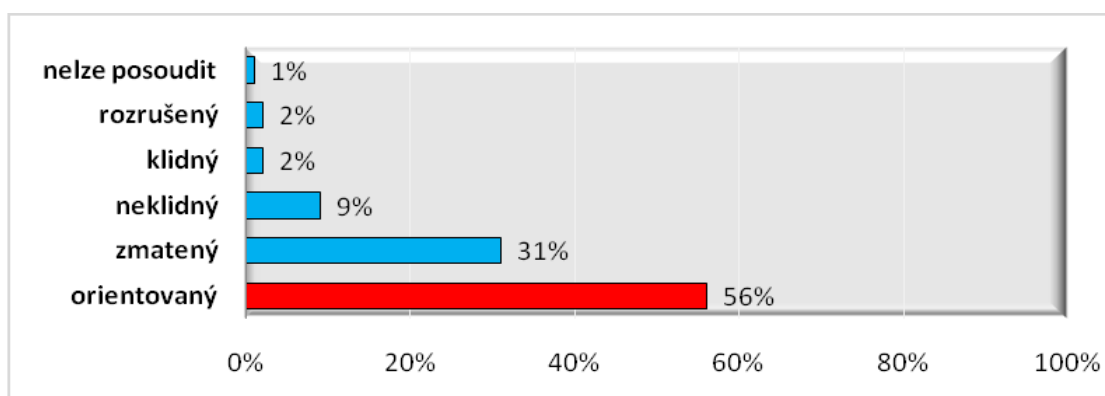
Položka 7: Psychický stav před pádem

Tabulka č. 7: psychický stav před pádem

PSYCHICKÝ STAV PŘED PÁDEM		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
orientovaný	49	56%
zmatený	27	31%
neklidný	8	9%
klidný	2	2%
rozrušený	2	2%
Nelze posoudit	1	1%
celkem	88	100%

Tabulka č. 7 dokumentuje, že 49 pádů tj. 56% vzniklo u orientovaných pacientů, 27 pádů tj. 31% u zmatených, 8 pádů tj. 9% u neklidných. U jednoho respondenta, což je u 1% sledovaných nebylo možno psychický stav před pádem posoudit. Ve dvou pádech tj. 2% byly respondenti klidní a ve shodném počet pádů tj. 2% naopak rozrušení.

Graf č. 7: psychický stav před pádem



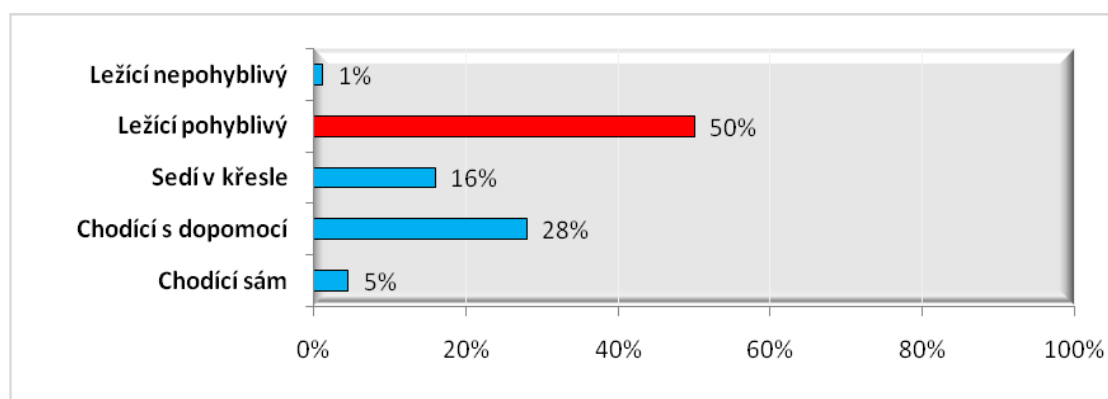
Položka 8: Pohyblivost před pádem

Tabulka č. 8: pohyblivost před pádem

POHYBLIVOST PŘED PÁDEM		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
chodící sám	4	5%
chodící s dopomocí	25	28%
sedí v křesle	14	16%
ležící pohyblivý	44	50%
ležící nepohyblivý	1	1%
celkem	88	100%

Z tabulky č. 8 vyplývá, že polovina veškerých pádů za rok 2010, tedy 50% tj. 55 pádů, vznikla u ležícího pohyblivého pacienta, 25 pádů tj. 28% vzniklo u chodících pacientů s dopomocí, 14 pádů tj. 16% u sedících v křesle a pouze 4 pády tj. 5% vzniklo u chodících pacientů. Jeden pád tj. 1% ze sledovaných respondentů vznikl u ležícího nepohyblivého pacienta.

Graf č. 8: pohyblivost před pádem



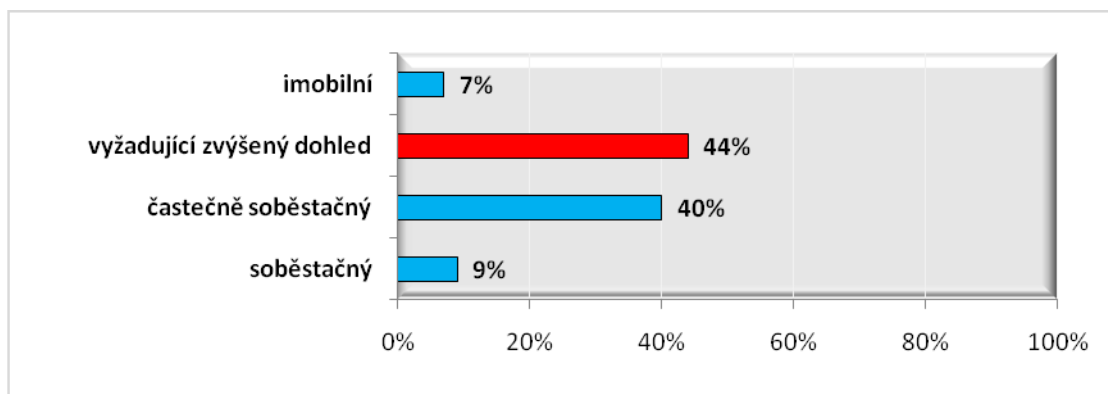
Položka 9: Soběstačnost před pádem

Tabulka č. 9: soběstačnost před pádem

SOBĚSTAČNOST PŘED PÁDEM		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
soběstačný	8	9%
částečně soběstačný	35	40%
vyžadující zvýšený dohled	39	44%
imobilní	6	7%
celkem	88	100%

V 39 pádech tj. 44% došlo k pádům u pacientů vyžadující zvýšený dohled. 35 pádů tj. 40% vzniklo u částečně soběstačných, 8 pádů tj. 9% u soběstačných a 6 pádů tj. 7% u imobilních pacientů.

Graf č. 9: soběstačnost před pádem



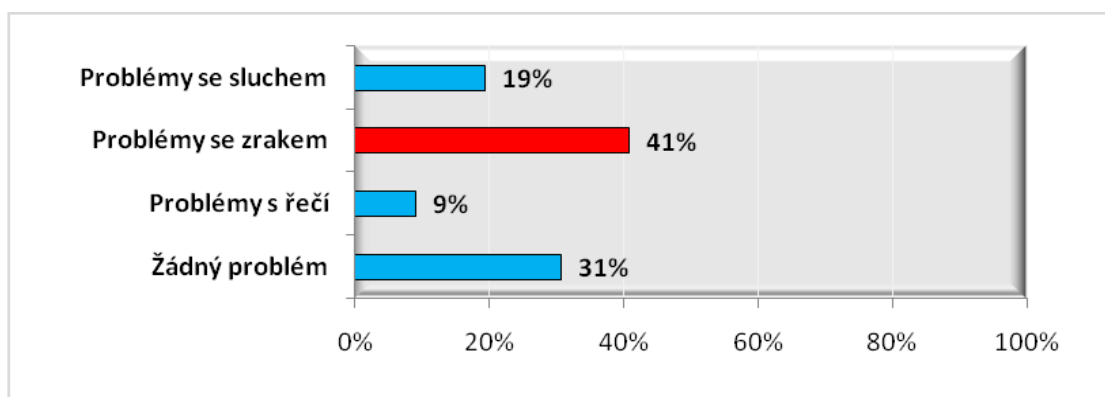
Položka 10: Smyslové bariéry

Tabulka č. 10: smyslové bariéry

SMYSLOVÉ BARIÉRY		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
žádný problém	27	31%
problémy s řečí	8	9%
problémy se zrakem	36	41%
problémy se sluchem	17	19%
celkem	88	100%

Tabulka č. 10 ukazuje, že 27 pádů tj. 31% nebylo ovlivněno žádnou smyslovou poruchou, za to ve 36 pádech tj. 41% ovlivnili pád problémy se zrakem, v 17 pádech tj. 19% problémy se sluchem a v 8 pádech tj. 9% problémy s řečí.

Graf č. 10: smyslové bariéry



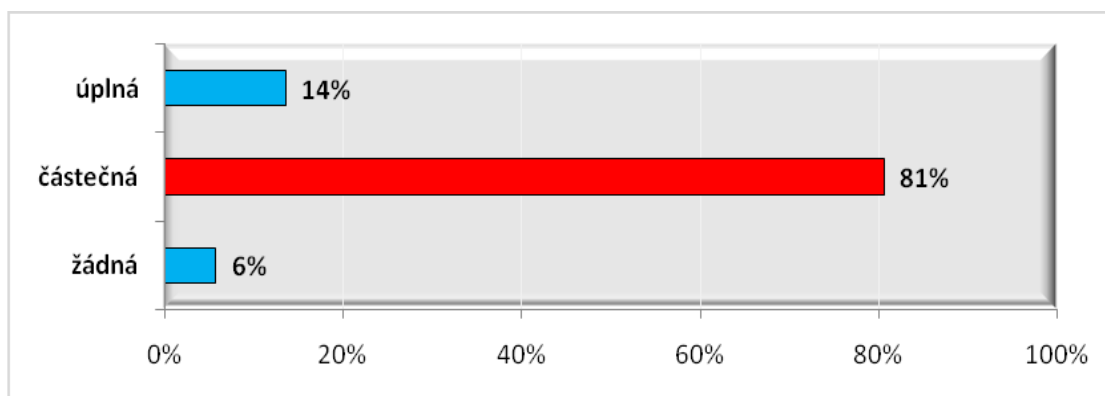
Položka 11: Schopnost spolupráce před pádem

Tabulka č. 11: schopnost spolupráce před pádem

SCHOPNOST SPOLUPRÁCE PŘED PÁDEM		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
žádná	5	6%
částečná	71	81%
úplná	12	14%
celkem	88	100%

Z tabulky č. 11 vyplývá, že u 71 pádů tj. 81% byla schopnost spolupráce pacienta před pádem částečná. Ve 12 pádech tj. 14% byla schopnost spolupráce úplná a u 5 pádů tj. 6% byla schopnost spolupráce nulová.

Graf č. 11: schopnost spolupráce před pádem



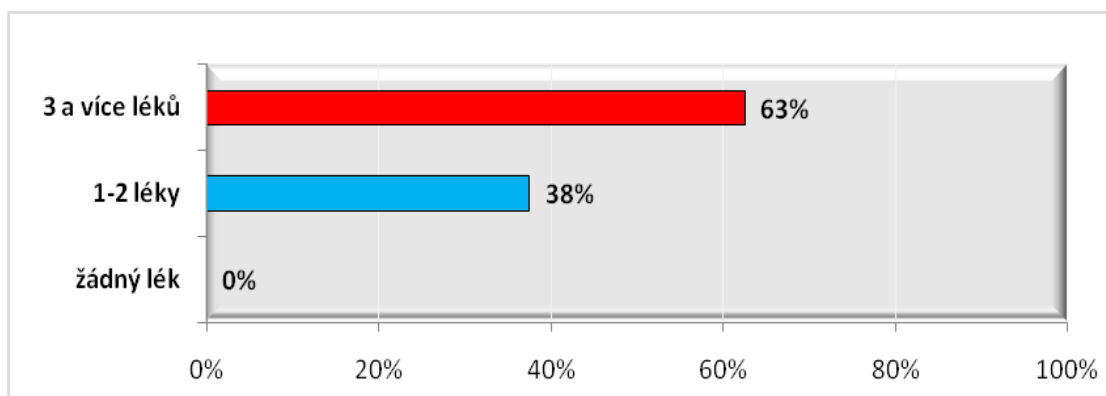
Položka 12: Užívání léků

Tabulka č. 12: užívání léků

UŽÍVÁNÍ LÉKŮ		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
žádný lék	0	0%
1-2- léky	33	38%
3 a více léků	55	63%
celkem	88	100%

Z tabulky č. 12 vyplývá, že v době před pádem nebyl žádný respondent bez medikace. U 33 pádů tj. 38% užívali respondenti 1-2 léky a v nadpoloviční většině, tedy v 55 pádech tj. 63% užívali respondenti 3 a více léků. Při výběru dat z dokumentace byla zohledněna následující kombinace léků – antipsychotika, anxiolytika, hypnotika, antidepressiva, kardiovaskulární léky, diuretika, inzulin, PAD.

Graf č. 12: užívání léků



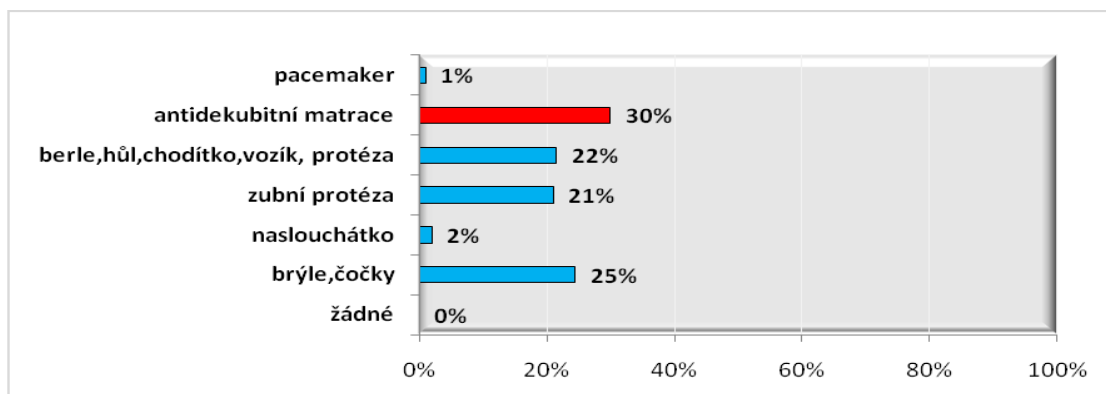
Položka 13: pomůcky

Tabulka č. 13: pomůcky

POMŮCKY		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
žádné	0	0%
brýle, čočky	49	25%
naslouchátko	4	2%
zubní protéza	42	21%
berle, hůl, chodítka, protéza	43	22%
antidekubitní matrace	60	30%
pacemaker	2	1%
celkem	200	100%

Z tabulky č. 13 vyplývá, že 60 respondentů tj. 30% využívalo antidekubitní matraci, 43 respondentů tj. 22% využívalo jako kompenzační pomůcku (berle, hůl, chodítka, vozík, protéza), 49 respondentů tj. 25% používalo brýle nebo čočky, 42 tj. 21% mělo zubní protézu a 4 pacienti tj. 2% využívali naslouchátko. 2 z respondentů tj. 1% ze sledované skupiny mělo voperovaný pacemaker.

Graf č. 13: pomůcky



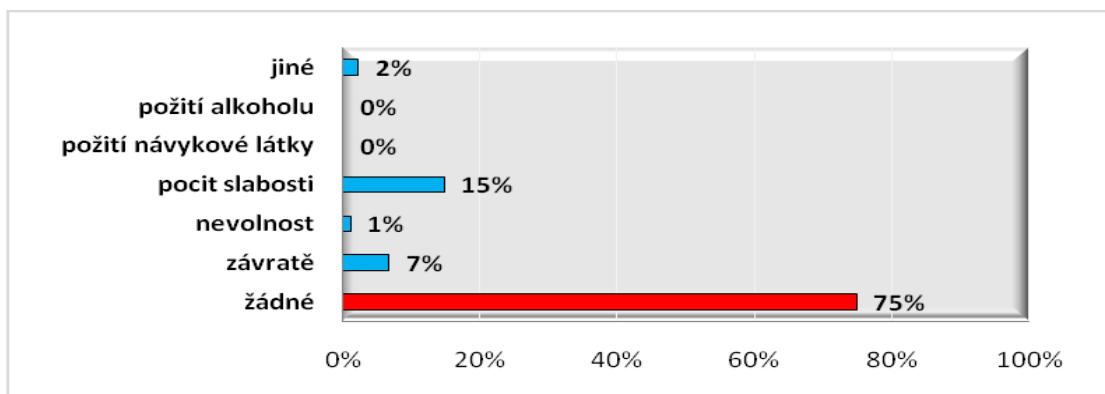
Položka 14: Subjektivní obtíže a okolnosti bezprostředně před pádem

Tabulka č. 14: subjektivní obtíže a okolnosti bezprostředně před pádem

SUBJEKTIVNÍ POTÍŽE A OKOLNOSTI BEZPROSTŘEDNĚ PŘED PÁDEM		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
žádné	66	75%
závratě	6	7%
nevolnost	1	1%
pocit slabosti	13	15%
požití návykové látky	0	0%
požití alkoholu	0	0%
jiné	2	2%
celkem	88	100%

66 respondentů tj. 75% neudávalo žádné potíže bezprostředně před pádem. Další rozbor ukázal, že 13 respondentů tj. 15% trpělo před pádem pocitem slabosti, 6 respondentů tj. 7% udávalo závrať a jeden respondent, což je 1% ze sledovaných, udával nevolnost. Nikdo z pacientů bezprostředně před pádem nepožil alkohol ani návykovou látku. Dva respondenti tj. 2% udávali jiné potíže.

Graf č. 14: subjektivní obtíže a okolnosti bezprostředně před pádem



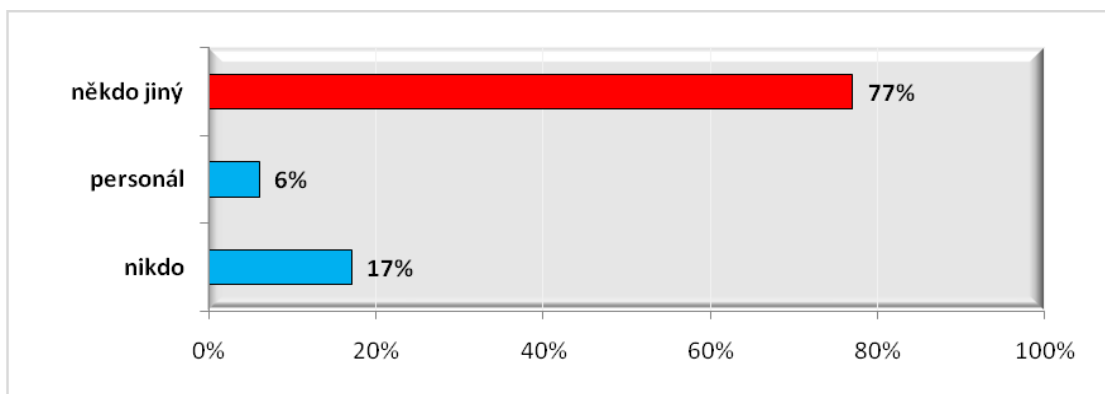
Položka 15: Přítomnost zdravotníka při pádu

Tabulka č. 15: Přítomnost zdravotníka při pádu

PŘÍTOMNOST ZDRAVOTNÍKA PŘI PÁDU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
nikdo	15	17%
personál	5	6%
někdo jiný	68	77%
celkem	88	100%

Tabulka č. 15 znázorňuje, že u 15 případů tj. 17% nebyl u pádu žádný svědek. Personál byl přítomen pádu v 5 případech tj. 6%. U 68 pádů respondentů tj. 77% byl přítomný někdo jiný. V 59 případech byl přítomen pádu spolupacient, 5 pádů se stalo za přítomnosti rodiny a 3 pády viděl student, dva uklízečka.

Graf č. 15: Přítomnost zdravotníka při pádu



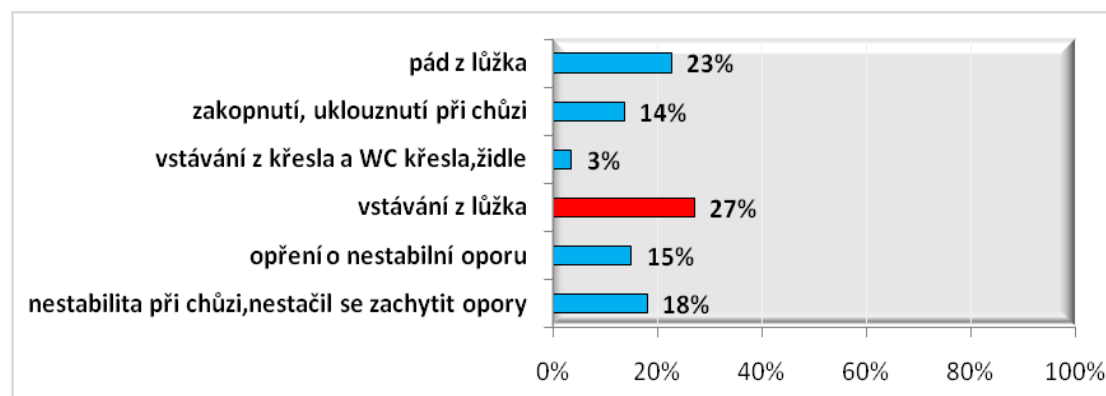
Položka 16: Situace, za které došlo k pádu

Tabulka č. 16: Situace, za které došlo k pádu

SITUACE, ZA KTERÉ DOŠLO K PÁDU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Nestabilita při chůzi, nestačil se zachytit opory	16	18%
Opření o nestabilní oporu	13	15%
Pád z lůžka	20	23%
Vstávání z křesla, WC křeslo, židle	3	3%
Vstávání z lůžka	24	27%
Zakopnutí, uklouznutí při chůzi	12	14%
celkem	88	100%

Tabulka č. 16 nám názorně ukazuje, za jaké situace došlo k pádu. Nejrizikovější se ukázalo vstávání z lůžka ve 24 pádech tj. 27%. 20 pádů tj. 23% respondentů spadlo přímo z lůžka, v 16 případech tj. 18% došlo k pádu při nestabilní chůzi a 13 respondentů tj. 15% se opřelo o nestabilní oporu a upadlo. 12 respondentů tj. 14% zakoplo nebo uklouzlo při chůzi. 3 pády tj. 3% vznikly při vstávání ze židle, křesla a z WC křesla

Graf č. 16: Situace, za které došlo k pádu



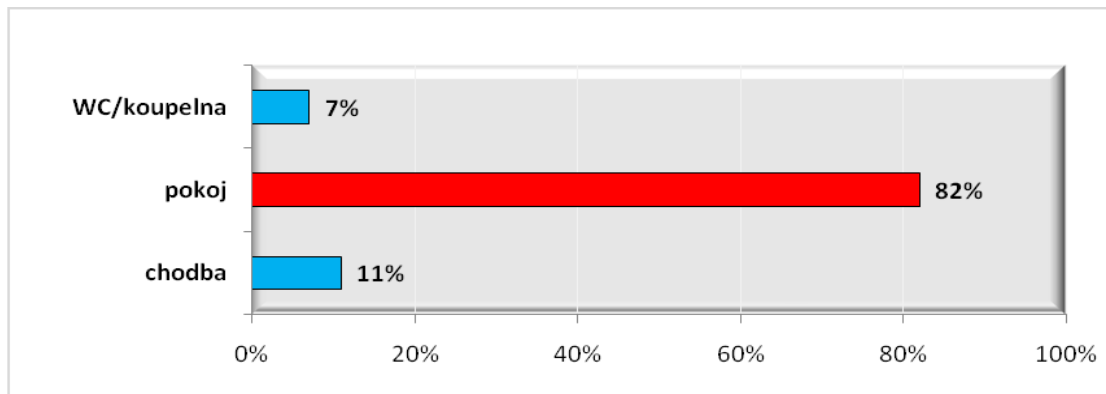
Položka 17: Místo pádu

Tabulka č. 17: místo pádu

MÍSTO PÁDU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
chodba	10	11%
pokoj	72	82%
WC/koupelna	6	7%
celkem	88	100%

72 pádů tj. 82% z celkového počtu respondentů nejčastěji upadlo na pokoji. Na chodbě došlo k 10 pádům tj. 11% a na WC a v koupelně upadlo 6 respondentů tj. 7%.

Graf č. 17: místo pádu



Položka 18: Signalizování pádu

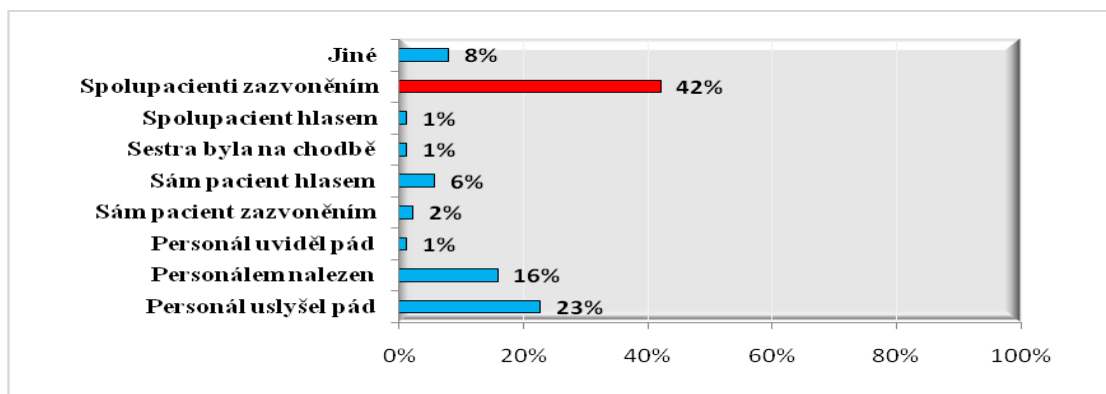
Tabulka č. 18: signalizování pádu

SIGNALIZOVÁNÍ PÁDU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
personál uslyšel pád	20	23%
personálem nalezen	14	16%
personál uviděl pád	1	1%
sám pacient zazvoněním	2	2%
sám pacient hlasem	5	6%
sestra byla na chodbě	1	1%
spolupacient hlasem	1	1%
spolupacienti zazvoněním	37	42%
jiné	7	8%
celkem	88	100%

Položka 18 úzce souvisí s položkou 15. K největší části pádů u 37 respondentů tj. 42% byl personál přivolán spolupacienty pomocí signalizačního zařízení. U jednoho respondenta, což je u 1% sledovaných, byl pád signalizován hlasem spolupacienta, stejně tak pád u jednoho pacienta byl přímo viděn personálem a u jednoho pádu pacienta byla sestra na chodbě. 20 pádů tj. 23% personál uslyšel pád a 14 respondentů tj. 16% našel. V 5 pádech tj. 6% si pacient sám

přivolal pomoc a dvakrát použil signalizaci přivolání pomoci. Na 7 pádů tj. 8% pádů upozornil někdo jiný.

Graf č. 18: signalizování pádu



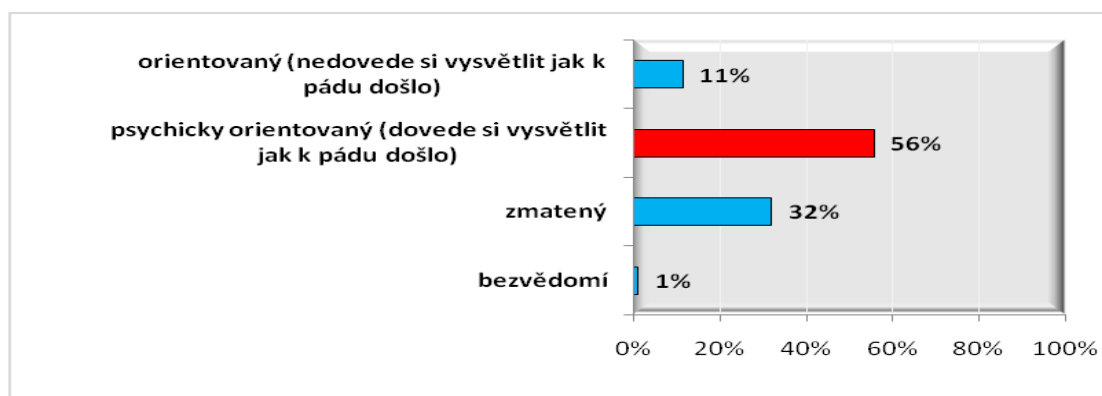
Položka 19: Psychický stav bezprostředně po pádu

Tabulka č. 19: psychický stav bezprostředně po pádu

PSYCHICKÝ STAV BEZPROSTŘEDNĚ PO PÁDU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
psychicky orientovaný (dovede si vysvětlit jak k pádu došlo)	49	56%
orientovaný (nedovede si vysvětlit jak k pádu došlo)	10	11%
zmatený	28	32%
bezvědomí	1	1%
celkem	88	100%

49 respondentů tj. 56% si dovedlo vysvětlit, jak k pádu došlo, 10 respondentů tj. 11% bylo po pádu orientovaných, ale nevěděli, jak k pádu došlo. Po 28 pádech tj. 32% byli pacienti po pádu zmatení a v jednom případě v bezvědomí.

Graf č. 19: psychický stav bezprostředně po pádu



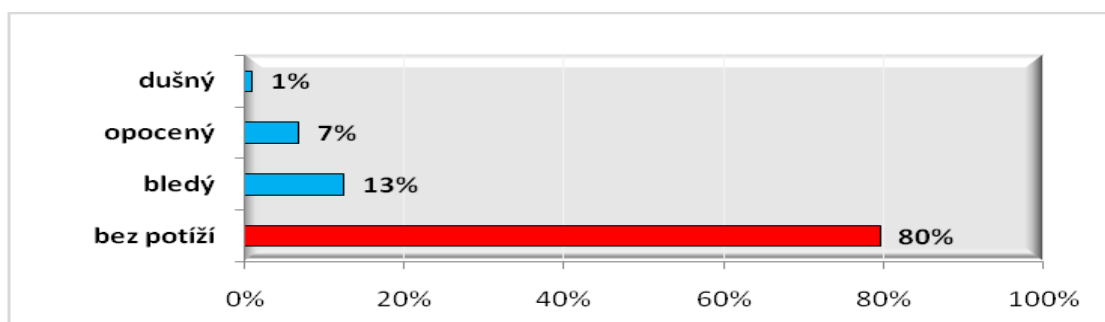
Položka 20: Somatický stav bezprostředně po pádu

Tabulka č. 20: somatický stav bezprostředně po pádu

SOMATICKÝ STAV BEZPROSTŘEDNĚ PO PÁDU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
bez potíží	70	80%
bledý	11	13%
opocení	6	7%
dušný	1	1%
celkem	88	100%

Bezprostředně po pádu bylo 70 pacientů tj. 80% bez potíží, 11 pacientů tj. 13% byli po pádu bledí, 6 respondentů tj. 7% opocení a jeden pacient byl dušný.

Graf č. 20: somatický stav bezprostředně po pádu



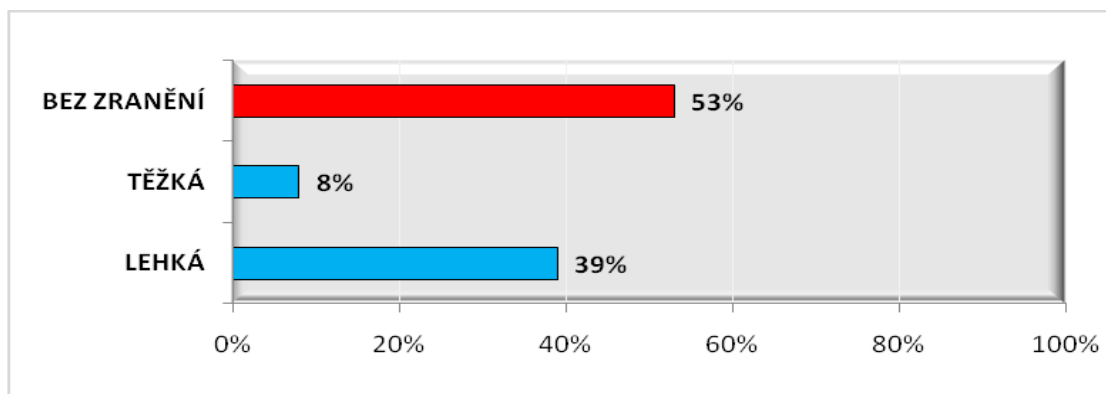
Položka 21: Zranění z pádu

Tabulka č. 21: Zranění z pádu

ZRANĚNÍ Z PÁDU		
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
LEHKÁ	34	39%
TĚŽKÁ	7	8%
BEZ ZRANĚNÍ	47	53%
celkem	88	100%

Z celkového počtu 88 pádů tj. 100% utrpělo 34 respondentů tj. 39% lehká zranění a 7 respondentů tj. 8 % se zranilo těžce. Ve 47 případech tj. 53% se pád obešel bez zranění. Nejčastěji zraněné byly končetiny a hlava.

Graf č. 21: Zranění z pádu



DISKUSE

Touto částí bakalářské práce zhodnotíme dosažené výsledky. Při hledání výsledků jiných autorů zabývajících se seniorskou problematikou pádů, jsem zjistila, že pády seniorů a jejich důsledky jsou významným problémem, který nás nutí zabývat se možnostmi jejich předcházení. Je třeba danou problematiku nadále prozkoumávat a nahlížet na dané problémy z širšího, systémového hlediska, protože cesta ke zkvalitňování péče nikdy nekončí. Dosažené výsledky jsou porovnávány s bakalářkou prací J. Rezové (2006), diplomovou prací A. Holoušové (2009) a výsledky práce D. Juráskové (2006).

Cíl č. 1 interpretuje položka č. 1, která mapuje četnost pádů na geriatrickém oddělení. V roce 2010 bylo evidováno celkem 88 pádů u celkového počtu 874 hospitalizovaných pacientů. V měsíci září byl zaznamenán nejnižší počet pádů. Naproti tomu v březnu a dubnu je počet pádů nejvyšší za sledované období (viz tabulka č. 1). Lze se domnívat, že tyto rozdíly byly ovlivněny zdravotním stavem pacientů.

V cíli č. 2 jsme zjišťovali výskyt pádů u seniorů na geriatrickém oddělení dle věku, pohlaví, denní doby a místo pádu. Výsledky získané z položek č. 2, 3, 4 a 17 lze srovnat s prací A. Holoušové (2009), J. Rezové (2006) a D. Juráskové (2006). Nejrizikovější věkovou skupinu pacientů, s ohledem na incidenci pádů, tvořili senioři nad 75 let. Ve věkové kategorii 75 – 79 let bylo zaznamenáno 23% pádů a téměř třetina těchto pádů (32%) ve věkové skupině 85 – 89 let. Ze sledovaného počtu se víc jak polovina z nich (58%) vyskytla u žen. Tyto výsledky se shodují s prací Holoušové (2009) a potvrzují, že výskyt pádů stoupá s přibývajícím věkem. Navíc k vyšší prevalenci pádů dochází u žen, jak uvádí i Topinková (2005). Očekávali jsme, že k nejvyššímu výskytu pádů dochází v nočních hodinách, jak uvádí Rezová (2006). Oproti tomu, z výsledků průzkumného šetření vyplívá, že skoro polovina pádů (44%) vznikla v časovém intervalu mezi 6:00 – 14:00 hodinou. Tyto výsledky jsou shodné s prací Holoušové (2009). Lze se domnívat, že pacienti jsou v této denní době

více stimulování k fyzické aktivitě (hygiena, stravování, rehabilitace, vyšetření...). Podle Rezové (2006) bývají noční pády zapříčiněny dezorientací v cizím prostředí po probuzení, nedostatečným osvětlením na pokoji, nežádoucími účinky hypnotik a sedativ. Tyto pády by mohly být redukovány právě zvýšenou kontrolou a edukací rizikových pacientů. Jurásková (2006) uvádí, že 81,2% pádů na ošetrovací jednotce se odehrává na pokoji pacientů. Toto zjištění potvrdil i náš průzkum kdy z celkového počtu zkoumaných protokolů se pád z 82% udál na pokoji. Lze usuzovat, že tento fakt do jisté míry souvisí s pohybovým omezením pacientů. Zároveň můžeme konstatovat, že ještě existují rezervy v uspořádání a vybavení pokojů pacientů. Zdravotnický personál na standardním oddělení nemůže zajistit nepřetržitý dohled na pohyb pacientů na pokoji. Nutností se stává vytvoření bezpečného prostředí na pokojích nemocných.

Cíl č. 3 měl za úkol identifikovat nejčastější příčiny pádů seniorů na geriatrickém oddělení FNOL. Analýzou položky č. 16 bylo zjištěno, že nejčastějšími příčinami pádů bylo vstávání z lůžka (27%) nebo pád přímo z lůžka (23%). V 18% byla příčina pádu v nestabilitě při chůzi, v 15% opření o nestabilní oporu a v 14% zakopnutí. Jurásková (2006) ve své práci získala obdobné výsledky a uvádí, že až polovina seniorů v nemocničním zařízení padá v přímé souvislosti s používáním lůžka nebo jeho vybavením. Z uvedeného tedy vyplývá, že je nezbytné věnovat maximální pozornost výběru lůžka, jeho vybavení, umístění, nastavení a zabezpečení. Noční a jídelní stolky zajistit brzdami. Zaměřit se na dostatečnou edukaci pacientů ke zvýšené opatrnosti.

Cílem č. 4 bylo definovat okolnosti vzniku pádů. Vyhodnocením položek č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14 bylo zjištěno, že na pádech hospitalizovaných seniorů se nejvíce podílí porucha pohyblivosti, soběstačnosti a schopnosti spolupráce. Polovina pádů (50%) se odehrála u ležícího pohyblivého pacienta a 28% u chodících s dopomocí. Tyto okolnosti mohou úzce souviset i s používanými kompenzačními pomůckami. Jedna čtvrtina (25%) respondentů používala jako kompenzační pomůcku brýle a v 22% berle nebo hůl. Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení uvádí, že v poslední době se řada

odborníků domnívá, že právě kompenzační pomůcky mohou přispívat k vyšší incidenci pádů. Počet výskytu těchto pádů by mohl být snížen volbou vhodné kompenzační pomůcky a dostatečnou edukací pacientů ve zvládnutí užívání těchto pomůcek. Pouze minimum pacientů (9%) bylo v době před pádem plně soběstačných a skoro polovina (44%) vyžadovala zvýšený dohled. U více než tří čtvrtin (81%) byla uvedena částečná schopnost spolupráce, což může souviset i s přítomností některé ze smyslových bariér (sluch, zrak, řeč). Skoro u dvou pětin pádů (41%) byla zaznamenána porucha zraku. Více než polovina (56%) pacientů bylo před pádem orientovaných a 31% zmatených. Určité opodstatnění má tedy i umístění rizikových a zmatených pacientů blíže k pracovně sester. Tři čtvrtiny (75%) respondentů neudávalo žádné potíže před pádem. Z našeho šetření vyplynul soulad s tvrzením Topinkové (2005), že nežádoucí účinky léků přispívají taktéž k vyšší incidenci pádů. Jako nejrizikovější skupiny udává psychofarmaka, antidepresiva, hypnotika, ale i léky k léčbě kardiovaskulárních onemocnění. Náchylnější ke vzniku pádů jsou lidé, kteří užívají kombinaci těchto léků. V nadpoloviční většině (55%) pacientů užívalo před pádem 3 a více léků a ani jeden pacient nebyl bez medikace. V 68% zkoumaných protokolů byl zaznamenán pád v anamnéze a u 43% těchto pacientů došlo ke zranění z pádu. Sledování předchozích pádů a zranění z pádů sehrává důležitou roli pro stanovení rizika pádu a nastavení konkrétních preventivních opatření (viz příloha II).

Cíl č. 5 se týká určení následků pádů. Tyto výsledky interpretují položky č. 15, 18, 19, 20 a 21. Důležitým zjištěním bylo, že v 53%, se pád u hospitalizovaných pacientů obešel bez zranění. Více než třetinu (39%) tvořily pády s lehkým zraněním, kde převažovaly povrchové odřeninny, hematomy a otok. Vážně zraněných pacientů se zlomeninami a poruchou vědomí bylo 8%. Z průzkumného šetření vyplynulo, že nejčastější lokalizací zranění byly končetiny a hlava. Z uvedeného je tedy patrné, že ke zranění hospitalizovaných pacientů následkem pádů dochází až v polovině případů. Většina pacientů (80%) se cítila po pádu bez potíží, 56% bylo psychicky orientovaných (dovedli si vysvětlit, jak k pádu došlo), 32 % bylo po pádu zmatených a pouze

v malém procentu (8%) si zvládli sami přivolat pomoc. Téměř polovina pádů (42%) byla signalizována personálu spolu pacientem zazvoněním. V dalších případech personál pád uslyšel (23%) nebo pacienta našel (16%). Obdobné výsledky získala Jurásková (2006), která navrhuje, aby se výrobci komunikačních technologií touto problematikou dále zabývali např. (alarmy signalizující opuštění lůžka, náramky, čipy...).

Po provedeném průzkumném šetření, můžeme v cíli č. 6 navrhnout možnosti rozšíření preventivních opatření. Lze konstatovat, že stále nacházíme možnosti, jak těmto pádům částečně předejít. Managementu Oddělení geriatrické lze navrhnout, zaměřit se v preventivních opatřeních na důsledné a pravidelné proškolení jak nových, tak stávajících zaměstnanců. Zvážit možnost investic do obnovy vybavení nemocničních pokojů (pokojový nábytek, příslušenství lůžka aj.) a komunikačního zařízení. Důsledně vyhledávat rizikové seniory pomocí hodnotících škál, protože výsledek může předpovědět míru rizika pádu (viz příloha II). Pacienty je třeba opakovaně edukovat o riziku pádu a souvisejících okolnostech. Informace podávat postupně, popřípadě dopomáhat při běžných činnostech a poskytnout jim delší čas na adaptaci i s ohledem na smyslové handicap (viz graf č. 10). Po jakékoliv manipulaci s lůžkem, je nutné ho vždy výškově upravit pro potřeby seniora, zkontrolovat jeho zabezpečení, umístit signalizační zařízení na dosah ruky a udržovat bezbariérové prostředí. Tyto „drobnosti“ bývají personálem často, vlivem náročnosti péče o pacienty, opomíjeny (viz graf č. 16 a 18). Další možností jak pády redukovat, je umisťovat zmatené a neklidné pacienty podle možností oddělení blíže k pracovním sestram (viz graf č. 7). Provádět častější kontroly těchto pacientů. Volit vhodné omezovací prostředky, odpovídající konkrétnímu stavu pacienta, ale pouze na nezbytně nutnou dobu, na základě ordinace lékaře a monitorace pacienta. Využívat kompenzační pomůcky odpovídající stavu pacienta a věnovat zvýšenou pozornost nácviku užívání těchto pomůcek cílenou fyzioterapií (viz graf č. 13). Vzhledem k náročnosti ošetrovatelské péče a neatraktivnosti oboru není na odděleních geriatrické takový počet personálu, který by byl optimální.

Z lékařského hlediska je vhodné omezit dle možností rizikovou medikaci (viz graf č. 12). Další opatření, které můžeme doporučit v prevenci pádů, spočívá v posouzení bezpečnostních rizik na oddělení „očima pacienta“.

ZÁVĚR

V důsledku stárnutí se senior stává méně přizpůsobivý k měnícím se podmínkám jak vnitřního, tak vnějšího prostředí, ale stárí samo o sobě nevede nutně k pádům. Se stoupajícím věkem, polymorbiditou a přítomností rizikových faktorů ovlivňující výskyt pádů, stoupá i riziko vzniku nežádoucích událostí hospitalizovaných seniorů. Zabránit všem pádům nelze, ani při dodržení stanovených předpisů a vynaložení úsilí poskytovat kvalitní a komplexní péči. Rozbor příčin pádů a nastavení preventivních opatření stále patří k neúčinnějším způsobům, jak pády a jejich následky omezit. Problematika stárnutí a pádů je široké a obsáhlé téma, kterému je třeba věnovat opakovanou pozornost a nabízí množství témat k výzkumu např. vliv používání kompenzačních pomůcek na výskyt pádů, znalost personálu o prevenci pádů, kvalita života seniora po pádu aj.

Záměrem práce bylo analyzovat problematiku pádů na geriatrickém oddělení za rok 2010. Zjistit nejčastější příčiny pádů u hospitalizovaných pacientů a možnosti jejich redukce. Na základě získaných výsledků, které jsou graficky znázorněny v přehledných grafech a tabulkách, můžeme shrnout, že cíle byly splněny. Zajímavým zjištěním bylo, že nejvyšší počet pádů (44%) z celkového počtu uváděných pádů, vznikl v rámci ranní směny, kdy je na odděleních relativně nejvyšší počet personálu. V diskuzi jsme navrhli několik vhodných preventivních opatření, která mohou vést k postupnému snižování výskytu pádů. Otázkou zůstává, zda vyšším použitím omezujících doporučení a prostředků neomezujeme právo seniora na autonomii jako základní etický princip. Z provedeného průzkumu a analýzy získaných poznatků vyplynula zejména následující opatření pro praxi: motivovat personál k dalšímu vzdělávání, pořádat semináře na téma prevence pádů, vytvořit bezpečné prostředí pro geriatrické pacienty a edukovat je. Hledání nových možností jak předcházet nežádoucím situacím je výzvou pro další hlubší studium této problematiky.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Lucie Fišerová

Název instituce: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Název práce: Příčiny a prevence pádů seniorů na geriatrickém oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci

Obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Libuše Danielová

Datum zadání: 14. 1. 2011

Datum odevzdání: 28. 4. 2011

Počet stran: 69

Počet příloh: 4

Rok obhajoby bakalářské práce: 2011

Souhrn: Bakalářská práce je zaměřena na problematiku pádů seniorů na geriatrickém oddělení FN v Olomouci. Byly analyzovány příčiny a okolnosti pádů seniorů na geriatrickém oddělení. Průzkumné šetření odpovídá na otázku: „zda je možné tyto pády ještě nějakým způsobem redukovat?“ Data jsou zpracována ze standardního formuláře Protokolu o pádu pacienta používaném Fakultní nemocnicí v Olomouci.

Klíčová slova: pád, pády seniorů, příčina pádů, prevence pádů, senior, stáří, stárnutí, geriatric, riziko

Summary: This bachelor degree thesis focuses on the issue of senior citizens' falls in the Geriatric Department of the Teaching Hospital in Olomouc. It analyses the causes and circumstances of such falls of senior citizens of the Geriatric Department. The research answers the question: "whether it is somehow possible to reduce these falls?" The data have been processed on the basis of the standard form of The Patient Fall Record used in the Teaching Hospital in Olomouc.

Key words: fall, senior citizens' falls, fall cause, fall prevention, senior citizen, old age, aging process, geriatrics, risk

LITERATURA A PRAMENY

1. ČESKÁ REPUBLIKA. Koncepce ošetrovatelství. In Věstník Ministerstva zdravotnictví české republiky. 2004, částka 9, s. 2.
2. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon 96/2004 sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (o nelékařských zdravotnických povolání). In Sbírka předpisů české republiky. 2004, částka 30, s. 51.
3. DOLEŽELOVÁ, Ivana. Stáří není nemoc. *Sestra v diabetologii*. 2006, r. 2, č. 3, s. 28 - 31. ISSN 1801-2809.
4. DOSTÁLOVÁ, Barbora, NAHODILOVÁ, Helena. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2011, r. 21, č. 1, s. 31 - 32 . ISSN 1210-0404.
5. GEBAUEROVÁ, Eva, KALETOVÁ, Šárka. Monitorování pádů pacientů. *Sestra*. 2007, r. 17, č. 6, s. 35. ISSN 1210-0404.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství 10 : Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Idvpz, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
7. HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena. Geriatrie 2010. *Česká geriatrická revue*. 2010, r. 8, č. 1 - 2, s. 7 - 9. ISSN 1214-0732.
8. HOLOUŠOVÁ, Alena. *Příčiny pádů u seniorů*. 2009. 89 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/101109/lf_m_a2/DP_2_Holousova.pdf>.
9. IVANOVÁ, Kateřina, JURIČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5.
10. JANČOVÁ, Jitka, KOHLÍKOVÁ, E. Regresní změny stárnoucího organismu a jejich vliv na posturální stabilitu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2007, r. 14, č. 4, s. 155 - 162. ISSN 1211-2658.

11. Joint Commission Resources. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
12. JURÁSKOVÁ, Dana. Pády a zranění pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče. *Ošetřovatelství*. 2008, r. 10, č. 3-4, s. 58-75. ISSN 1212-723X.
13. KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
14. KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
15. KALVACH, Zdeněk. Geriatrický syndrom instability s pády. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2007, r. 3, č. 7, s. 255. ISSN 1801-1349.
16. KLÁN, Jan, TOPINKOVÁ, Eva. Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2003, č. 2, s. 38 - 43. Dostupný také z WWW: <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_03_02_08.pdf>. ISSN 1214-0732.
17. LUŽNÝ, Jan, IVANOVÁ, Kateřina. Je ještě možné zlepšit kvalitu života těchto seniorů?. *Vojenské zdravotnické listy*. 2010, roč. 79, č. 3, s. 96-104. ISSN 0372-7025.
18. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
19. PEKTOROVÁ, Radomíra. Pády ve zdravotnických zařízeních, domovech důchodců a domácnostech. *Florence*. 2006, r. 2, č. 4, s. 42 - 43. ISSN 1801-464X.
20. REZOVÁ, Jana. *Rozbor příčin pádů pacientů hospitalizovaných na PMDV FN Brno Bohunice za období jednoho roku*. 2006. 54 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/69980/lf_b/Bakalarska_prace_18_11_05.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Drozbor%20p%C5%99%C3%AD%C4%8Din%26start%3D1>.
21. SCHULER, Matthias, OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-3013-4.

22. SVOBODOVÁ, Dita, JURÁSKOVÁ, Dana. Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v české republice. *Florence*. 2010, 2010, č. 9, s. 29 - 33. ISSN 1801-464X.
23. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
24. TOŠNEROVÁ, Tamara. Na pomoc kvalitnímu stáří. Prevence pádů. *Florence*. 2006, r. 2, č. 7-8, s. 43-47. ISSN 1801-464X.
25. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
26. VONDRÁČEK, Jan. Pád pacienta očima právníka. *Florence*. 2007, roč. 3, č. 12, s. 513. ISSN 1801-464X.
27. ZDRAVÍ 21 - zdraví do 21. století. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Světová zdravotnická organizace, Reg. úřad. pro Evropu Kodaň, 1999. 147 s. ISBN 80-85047-49-5.
28. ŽIAKOVÁ, Katarina, aj. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 1.vyd. Martin: Osveta 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. ČESKÁ ASOCIACE SESTRER ČAS [online]. 2008 [cit. 2011-04-09]. Pády a zranění pacientů při hospitalizaci - pády. Dostupné z WWW: <<http://www.cnaa.cz/pady/>>.
2. ČESKÁ GERONTOLOGICKÁ A GERIATRICKÁ SPOLEČNOST ČSL JEP: Návrh koncepce oboru geriatry [online]. 2006-10 [cit. 2011-04-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.cggs.cz/cz/KoncepceGeriatry/>>.
3. JURÁSKOVÁ, Dana. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [online]. 9. 2. 2007 [cit. 2011-04-09]. Bezpečný pokoj. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/10_Juraskova.pdf>.
4. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY: Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví [online]. 02. 04. 2008 [cit. 2011-04-09]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1847_15.html>.
5. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ GEMA: podpora zdraví seniorů, rozvoj gerontologie, geriatry [online]. 10-03-2004 [cit. 2011-04-09]. Bezpečný domov. Dostupné z WWW: <<http://www.gerontocentrum.cz/gema/pdf/bezpecnydomov.pdf>>.
6. TOŠNEROVÁ, Tamara. Asociace průvodců v problematice rizikového chování [online]. 2006 [cit. 2011-01-08]. Na pomoc kvalitnímu stáří z hlediska zdravotníků - prevence pádů. Dostupné z WWW: <<http://www.restrikce.cz/html/prevent.html>>.
7. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR: Zdravotnická ročenka České republiky [online]. 2009 [cit. 2011-04-03]. Demografie. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>>

SEZNAM ZKRATEK

aj – a jiné

č. – číslo

ČAS – Česká asociace sester

ČR – Česká republika

FN – fakultní nemocnice

FNOL – Fakultní nemocnice Olomouc

např. – například

s. – strana

tj. – to je

tzň. – to znamená

tzv. – tak zvané

SEZNAM TABULEK

tabulka č. 1 „Počet hospitalizovaných a počet pádů v roce 2010“

tabulka č. 2 „Výskyt pádů podle věku“

tabulka č. 3 „Výskyt pádů podle pohlaví“

tabulka č. 4 „Výskyt pádů podle věku“

tabulka č. 5 „Pády v anamnéze“

tabulka č. 6 „Zranění z pádu“

tabulka č. 7 „Psychický stav před pádem“

tabulka č. 8 „Pohyblivost před pádem“

tabulka č. 9 „Soběstačnost před pádem“

tabulka č. 10 „Smyslové bariéry“

tabulka č. 11 „Schopnost spolupráce před pádem“

tabulka č. 12 „Užívání léků“

tabulka č. 13 „Pomůcky“

tabulka č. 14 „Subjektivní obtíže a okolnosti před pádem“

tabulka č. 15 „Přítomnost zdravotníka při pádu“

tabulka č. 16 „Situace, za které došlo k pádu“

tabulka č. 17 „Místo pádu“

tabulka č. 18 „Signalizování pádu“

tabulka č. 19 „Psychický stav bezprostředně po pádu“

tabulka č. 20 „Somatický stav bezprostředně po pádu“

tabulka č. 21 „Zranění z pádu“

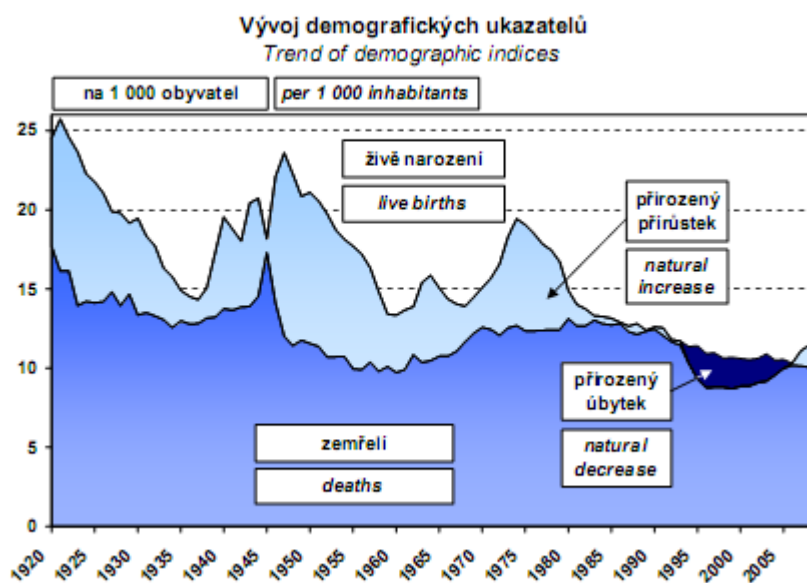
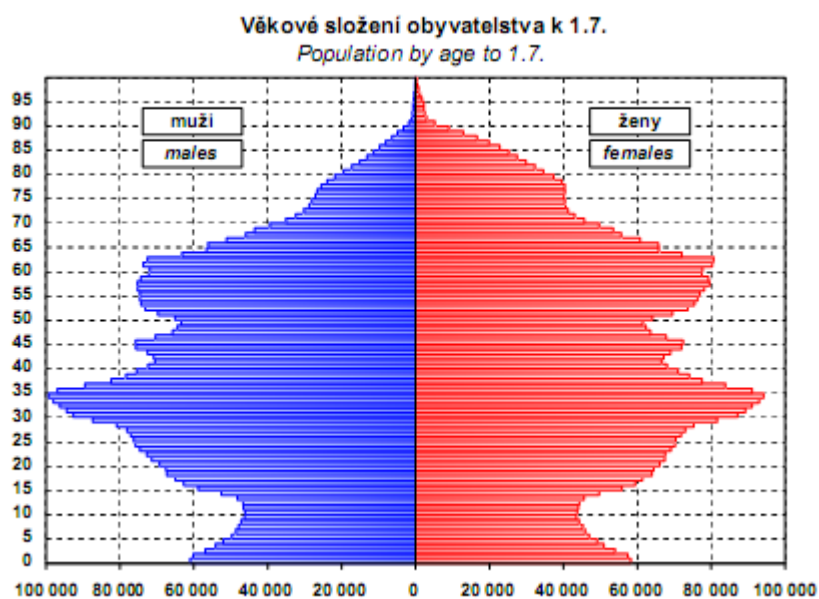
SEZNAM GRAFŮ

- graf č. 1 „Počet hospitalizovaných a počet pádů v roce 2010“
- graf č. 2 „Výskyt pádů podle věku“
- graf č. 3 „Výskyt pádů podle pohlaví“
- graf č. 4 „Výskyt pádů podle věku“
- graf č. 5 „Pády v anamnéze“
- graf č. 6 „Zranění z pádu“
- graf č. 7 „Psychický stav před pádem“
- graf č. 8 „Pohyblivost před pádem“
- graf č. 9 „Soběstačnost před pádem“
- graf č. 10 „Smyslové bariéry“
- graf č. 11 „Schopnost spolupráce před pádem“
- graf č. 12 „Užívání léků“
- graf č. 13 „Pomůcky“
- graf č. 14 „Subjektivní obtíže a okolnosti před pádem“
- graf č. 15 „Přítomnost zdravotníka při pádu“
- graf č. 16 „Situace, za které došlo k pádu“
- graf č. 17 „Místo pádu“
- graf č. 18 „Signalizování pádu“
- graf č. 19 „Psychický stav bezprostředně po pádu“
- graf č. 20 „Somatický stav bezprostředně po pádu“
- graf č. 21 „Zranění z pádu“

SEZNAM PŘÍLOH

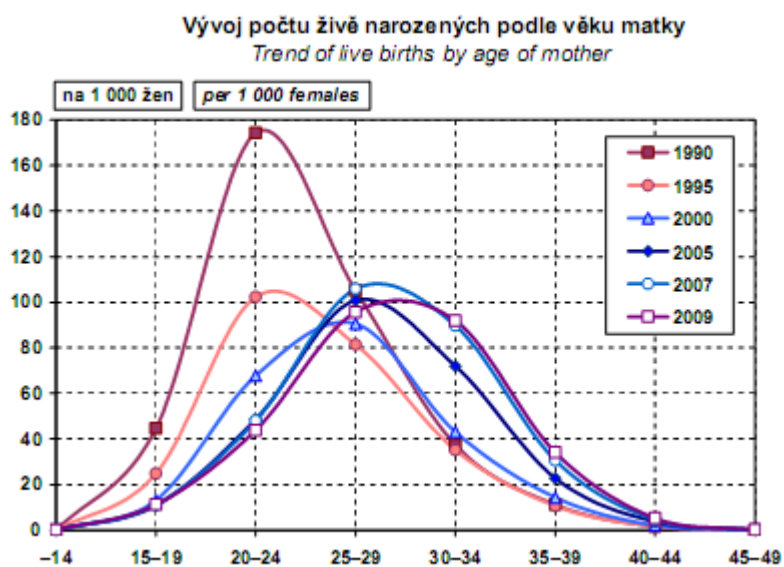
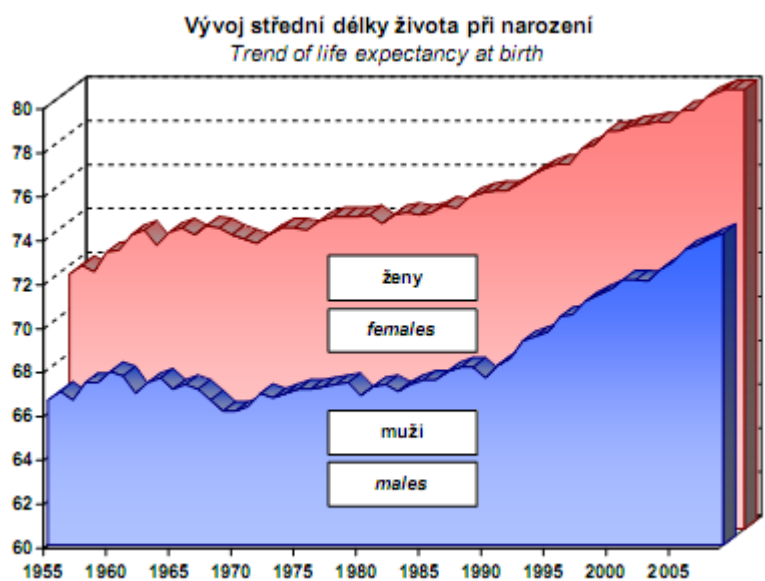
- Příl. I. - Tabulky a grafy demografické struktury české populace
- Příl. II.- Hodnotící škály – screeningový test mobility, Barthelův test základních všedních činností (ADL – aktivity daily living), Zjištění rizika pádu, Test kognitivních funkcí - MMSE - Mimi Mental Stage Exam, Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)
- Příl. III. - Formulář PROTOKOL O PÁDU PACIENTA
- Příl. IV.- Žádost o povolení průzkumného šetření

Příloha I. – Tabulky a grafy demografické struktury české populace



Zdroj: ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka ČR 2009

Příloha I. - pokračování



Zdroj: ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka ČR 2009

Příloha II. - Hodnoticí škály

SCREENINGOVÝ TEST MOBILITY			
Návod k provedení: vyzvěte nemocného, aby postupně provedl aktivity 1-9 a u každé položky zhodnoťte, zda je provedení normální (N) nebo abnormální (A)			
Aktivita	normální provedení	Hodnocení	
		N	A
1. Posazení na židli s opěrkami pro ruce	posazení provede hladce, koordinovaně bez pomoci rukou		
2. Vstávání ze židle	postavení provede na první pokus bez zaváhání, bez pomoci rukou, jedním kontinuálním koordinovaným pohybem		
3. Stoj po postavení asi 30 sekund bez opory	klidný, jistý stoj bez opory		
4. Stoj se zavřenýma očima přibližně 15 sekund	klidný, jistý stoj bez ztráty rovnováhy		
5. Tlak na sternum v klidném postoji	vyrovná přiměřeně vychýlení těžiště bez ztráty rovnováhy		
6. Stoj se záklonem (jako při pokusu dosáhnout na předmět z vysoké police)	jistě, bez ztráty rovnováhy		
7. Zdvižení předmětu ze země	Jistě, bez ztráty rovnováhy		
8. Chůze po rovině asi 15 m	chůze jistá, koordinované pohyby, přiměřenou rychlostí – s pomůckou		
	chůze jistá, koordinované pohyby, přiměřenou rychlostí – bez pomůcky		
9. Otočení při chůzi	otáčení jisté, bez zaváhání a přešlapování – s pomůckou		
	otáčení jisté, bez zaváhání a přešlapování – bez pomůcky		
Celkové skóre (počet abnormálně provedených aktivit):			

Zdroj: Topinková, E., Neuwirth, J. *Skrínigový test mobility v diagnostice a prevenci pádů ve stáří*. Rehabilitácia (Bratislava), 1993, 26, s. 97 - 102

Příloha II. – pokračování

Barthelův test základních všedních činností (ADL – aktivity daily living)		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

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

Příloha II. - pokračování

Zjištění rizika pádu - vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, přehodnoťte status pacienta podle potřeby.

Aktivita	Bodové skóre	při příjmu	Datum při změně		
Pohyb	neomezený	0			
	používá pomůcky	1			
	potřebuje pomoc k pohybu	1			
	neschopen přesunu	1			
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0			
	v anamnéze nykturie/inkontinence/enuresis nocturna	1			
	vyžaduje pomoc	1			
Medikace	neužívá rizikové léky	0			
	užívá léky ze skupiny: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní látky nebo benzodiazepiny	1			
Smyslové poruchy	žádné	0			
	vizuální, sluchový, smyslový deficit	1			
Mentální status	orientován	0			
	občasná noční dezorientace	1			
	historie dezorientace/demence	1			
Věk	18 - 74	0			
	75 a výše	1			
Pád v anamnéze		1			
Celkové skóre					
Jmenovka + podpis sestry při změně					

Dosáhne-li skóre 3 anebo více, implementujte následující:

1. Označ u pacienta červeně riziko pádu (štítek, magnet...)
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice (pokud je možno)
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a WC (dle možností).
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce a vysvětlíte jeho funkci.
5. Zajistěte vhodnou obuv.
6. Zajistěte hygienický režim.
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta.
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení.
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu.

Zdroj: FNOL, Oddělení geriatric, 2010

Příloha II. - pokračování

TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ (MMSE - Mimi Mental Stage Exam) Upraveno podle Folsteina et. Al. 1975

<u>I. Orientace</u>	<u>Bodové skóre</u>
Jaký je /rok/ /období/ /měsíc/ /den v týdnu/ /datum/ /Kde nyní jste?/ /země/ / oblast/ /město/ /ulice/ /číslo domu ev.podlaží v budově/	0 – 5 0 – 5
Za každou správnou odpověď získá nemocný po 1 bodu.	
<u>II. Opakování a paměť</u>	
Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť. Pak jmenujte pomalu a zřetelně 3 předměty /strom/ /okno/ /kniha/ a vyzvěte ho, aby je opakoval. Počet správně jmenovaných určuje bodové skóre. Pokud si nemocný předměty nezapamatoval, opakujte je tak dlouho /max.5x/, dokud si je nezapamatuje.	0 - 3
<u>III. Pozornost a počítání</u>	
Vyzvěte pacienta, aby odečítal sedmičku od čísla 100. Ukončete po pěti odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod.	0 - 5
<u>IV. Krátkodobá paměť</u>	
Vyzvěte nemocného, aby si vybavil 3 dříve jmenované předměty. Za správnou odpověď 1 bod.	0 – 3
<u>V. Poznání předmětů</u>	
Ukažte nemocnému dva předměty /hodinky/ a /tužku/, vyzvěte ho, aby je jmenoval	0 – 2
<u>VI. Opakování</u>	
Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu: „ Žádná ale, jestliže a kdyby“.	0 – 1

VII. Třístupňový pokyn

Informujte pacienta, aby postupně po sobě provedl tyto úkony
/vezměte papír do ruky/ /přeložte ho napůl/ a /položte na stůl/.
Každý správně provedený úkon 1 bod.

0 – 3

VIII. Reakce na psaný pokyn

Nemocný dostane do ruky lístek s napsaným pokynem.
/zavřete oči/. Požádejte ho, aby pokyn přečetl a provedl.
Bod je započítán pouze za zavření očí.

0 – 1

IX. Psaní

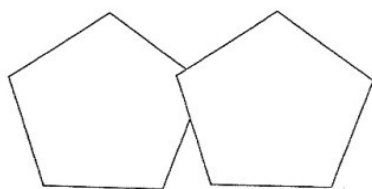
Požádejte nemocného, aby na čistý papír napsal větu obsahující
předmět a přísudek. Věta musí být smysluplná a napsaná
spontánně, gramatické chyby jsou povoleny.

0 – 1

X. Malování podle předlohy

Požádejte nemocného, aby podle potřeby nakreslil následující
obrazec. Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů
a dva musí být v překřížení. Tremor a rotace obrazce nerozhodují.

0 – 1



.....

celkové skóre max. 30 bodů

H o d n o c e n í

0 – 10 bodů	těžká kognitivní porucha
11 – 20 bodů	kognitivní porucha středního stupně
21 – 23 bodů	lehká porucha
24 a více bodů	norma

Zdroj: FNOL, Oddělení geriatric, 2010

Příloha II. - pokračování

Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)
1. Požádejte seniora, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte seniora, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte seniora, aby přešel napříč místností a aby se otočil.
4. požádejte seniora, aby se vrátil ke své židli a aby se na ni opět posadil.

Výsledek:

Je-li senior schopen provést všechny 4 úkony aniž by ztratil rovnováhu, potácel se upadl, nebo hledal předměty, o které se mohl opřít. Je Gaitův test negativní. Jestliže senior není schopen test dokončit, nebo má výše uvedené problémy je nutné, aby byl založen protokol pro prevenci pádu.

Negativní test	senior není rizikový
Pozitivní test	senior je rizikový

Zdroj: ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8

Příloha III. - Formulář - Protokol o pádu pacienta



**FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLMOUC**

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
Tel. 588 441 111, e-mail: fn@fnol.cz
IČO: 00098892

Klinika/oddělení: _____

Fm-L009-020-PADPAC-001

Číslo protokolu: _____

Protokol o pádu pacienta

Příjmení a jméno: _____		RČ: _____	ZP: _____
Číslo chorobopisu: _____		Ambulantní ošetření: _____	
Dg: _____	vedl.: _____	Hospitalizace od (den, měsíc, rok): _____	
		Pády v anamnéze: _____	
		Datum a čas pádu: _____	
		Zranění z pádu (pokud byl v anamnéze): _____	

Zhodnocení pacienta před pádem

Psychický stav: _____

Pohyblivost: _____

Soběstačnost: _____

Smyslové bariéry: _____

Schopnost spolupráce: _____

Užívání léků: _____

Pomůcky: _____

Předchozí pády na daném oddělení: _____

Zhodnocení pacienta po pádu

Subjektivní obtíže a okolnosti bezprostředně před pádem: _____

Přítomnost zdravotníka při pádu: _____

Situace za které k pádu došlo: _____

Místo pádu: _____

Signalizování pádu: _____

Psychický stav bezprostředně po pádu: _____

Somatický stav bezprostředně po pádu: _____

Puls: / TK Zranění: _____

Druh a lokalizace zranění

Bezvědomí: _____

Komoce mozku: _____

Hlava: _____

Hrudník: _____

Horní končetina L: _____

Horní končetina P: _____

Ruka L: _____

Ruka P: _____

Břicho: _____

Záda: _____

Pánev: _____

Dolní končetina L: _____

Dolní končetina P: _____

Noha L: _____

Noha P: _____

Příloha III. - pokračování

Záznam lékaře:	
Pravděpodobná příčina pádu:	
Podpis lékaře / osobní číslo:	
Záznam staniční sestry (do 72hod):	
Podpis staniční sestry:	Datum a čas: _____
Doporučení pro další postup:	
Provedená opatření:	
Vyšetření:	
Ošetření:	
Další vývoj:	
Poznámky:	
Datum a čas vyplnění:	Podpis sestry / osobní číslo:

Příloha IV. - Žádost o povolení průzkumného šetření

Bc. Martin Šamaj
Manažer ošetrovatelské péče
Fakultní nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 6
772 00 Olomouc

V Olomouci dne 2. 3. 2011

Věc: Žádost o povolení průzkumného šetření ve FN Olomouc.

Vážený pane Šamaji,

obracím se na Vás se zdvořilou žádostí o povolení sběru dat z Protokolu o pádu pacienta na geriatrickém oddělení a následné prezentaci výsledků v rámci mé závěrečné bakalářské práce na téma: „**Příčiny a prevence pádů seniorů na geriatrickém oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci.**“

Cílem mé práce je analyzovat příčiny a okolnosti pádů seniorů na geriatrickém oddělení a odpovědět na otázku: „zda je možné tyto faktory odstranit nebo alespoň zmírnit jejich vliv?.“ Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Mgr. Bc. Libuše Danielové, vrchní sestry z oddělení geriatry FN v Olomouci.

V případě zájmu Vám výsledky šetření ráda poskytnu.

Za spolupráci a kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji



Lucie Fišerová

studentka FZV UP v Olomouci
obor Bc.ošetrovatelství
tel: 604839413
Fiserovalucka@seznam.cz
všeobecná sestra, odd.geriatry FNO

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:.....

Datum: - 7 - 03- 2011

Razítko, podpis

Bc. Martin Šamaj, MBA
náměstek lékařských oborů
Fakultní nemocnice Olomouc