

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Bc. Marcela Zatloukalová

**Prevence nežádoucí události – snížení rizika pádu ve vybraném zdravotnickém
zařízení z pohledu nelékařského personálu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Ambroz, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 3. května 2024

Marcela Zatloukalová

Poděkování

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování vedoucímu mé diplomové práce panu Mgr. Petru Ambrozovi, Ph.D. za cennou podporu, odborné vedení, trpělivost, a především za čas, který mi věnoval. Mé poděkování patří také mé rodině a blízkým přátelům, bez jejichž podpory a pomoci by práce nemohla vzniknout.

Anotace

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Název práce: Prevence nežádoucích událostí – snížení rizika pádu ve vybraném zdravotnickém zařízení z pohledu nelékařského personálu.

Název práce v AJ: Prevention of adverse events – decreasing the risk of falls in a selected healthcare facility from the perspective of non-medical staff.

Datum zadání: 2023-01-30

Datum odevzdání: 2024-05-03

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav zdravotnického managementu
a ochrany veřejného zdraví

Autor práce: Bc. Marcela Zatloukalová

Vedoucí práce: Mgr. Petr Ambroz, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Martina Kovalová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývá prevencí nežádoucích událostí – snížením rizika pádu ve vybraném zdravotnickém zařízení v ČR, a to z pohledu nelékařského personálu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část definuje pád jako nežádoucí událost, rizikové faktory pádu, jeho prevenci a postup při pádu pacienta ve zdravotnickém zařízení. V praktické části jsou analyzována a statisticky zpracována data z dotazníkového šetření. Cílem je zjistit nejčastější příčiny pádů na odděleních ve vybraném zdravotnickém zařízení z pohledu nelékařského personálu. Dále pak zmapovat úroveň edukace ze strany personálu. Výstupem diplomové práce je navrhnout preventivní opatření ke snížení rizika pádu.

Abstrakt v AJ: The thesis deals with the prevention of adverse events – reduction of the risk of falls in a selected healthcare facility in the Czech Republic from the perspective of non-medical medical staff. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part defines a fall as an adverse event, risk factors of a fall, its prevention and the procedure for a patient fall in a healthcare facility. In the practical part, data from a questionnaire survey are analysed and statistically processed. The aim is to find out the most common causes of falls in wards

in the selected health care facility from the perspective of the non-medical staff. Then, to map the level of education by the staff. The outcome of the thesis is to propose preventive measures to reduce the risk of falls.

Klíčová slova v ČJ: nežádoucí událost, pád, pacient, nelékařský personál, prevence, edukace

Klíčová slova v AJ: adverse event, fall, patient, non-medical personnel, prevention, education

Rozsah: 93 stran, 8 příloh

Obsah

ÚVOD	8
I Teoretická část	9
1 Pády	10
1.1 Definice	10
1.2 Etiologie	12
1.3 Rizikové faktory	13
1.3.1 Rozdělení dle WHO	14
1.3.2 Vnitřní rizikové faktory	15
1.3.3 Vnější rizikové faktory	18
1.4 Následky pádů	19
1.5 Prevence pádů	21
1.6 Intervence	22
2 Pády ve zdravotnickém zařízení	26
2.1 Legislativa pádů v ošetrovatelství	26
2.2 Identifikace rizikového pacienta	27
2.3 Edukace pacientů v riziku pádu	29
2.4 Realizace preventivních opatření u pacienta s rizikem pádu	30
2.5 Postup při pádu pacienta	31
2.6 Hlášení nežádoucích událostí PÁD	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
3 Metodika práce	35
3.1 Cíle diplomové práce	35
3.2 Organizace šetření	35
3.3 Metodika výzkumu	35
3.4 Charakteristika souboru respondentů	36
3.5 Průběh výzkumu	36
3.6 Zpracování dat	37
4 Výsledky výzkumného šetření a jejich analýza	38
DISKUSE	58
ZÁVĚR	64
REFERENČNÍ SEZNAM	65
TABULKY S DATY Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	69
SEZNAM TABULEK	75

SEZNAM OBRÁZKŮ	76
SEZNAM ZKRATEK	77
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

V současné době je prioritním zájmem zdravotní politiky zajišťovat maximálně kvalitní a bezpečnou péči o pacienta při poskytování zdravotních služeb. Kvalita zdravotních služeb je hlavním zájmem nejen mezinárodních organizací, ale i jednotlivých zdravotnických zařízení, jejich managementu a samotných zdravotnických pracovníků. Cílem českých zdravotnických zařízení je získat akreditaci, která je právě ukazatelem kvality a bezpečí zdravotnického zařízení. Zařízení musí splňovat akreditační standardy, mezi něž patří i systém hlášení nežádoucích událostí.

Mezi nejčastější nežádoucí události v rámci bezpečnosti pacienta jsou zařazeny pády hospitalizovaných pacientů. *„Pád je událost, která je nezamýšlená a může být nebo nemusí být za přítomnosti svědka. Za pád nelze považovat situaci, která je způsobena záměrným pohybem“* (Věstník MZČR, 2020, částka 2). Dle dostupných dat z ÚZIS, ale i dostupných zahraničních studií patří pády mezi 10 nejčastějších nežádoucích událostí. Všechny druhy pádů by měly být zdokumentovány bez ohledu na příčinu, a to i v případě tzv. asistovaných pádů, kdy se např. zaměstnanec snaží minimalizovat dopad pádu.

Role nelékařského personálu spočívá ve správném vyhodnocení rizik a příčin pádů u pacientů, identifikaci rizikových pacientů, zajištění bezpečného prostředí, prevenci a v neposlední řadě edukaci pacienta a jeho rodinných příslušníků o prevenci pádu.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit nejčastější příčiny pádů u pacientů na vybraných odděleních zdravotnického zařízení v České republice, a to z pohledu nelékařského personálu. Prvním dílčím cílem bylo zmapovat úroveň poskytované edukace ze strany personálu, spolupráci s rodinnými příslušníky, ale také zjistit pohled personálu na problematiku pádů a zda je nutné se této problematice více věnovat. Druhým dílčím cílem bylo navrhnout preventivní opatření a činnosti ke snížení rizika nežádoucí události PÁD, a to pro management na úrovni oddělení v rámci zdravotnického zařízení.

I Teoretická část

1 Pády

Pád může potkat „*jakoukoliv věkovou skupinu pacientů s biologickými změnami, které souvisí se zdravotním stavem, medikací, operací nebo diagnostickým vyšetřením a mohou způsobit řadě pacientů zmatenost a oslabení*“. Převážně jsou ale ohroženi pacienti staršího věku či s rizikem pádu (The Joint Commision, 2015, s. 1). Hlavním cílem všech možných opatření spojených s pády pacientů je zabránit vážným zraněním (Pokorná a kol., 2019, s. 115).

I přes veškerá bezpečnostní opatření, která se ve zdravotnických zařízeních dodržují a souvisí s pádem pacienta, nelze očekávat jejich úplné vymizení a ani toto očekávání není reálné (Pokorná a kol., 2019, s. 115).

1.1 Definice

„*Pád je situace, při níž se pacient / ošetřovaná osoba neplánovaně ocitne na podlaze (nebo na jiném níže uloženém vodorovném povrchu) ať již s poraněním anebo bez poranění pacienta / ošetřované osoby*“ (Věstník MZČR 2020, částka 2).

V literatuře jsou uváděna i jiná vymezení pojmu pád a to např.:

- „*Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze*“ (Svobodová, 2008, s. 14).
- „*Změna polohy končící kontaktem těla se zemí, ke které může přispět například porucha vědomí či hybnosti při náhlé cévní mozkové příhodě nebo epileptickém záchvatu*“ (Miertová, 2019, s. 12).
- „*Pád je neúmyslné přesunutí těla na úroveň nižší, než je počáteční, s neschopností změnit ji*“ (Miertová, 2019, s. 12).

V definicích pádu se nejčastěji uvádějí a opakují následující společné charakteristiky:

- *Pád je neúmyslné, nepředvídané, neplánované, náhlé spočinutí, pokles pacienta na zem, podlahu, jinou plochu nižší výškové úrovně, jinou osobu, jiný objekt* (Joint Comision Resources, 2005, s. 21), *počítá se i pád, kdy se pacient převrátí a spadne z nízké postele na podložku* (AHRQ, 2013, s. 70).

- *Pád pacienta zahrnuje všechny typy pádů bez asistence či s asistencí, které jsou výsledkem působení fyziologických příčin (synkopa, porucha vědomí, epileptický záchvat) anebo prostředí (kluzká podlaha), zahrnuje tedy i asistovaný pád, kdy se kterýkoliv člen zdravotnického personálu na ošetrovací jednotce pokusí minimalizovat dopad pádu (NDNQI, 2010, s. 13).*
- Situaci, která je způsobena záměrným pohybem, nelze považovat za pád.

„Důležitost definice pádu slouží ke snížení množství pádů a zvýšení bezpečnosti kvality poskytované péče daného zdravotnického zařízení“ (The Joint Commision, 2007, s. 22).



Obr. 1 Cyklus pádu [Zdroj: Zeleníková Renata, 2016]

1.2 Etiologie

Podle Bórikové a kol. je pochopení etiologie a typologie pádů důležité pro tvorbu preventivních programů (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 12).

Z hlediska etiologie se používá rozdělení pádů do dvou skupin.

Do **první skupiny** jsou zařazeny pády vzniklé působením **vnitřních faktorů** v důsledku somatického onemocnění. Tyto pády jsou tzv. **symptomatické** a tvoří 70 až 75 % všech pádů. Většina těchto onemocnění souvisí se změnami závislými na věku pacienta. U pacientů ve věku 65 let a výše, s maximálním výskytem ve věku 81 až 90 let se riziko pádu zvyšuje.

Mezi somatická onemocnění, která zvyšují riziko pádu patří „*neurologické nemoci (např. Parkinsonova nemoc, demence, cévní mozková příhoda, epilepsie, polyneuropatie, nemoci s poruchami chůze a rovnováhy), muskuloskeletální (osteoporóza, osteoartróza, revmatická artritida, svalové atrofie, stavy po amputacích, frakturách, endoprotézách), smyslové - poruchy zraku (katarakta, glaukom, degenerativní změny sítnice, změny zrakové ostrosti), smyslové - poruchy sluchu (degenerace sluchového aparátu, vestibulární dysfunkce), onemocnění onkologické (s anémií, trombocytopenií), psychiatrické (demence, delirium, deprese, abúzus alkoholu a jiných omamných látek), kardiovaskulární (infarkt myokardu, hypertenze, ortostatická hypotenze, poruchy srdečního rytmu, ateroskleróza, srdeční selhávání), hematologické (anémie, leukémie), respirační (chronická obstrukční nemoc), metabolické (hypoglykémie, poruchy vodního a elektrolytického prostředí) a urogenitální (inkontinence, nykturie)*“ (NANDA International, 2018, s. 390).

Do **druhé skupiny** jsou zařazeny pády vznikající při působení **vnějších faktorů** (prostředí). Řadíme sem **pády mechanické**, vzniklé při běžných denních aktivitách v domácím prostředí (interiér, exteriér) i mimo domov, při používání kompenzačních pomůcek při chůzi. „*Pád nastává jako následek zakopnutí, podklouznutí, došlápnutí na snížený povrch, při chůzi do a ze schodů, při opírání se o nestabilní kusy nábytku*“ (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 13-14). Predispozici k mechanickým pádům mají převážně geriatrickí pacienti. Tyto pády představují 25–30 % všech pádů. Specifickou skupinou jsou **ve zdravotnickém zařízení** pády, které mohou mít příčinu např. v nedostatku ošetřujícího personálu, nedostatečném a neefektivním vzdělání

zdravotnického personálu v problematice pádů a jejich prevenci, nebo v nevyhovujícím stavu prostředí (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 15-16).

Další rozdělení pádů dle zahraniční literatury je dle Morseové, a to do tří kategorií.

První kategorií jsou **fyzilogicky očekávané (předvídatelné)**. Tyto zahrnují až 78 % pádů. Převážně jsou u pacientů s vysokým rizikem pádu a rizikovými faktory, dopředu identifikovatelnými např. „*pád v anamnéze, poruchy chůze, častá potřeba vyprazdňování, farmakoterapie, změněný psychický stav, používání kompenzačních pomůcek při chůzi nebo na korekci zraku či sluchu aj.*“ (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 15).

Druhou kategorií jsou **fyzilogicky neočekávané (nepředvídatelné)** pády. Tyto pády tvoří 8 % všech pádů. Jsou u pacientů s nízkým rizikem pádu, u nichž první pád zpravidla neočekáváme. „*Příčinou může být cévní mozková příhoda, epizoda synkopy, patologická fraktura aj.*“ (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 16).

Třetí kategorií jsou **pády náhodné**, které tvoří 14 % všech pádů. Jedná se o „*náhlé, neúmyslné pády způsobené uklouznutím, zakopnutím, ztrátou rovnováhy či změnou postoje v důsledku rizikových faktorů, jako jsou mokrá podlaha, neosvětlení prostoru, nezajištění koberečku proti posunu, nerovný povrch, drobné předměty ponechané na podlaze aj.*“ (Bóriková, Tomagová a Miertová, 2019, s. 16).

1.3 Rizikové faktory

„*Rizikové faktory v ošetrovatelské praxi představují heterogenní skupinu rizikových faktorů, které se u konkrétního pacienta navzájem kombinují, a proto má každý pacient vlastní riziko pádu*“ (Miertová, 2019, s. 29).

Literární zdroje uvádějí kolem 400 samostatných rizikových faktorů, přičemž mnohým z nich lze preventivně předcházet a potenciálně modifikovat. Kombinace rizikových faktorů se může během hospitalizace měnit, to znamená, že i riziko nemusí být stejné.

Z 93 % se jedná o rizikové faktory ze strany pacienta – nejčastěji patofyziologické faktory, fyzické poruchy, nedodržování pokynů personálu, zmatenost, dezorientace, 5 % zastává skupina rizikových faktorů ze strany personálu – nedostatečná týmová spolupráce, komunikační problém, rozptýlení / nepozornost, nedostatečný počet

zaměstnanců a 2 % jsou ze strany prostředí (Bóriková, Tomagová a Miertová, 2019, s. 27).

Mezi nejvýznamnější faktory u hospitalizovaných pacientů řadíme vyšší a vysoký věk, pád v anamnéze, poruchy chůze a rovnováhy, svalová slabost, používání kompenzačních pomůcek při chůzi, rizikové skupiny farmakoterapie a její nežádoucí účinky, poruchy psychického stavu (zmatenost, demence, delirium aj.), poruchy zraku / sluchu, potřeba častého vyprazdňování a enviromentální rizika. Při hospitalizaci se riziko pádu zvyšuje přítomností akutního onemocnění, novou farmakoterapií, diagnostických a léčebných výkonů, neznámého prostředí. Rizikové faktory jako je nízká minerální hustota kostí, nízké BMI a fragilní kožní systém, zvyšují v případě pádu riziko poranění (Bóriková, Tomagová a Miertová, 2019, s. 27-29).

V klinické praxi se nejvíce používá rozdělení rizikových faktorů na vnitřní a vnější.

1.3.1 Rozdělení dle WHO

WHO rozděluje rizikové faktory do čtyř skupin:

1. Biologické faktory zahrnují charakteristiku lidského těla – např. věk, pohlaví, rasa.

2. Behaviorální faktory zahrnují faktory týkající se lidských činů, emocí, anebo každodenního chování. Mohou být potenciálně modifikované (např. rizikové chování jako je nadměrné užívání alkoholu, léků a sedavý životní styl) přes behaviorální intervence.

3. Enviromentální faktory zahrnují interakci fyzické kondice jednotlivce a okolního prostředí včetně nebezpečí v domácím a veřejném prostředí (např. kluzké schody, slabé osvětlení, nerovná podlaha). Tyto faktory nejsou samy od sebe příčinou pádu, spíše jde o interakci mezi jinými faktory a jejich expozicí enviromentálním faktorem.

4. Sociálně - ekonomické faktory souvisí se sociálními podmínkami a ekonomickým stavem jednotlivce (např. nízký finanční příjem, nízký stupeň vzdělání, neuspokojivé bytové podmínky, omezený přístup k zdravotní a sociální péči).

Tab. 1 Skupiny rizikových a protektivních faktorů pádů podle WHO (2007)

Rizikové faktory	
<i>Biologické rizikové faktory</i>	<ul style="list-style-type: none"> • věk, pohlaví, rasa • chronická onemocnění (Parkinsonova nemoc, artritida, osteoporóza) • ubývání kognitivních schopností, smyslových poruch apod.
<i>Behaviorální rizikové faktory</i>	<ul style="list-style-type: none"> • užívání vícečetné medikace • nadměrný příjem alkoholu • nedostatek cvičení • nevhodná obuv
<i>Socioekonomické rizikové faktory</i>	<ul style="list-style-type: none"> • nízký příjem a úroveň vzdělání • nedostatek sociálních interakcí • omezený přístup k zdravotnickým a sociálním službám • nedostatek komunitních zdrojů • neadekvátní bydlení
<i>Environmentální rizikové faktory</i>	<ul style="list-style-type: none"> • nevyhovující konstrukce budov • nerovné chodníky • neupevněné rohy koberců • nedostatečné osvětlení • kluzké podlahy a schodiště
Protektivní faktory	
<i>Behaviorální změny životního stylu</i>	<ul style="list-style-type: none"> • nekouření • udržování přiměřené tělesné hmotnosti • výživa • pohyb
<i>Environmentální změny</i>	<ul style="list-style-type: none"> • modifikace domácího prostředí (chrání seniory před skrytými riziky denních aktivit v domácnosti)

1.3.2 Vnitřní rizikové faktory

Vnitřní faktory se týkají pacienta a mohou být spojeny s involučními změnami. Normální fyzické a psychické změny související se stárnutím snižují funkční rezervy organismu a pacient se tak stává náchylnějším na pád. Jedná se především o vestibulární, proprioreceptivní, vizuální, kognitivní a muskuloskeletální funkce. K funkční deklinaci se postupně přidávají různé zdravotní problémy, akutní a chronická

onemocnění, polyfarmakoterapie a další rizikové faktory (Bóriková, Tomagová a Miertová, 2019, s. 28). Vnitřní faktory přispívají k pádu v 56 %.

Vnitřní rizikové faktory jsou individuální pro každého pacienta a můžeme je rozdělit do dvou skupin:

a) Nemodifikované faktory – řadíme sem věk, pohlaví pacienta, anamnézu pádu, poruchy citlivosti a přidružená onemocnění.

Věk je pokládán mezi nejvýznamnější rizikové faktory. „*Ve věkové skupině ≥ 65 let upadne nejméně jednou během roku až 30 % pacientů a ve věku ≥ 80 let za stejné časové období upadne 50 % pacientů*“ (Miertová, 2019, s. 30). Pády ve vyšším věku jsou multifaktoriálně podmíněny v důsledku interakce jednotlivých rizikových faktorů a mohou mít závažné následky, a to zejména zlomeniny (Kuckir et al., 2017).

Ženské pohlaví u osob věkově starších patří mezi další významný faktor rizika pádu. Dle Miertové mají pády obecně závažnější dopad na ženy, a to z důvodu možného následného rozvoje strachu z možného pádu (Miertová, 2019, s. 30).

Pád v osobní anamnéze pacienta je signifikantním vnitřním rizikovým faktorem pádu a předurčuje ho k dalšímu (opakovanému) pádu. Takový pacient má až 3krát větší pravděpodobnost pádu v následujícím roce, a to bez ohledu na počet pádů předchozích. „*Tato položka by měla být vždy rutinně posouzena při příjmu pacienta k hospitalizaci*“ (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 36).

b) Modifikovatelné faktory – řadíme sem klíčové rizikové faktory jako poruchy hybnosti, chůze a rovnováhy, svalová slabost, používání kompenzačních pomůcek, užívání farmakoterapie, poruchy zraku a sluchu a strach z pádu.

Poruchy chůze a hybnosti jsou klíčovým rizikovým faktorem vzniku opakovaných pádů. „*Fyziologickým stárnutím organismu se zpomaluje chůze a stává se opatrnou, zkracuje se krok, zhoršuje se rovnováha a rozšiřuje se oporný systém*“ (Miertová, 2019, s. 31). Dochází k poklesu svalové síly, omezení kapacity fyzické práce a aktivity, schopnosti přizpůsobit se okolí. Poruchy hybnosti mohou být způsobeny místními překážkami, což jsou bolesti kloubů, svalová slabost aj., anebo centrálními překážkami, které jsou důsledkem organických onemocnění mozku, proprioreceptorů muskuloskeletálního systému, anebo překážkami vzniklými při neadekvátním požadavku na pacienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu (Pokorná et al., 2013). Nejčastější příčinou poruchy chůze u pacientů je cévní mozková příhoda.

Dlouhodobá imobilizace je nezávislým rizikovým faktorem pádu z důvodu vzniku svalové atrofie a osteoporózy bez ohledu na věk pacienta. „*Syndrom instability je způsoben involučními změnami na systémech rovnováhy, tj. systém zrakový, vestibulární a proprioreceptivní, způsobující poruchu koordinace, závratě a nejistou chůzi*“. (Miertová, 2019, s. 32).

Kompenzační pomůcka je používána pacienty s poruchami chůze a rovnováhy. Cílem je zlepšení rovnováhy a vytvoření opory při stání a pohybu. Ovšem na druhou stranu může zvýšit riziko pádu v případě problémů s jejím používáním. Komplikace mohou také nastat, pokud pacient kompenzační pomůcku nepoužívá, např. ze strachu z reakce okolí, studu za „svou nápadnost okolí“, pro dotazování se ze strany okolí na příčinu jejich používání. Nejčastěji používané kompenzační pomůcky jsou berle a hůl. Hůl je vesměs pro pacienty s jednostranným postižením končetiny. Berle, nejčastěji francouzské nebo vysoké axilární, jsou určeny pro pacienty s posturální nestabilitou, poraněním, po operacích, kdy je potřeba odlehčit jednu dolní končetinu a podpořit svalstvo trupu. Používání ovšem vyžaduje dostatečnou sílu v rukách. Pro těžší poruchy chůze jsou doporučena chodítka. Ta jsou vhodná převážně pro pacienty po cévní mozkové příhodě pro prvotní nácvik chůze, nebo stavy po operacích a úrazech. Pro pacienty neschopné chůze jsou doporučovány invalidní vozíky. Mezi kompenzační pomůcky jsou zařazeny i ortézy, vhodné pro pacienty se svalovou slabostí nebo spasticitou, např. po úrazech a musí být vyrobeny podle individuálních potřeb „na míru“ (Miertová, 2019, s. 36).

Poruchy zraku a sluchu mohou být přítomny z důvodu fyziologického stárnutí organismu, ale také mohou doprovázet i některá chronická onemocnění. Charakteristické je zhoršení zrakové ostrosti, periferního vidění, orientace v šeru a tmě, rozlišování kontrastů a snížení tolerance k ostrému světlu. Rozmazané, zdvojené nebo mlhavé vidění může být i jako nežádoucí účinek některého léčiva. Poruchy zraku mají souvislost i s poruchou kontroly postoje a rovnováhy. „*Pacienty po cévní mozkové příhodě předurčují k pádům výpadky zorného pole, diplopie, kortikální slepota*“ (Miertová, 2019, s. 41). Involuci sluchového orgánu představuje především nedoslýchavost – snížená sluchová ostrost na vysoké tóny. Přítomné mohou být i patologické změny na sluchovém orgánu, např. nedoslýchavost jako symptom onemocnění. K jiným symptomům patří tinitus, např. při abúzu alkoholu, působení nežádoucích účinků léků. Riziko pádu se významně zvyšuje při kombinaci poruchy

sluchu s poruchou zraku, závratěmi nebo působením nežádoucích účinků léků (Miertová, 2019, s. 42).

Užívání farmakoterapie je dalším rizikovým faktorem pádu. Indikačními skupinami léků spojenými s rizikem pádu jsou: „*antiparkinsonika, aminoglykosidová antibiotika, antihistaminika, anticholinergika, antihypertenziva, analgetika (včetně narkotik a opiátů), antikoagulancia, benzodiazepiny, betablokátory, digitalis, diuretika, nesteroidní antirevmatika, nitráty, psychofarmaka, laxativa*“ (Miertová, 2019, s. 38). Pokud dojde k různé kombinaci léků z výše uvedených indikačních skupin, pacient má vyšší riziko pádu. Totéž platí i při kombinaci léků v rámci jedné indikační skupiny. Také užívání farmakoterapie v kombinaci s vyšším věkem se riziko pádu zvyšuje, což může být podmíněno účinky léků na CNS jako je zmatenost, sedace, delirium, deprese, extrapyramidové příznaky, poruchy chůze a rovnováhy (Miertová, 2019, s. 38). Celosvětově je samotný proces medikace považován za velmi rizikový. Při předepisování a vydávání léčiv může docházet k chybám. Odhaduje se, že v některých zemích je přibližně 6–7 % hospitalizací spojených s medikačním pochybením.

Strach z pádů je významným faktorem pro imobilizaci pacienta a zhoršení kvality života (Miertová, 2019, s. 19-20). „*Ve vztahu k pozitivní anamnéze pádu se u některých pacientů rozvine negativní fenomén jako strach z dalšího pádu – ptofóbie*“ (Miertová, 2019, s. 37). Pacient po této negativní zkušenosti nejdříve omezuje pohyb a aktivity mimo svoji domácnost a posléze i v domácím prostředí. „*Omezení aktivity může opravdu vést ke snížení počtu dalších pádů, ale má negativní vliv na pacientův zdravotní stav a jeho fyzickou a psychickou kondici*“. (Miertová, 2019, s. 19-20). Dle NANDA taxonomie je „strach navozený prožitím negativní události“ jednou z ošetrovatelských diagnóz.

1.3.3 Vnější rizikové faktory

Vnější rizikové faktory jsou faktory mající vztah k prostředí a nevycházejí přímo z organismu (Věstník MZČR, 2020). Řadíme sem nedostatečně vybavené prostředí pro osobní hygienu a to toalety, sprchy a vany bez madel a pomocného zařízení. Právě koupelna a toaleta jsou nejčastějšími místy pádu. Dále sem řadíme jídelní a noční stolky, které nelze zabrzdit. Ostré hrany nábytku, výšku židlí a lůžek. Kvalitu povrchu podlahových krytin, kluzkou mokrou podlahu nebo nerovný povrch podlahy. Dalším a neméně významným faktorem je i schodiště, kde se vyskytuje přibližně 10 % pádů.

Zajímavostí je, že nebezpečnější je chůze ze schodů a nejnebezpečnější je první a poslední krok (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 29). Špatné osvětlení ve smyslu nesprávné intenzity nebo odrazu světla je rizikovým faktorem. K riziku pádu také vedou nevhodně umístěné pomůcky denní potřeby a signalizační zařízení a nesprávné používání různých zařízení ve smyslu zábran na stranách lůžek tzv. postranic. Častým a podstatným faktorem je nevhodná, malá nebo velká obuv a nevhodné a nedostatečně funkční kompenzační pomůcky, např. berle, hole, protézy, chodítka, invalidní vozíky, zvedací zařízení. Problém může být i v nevhodných zdravotnických prostředcích, např. úzké vyšetřovací lůžko nebo operační stůl aj. (Věstník MZČR, 2020).

Vnější faktory přispívají k pádu pacienta přibližně ve 44 % (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 29).

1.4 Následky pádů

Pád znamená pro pacienta „*negativní zkušenost, zátěž, zdroj bolesti, strachu, vzniku nejistoty, obav, omezení a někdy je spojen i s následky, další nemocností až mortalitou*“ (Kim et al., 2011, s. 29). Závažným problémem jsou pády především pro seniory, jelikož je u nich vyšší riziko následného zranění než u kterékoliv jiné věkové kategorie. Následky pádu mohou ovlivnit pacienta jak po stránce fyzické, tak i psychické s důsledky i na oblast sociálních aktivit. Zranění v důsledku pádu představuje nepříznivý prognostický faktor pro další roky pacientova života. „*Následky pádů v podobě zranění a komplikací, např. zlomenin, jsou pátou nejčastější příčinou smrti*“ (Miertová, 2019, s. 18). Mezi nejčastější následky se uvádí strach z pádu, zlomeniny, dehydratace, hypotermie, dekubity a infekce. Tyto následky jsou hlavní příčinou vzniku a rozvoje fyzické nesoběstačnosti a ztrátou autonomie s následným vznikem tzv. popádového syndromu, snížení kvality života až smrti.

Klasifikace zranění po pádu dle závažnosti (The National Database for Nursing Quality Indicators, 2010, s. 5-6):

1. **žádné** – nejsou přítomny žádné příznaky nebo projevy zranění / úrazu při vyšetření po pádu, zranění může být objektivizováno zobrazovacími vyšetřovacími metodami, jako je rentgen nebo počítačová tomografie

2. **malé nebo lehké** – přítomna je bolest, zarudnutí, odřenin, použito obinadlo, led, lokální topické prostředky nebo elevace končetiny, rána byla čištěna
3. **středně těžké** – použito tejpování, stehy / sutura, dlaha
4. **těžké nebo vážné** – bylo zapotřebí operace, trakce, konzultace lékaře specialisty – neurologa, internisty, chirurga; přítomen některý typ zlomeniny, koagulopatie, pacient dostává transfuzi
5. **smrt** – pacient zemřel v důsledku zranění způsobených pádem, smrt nastala v důsledku fyziologických událostí způsobujících pád (Miertová, 2019, s. 18)

Ze všech zranění následkem pádu jsou nejčastější hematomy a abraze a to ve 20 až 30 %. Ze závažnějších zranění jsou to především fraktury a subdurální hematom, které navíc komplikují základní onemocnění a vyžadují další léčbu, prodloužení hospitalizace, zvýšení dodatečných nákladů na zdravotní péči, nebo i případné podání žaloby ze strany pacienta pro poskytování nekvalitní zdravotní péče (Miertová, 2019, s. 19). Mezi další komplikující následky pádu se řadí fraktury, a to zejména fraktura krčku kosti stehenní, báze lebeční, žeber, kostí pánve, Collesova fraktura předloktí, kompresivní fraktura obratlů aj. Dalším závažným poraněním je poranění mozku, měkkých tkání a mozkových hemoragií. Mimoto „*pacient, který není schopný sám vstát ze země po pádu a leží na podlaze více než hodinu, je ohrožen rizikem dehydratace, vznikem dekubitů, hypotermií, hypostatickou pneumonií nebo až smrtí*“ (Miertová, 2019, s. 19).

Neméně podstatnými následky pádu jsou psychické problémy v podobě posttraumatické úzkosti. Strach z pádu jako koncept v geriatrici byl poprvé definován v roce 1982 a s ním souvisí pojmy ptofóbie a fobie z postavení a chůze (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 18). Etiologie ptofóbie je různá. Může být následkem samotného pádu a rozvoje popádového syndromu, ale i součástí anticipační úzkosti u jednotlivce bez pádu a může limitovat ochotu a schopnost se pohybovat. Pacienti v důsledku strachu omezují svoji pohyblivost a realizaci aktivit mimo domácnost, následně i v rámci domácího prostředí a v neposlední řadě se u nich snižuje sebedůvěra. Takto dochází k rozvoji imobilizačního syndromu, nebo se jeho riziko výrazně zvyšuje. Omezením mobility sice nastává redukce počtu dalších pádů, ale zároveň to negativně ovlivňuje zdravotní stav pacienta a jeho fyzickou a psychickou kondici. Zvyšuje se svalová slabost, kardiopulmonální kondice, posturální stabilita,

hrozí riziko rozvoje osteoporózy, jsou redukovány sociální kontakty, rozvíjí se sociální izolace, nebo se zvyšuje riziko jejího vzniku (Miertová, 2019, s. 19).

Následky pádů mohou limitovat vykonávání bazálních a instrumentálních aktivit denního života a soběstačnost, a tím zvyšovat závislost na pomoci okolí s nutností poskytování dlouhodobé zdravotní péče (někdy i ústavní) a sociálních služeb. Nejen pro pacienta, ale i jeho rodinné příslušníky následky pádů představují komplikace podílející se na snížení kvality života, s negativním dopadem na zdravotní, ekonomický a sociální systém země, který musí vynaložit další finanční prostředky potřebné k diagnostice a léčbě zranění zapříčiněných pádem (Miertová, 2019, s. 20).

1.5 Prevence pádů

Pro většinu zdravotnických zařízení je prevence pádů prioritou. Přesto, že nelze pády pacientů úplně eliminovat, je důležité naplánovat vhodná preventivní opatření a realizovat je v praxi. Předějit těžkým zraněním s tragickými následky pádů je hlavním úkolem preventivních intervencí (Pokorná et al., 2019, s. 111). Hlavními cíli je tedy redukce rizik pádů, redukce pádů pacientů a redukce následků poranění vzniklých v souvislosti s pádem. Dosáhnutím těchto cílů je možné zlepšit bezpečnost pacientů a pozitivní kulturu bezpečnosti zdravotnického zařízení, která podporuje motivaci zdravotnického personálu k realizaci efektivních strategií k prevenci pádu. Součástí je i stanovení způsobů komunikace o riziku pádu, dokumentování rizika pádů, samotných pádů a následných komplikací vzniklých jako následek pádů. Velmi významným a důležitým faktorem v prevenci pádu je úloha sester vzhledem k jejich kontaktu s pacientem. „*Sestra zná podrobně biopsychosociální potřeby pacientů, jejich reakci a chování v různých situacích vzniklých během hospitalizace*“ (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 79).

Prevenci pádů můžeme rozdělit na:

Primární prevence je zaměřena na podporu fyzické aktivity, k dosažení co největší fyzické zdatnosti, udržení kloubní hybnosti a posilování svalstva dolních končetin. Jako neúčinnější motivační faktor se osvědčil rehabilitační pracovník, který edukuje a motivuje k fyzické aktivitě. Specifickou ošetrovatelskou péčí se rozumí edukace a komunikace, jež je základem motivací k aktivnímu pohybu a předání informací

o jednotlivých prostředcích předcházejícím faktorům způsobujících pád. Pacienta je nutné seznámit s prostorovým uspořádáním oddělení, s používáním signalizačního zařízení a s rizikovými prostory, jako jsou toalety, koupelna a sprchy.

Sekundární prevencí rozumíme způsob vyhledávání rizikových faktorů. Základem je zmapování vnitřních a vnějších rizikových faktorů, které mají negativní vliv na onemocnění, soběstačnost a pohyblivost pacienta. Důležitá jsou i omezení související s medikací, např. hypotenziva, opioidy, diuretika aj. nebo používání kompenzačních pomůcek. Kontrola nebo změna medikace u rizikových pacientů může snížit riziko pádu u těchto pacientů.

Terciární prevence je v popředí zájmu, pokud má pacient nějaké předešlé pády v anamnéze, je u něho zjištěno riziko pádu a vlivem vnitřních či vnějších faktorů může dojít k dalšímu zranění při pádu. Specifická ošetrovatelská péče se soustředí do oblasti patologických stavů a chorob, které mohou mít souvislost s pádem. Věnuje se pozornost úpravě prostředí a podpoře mobility pacienta. Důležité je i omezení či odbourání rizikové medikace, zabránění progresu nemoci, vzniku komplikací nebo dalších pádů.

Vhodný management prevence pádů a účelných intervencí po pádu vede k vyhnutí se nejčastějším negativním dopadům pádu jako je *„opožděná diagnostika fraktur, opožděná dostupnost urgentního ošetření a vyšetření, neúplný záznam o neurologickém vyšetření, opožděná diagnóza intrakraniálního krvácení a využívání techniky a nevhodných manipulačních postupů při mobilizaci pacienta i přes nespecifické příznaky zlomenin končetin a poranění míchy“* (CSHNU, Metodika Nežádoucí událost PÁD, 2023, s. 6).

1.6 Intervence

Ve zdravotnickém zařízení lze předcházet většině pádů vhodně navrženými a realizovanými postupy (strategiemi) a intervencemi (Joint Commission Resources, 2007, s. 21).

Intervence lze rozdělit na:

- **rutinní / všeobecné** – u všech hospitalizovaných pacientů již při příjmu do nemocnice. Patří sem nošení vhodné obuvi, používání signalizačního zařízení nebo správné označení prostoru pro lepší orientaci.

- **protektivní** – jsou zaměřeny na prevenci hrozícího pádu a ochranu před poraněním následkem pádu, vyžadují materiální a personální zdroje. Jedná se o používání bočnic, chráničů kyčelního kloubu, doprovod pacienta na toaletu atd. (Miertová, 2019, s. 74).

- **preventivní** – jsou vhodné pro rizikové pacienty, u kterých je předpoklad fyziologického pádu a jsou zaměřené na snížení rizika vzniku tohoto pádu (Joint Commission Resources, 2005, s. 86).

V literatuře se můžeme setkat i s rozdělením intervencí na:

- **všeobecné** – realizované u všech pacientů, mohou být zaměřené na pacienta nebo i na fyzické prostředí. Řadíme sem pravidelné monitorování, zabezpečení pitného režimu, potřeba vyprazdňování moče a stolice. Mezi intervence zaměřené na prostředí řadíme např. zabezpečení vhodného osvětlení prostoru nebo zřetelné označení mokré podlahy aj.

- **cílené nebo také individuální** – jsou realizovány na základě identifikace specifických rizikových faktorů a predikce vysokého rizika pádu. Důležité je zajištění bezpečného prostředí, posouzení rizika pádu při přijetí pacienta k hospitalizaci, jeho označení jako rizikového např. náramkem, používání bezpečné obuvi, cvičení, revize farmakoterapie, doprovod pacienta na toaletu, edukace ošetřovatelského personálu, edukace pacienta a jeho příbuzných, požití nízké postele, korekce zraku vhodnými brýlemi, farmakoterapie hyper / hypotenze aj. (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 82).

Ke klíčovým preventivním intervencím patří posuzování rizika pádu s použitím standardizované metodiky, zahrnující cílenou anamnézu rizikových faktorů, screening a hloubkové posouzení specifických rizikových faktorů pádu. Standardizovaná metodika identifikuje klíčové rizikové faktory na individuální úrovni a umožňuje individualizovat preventivní intervence pro konkrétního pacienta nebo cílovou skupinu pacientů. Sestra má u každého hospitalizovaného pacienta realizovat screening rizika pádu již při přijetí a během hospitalizace vždy při změně zdravotního stavu. Právě sestry hrají klíčovou roli nejen při posuzování rizika pádu, ale i při prosazování

obecných bezpečnostních opatření v nemocnici, proto mají být vzdělávány a trénovány na použití protokolů a postupů identifikujících nejrizikovější pacienty (Miertová, 2019, s. 75).

Součástí preventivních opatření vedoucích ke snížení rizika pádů pacientů:

Systematická edukace personálu probíhá již v rámci adaptačního procesu. Pro nelékařské pracovníky je stanovena vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Edukace probíhá formou seminářů, workshopů, kurzů, pracovních schůzek se zaměřením na prevenci a eliminaci pádů na jednotlivých pracovištích. V rámci pravidelných kontrol a auditů by měly být opakovaně ověřovány znalosti a dovednosti zdravotnického personálu.

Všeobecná bezpečnostní opatření jsou povinna realizovat všechna pracoviště bez ohledu na vyhodnocení rizika pádů u jednotlivých pacientů. Povinností všech zaměstnanců zdravotnického zařízení je dbát na to, aby v prostorách jako jsou pokoje pacientů, vyšetřovny, ambulance, čekárny a chodby nebyly zbytečné překážky, které by mohly zapříčinit pád pacienta. Také jakákoliv rozlitá tekutina na podlaze je překážkou. Proto je nutné, aby podlaha byla ihned vytřena do sucha a je třeba upozornit pacienta a požádat jej, aby se při vytírání podlahy zdržoval na lůžku, nebo seděl na židli. Dále je třeba, aby pracovníky úklidové služby byl umístěn kužel nebo označení na tabuli s nápisem „Mokrý podlaha – nebezpečí pádu“. Vedoucí pracovníci jsou povinni kontrolovat používání kuželu a zároveň dohlížet, aby podlaha na chodbách byla vytírána po částech, nejprve jedna polovina prostoru a po uschnutí pak druhá polovina. Zaměstnanci jsou dále povinni pomoci pacientovi při příjmu k hospitalizaci zorientovat se v novém prostředí, seznámit ho s oddělením, a to i v případě, že zde byl pacient již hospitalizován. Dále je nutné zajistit dostatečné noční osvětlení, zajistit opěrná madla ve sprchách a sociálním zařízení, zajistit protiskluzové podložky. U částečně mobilních pacientů zajistit správnou polohu v sedě v křesle, na lůžku zajistit pomůcky usnadňující pohyb, hrazdička, polohovací pomůcky apod. Noční stolek a signalizační zařízení by mělo být v dosahu pacienta. Funkčnost signalizace se kontroluje na oddělení akutních lůžek 2 až 3krát měsíčně a na odděleních dlouhodobé péče 1krát za měsíc, vždy se zápisem do dokumentace. Dále je potřeba zajistit, aby pojízdná kolečka lůžka, nočního stolku, sedačky nebo operačního stolu byla zablokována proti nežádoucímu posunu při vstávání, překládání nebo jiném pohybu

pacienta. Kolečka také nesmí zasahovat do cesty pacienta. Je důležité sledovat funkčnost zdravotnických prostředků jako jsou lehátka, vozíky a lůžka dle zákona o zdravotnických prostředcích a provádět kontroly se záznamem do jejich dokumentace. Ve spolupráci s fyzioterapeuty se kontroluje funkčnost a správné používání kompenzačních pomůcek.

2 Pády ve zdravotnickém zařízení

Zdravotnické zařízení je specifickým prostředím. Je zde poskytována řada zdravotnických i sociálních činností zaměřených na péči o pacienta, ať už se jedná o diagnostiku, vyšetření nebo léčbu. Prioritou při poskytování komplexní a individuální zdravotnické a samozřejmě i ošetrovatelské péče je zajistit pacientům bezpečí.

Pády jsou jednou z nejčastějších nežádoucích událostí, jež obvykle vedou ke zranění. Následky pádů pak mohou zapříčinit prodloužení délky hospitalizace, ekonomické zatížení zdravotnictví nebo mohou pacienta negativně ovlivnit do budoucna. Částečně lze pádům předejít zavedením a dodržováním režimových opatření. Hlavní podstatou těchto opatření je zabránění těžkým zraněním. „*Je ale nereálné očekávat nulový výskyt pádů*“ (Pokorná a kol., 2019, s. 111).

2.1 Legislativa pádů v ošetrovatelství

V České republice jsou pády vnímány jako indikátor kvality poskytované zdravotní péče. Hodnocení kvality a bezpečnosti lůžkové péče je legislativně stanoveno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Pády jsou v České republice monitorovány již od roku 2002, kdy se zařadily mezi nežádoucí události. „*Povinností každého poskytovatele zdravotní péče je podle Věstníku č. 2/2020 Ministerstva zdravotnictví České republiky vypracovat postup vedoucí k určování rizikových pacientů ve vztahu k pádu, vést evidenci pádů, analyzovat příčiny vzniku, vytvářet a realizovat nápravná opatření a také průběžně a pravidelně kontrolovat jejich účinnost a dodržování*“ (Česko, 2020, s. 104-108). Tato povinnost je v České republice od 1.1.2018 a to pro poskytovatele lůžkové zdravotní péče akutní, následné a dlouhodobé.

Přehled počtu nahlášených nežádoucích událostí Pád v České republice za jednotlivá období je uveden v tabulce „*Výskyt NU Pád v ČR za jednotlivá období*“ (Pokorná a kol., cit. 2022, s. 6).

Tab. 2 Výskyt NU Pád v ČR za jednotlivá období [Zdroj: Pokorná a kol., cit. 2022]

Období	Absolutní četnost NU	Počet NU na 1000 pacientů	Celkový počet hospitalizovaných pacientů	Počet PZS, kteří NU sledují (z celkového počtu PZS)
2018	32 316	47,84	2 706 998	408 (408)
2019	32 834	53,82	2 856 355	430 (430)
2020	29 635	54,72	2 320 850	435 (435)
2021	29 731	49,37	2 364 538	429 (429)

2.2 Identifikace rizikového pacienta

Při implementaci preventivního programu v oblasti pádů hospitalizovaných pacientů je prvním krokem identifikace rizika pádu pacienta. Rizikové faktory je nutné v rámci poskytování bezpečné péče detekovat včas a správně. Identifikace rizika pádu spočívá ve vypočítání skóre rizika vzniku pádu dle standardizovaného ošetřovatelského postupu, jež má PZS vypracován. Pro snížení incidence pádů byly vyvinuty a testovány různé měřicí techniky a nástroje. „V podmínkách českého zdravotnictví je doporučeno využívat škály Morse Fall Scale a Hodnocení rizika podle Conleyové (úprava Jurásková 2006/ Horová a kol., 2020)“ (Metodika nežádoucí události PÁD, 2023, s. 8). „Nástroj k hodnocení rizika – Morse Fall scale je jeden z mála, který je určen k užívání v oblasti akutní péče a ve výsledcích definitivních testů ukázal, že vykazuje vysokou validitu a senzitivitu“ (Věstník MZČR, 2020).

Tab. 3 Morse Fall Scale (MFS) – česká verze [Zdroj: Metodika Nežádoucí událost PÁD, 2023, str. 8]

			Skóre
1.	Pád v anamnéze	ne	0
		ano	25
2.	Přidružená diagnóza	ne	0
		ano	15
3.	Pomůcky k chůzi		
	žádné/klid na lůžku/pomoc sestry		0
	berle/hůl/chodítka		15
	nábytek		30
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	ne	0
		ano	
5.	Chůze		
	normální/klid na lůžku/vozik		0
	chabá		10
	narušená		20

6.	Psychický stav	
	orientovaný ve vlastních schopnostech	0
	přeceňuje se/zapomíná na svá omezení	15
	Celkové skóre	
	0 není riziko pádu	
	<25 nízké riziko	
	25–45 střední riziko	
	> 45 vysoké riziko	

Tab. 4 Hodnocení rizika podle Conleyové (úprava Jurásková 2006) [Zdroj: Metodika Nežádoucí událost PÁD, 2023, str. 9]

Rizikové faktory		Body
Anamnéza	DDD – dezorientace/demence/deprese	3
	Věk 65 a více	2
	Pád v anamnéze	1
	Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, antidepresiva, antihypertenziva, laxancia)	1
Vyšetření		
Soběstačnost	Úplná	0
	Částečná	2
	Nesoběstačnost	3
Schopnost spolupráce	Spolupracující	0
	Částečně spolupracující	1
	Nespolupracující	2
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřujícího personálu)	Míváte někdy závratě?	3
	Máte v noci nucení na močení?	1
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1
Hodnocení	Bez rizika pádu	0-4
	Střední riziko pádu	5-13
	Vysoké riziko pádu	14-19

Identifikaci pacienta v riziku pádu provede zdravotnický pracovník dle platného standardizovaného ošetrovatelského postupu daného pracoviště. Pacient s ohledem na jeho aktuální kognitivní stav musí být o důvodu jeho označení informován. V praxi se převážně používá označení rizikového pacienta pomocí barevného náramku. Dále pak grafickým označením na lůžku a přehledem hospitalizovaných pacientů v pracovně sester. Nutný je i přehled pacientů, kteří zažili pád během současné hospitalizace.

Hodnocení rizika pádu „se provádí v rámci ošetrovatelské anamnézy nejpozději do 24 hodin od příjmu pacienta na oddělení“ (Věstník MZ ČR, 2020). Přehodnocení je

nutné pak provést vždy při každé změně zdravotního stavu, při změně medikace nebo po pádu pacienta. Přehodnocení riziko je důležité i při překladi v rámci poskytovatele zdravotní péče, kdy hodnocení provede pracoviště, které pacienta přijímá. V případě pádu pacienta personál hodnotí jeho spolupráci dle stavu a zavádí odpovídající režimová opatření v intervalu 12 hodin po dobu minimálně 3 dnů. Každé PZS má nastaveno hodnocení a přehodnocení rizika pádu dle svého Standardu ošetrovatelské péče.

2.3 Edukace pacientů v riziku pádu

Velký potenciál zvýšit dodržování preventivních opatření má dobře navržená edukace pacientů. Edukace je součástí multifaktoriálního přístupu k prevenci pádů. *„Zdravotnický pracovník edukuje pacienta o důvodu a způsobu prevence pádu, o opatřeních snižujících riziko pádu a o bezpečném režimu pádu, tj. samostatném opuštění lůžka a používání signalizace“* (Pokorná a kol., 2019, s. 113). *„Zdravotnický pracovník využívá k edukaci pacienta a jeho blízkých informační letáky, znalosti získané na seminářích a v metodických pokynech, které byly vydány odbornými společnostmi, včetně metodik pro hlášení NU. Edukaci zaznamenává do Edukačního záznamu v souladu s metodickým pokynem PZS daného zařízení, v platném znění“* (Metodika Nežádoucí událost PÁD, 2023, s. 10).

Úkolem edukace je předání informací, ukázka a nácvik praktických činností, ale také dosažení změn a případné odstranění chyb. Součástí jsou i praktické rady např. jak se pohybovat s infuzním stojanem, se zavedeným permanentním močovým katetrem, jak se přesouvat z křesla do postele apod. Velmi důležité jsou i informace o vhodné pevné obuvi s protiskluznou podrážkou a ideálně s pevnou patou a nízkým podpatkem. Edukace pozitivně ovlivňuje efektivitu léčebného programu, má vliv na spokojenost, samostatnost a soběstačnost. Pacient má na edukaci právo a pro zdravotníky je edukace zákonnou povinností.

Výsledky studií zaměřených na zjištění efektivity edukačního programu pro hospitalizované seniory bez vážných kognitivních poruch na rehabilitačním oddělení popisuje Hillová v roce 2015. Program byl realizován rehabilitačními pracovníky a byl zaměřený na informace o osobním riziku pádu pacienta, na jeho motivaci ke spolupráci na prevenci pádu a na vhodné preventivní intervence. Doporučená délka edukace byla

30 minut a to ve 2 až 4 sezeních. Čas a délka edukace byla zvolena individuálně pacientovi, který dostal i informační materiály. Součástí byla mimo jiné zpětná vazba ze strany pacienta obsahující informace o tom, jak vnímá svou vlastní bezpečnost a překážky ovlivňující jeho schopnost aktivně se podílet na prevenci pádů. Autoři konstatovali, že testovaný individualizovaný program byl účinný v redukci rizik pádu na rehabilitačním oddělení (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019. s. 99).

Preventivní program s názvem Program prevence pádů pro pacienty (Fall Prevention Participatory Program) realizoval Huang a kolektiv také v roce 2015. Tento program byl zaměřený na redukci pádů onkologických pacientů. Edukace trvala přibližně 20 minut prostřednictvím diskuse a použití brožury s informacemi o prevenci pádů. Autoři vyhodnocovali efektivitu tohoto programu hodnocením vědomostí pacientů a sebehodnocením vlastní účinnosti pacientů v prevenci a výskytu pádů. Zjistili, že pacienti po absolvování edukace mají vyšší zájem o prevenci pádů, uvádějí vyšší míru vědomostí o prevenci pádů a také o své vlastní angažovanosti na této prevenci. *„Srovnáním incidence pádů ve skupinách onkologických pacientů s edukací a bez ní se ukázalo, že u pacientů s absolvovanou edukací se počet pádů snížil“* (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019. s. 99).

2.4 Realizace preventivních opatření u pacienta s rizikem pádu

„Provedení preventivních opatření v oblasti rizika pádu je v kompetenci veškerého personálu daného PZS. Za realizaci preventivních opatření u konkrétního pacienta v riziku pádu nese zodpovědnost liniový management např. staniční sestra, či sestra pověřená v rámci skupinové péče“ (Pokorná a kol., 2019, s. 114). U pacientů s vyhodnoceným rizikem pádu všeobecná sestra edukuje pacienta o riziku pádu. Edukaci zaznamená do Edukačního záznamu, jež je součástí zdravotnické dokumentace daného pracoviště. Zajistí identifikaci pacienta identifikačním náramkem. Zavede u pacienta ošetřovatelskou diagnózu riziko vzniku pádu. Předá informaci všem členům zdravotnického týmu a zaznamenává hodnocení a realizaci preventivních opatření dle nastavených pravidel daného pracoviště. Sestra dále upravuje a mění výšku lůžka tak, aby odpovídala potřebám pacienta. Zablokuje nebo zabrzdí kolečka lůžka a nastaví je tak, aby o ně nedošlo k zakopnutí pacientem nebo

ošetřujícím personálem. Zpřístupní pacientovi signalizaci a ověří si, že pacient na ni dosáhne a je schopen ji použít. Zkontroluje bezpečné rozmístění zařízení a nábytku na pokoji, aby nebylo pro nemocného překážkou v pohybu. Zkontroluje a doporučí pacientovi vhodnou obuv, ideálně s pevnou patou. Zabezpečí dostatečnou hydrataci pacienta a doporučí pravidelnou fyzickou aktivitu zaměřenou na dosažení co nejvyšší fyzické zdatnosti. Nabádá k používání kompenzačních pomůcek při chůzi a společně s fyzioterapeutem ho naučí, jak je bezpečně používat. Pacienta ve vysokém riziku sestra ukládá co nejbližše sesterny a kontroluje ho přes den minimálně 1krát za 3 hodiny a přes noc minimálně 2krát, pokud v SOP daného PZS není stanoveno jinak. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat pacientům na infuzní terapii, na kontinuální enterální výživě, geriatrickým pacientům, ale též pacientům, kteří mají zaveden permanentní močový katetr a jsou schopni chůze. U pacientů s ortostatickou hypotenzí doporučí při vstávání z postele nebo křesla pomalou změnu polohy. Výstražnou cedulkou „NEVSTÁVEJTE, POUŽIJTE ZVONEK“ označí lůžko a informuje pacienta, kterému je povolena chůze pouze s doprovodem, aby přivolal NLZP kdykoliv bude chtít vstát. Toto označení se použije též u pacientů s krátkodobým rizikem pádu, např. po operačním výkonu. „Zdůrazní se pacientovi rizikovost vstávání z lůžka s přeceněním vlastních sil“ (Pokorná, 2019, s. 115). Sestra zhodnotí režim vstávání pacienta z lůžka, zda smí nebo nesmí samostatně opouštět lůžko a za jakých okolností. Personál reaguje okamžitě na zazvonění nebo volání pacienta a zajišťuje pomoc při základních denních činnostech. Všeobecná sestra poučí pacienta o předepsaných lécích a jejich nežádoucích účincích jako je ospalost, závratě nebo ortostatická hypotenze. Při předávání směny si personál předává i informaci o konkrétních pacientech v riziku pádu.

2.5 Postup při pádu pacienta

„Pokud dojde k pádu pacienta, je vyšetření a ošetření pacienta lékařem absolutní prioritou, i když na první pohled není identifikovatelné viditelné poranění“ (CSHNU, Metodika Nežádoucí událost PÁD, 2023, s. 16). Při pádu pacienta se přítomný NLZP nepokouší pacienta zvedat a držet ho vzpřímeně, ale nechá ho sesunout k podlaze, přidržuje hlavu a trup a chrání před možným traumatem. NLZP si přivolá pomoc a snaží se pacienta uklidnit. Posoudí stav vědomí pomocí GCS, zda je schopný reagovat na

podněty a zkontroluje základní životní funkce, navíc u diabetiků změří glykémii. Při bolesti hlavy, krční páteře nebo novém neurologickém nálezů se nesmí s pacientem hýbat a dle ordinace lékaře je vhodné zafixovat krční páteř. Pokud u pacienta došlo k zástavě dechu je nutno zahájit KPR a přivolat resuscitační tým. V případě zranění je důležité poranění ošetřit a zajistit potřebná vyšetření dle ordinace lékaře. O každém pádu, i když nedošlo k poranění, je nutné vše zaznamenat do zdravotnické dokumentace a do formuláře „Hlášení nežádoucí události“ dle směrnice PZS, v platném znění. Zápis NU mimo základních osobních údajů pacienta obsahuje čas a popis události, zda byl přítomen svědek a popis poskytnuté péče včetně hodnot kontrolovaných vitálních funkcí. NU je nezbytné hlásit bezprostředně po zajištění péče o pacienta, maximálně však do konce pracovní směny NLZP, který situaci řešil. Dále je nutné zjistit příčinu, proč k pádu došlo a provést opatření, která zabrání opakování pádu. U hospitalizovaných pacientů je nutné přehodnotit riziko pádu a zajistit dostupné speciální prostředky pro imobilizaci pacienta, např. krční límec apod. O nápravných opatřeních je třeba informovat a edukovat i doprovod a osoby blízké, zvláště před propuštěním pacienta do domácího ošetření. V propouštěcí nebo překládové zprávě je nutno uvést, že došlo během hospitalizace k pádu a navrhnout preventivní opatření.

„I přes nejlepší snahu zdravotnického personálu zajistit bezpečné prostředí, může dojít k pádům také jiných osob. Mohou to být členové rodiny pacienta nebo jiné návštěvy. V případě pádu zajistí zdravotnický personál potřebnou lékařskou prohlídku a zaznamená NU dle směrnice PZS, v platném znění“ (Pokorná, 2019, s. 116).

2.6 Hlášení nežádoucí události PÁD

Každý pád pacienta, i když nedošlo ke zranění, je nutné nahlásit jako nežádoucí událost. U pádu pacienta na lůžkovém oddělení NLZP, který byl přítomen při pádu, vypisuje Protokol o pádu pacienta dle platného standardu PZS (viz příloha Protokol o pádu pacienta). Na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotnických služeb podporuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky sledování nežádoucích událostí a zajišťuje sběr dat a metodickou podporu prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky a to centrálním Systémem hlášení nežádoucích událostí. Tímto systémem se snaží zajistit komunikaci, podpořit a posílit edukační procesy, zajistit účelnou zpětnou vazbu a mimo jiné i sdílet zkušenosti v oblasti

identifikace rizik při poskytování zdravotních služeb. Samozřejmostí je nastavení systému v souladu s ochranou osobních údajů. Data se sbírají a hodnotí plně anonymizovaná, tedy pouze epidemiologická.

Sledování pádů pacientů se provádí dle aktuální verze Metodického pokynu Metodika Nežádoucí událost PÁD. Informace se do systému hlásí ve stručné a strukturované formě včetně informací o stavu před vznikem NU a dále o opatřeních realizovaných po jejím vzniku. Metodika obsahuje kromě definice a popisu sledovaných položek i Algoritmus preventivních opatření a Algoritmus bezprostředních nápravných opatření u NU typu pád (Pokorná et al., 2019, s. 214-217). Sledovanými oblastmi nebo také parametry v rámci základních informací jsou: druh pádu, pracoviště zjištění a pracoviště události (v případě že se liší od pracoviště zjištění), analýza NU, druh poškození a úroveň poškození, nejvyšší výkon (např. ošetření otevřené rány, zobrazovací vyšetření), soběstačnost pacienta, spolupráce pacienta, psychický stav, nutriční stav dle BMI, předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu, hospitalizace jako následek NU, preventabilita, nejvyšší možné poškození pacienta, pravděpodobnost opakování události a obtížnost včasného zjištění (CSHNU, Metodika, 2023, s. 17-23). Do specifikací sledovaných parametrů patří místo pádu, hodnocení rizika pádu (u dospělých i u dětí), druh pádu, postup nebo terapie po pádu a zavedená preventivní opatření (CSHNU, Metodika, 2023, s. 23-24). Metodický pokyn tak nabízí sjednocení identifikace a interpretace okolností pádu a umožňuje centrální komparaci. Autoři si také uvědomují nereálnost nulové incidence hospitalizovaných osob a vnímají tak podstatu analýzy všech okolností pádu. „*Nejdůležitější je tak eliminace pádů se závažnými následky*“ (Pokorná et al., 2019, s. 111).

Na webových stránkách ÚZIS jsou dostupné statistiky, které poukazují na to, že následky pádů nelze podceňovat (Horová, 2021, s. 61).

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 Metodika práce

Po prostudování problematiky „prevence nežádoucích událostí, rizika pádu u hospitalizovaných pacientů“ a na základě vlastních zkušeností byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. K získání potřebných dat bylo vybráno dotazníkové šetření formou nestandardizovaného dotazníku. Metodika práce je zaměřena svým obsahem na cíle, metodu a techniku výzkumu, organizaci šetření a zpracování dat.

3.1 Cíle diplomové práce

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit nejčastější příčiny pádů u pacientů na vybraných odděleních daného zdravotnického zařízení z pohledu NLZP.

Na hlavní cíl navazovaly dva dílčí cíle. Prvním bylo zmapovat úroveň poskytované edukace ze strany NLZP. Druhým pak následně navrhnout preventivní opatření ke snížení rizika nežádoucí události – rizika pádu.

3.2 Organizace šetření

Po nastudování problematiky byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, který schválil vedoucí diplomové práce. Následně pak byla podána Žádost o výzkumné šetření ve vybraném zdravotnickém zařízení. Po schválení hlavní sestrou daného zařízení byla podána žádost na etickou komisi FZV UPOL, kde bylo uděleno souhlasné stanovisko. Poté byl dotazník distribuován na tři vybraná pracoviště. Sběr dat byl realizován od června do září 2023.

3.3 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno použitím kvantitativní výzkumné metody formou anonymního nestandardizovaného dotazníku. Jako první krok byla vytvořena pilotní studie v rámci předmětu Statistika, kdy byl vytvořen dotazník s 11 položkami a rozdán 20 pracovníkům z řad NLZP vybraného oddělení. Vráceno bylo 18 dotazníků, všechny správně vyplněné, bylo vyhodnoceno, že není zapotřebí úpravy položek. Počet otázek byl rozšířen na celkový počet 21, se zaměřením na stanovené hlavní a dílčí cíle.

Dotazník tedy obsahoval 21 otázek, z toho 16 uzavřených a 5 polootevřených. U otázek číslo 1 až 14 a 18 až 21 měli respondenti zvolit jednu odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňovali. U otázek číslo 15, 16 a 17 mohli respondenti označit více odpovědí. Časová náročnost na vyplnění dotazníku byla pro respondenty 10 minut. Prvních 6 otázek sloužilo k charakteristice výzkumného souboru. Tyto otázky se týkaly věku a pohlaví respondentů, dosaženého vzdělání, pracovního zařazení, délky odborné praxe a typu oddělení, na kterém dotyčný respondent pracuje. U otázek číslo 7 až 11 respondenti zaznamenávali, jak často na daných odděleních dochází k pádům pacientů, v jaké věkové kategorii a k jakému zranění při pádu dochází. V otázkách číslo 12 až 14 byly zjišťovány nejčastější důvody pádu. U otázek číslo 15, 16 a 17 se jednalo o otázky zaměřené na intervence směřující ke snížení rizika pádu, způsob identifikace rizikového pacienta a bariéry, které zvyšují riziko pádu na daném oddělení. Otázka číslo 18 byla zaměřena na to, zda je na vybraném oddělení dostatek pomůcek usnadňujících manipulaci s pacienty s omezenou mobilitou. Na edukaci pacienta a rodinných příslušníků a používání edukačních materiálů byly směřovány otázky číslo 19 a 20. V otázce číslo 21 mohli respondenti vyjádřit svůj pohled na problematiku prevence pádů.

Na hlavní cíl diplomové práce jsou zaměřeny otázky číslo 11, 12, 13 a 14. Na první dílčí cíl se pak zaměřují otázky číslo 19 a 20.

3.4 Charakteristika souboru respondentů

Respondenty dotazníkového šetření byli zaměstnanci v pracovním poměru z řad nelékařských pracovníků vybraného zdravotnického zařízení. Jednalo se o všeobecné sestry, porodní asistentky, praktické sestry, ošetřovatelky a sanitárky. Pro respondenty z účasti na výzkumu nevyplývala žádná rizika a kdykoliv mohli z účasti na výzkumu odstoupit. Ve výzkumu byla respektována osobní svoboda, všechny rasy a etnika, Do výzkumu nebyly zařazeny subjekty, které s výzkumem nesouhlasily.

3.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal na třech chirurgických pracovištích vybraného zdravotnického zařízení v České republice. Tato pracoviště byla vybrána záměrně, a to z důvodu

zastoupení pacientů všech věkových kategorií, vyjma dětí. Dále proto, že jsou na těchto odděleních hospitalizováni pacienti jak zdraví, tak chronicky nemocní, po krátkém nebo dlouhém operačním výkonu a to buď plánovaném nebo akutním. Výzkumné šetření v daném zařízení bylo povoleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a mimo to i vrchními sestrami jednotlivých oddělení. Dotazníkové šetření probíhalo v období od června do konce září 2023. Dotazníky byly distribuovány vrchním sestram na jednotlivá oddělení v papírové podobě. Vrchní sestry je dále rozdaly svým zaměstnancům. Před vyplněním dotazníku byli respondenti informováni o účelu a zaměření výzkumu, o zajištění anonymity a ochrany osobních dat formou Informovaného souhlasu (viz. příloha). Pro sběr vyplněných dotazníků byly k dispozici uzavřené boxy, které byly umístěny na jednotlivých odděleních.

Rozdáno bylo 168 dotazníků, vrátilo se 135, návratnost je tedy 80 %. Oddělení byla označena čísly 1, 2 a 3. Na oddělení č.1 bylo rozdáno 88 dotazníků, vrátilo se 67, návratnost je tedy 76 %. Na oddělení č.2 bylo rozdáno celkem 20 dotazníků, vrátilo se 20, návratnost tedy činí 100 %. A na oddělení č.3 bylo rozdáno 60 dotazníků, vrátilo se 48, návratnost je tedy 80 %.

Tab. 5 Návratnost dotazníků [Zdroj: vlastní šetření]

oddělení	počet rozdaných dotazníků	počet vrácených dotazníků	návratnost
1	88	67	76 %
2	20	20	100 %
3	60	48	80 %
celkem	168	135	80 %

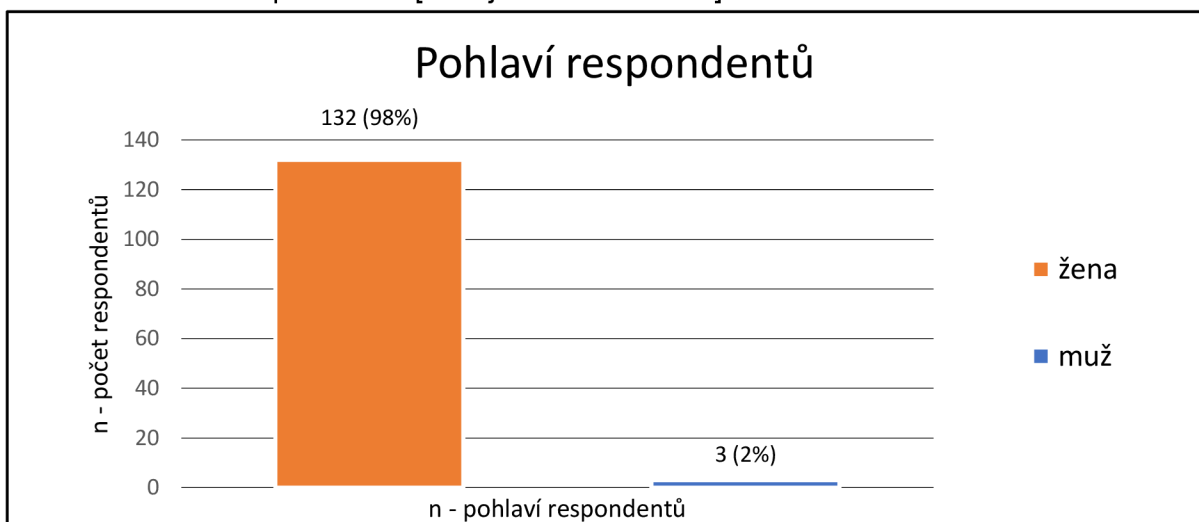
3.6 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována a vyhodnocena pomocí programů Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel, kontingenčními tabulkami a grafy. Ke srovnání četností v kontingenční tabulce byl použit chí-kvadrát test. Pokud byly četnosti menší než 5, byl využit Fisherův exaktní test. Statistická data byla srovnávána a zpracována v OpenEpi softwaru s otevřeným zdrojovým kódem pro epidemiologickou statistiku.

4 Výsledky výzkumného šetření a jejich analýza

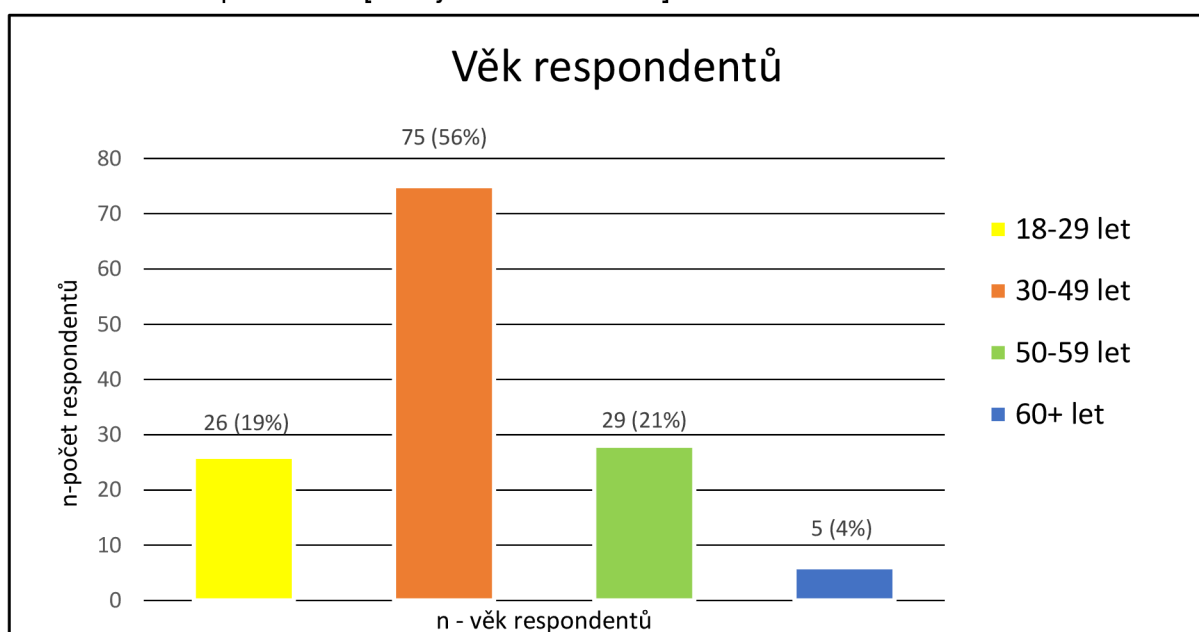
Pohlaví respondentů, kteří se zúčastnili šetření je znázorněno v grafu 1. Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů bylo 132 (98 %) žen a 3 (2 %) mužů.

Graf 1: Pohlaví respondentů [Zdroj: vlastní šetření]



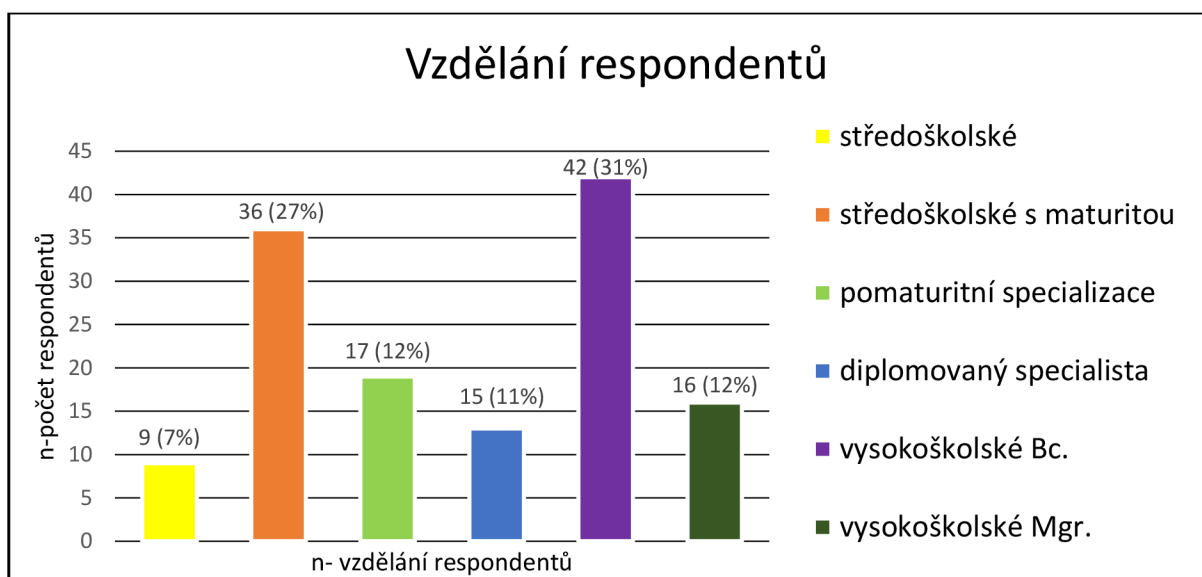
Věk zúčastněných respondentů znázorňuje graf 2. Respondenti byli podle věku rozděleni do čtyř věkových kategorií. Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů v kategorii 18–29 let bylo 26 (19 %) respondentů, v kategorii 30-49 let bylo 75 (56 %) respondentů, v kategorii 50-59 let bylo 29 (21 %) respondentů a v kategorii 60 a více let 5 (4 %) respondentů.

Graf 2: Věk respondentů [Zdroj: vlastní šetření]



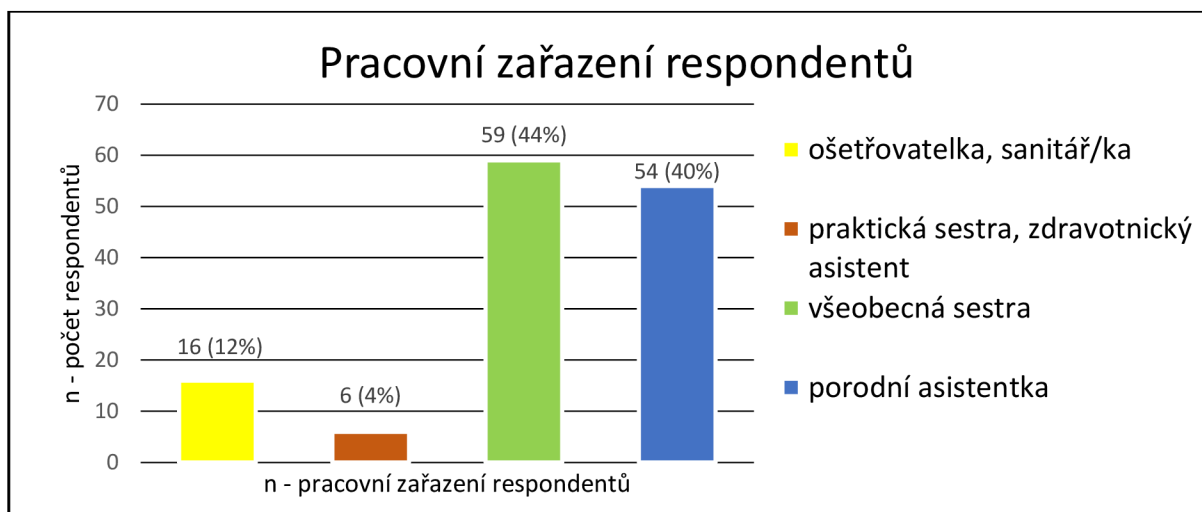
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů je znázorněno v grafu 3. Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů má ukončené středoškolské vzdělání 9 (7 %) respondentů, dokončené středoškolské vzdělání s maturitou 36 (27 %) respondentů, pomaturitní specializační vzdělání 17 (12 %) respondentů, vzdělání diplomovaného specialistu 15 (11 %) respondentů, ukončené vysokoškolské bakalářské studium má 42 (31 %) respondentů a ukončené vysokoškolské magisterské studium má 16 (12 %) dotazovaných respondentů.

Graf 3: Dosažené vzdělání [Zdroj: vlastní šetření]



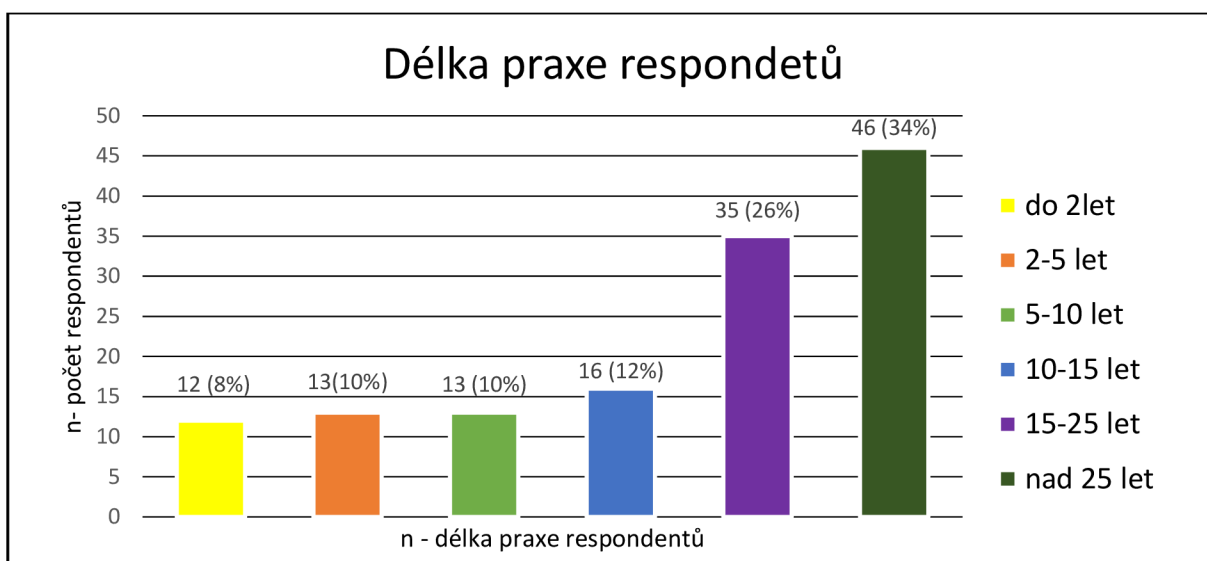
Pracovní zařazení respondentů zobrazuje graf 4. Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 16 (12 %) ošetřovatelek, 6 (4 %) praktických sester, 54 (40 %) porodních asistentek a 59 (44 %) všeobecných sester.

Graf č.4 Pracovní zařazení [Zdroj: vlastní šetření]



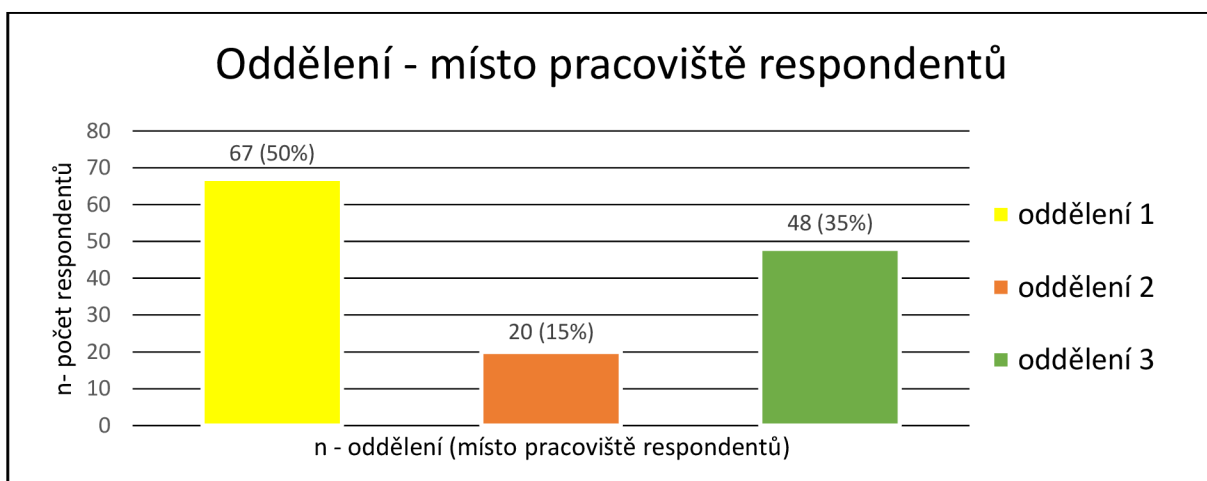
Délka odborné praxe dotazovaných respondentů je znázorněna v grafu 5. Největší počet tvořili zaměstnanci s délkou praxe více jak 25 let, kterých bylo 46 (34 %). Dále pak zaměstnanců s délkou praxe 15-25 let bylo 35 (26 %). Ve skupině s délkou praxe 10–15 let bylo 16 (12 %) respondentů. Neméně početnou skupinou byli respondenti s praxí 5-10 let o počtu 13 (10 %). Ve skupině od 2 do 5 let bylo též 13 (10 %) respondentů. Nejmenší skupinu tvořili respondenti s odbornou praxí do 2 let, těch bylo 12 (8 %).

Graf 5 Délka odborné praxe [Zdroj: vlastní šetření]



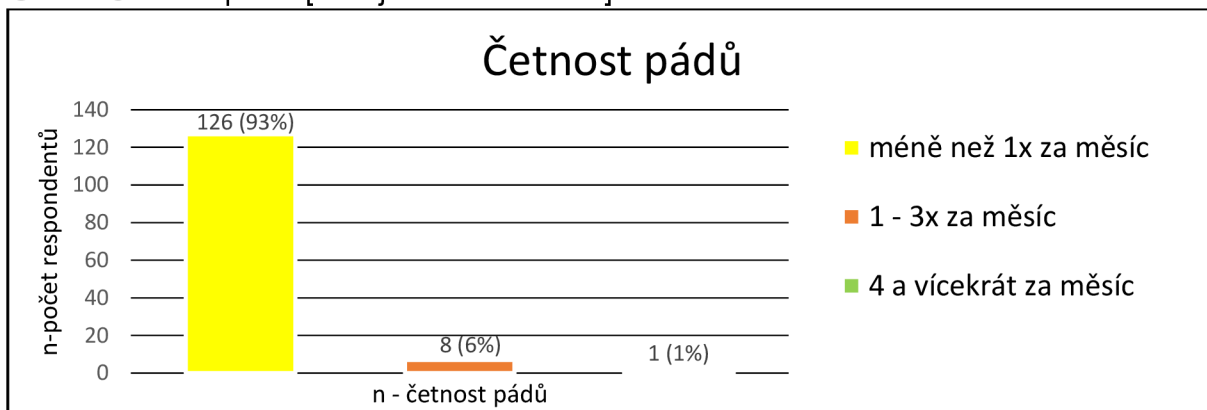
Počet zúčastněných respondentů z jednotlivých oddělení je znázorněn v grafu 6. Nejvyšší počet respondentů bylo z oddělení č.1 a to 67 (50 %) z celkového počtu. Z oddělení č.2 se zúčastnilo 20 (15 %) respondentů a z oddělení č.3 se zúčastnilo 48 (35 %) respondentů z celkového počtu 135 (100 %).

Graf 6 Vybrané oddělení [Zdroj: vlastní šetření]



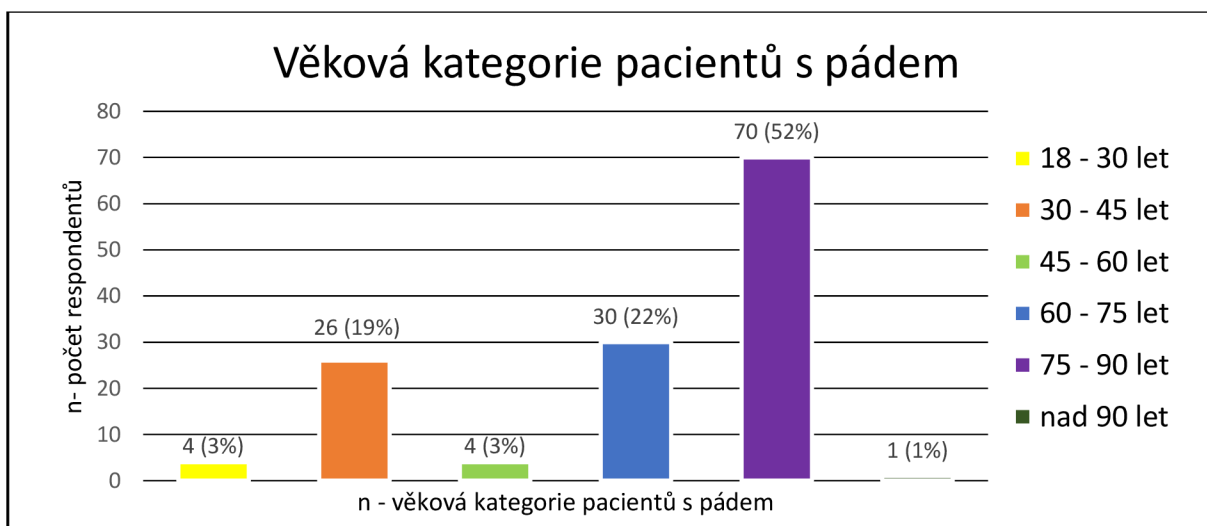
Četnost pádů u pacientů na vybraných odděleních dle respondentů znázorňuje graf 7. Možnost četnosti pádů „méně jak 1krát za měsíc“ uvádí 126 (93 %) respondentů. Možnost „1 až 3krát za měsíc“ uvedlo 8 (6 %) respondentů a možnost „4 a více krát za měsíc“ uvedl 1 (1 %) respondent z celkového počtu 135 (100 %).

Graf 7 Četnost pádů [Zdroj: vlastní šetření]



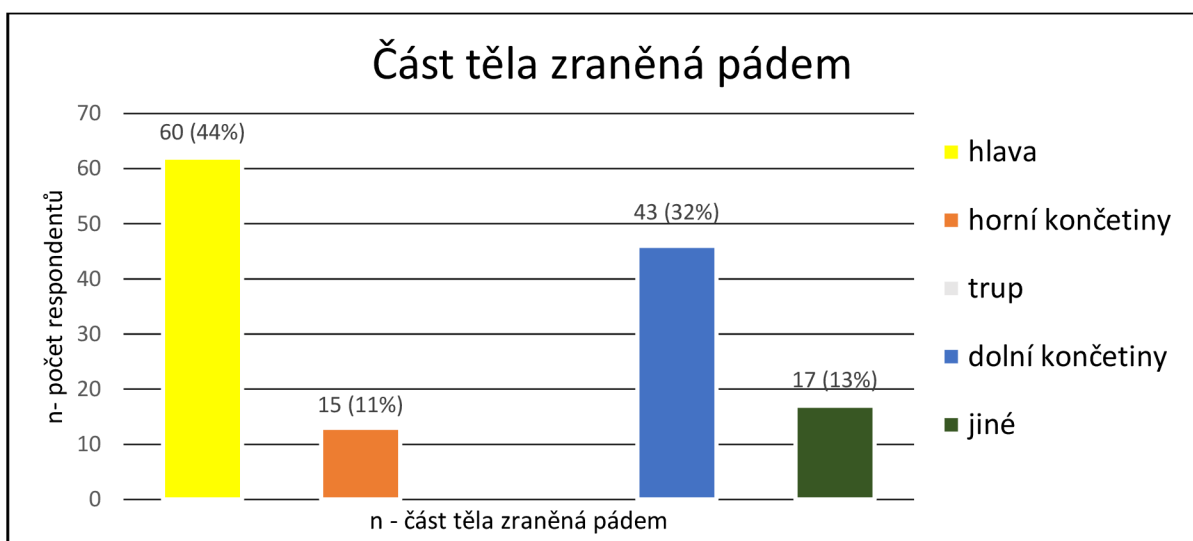
U které **věkové kategorie pacientů** dochází nejčastěji k pádům dle respondentů znázorňuje graf 8. Věkové kategorie pacientů byly rozděleny dle klasifikace WHO. Nejpočetnější skupinou „pacientů s pádem“ dle respondentů jsou pacienti ve věkové kategorii 75-90 let, a to u 70 (52 %) respondentů. Další početnou skupinu dle respondentů tvoří pacienti ve věku 60-75 let a to ve 30 (22 %) odpovědích. 26 (19 %) respondentů uvedlo věkovou kategorii pacientů s pádem 30-45 let. Věkovou kategorii 18-30 let uvádí 4 (3 %) respondentů, kategorii 45-60 let 4 (3 %) respondentů a nejmenší skupinou je věková kategorie nad 90 let a to ve 1 (1 %) odpovědi z celkového počtu.

Graf 8 Věková kategorie pacientů s pádem [Zdroj: vlastní šetření]



Která **část těla pacienta** bývá zraněna při pádu nejčastěji“ znázorňuje graf 9. Nejčastější odpověď a to u 60 (44 %) respondentů byla první možnost a to „hlava“. Další početnou odpovědí byla možnost „dolní končetiny“ a to u 43 (32 %) respondentů. V 17 (13 %) případech respondenti označili možnost „jiné“, kdy buď nedopsali část těla, která bývá zraněna anebo dopsali „žádné“ eventuálně „bez zranění“. Možnost „horní končetiny“ uvedlo 15 (11 %) respondentů. Možnost zranění v „oblasti trupu“ neoznačil žádný respondent z celkového počtu 135 (100 %).

Graf 9 Část těla zraněná pádem [Zdroj: vlastní šetření]



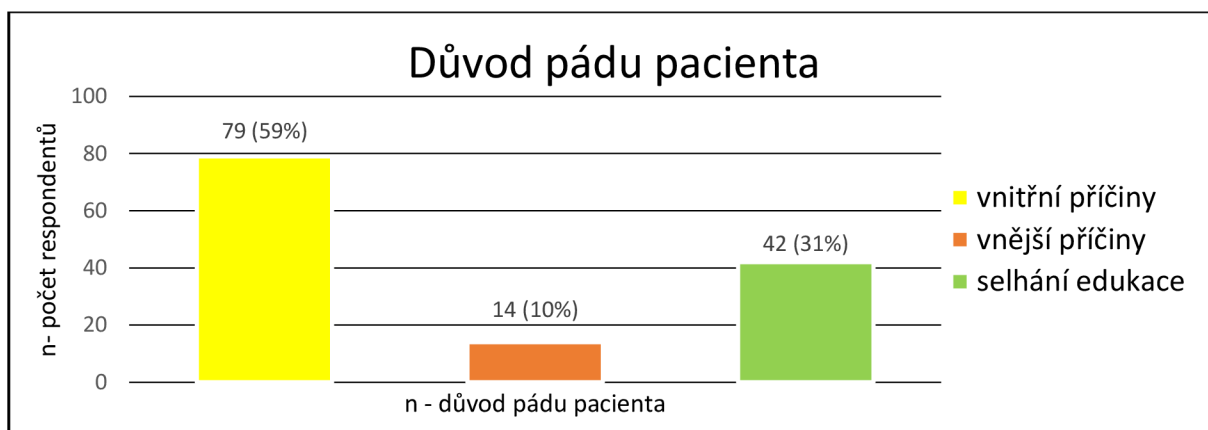
Závažnost zranění u pádu pacienta je znázorněna v grafu 10. Možnost „lehkého“ zranění označilo 93 (69 %) respondentů a možnost „žádného“ zranění označilo 42 (31 %) respondentů z celkového počtu. Další dvě možnosti a to „těžké zranění“ a „smrt“ neoznačil žádný respondent.

Graf 10 Závažnost zranění u pádu [Zdroj: vlastní šetření]



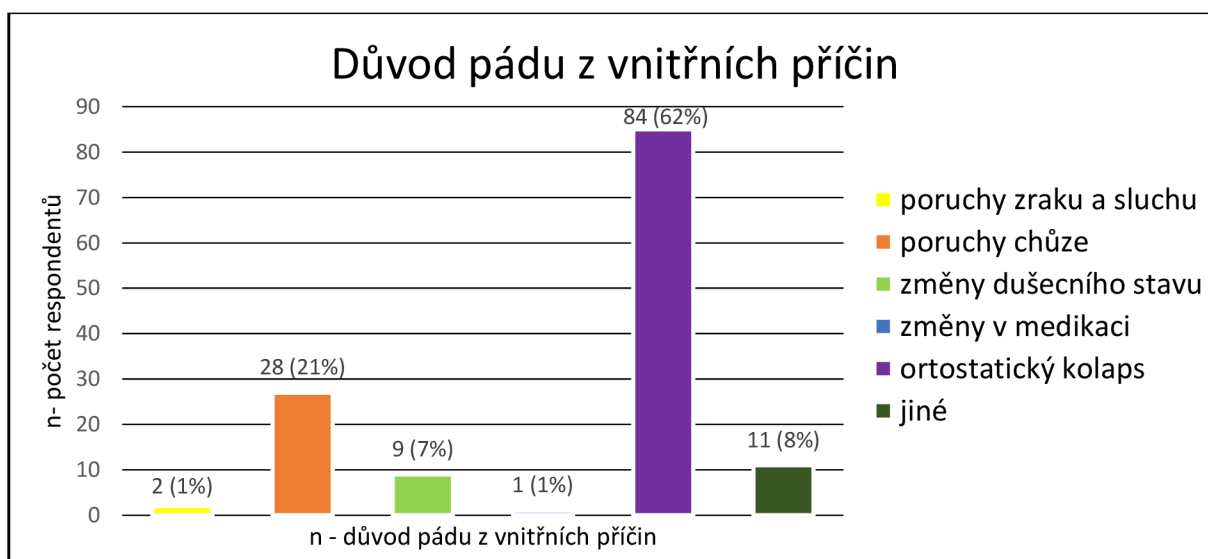
Nejčastější důvod pádu pacienta z pohledu respondentů je znázorněn v grafu 11. Nejvíce odpovědí a to u 79 (59 %) respondentů je zvolena možnost „vnitřních příčin pádu“. Dalších 42 (31 %) respondentů uvádí možnost „selhání edukace, např. nerespektování pokynů pacientem“. Možnost „vnějších příčin“ uvedlo 14 (10 %) respondentů z celkového počtu.

Graf 11 Důvod pádu pacienta [Zdroj: vlastní šetření]



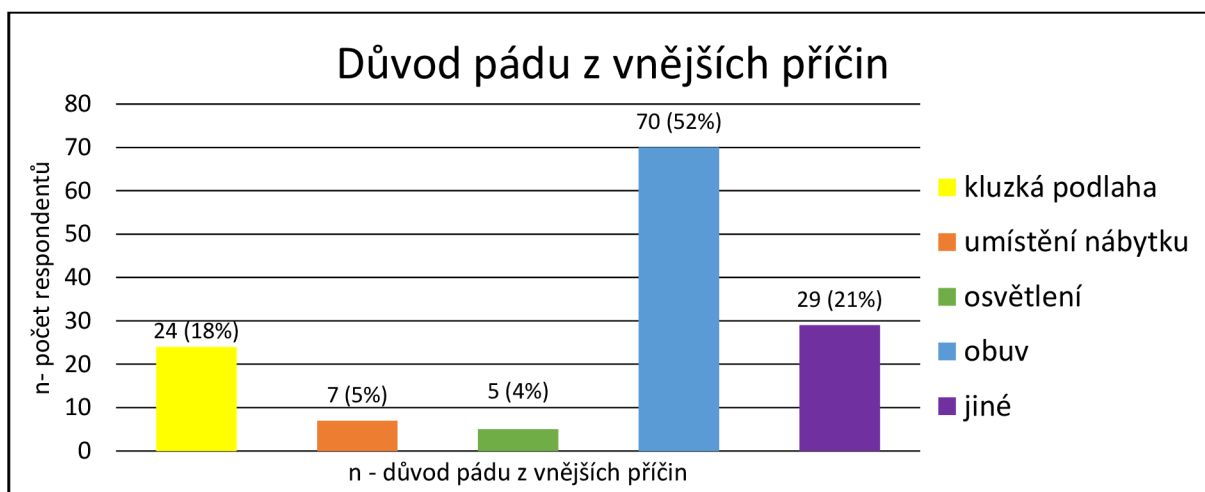
Důvod pádu pacientů z vnitřních příčin je znázorněn v grafu 12. Nejčastějším důvodem dle respondentů je ortostatický kolaps a to v 84 (62 %) odpovědích. Dalším častým důvodem jsou poruchy chůze, které uvedlo 28 (21 %) respondentů. 11 (8 %) respondentů uvedlo možnost „jiné“, kde uvedli např. pooperační stav, stav po porodu, vyčerpání nebo anémii. Nemalou část tvořily i změny duševního stavu a to v 9 (7 %) případech. U poruch zraku a sluchu odpověděli 2 (1 %) respondenti a změny v medikaci uvedl 1 (1 %) respondent z celkového počtu 135 (100 %) respondentů.

Graf 12 Důvod pádu pacienta z vnitřních příčin [Zdroj: vlastní šetření]



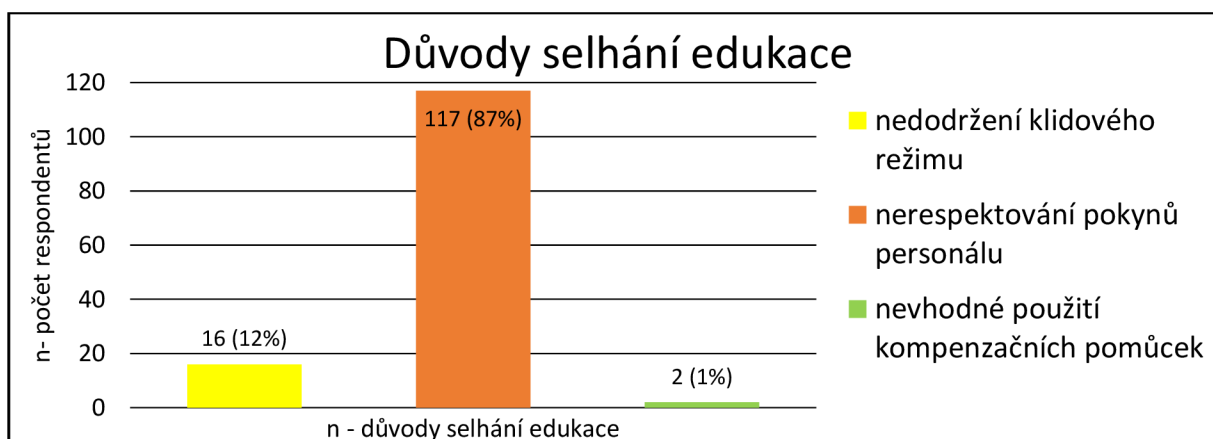
Důvod pádů pacientů z vnějších příčin dle respondentů znázorňuje graf 13. Dle odpovědí respondentů je nejčastějším důvodem pádů pacientů „nevhodná obuv“. Tuto možnost zvolilo 70 (52 %) respondentů. Možnost „jiné“ zvolilo 29 (21 %) respondentů. Do této možnosti dopsali: neuposlechnutí, nerespektování pokynů personálu, nedostatečně zabezpečené postranice u nových lůžek, vyčerpání, EDA („epidurální katetr“). Možnost „kluzká podlaha“ zvolilo 24 (18 %) respondentů. Variantu „nevhodně umístěný nábytek“ zvolilo 7 (5 %) respondentů a variantu „špatné osvětlení“ jen 5 (4 %) respondentů z celkového počtu.

Graf 13 Důvod pádu pacienta z vnějších příčin [Zdroj: vlastní šetření]



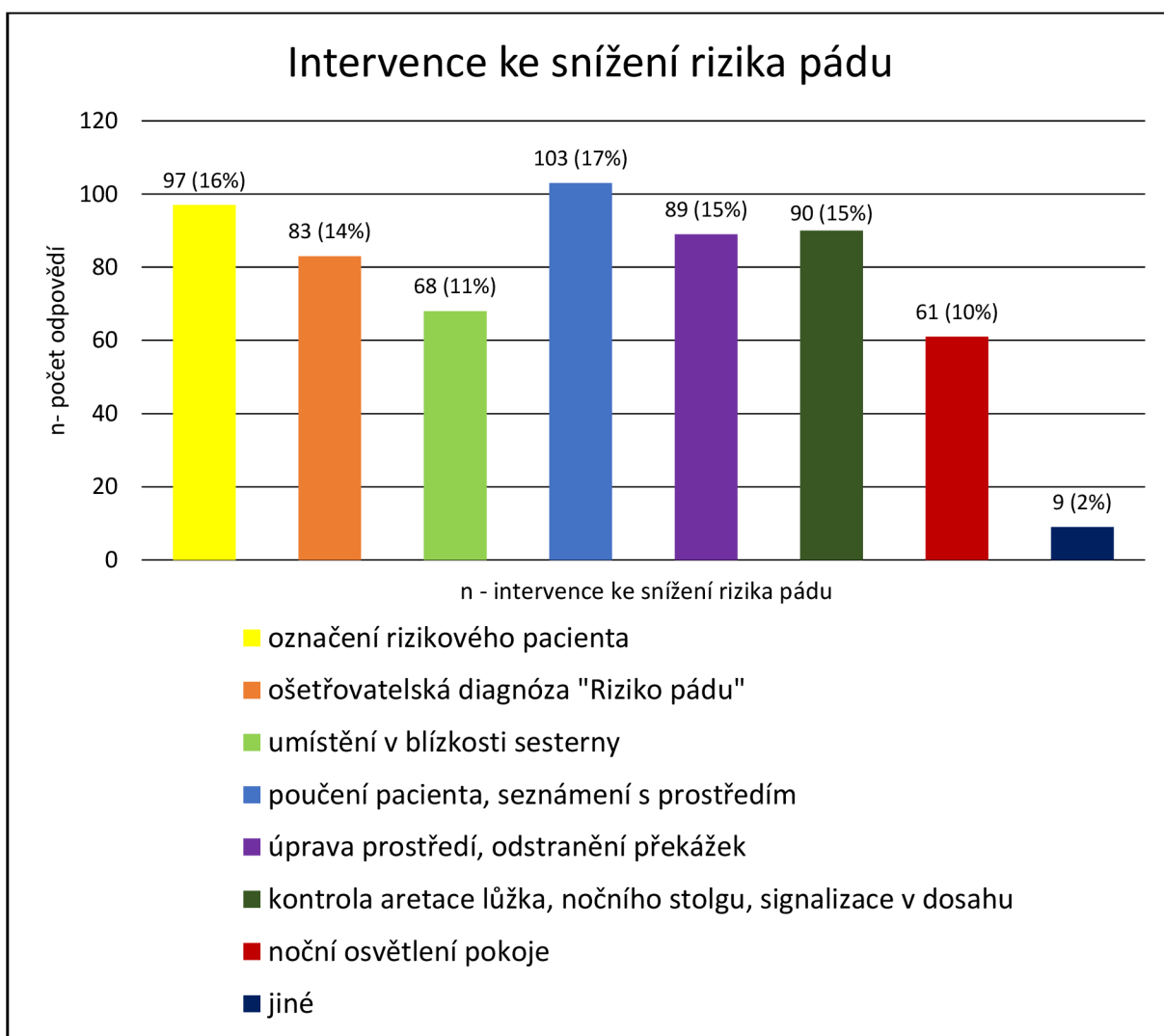
Důvody selhání edukace z pohledu NLZP jsou znázorněny v grafu 14. Nejčastějším důvodem selhání edukace dle 117 (87 %) odpovědí respondentů je „nerespektování pokynů personálu“ ze strany pacienta. V 16 (12 %) případech odpověděli respondenti možnost „nedodržování klidového režimu“. Jen 2 (1 %) respondenti z celkového počtu zvolili možnost „nevhodné použití kompenzačních pomůcek“.

Graf 14 Důvody selhání edukace [Zdroj: vlastní šetření]



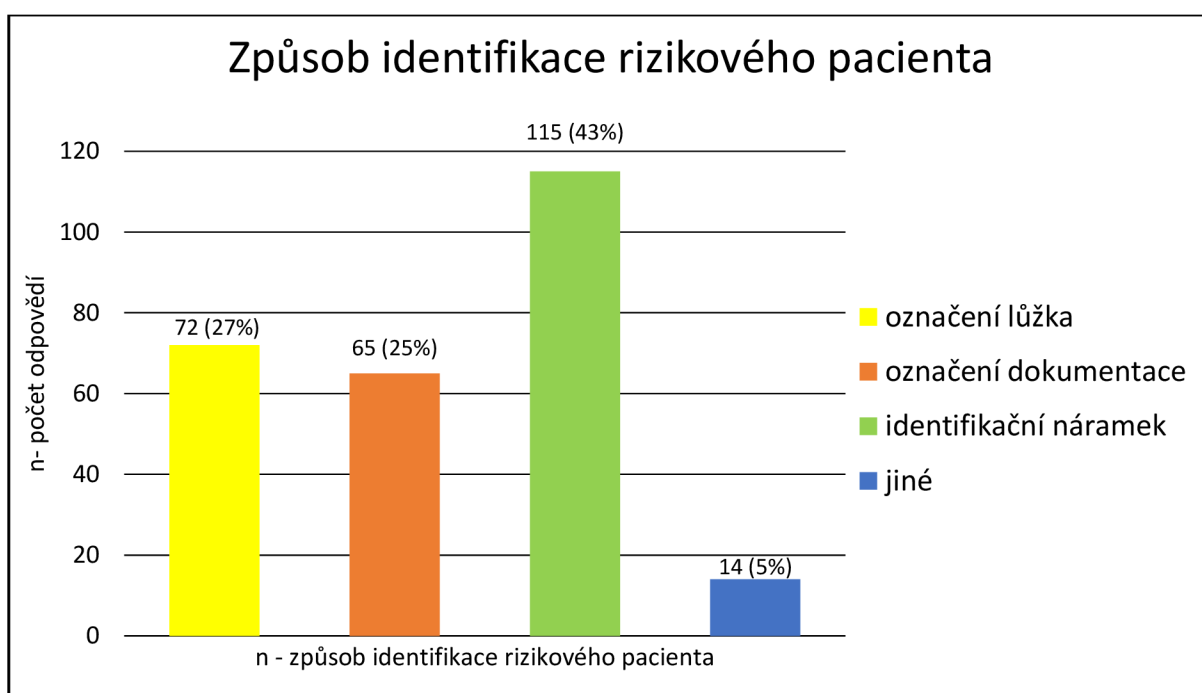
Odovědi respondentů týkající se „**intervencí ke snížení rizika pádu u pacientů**“ znázorňuje graf 15. V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Nejčastější odpovědí, a to s četností 103 (17 %) z celkového počtu 591 odpovědí bylo „poučení pacienta, seznámení s prostředím“. Druhou nejpočetnější odpovědí, a to s četností 97 (16 %) bylo „označení rizikového pacienta. „Kontrola aretace lůžka a funkčnosti signalizace“ byla uvedena u 90 (15 %) odpovědí. Další intervencí, která byla uvedena u 89 (15 %) odpovědí byla „úprava prostředí, odstranění překážek“. Stanovení ošetrovatelské diagnózy „riziko pádu“ bylo uvedeno u 83 (14 %) odpovědí. 68 (11 %) odpovědí uvádělo možnost „umístění blízko sesterny“ a 61 (10 %) odpovědí uvádělo možnost „noční osvětlení pokoje“. Varianta „jiné“ byla uvedena u 9 (2 %) odpovědí s dopsáním možnosti: předání informací o riziku pádu u pacienta kolegyním při předávání služby, každodenní edukace – opakování informací, více personálu, používání vhodné obuvi a kompenzačních pomůcek.

Graf 15 Intervence ke snížení rizika pádu [Zdroj: vlastní šetření]



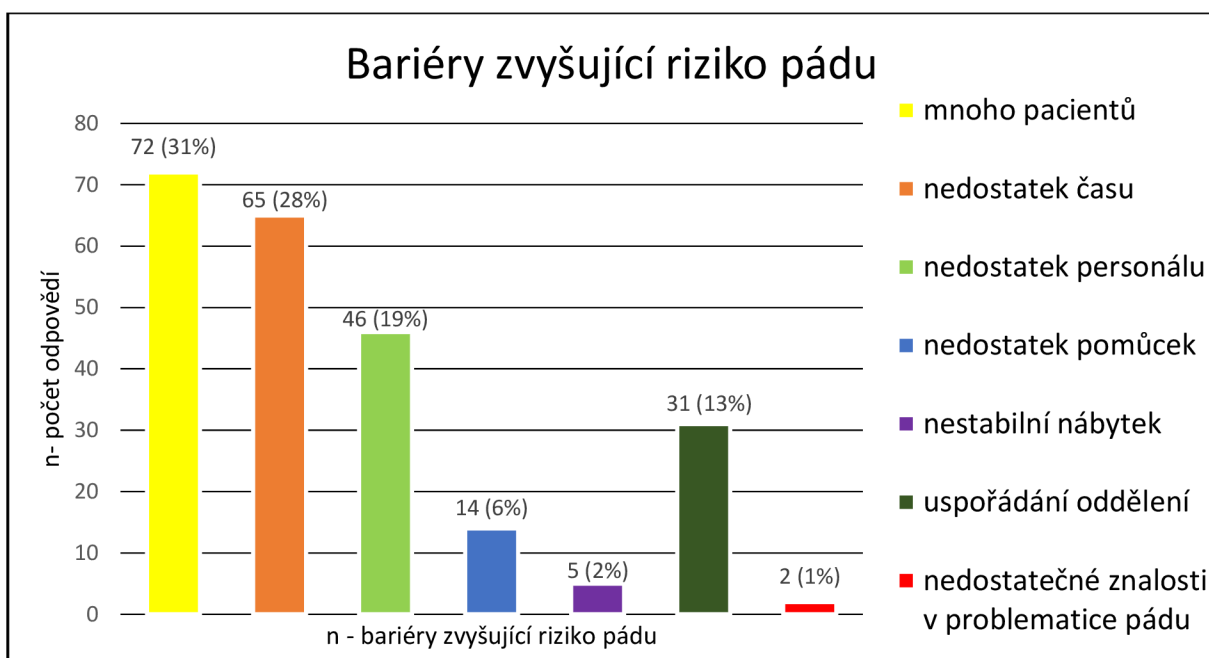
Způsob identifikace rizikového pacienta je znázorněna v grafu 16. V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Nejčastější zvolenou možností byl „identifikační náramek“ ve 115 (43 %) odpovědí respondentů. U 72 (27 %) a 65 (25 %) odpovědí byla zvolena odpověď „označení lůžka“ a „označení dokumentace“. Možnost „jiné“ byla zvolena u 14 (5 %) odpovědí s dopsáním např. označení na tabuli na sesterně, červený magnet na tabuli, ústní předání informací o pacientovi při předávání služby.

Graf 16 Způsob identifikace rizikového pacienta [Zdroj: vlastní šetření]



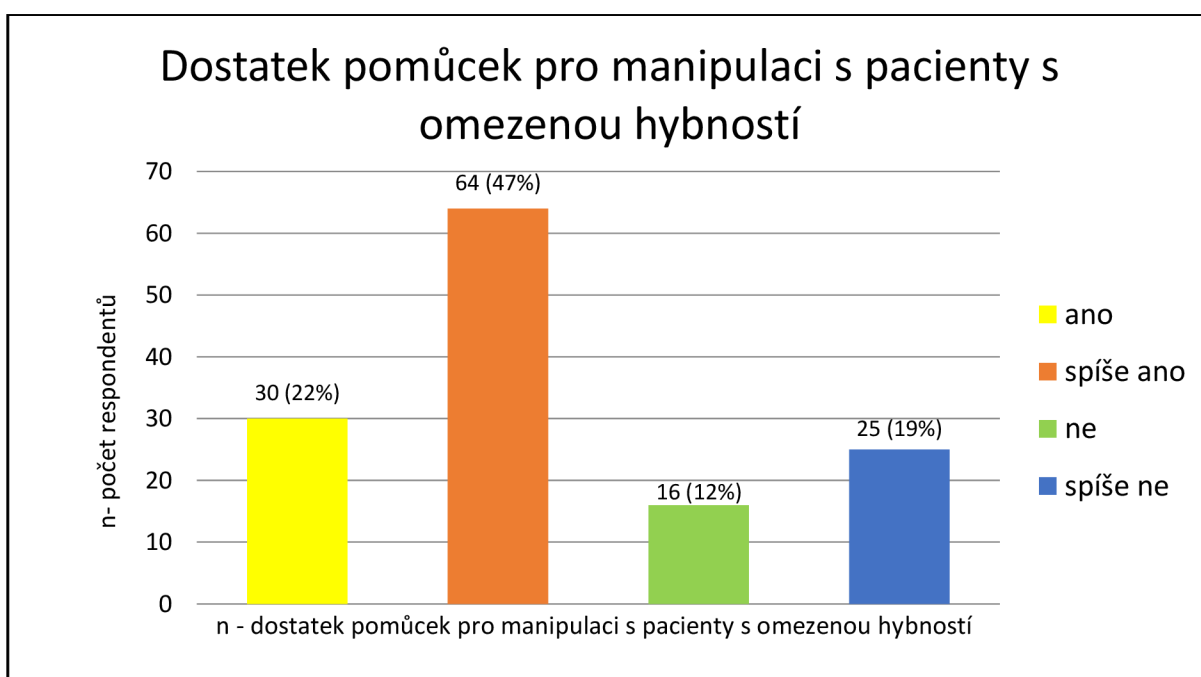
Bariéry, které zvyšují riziko pádu jsou znázorněny v grafu 17. U této otázky mohli respondenti opět zvolit více odpovědí. Nejvíce odpovědí tj. 72 (31 %) bylo u možnosti „mnoho pacientů“. Možnost „nedostatek času na pacienta“ byla zvolena u 65 (28 %) odpovědí. Dále pak 46 (19 %) odpovědí uvádělo možnost „nedostatek personálu“. „Špatné organizační uspořádání oddělení“ bylo uvedeno u 31 (13 %) odpovědí. Možnost „nedostatek pomůcek“ byla uvedena u 14 (6 %) odpovědí. Variantu „nestabilní nábytek“ uvádělo 5 (2 %) odpovědí a „nedostatečné znalosti v problematice pádů“ pak bylo uvedeno u 2 (1 %) odpovědí z celkového počtu odpovědí.

Graf 17 Bariéry zvyšující riziko pádu [Zdroj: vlastní šetření]



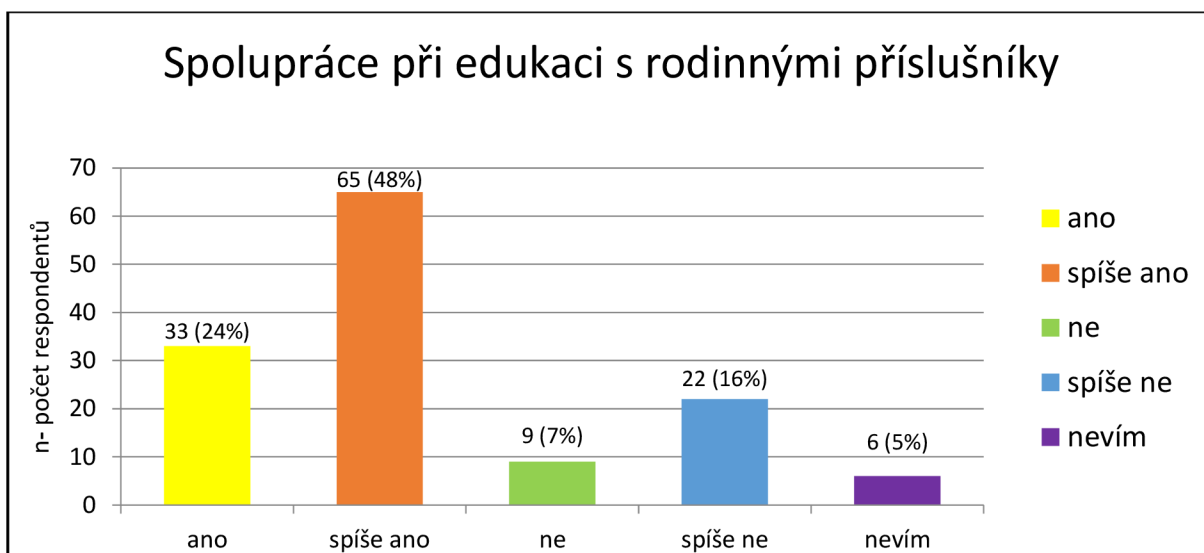
Odpovědi respondentů na dotaz, zda mají na oddělení **dostatek pomůcek pro manipulaci** s pacienty s omezenou hybností jsou znázorněny v grafu 18. Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů jich 30 (22 %) odpovědělo kladně. Dalších 64 (47 %) respondentů z celkového počtu odpovědělo „spíše ano“. Zápornou odpověď uvedlo 16 (12 %) respondentů a odpověď „spíše ne“ uvedlo 25 (19 %) respondentů z celkového počtu.

Graf 18 Dostatek pomůcek na oddělení [Zdroj: vlastní šetření]



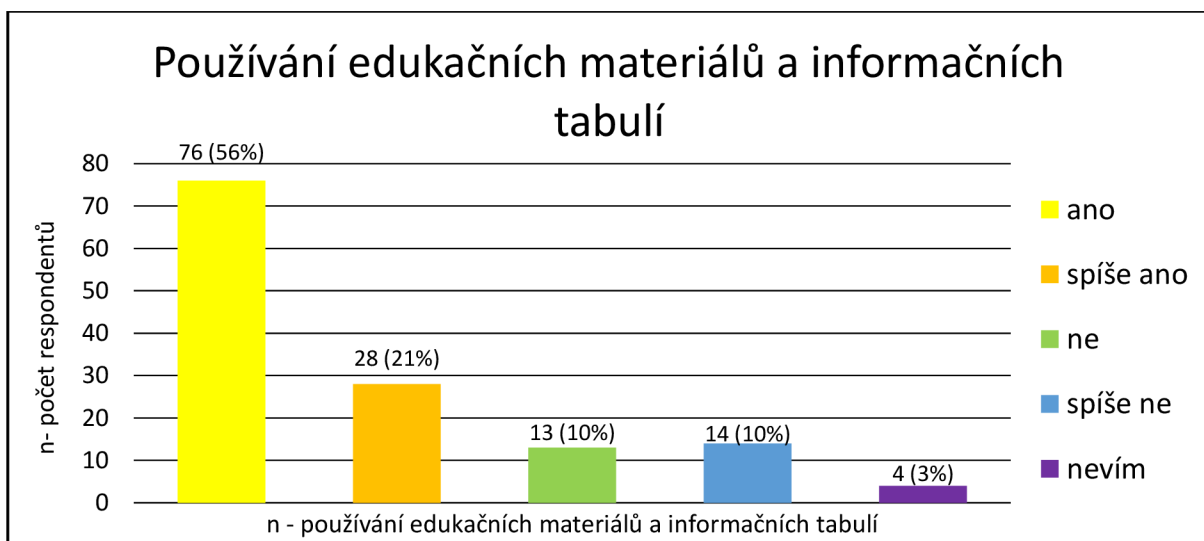
Spolupráce s rodinnými příslušníky pacienta na prevenci pádu z pohledu NLZP je znázorněna v grafu 19. Kladně odpovědělo 33 (24 %) respondentů z celkového počtu 135 (100 %) respondentů. „Spíše ano“ označilo 65 (48 %) respondentů. Zápornou odpověď označilo 9 (7 %) respondentů a možnost „spíše ne“ označilo 22 (16 %) respondentů. Možnost „nevím“ uvedlo 6 (5 %) respondentů z celkového počtu.

Graf 19 Spolupráce při edukaci s rodinnými příslušníky [Zdroj: vlastní šetření]



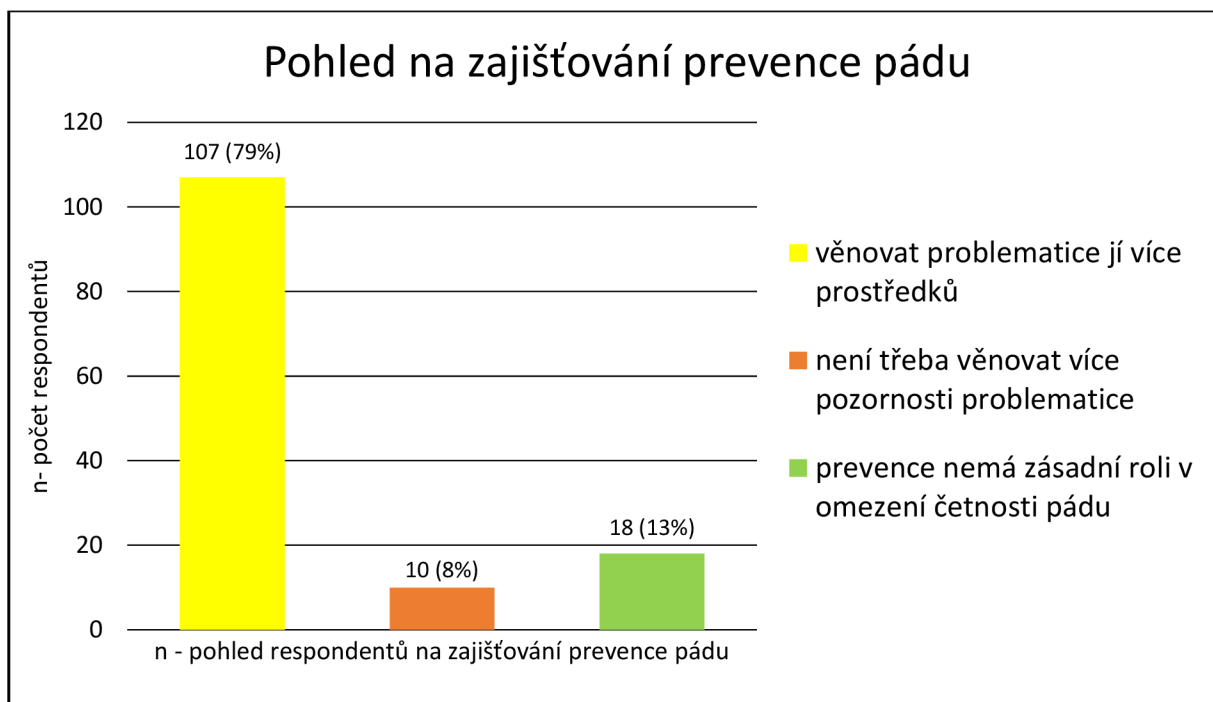
Používání edukačních materiálů a informačních tabulí týkajících se prevence pádu je znázorněno v grafu 20. Nadpoloviční většina a to 76 (56 %) respondentů odpověděla kladně. Možnost „spíše ano“ uvedlo 28 (21 %) respondentů. Zápornou odpověď a možnost „spíše ne“ uvedlo shodně 13 (10 %) a 14 (10 %) respondentů. Možnost „nevím“ zvolili 4 (3 %) respondenti z celkového počtu.

Graf 20 Používání edukačních materiálů [Zdroj: vlastní šetření]



Na „Pohled personálu na zajišťování prevence pádu“ je zaměřen graf 21. První možnost a to „že se jedná o problematiku, které je potřeba věnovat více prostředků jak materiálních, tak lidských“ označilo 107 (79 %) respondentů z celkového počtu 135 (100 %). Druhou možnost „není třeba problematice věnovat více pozornosti“ uvedlo 10 (8 %) respondentů. Třetí možnost „prevence nehraje zásadní roli v omezení jejich četnosti“ označilo 18 (13 %) respondentů z celkového počtu.

Graf 21 Pohled na zajišťování prevence pádu [Zdroj: vlastní šetření]



Frekvence pádů na jednotlivých odděleních

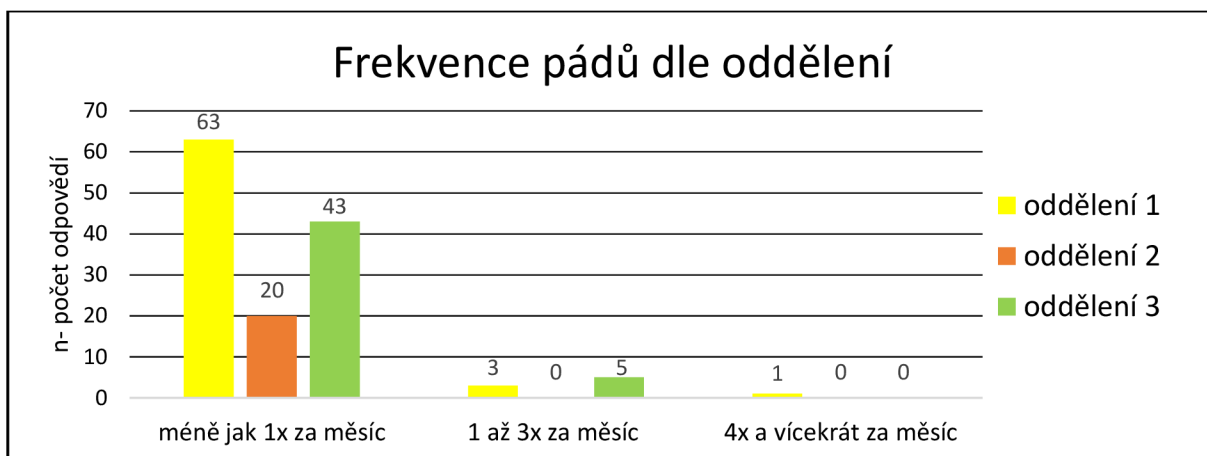
„Frekvenci pádů na jednotlivých odděleních“ znázorňují analýzy odpovědí respondentů a jejich srovnání dle oddělení (viz tabulka 6). Na oddělení 1 z celkového počtu 68 (100 %) respondentů odpovědělo 64 (94 %) respondentů variantou 1, tzn. že k pádům na tomto oddělení dochází „méně než jednou za měsíc“. Variantou číslo 2: „k pádům dochází na daném oddělení 1 až 3krát za měsíc“ odpověděli 3 (4 %) respondenti. Variantu č. 3 tedy že k pádům dochází „4 a vícekrát za měsíc“ označil 1 (2 %) respondent z celkového počtu 68 (100 %) respondentů z oddělení 1. Na oddělení 2 označilo první variantu, tedy frekvenci pádů „méně než 1krát za měsíc“ všech 20 (100 %) respondentů. Na oddělení 3 frekvenci pádů „méně, než 1krát za měsíc“ označilo 42 (89 %) respondentů z daného oddělení a 5 (11 %) respondentů označilo variantu číslo 2 tedy „frekvenci pádů 1 – 3krát za měsíc“ z celkového počtu

47 (100 %) respondentů oddělení 3. Nejpochetnější odpověď a to u 126 (93 %) respondentů z celkového počtu 135 (100 %) byla možnost 1, tedy frekvence pádů „méně než 1krát za měsíc.“

Tab. 6 Frekvence pádů dle jednotlivých oddělení [Zdroj: vlastní šetření]

oddělení	méně než 1x za měsíc		1x až 3x za měsíc		4x a vícekrát za měsíc		celkem
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	
č.1	64	94 %	3	4 %	1	2 %	68
č.2	20	100 %	0	0 %	0	0 %	20
č.3	42	89 %	5	11 %	0	0 %	47
celkem	126	93 %	8	6 %	1	1 %	135 (100 %)

Graf 22 Frekvence pádů dle oddělení [Zdroj: vlastní šetření]



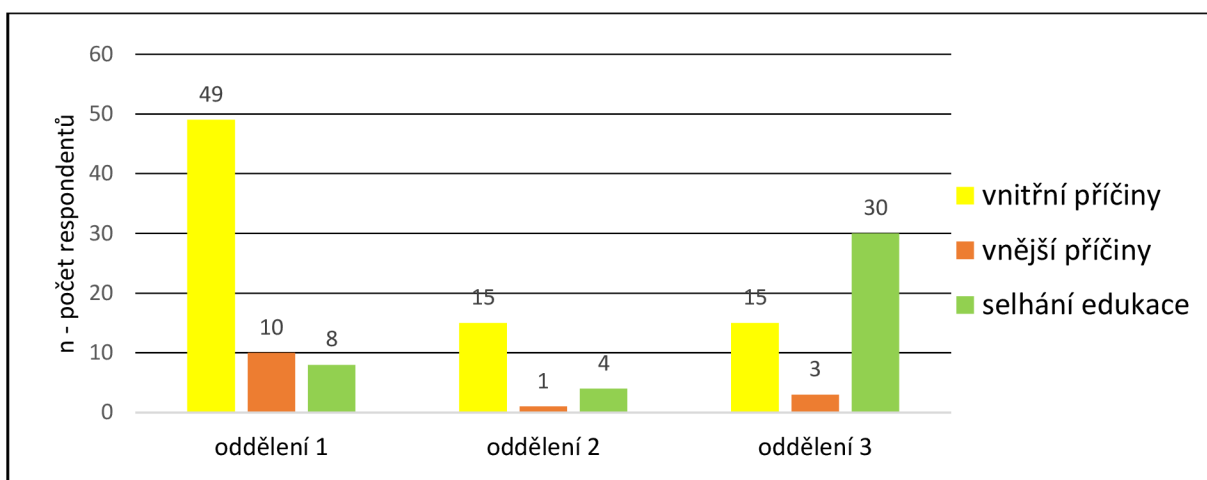
Nejčastější důvod pádu dle jednotlivých oddělení

Srovnáním a analýzou dat „nejčastějšího důvodu pádu dle jednotlivých oddělení“ bylo zjištěno, že na oddělení 1 je 73 % všech pádů z důvodu vnitřních příčin. Taktéž na oddělení 2 je 75 % všech pádů z vnitřních příčin. Na oddělení 3 je z 62 % nejčastější důvodem pádu selhání edukace např. nerespektováním pokynů a rad od zdravotnického personálu pacientem.

Tab. 7 Nejčastější důvod pádu dle jednotlivých oddělení [Zdroj: vlastní šetření]

důvod pádu dle oddělení	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
vnitřní příčiny	49 (73 %)	15 (75 %)	15 (29 %)	79 (59 %)	<0,0000001
vnější příčiny	10 (15 %)	1 (5 %)	3 (6 %)	14 (10 %)	
selhání edukace	8 (12 %)	4 (20 %)	30 (63 %)	42 (31 %)	
celkový součet	67 (100 %)	20 (100 %)	48 (100 %)	135 (100 %)	

Graf 23 Nejčastější důvod pádu dle jednotlivých oddělení [Zdroj: vlastní šetření]



Nejčastější důvod pádu z vnitřních příčin dle jednotlivých oddělení

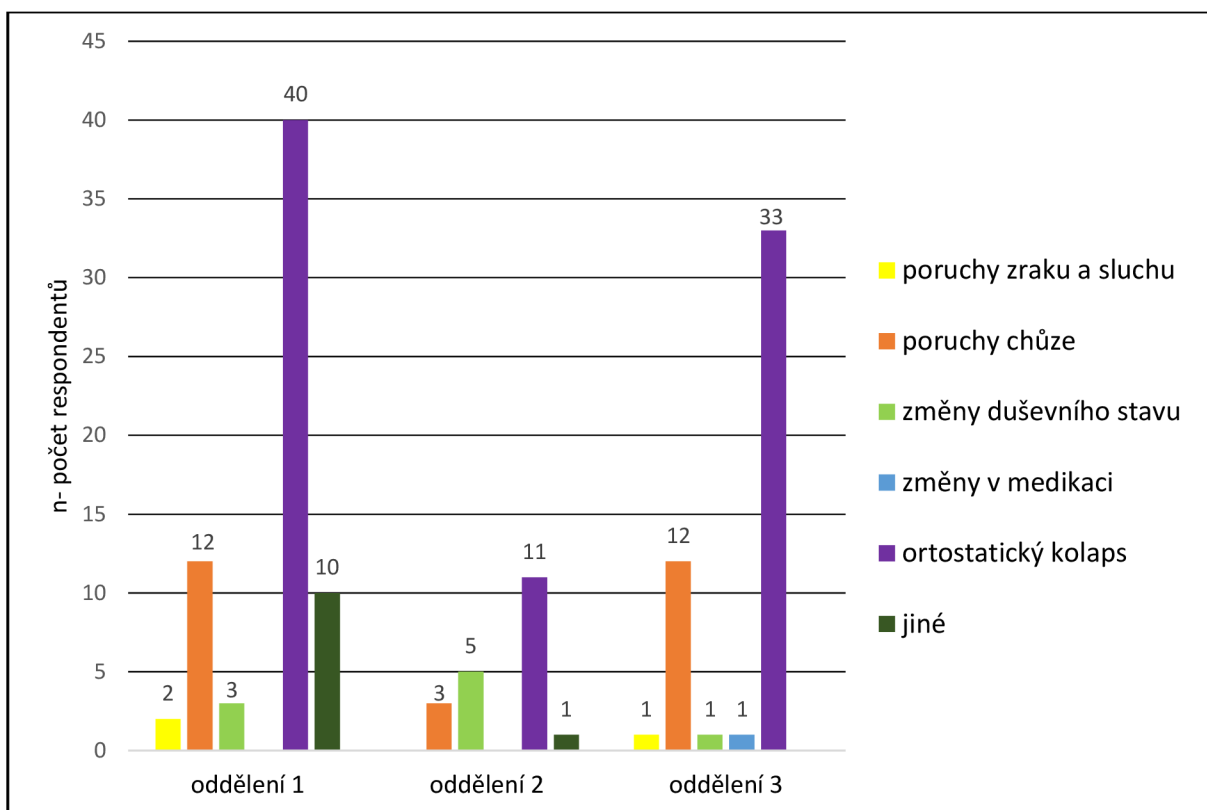
Analýzou a srovnáním dat mezi nejčastějšími důvody pádu z vnitřních příčin a jednotlivými odděleními bylo zjištěno, že nejčastější vnitřní příčinou pádů pacientů na oddělení 1 je dle 40 (60 %) respondentů „ortostatický kolaps“. Stejnou odpověď označilo i 11 (55 %) respondentů na oddělení 2 a na oddělení 3 takto odpovědělo 33 (69 %) respondentů z celkového počtu na jednotlivých odděleních. Další častou příčinou na uvedených odděleních jsou „poruchy chůze“. Na oddělení 1 tuto možnost označilo 12 (18 %) respondentů, na oddělení 2 toto označili 3 (15 %) respondentů a 12 (25 %) respondentů z oddělení 3. Jako další významnější položku „změny duševního stavu“ označilo 5 (25 %) respondentů, a to pouze na oddělení 2.

Tab. 8 Nejčastější důvod pádu z vnitřních příčin dle jednotlivých oddělení [Zdroj: vlastní šetření]

vnitřní příčiny	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
poruchy zraku a sluchu	2 (3 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	3 (2 %)	pro nízké četnosti hodnoceny pouze možnosti – poruchy chůze a ortostatický kolaps 0,8861
poruchy chůze	12 (18 %)	3 (15 %)	12 (25 %)	27 (20 %)	
změny duševního stavu	3 (4 %)	5 (25 %)	1 (2 %)	9 (7 %)	
změny v medikaci	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (1 %)	
ortostatický kolaps	40 (60 %)	11 (55 %)	33 (69 %)	84 (62 %)	
jiné	10 (15 %)	1 (5 %)	0 (0 %)	11 (8 %)	
celkový součet	67 (100 %)	20 (100 %)	48 (100 %)	135 (100 %)	

vnitřní příčiny	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
poruchy chůze	12 (18 %)	3 (15 %)	12 (25 %)	27 (20 %)	0,8861
ortostatický kolaps	40 (60 %)	11 (55 %)	33 (69 %)	84 (62 %)	
celkový součet	52 (78 %)	14 (70 %)	45 (94 %)	111 (82 %)	

Graf 24 **Nejčastější důvod pádu z vnitřních příčin dle jednotlivých oddělení** [Zdroj: vlastní šetření]



Nejčastější důvod pádu z vnějších příčin dle jednotlivých oddělení

Za nejčastější důvod pádu z vnějších příčin shodně na všech vybraných odděleních respondenti uvedli položku „nevhodná obuv“. Na oddělení 1 byla tato položka zvolena u 33 (49 %) respondentů z celkového počtu na daném oddělení. Na oddělení 2 pak 10 (50 %) respondentů a na oddělení 3 tuto položku uvedlo 27 (56 %) respondentů. Další často zvolenou položkou na oddělení 1 je pak u 16 (24 %) respondentů uvedena možnost „kluzká podlaha“ a u 14 (21 %) respondentů též položka „jiné“ a to např. anémie, vyčerpání, stav po porodu, nebo pooperační stav. Na oddělení 2 je další častou položkou zvolena možnost „kluzká podlaha“ a to u 4 (20 %) respondentů z daného oddělení. Ve stejném počtu a to u 3 (15 %) respondentů z oddělení 2 byly zvoleny možnosti „špatné osvětlení“ a „jiné“. Na oddělení 3 byla druhou nejčastěji zvolenou možností u 12 (25 %) respondentů z daného oddělení vybrána položka „jiné“. Ostatní položky „kluzká podlaha“ a „nevhodně umístěný nábytek“ zvolili 4 (8 %) respondentů daného oddělení.

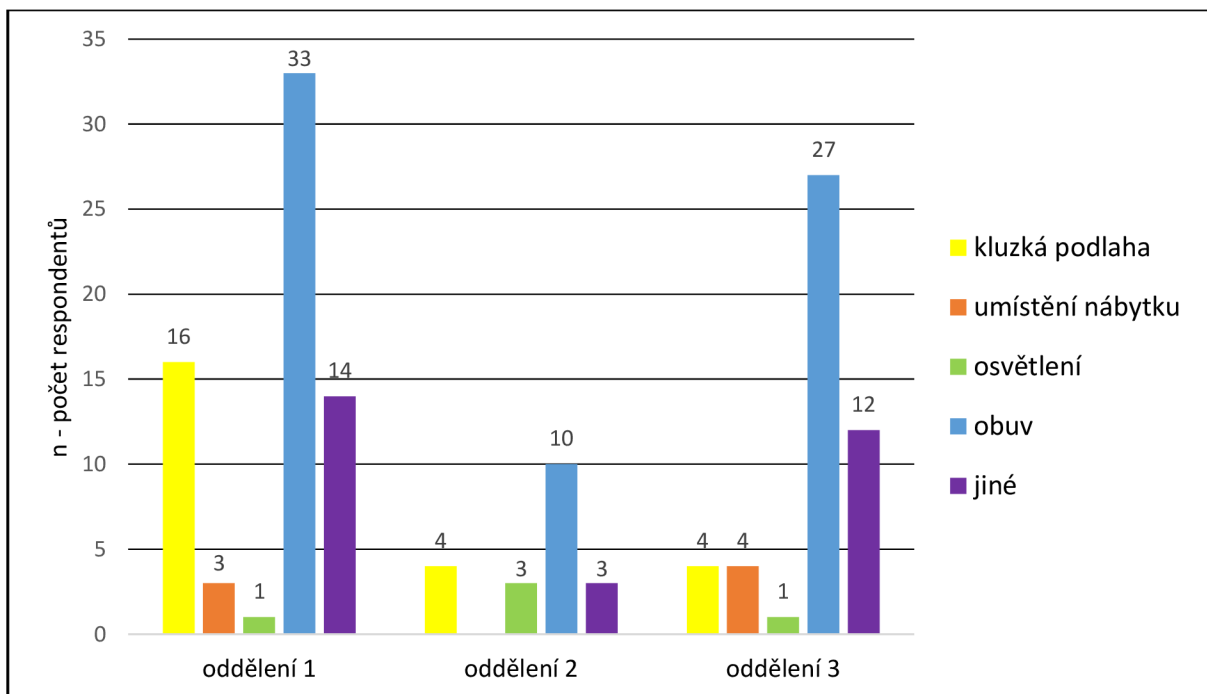
Tab. 9 Nejčastější důvod pádu z vnějších příčin dle jednotlivých oddělení

[Zdroj: vlastní šetření]

vnější příčiny	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
kluzká podlaha	16 (24 %)	4 (20 %)	4 (8 %)	24 (18 %)	pro nízké četnosti hodnoceny pouze možnosti-nevhodná obuv a jiné 0.05992
nevhodně umístěný nábytek	3 (4 %)	0 (0 %)	4 (8 %)	7 (5 %)	
špatné osvětlení	1 (1 %)	3 (15 %)	1 (2 %)	5 (4 %)	
nevhodná obuv	33 (49 %)	10 (50 %)	27 (56 %)	70 (52 %)	
jiné	14 (21 %)	3 (15 %)	12 (25 %)	29 (21 %)	
celkový součet	67 (100 %)	20 (100 %)	48 (100 %)	135 (100 %)	

vnější příčiny	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
nevhodná obuv	33 (49 %)	10 (50 %)	27 (56 %)	70 (52 %)	0,05992
jiné	14 (21 %)	3 (15 %)	12 (25 %)	29 (21 %)	
celkový součet	67 (100 %)	20 (100 %)	48 (100 %)	135 (100 %)	

Graf 25 Nejčastější důvod pádu z vnějších příčin dle jednotlivých oddělení [Zdroj: vlastní šetření]



Nejčastější důvody selhání edukace dle oddělení

Nejčastějším důvodem selhání edukace na všech vybraných odděleních byla respondenty vybrána možnost „nerespektování pokynů a rad NLZP pacientem. Na

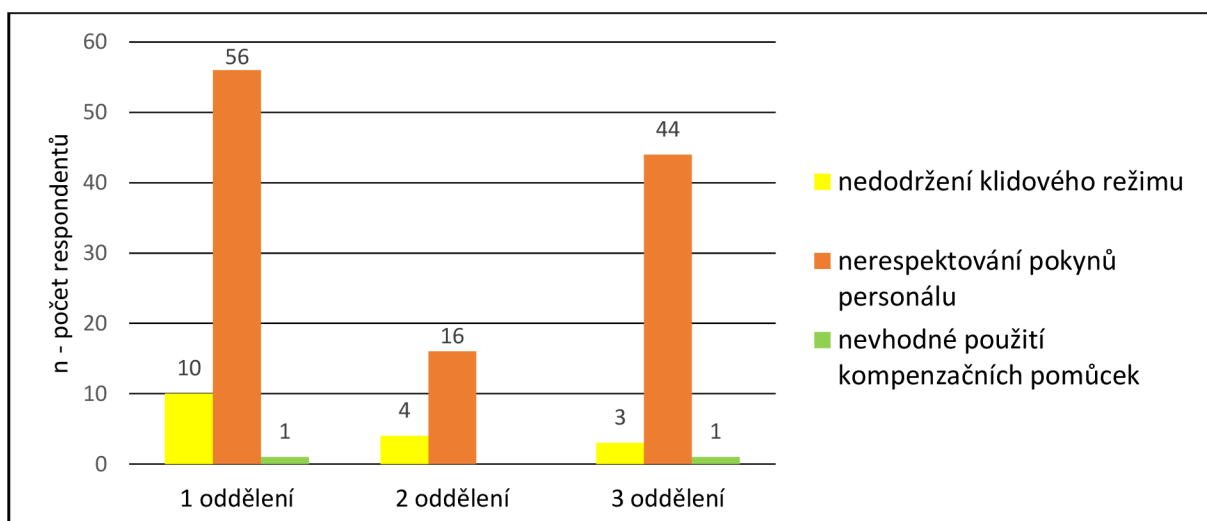
oddělení 1 takto odpovědělo 56 (84 %) respondentů, na oddělení 2 tuto možnost zvolilo 16 (80 %) respondentů a na oddělení 3 takto odpovědělo 44 (92 %) respondentů. Z celkového počtu tedy tuto možnost zvolilo 116 (86 %) respondentů. Možnost „nedodržování klidového režimu“ na oddělení 1 zvolilo 10 (15 %) respondentů, na oddělení 2 pak 4 (20 %) respondentů a na oddělení 3 tuto variantu zvolili 3 (6 %) respondenti z daného pracoviště. Z celkového počtu byla tato možnost vybrána u 17 (13 %) respondentů. Variantu odpovědi „nevhodné použití kompenzační pomůcky“ označili pouze 2 (1 %) respondenti z celkového počtu a to 1 (1 %) respondent z oddělení 1 a 1 (2 %) respondent z oddělení 3.

Tab. 10 Nejčastější důvody selhání edukace dle oddělení [Zdroj: vlastní šetření]

důvod selhání edukace	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
nedodržení klidového režimu	10 (15 %)	4 (20 %)	3 (6 %)	17 (13 %)	hodnoceny pouze možnosti – nedodržení klidového režimu, nerespektování pokynů 0,2239
nerespektování pokynů	56 (84 %)	16 (80 %)	44 (92 %)	116 (86 %)	
nevhodné použití pomůcek	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	2 (1 %)	
celkový součet	67 (100 %)	20 (100 %)	48 (100 %)	135 (100 %)	

důvod selhání edukace	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
nedodržení klidového režimu	10 (15 %)	4 (20 %)	3 (6 %)	17 (13 %)	0,2239
nerespektování pokynů	56 (84 %)	16 (80 %)	44 (92 %)	116 (86 %)	
celkový součet	66 (99 %)	20 (100 %)	47 (99 %)	133 (99 %)	

Graf 26 Nejčastější důvody selhání edukace dle oddělení [Zdroj: vlastní šetření]



Spolupráce NLZP s rodinou dle oddělení

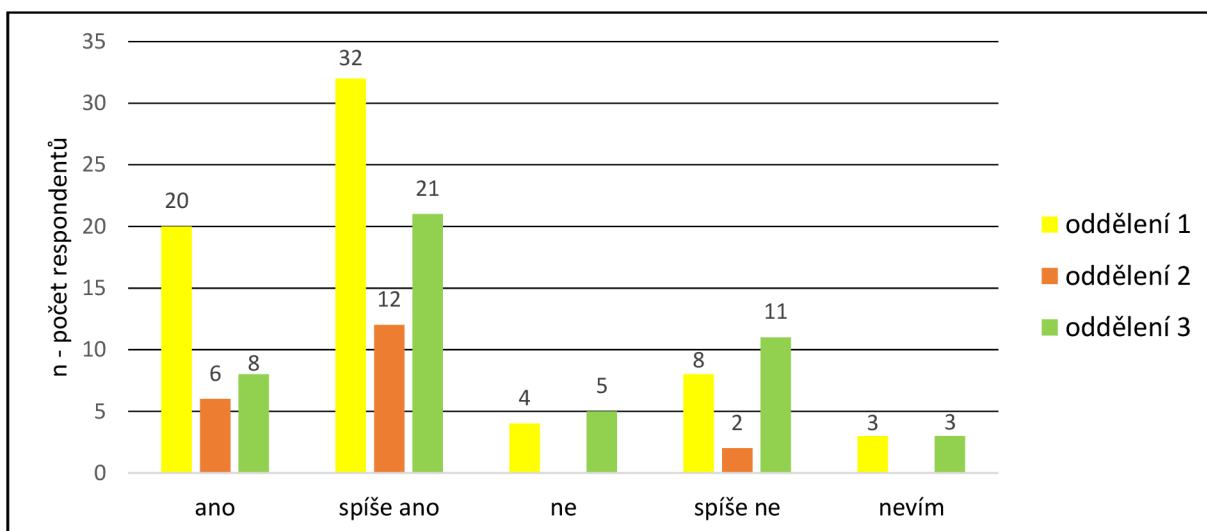
Analýzou dat z odpovědí respondentů z jednotlivých oddělení zda spolupracují s rodinnými příslušníky pacienta se zjistilo, že na oddělení 1 kladně odpovědělo 20 (30 %) respondentů a 32 (48 %) respondentů zvolilo možnost „spíše ano“. Zápornou možnost pak zvolili 4 (6 %) respondentů a 8 (12 %) odpovědělo možností „spíše ne“. Možnost „nevím“ vybrali 3 (4 %) respondentů z oddělení 1. Z oddělení 2 vybralo kladnou odpověď 6 (30 %) respondentů a možnost „spíše ano“ zvolilo 12 (60 %) respondentů. Položku „spíše ne“ označili 2 (10 %) respondenti z oddělení 2. Z oddělení 3 pak možnost „ano“ označilo 8 (17 %) respondentů a možnost „spíše ano“ 21 (44 %) respondentů. Zápornou odpověď označilo 5 (10 %) respondentů a „spíše ne“ označilo 11 (23 %) respondentů. Možnost „nevím“ označili 3 (6 %) respondentů z oddělení 3.

Tab. 11 Spolupráce NLZP s rodinou dle oddělení [Zdroj: vlastní šetření]

spolupráce s rodinou	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
ano	20 (30 %)	6 (30 %)	8 (17 %)	34 (25 %)	pro nízkou četnost hodnoceny a sloučeny možnosti (ano a spíše ano, ne a spíše ne) 0,03855
spíše ano	32 (48 %)	12 (60 %)	21 (44 %)	65 (48 %)	
ne	4 (6 %)	0 (0 %)	5 (10 %)	9 (7 %)	
spíše ne	8 (12 %)	2 (10 %)	11 (23 %)	21 (16 %)	
nevím	3 (4 %)	0 (0 %)	3 (6 %)	6 (4 %)	
celkem	67 (100 %)	20 (100 %)	48 (100 %)	135 (100 %)	

spolupráce s rodinou	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
ano + spíše ano	52 (78 %)	18 (90 %)	29 (61 %)	99 (73 %)	0,03855
ne + spíše ne	12 (18 %)	2 (10 %)	16 (33 %)	30 (23 %)	
celkem	64 (96 %)	20 (100 %)	45 (94 %)	129 (96 %)	

Graf 27 Spolupráce NLZP s rodinou dle oddělení [Zdroj: vlastní šetření]



Používání edukačních materiálů dle oddělení

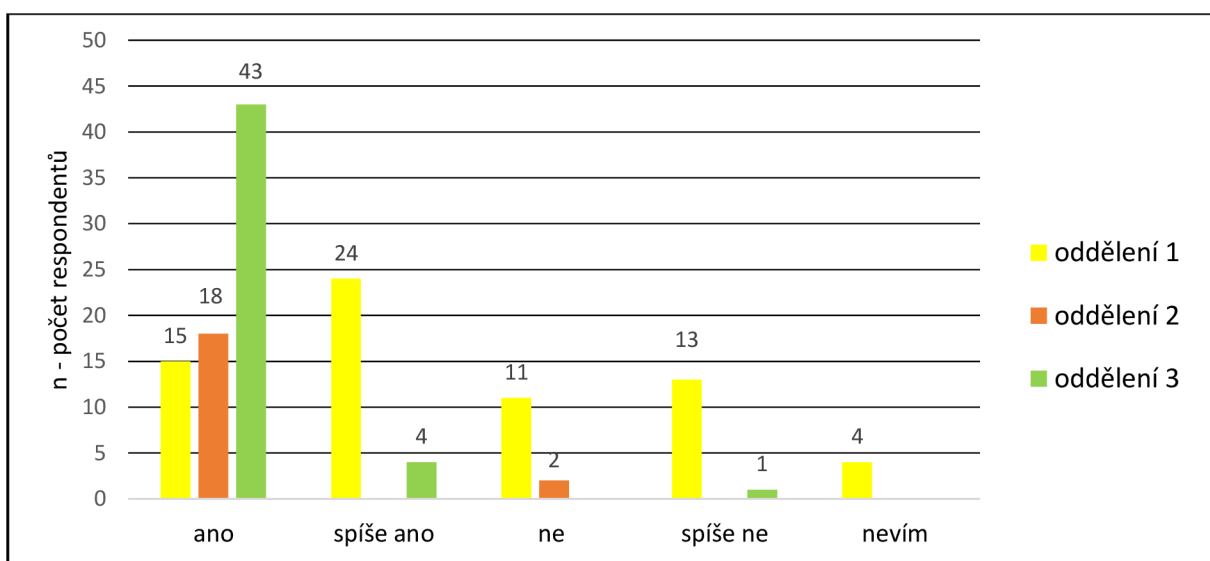
Analýzou a srovnáním dat z odpovědí respondentů se zjistilo, že na oddělení 1 používá edukační materiál 15 (22 %) respondentů. Možnost „spíše ano“ zvolilo 24 (36 %) respondentů tohoto oddělení. Možnost „ne“ na oddělení 1 zvolilo 11 (16 %) respondentů a možnost „spíše ne“ 13 (19 %) respondentů. Možnost „nevím“ pak zvolili 4 (6 %) respondentů z oddělení 1. Na oddělení 2 zvolilo možnost „ano“ 18 (90 %) respondentů a možnost „ne“ 2 (10 %) respondentů daného oddělení. Na oddělení 3 se kladně vyjádřilo 43 (90 %) respondentů a možnost „spíše ano“ zvolili 4 (8 %) respondentů daného oddělení. Zápornou možnost „spíše ne“ zvolil pouze 1 (2 %) respondent z oddělení 3.

Tab. 12 Používání edukačních materiálů dle oddělení [Zdroj: vlastní šetření]

používání edukačních materiálů	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
ano	15(22 %)	18 (90 %)	43 (90 %)	76 (56 %)	pro nízký počet četností hodnoceny a sloučeny možnosti (ano a spíše ano, ne a spíše ne) 0,000009092
spíše ano	24 (36 %)	0 (0 %)	4 (8 %)	28 (21 %)	
ne	11 (16 %)	2 (10 %)	0 (0 %)	13 (9 %)	
spíše ne	13 (19 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	14 (10 %)	
nevím	4 (6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (3 %)	
celkem	67 (100 %)	20 (100 %)	48 (100 %)	135 (100 %)	

používání edukačních materiálů	oddělení 1	oddělení 2	oddělení 3	celkový součet	p-hodnota
ano a spíše ano	39 (58 %)	18 (90 %)	47 (98 %)	104 (77 %)	0,000009092
ne a spíše ne	14 (35 %)	2 (10 %)	1 (2 %)	17 (13 %)	
celkem	53 (79 %)	20 (100 %)	48 (100 %)	135 (100 %)	

Graf 28 Používání edukačních materiálů dle oddělení



Pohled na zajišťování prevence pádu dle věkových kategorií NLZP

Srovnáním pohledu na problematiku pádů z pohledu NLZP dle věkových kategorií personálu pomocí kontingenční tabulky se zjistilo, že 107 (80 %) respondentů se ztotožňuje s odpovědí „je třeba věnovat více prostředků (lidských i materiálních) na zajištění prevence pádů na oddělení“. S touto odpovědí se ztotožňují všechny uvedené věkové kategorie, a to v rozmezí 76 až 100 %. Nejvyššího procentuálního zastoupení, tedy 100 % u této odpovědi dosáhla kategorie 60 a více let. Možnost „není třeba věnovat prevenci pádů více prostředků“ označilo pouze 10 (7 %) respondentů, a to v kategoriích 30 až 59 let. Možnost „prevence nemá zásadní roli v omezení četnosti pádu“ uvedlo 18 (13 %) respondentů, a to v kategoriích 18 až 59 let.

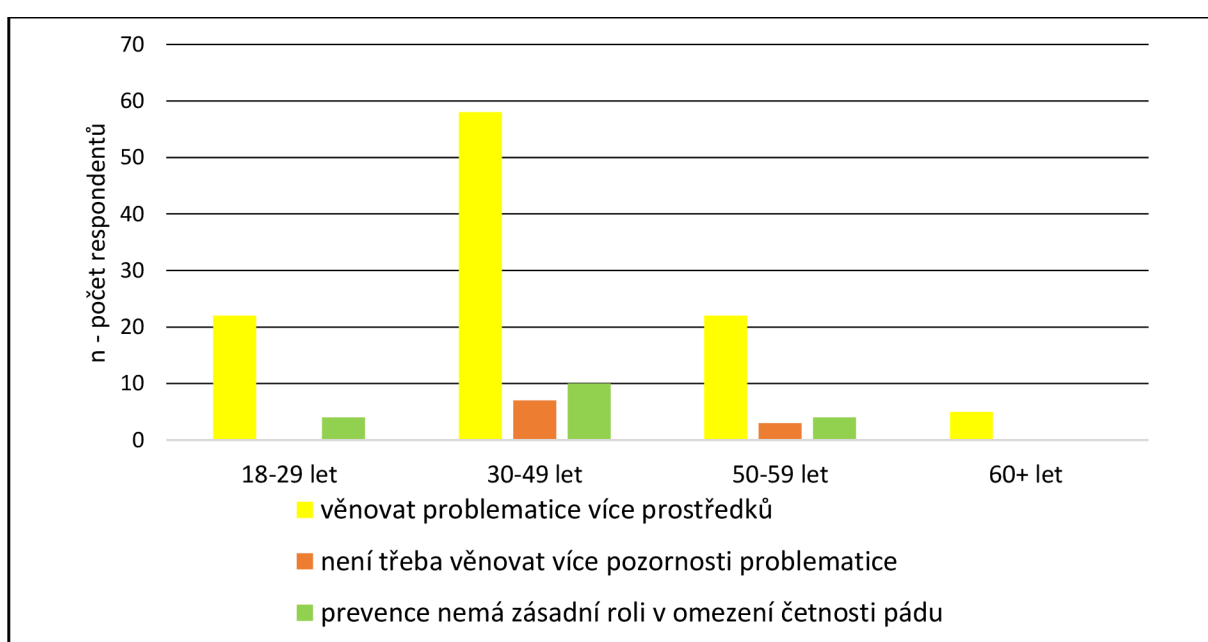
Tab. 13 Pohled na zajišťování prevence pádu dle věkových kategorií NLZP

[Zdroj: vlastní šetření]

	18 až 29 let	30 až 49 let	50 až 59 let	60 a více	celkový součet	p-hodnota
je třeba věnovat více prostředků	22 (85 %)	58 (77 %)	22 (76 %)	5 (100 %)	107 (80 %)	nelze nízký počet četností
není třeba věnovat více prostředků	0 (0 %)	7 (10 %)	3 (10 %)	0 (0 %)	10 (7 %)	
prevence nehraje roli v četnosti pádů	4 (15 %)	10 (13 %)	4 (14 %)	0 (0 %)	18 (13 %)	
celkový součet	26 (100 %)	75 (100 %)	29 (100 %)	5 (100 %)	135 (100 %)	

Graf 27 Pohled na zajišťování prevence pádu dle věkových kategorií NLZP [Zdroj:

vlastní šetření]



DISKUSE

NLZP je nejpočetnější skupinou zaměstnanců ve zdravotnictví, a tudíž je s pacientem nebo též klientem (v případě rodičky) v nejbližším a také nejčastějším kontaktu. NLZP pomáhá pacientovi při nácviu soběstačnosti a sebezpečí. Motivuje ho a edukuje o nutnosti dodržování pohybového režimu stanoveného lékařem, a to nejen za hospitalizace, ale i po propuštění do domácího ošetřování. Dále také spolupracuje s fyzioterapeuty při výběru a používání kompenzačních pomůcek. Dle Miertové jsou právě sestry, jako část NLZP, klíčové „nejen při posuzování rizika pádu, ale i při prosazování obecných bezpečnostních opatření v nemocnici, a proto mají být vzdělávány a trénovány na použití protokolů a postupů identifikujících nejrizikovější pacienty“ (Miertová, 2019, s. 75).

Mezi nejčastější nežádoucí události během hospitalizace týkající se bezpečnosti pacienta řadíme pád pacienta. Poskytování kvalitní a bezpečné péče by tak mělo být morální povinností všech zdravotníků (Škrla a Škrlová, 2008). MZČR reagovalo na problematiku pádů vyhlášením Resortních bezpečnostních cílů. Resortní cíl 4 definuje prevenci pádů pacientů. „Poskytovatel zdravotnických služeb má tímto závazným předpisem stanoveno vstupní hodnocení rizika pádu při příjmu pacienta k hospitalizaci i opakované přehodnocení při každé změně zdravotního stavu nebo změně medikace“ (Vácová a kol., 2019, s. 139). Standardizovaná metodika, tedy standard ošetrovatelské péče umožňuje použít preventivní intervence dle potřeb a rizik na konkrétního pacienta.

V Příloze 4 je uveden postup daného zdravotnického pracoviště pro zjištění rizika pádu, kdy případě zjištění tohoto rizika je dále postupováno dle SOP prevence pádu pacienta, který je uveden v Příloze 5.

Na vybraných odděleních daného zdravotnického pracoviště dochází k pádům hospitalizovaných pacientů dá se říct minimálně. Dle dostupných analýz za poslední 2 roky (2021 a 2022) byly na jednotlivých odděleních zaznamenány minimálně 3 a maximálně 8 pádů za rok. Tento nízký počet pádů pravděpodobně vypovídá o poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a „edukační aktivitě“ sester jako intervenci vedoucí k prevenci a snížení rizika pádu. Dle závěru průřezové deskriptivní studie výzkumného týmu Cedraz et al. z roku 2017 v Brazílii vyšlo, že „Sestry hrají zásadní

rolí v procesu vedení aktivit ošetrovatelského týmu a vyhodnocování intervencí“ (Vácová a kol., 2019, s. 145).

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo: „Zjistit nejčastější příčiny pádů hospitalizovaných pacientů na vybraných pracovištích zdravotnického zařízení z pohledu NLZP“. Na hlavní cíl jsou směřovány otázky z dotazníku (Příloha 2) číslo 11, 12, 13 a 14.

Otázka číslo 11 se zaměřuje na: „nejčastější důvod pádu pacienta“. Dle 79 (59 %) respondentů je nejčastějším důvodem pádu pacientů vnitřní příčina a to např. porucha zraku, sluchu, chůze aj. Tyto výsledky korespondují s odbornou literaturou, kde se uvádí, že 70-75 % pádů tvoří tzv. symptomatické pády z vnitřních příčin (Bóriková, Tomagová, Miertová, 2019, s. 12). Mezi vnitřní příčiny patří i věk pacienta. V dotazníku byly věkové kategorie rozděleny dle členění WHO. Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje i riziko pádu, což nám potvrdily i odpovědi respondentů na otázku 8 a to „U které věkové kategorie nejčastěji dochází k pádům pacientů“. Nejčastější odpověď byla „75 až 90 let“, kterou označilo 70 (52 %) respondentů z celkového počtu. I tato hodnota se shoduje s literaturou týkající se dané problematiky. Dalším častým důvodem je: „selhání edukace“ v podobě nerespektování pokynů a rad ošetrovatelského personálu ze strany pacienta, nedodržování klidového režimu aj. Tuto možnost uvedlo 42 (31 %) respondentů z celkového počtu. Důvody z vnějších příčin označilo pouze 14 (10 %) respondentů.

V porovnání dat mezi jednotlivými odděleními a „**nejčastějším důvodem pádu pacienta**“ byla stanovena **hypotéza H₀** = není rozdíl mezi příčinami pádu pacienta na jednotlivých odděleních. Pomocí výpočtu chí kvadrátu je p-hodnota menší jak 0,0000001. **Hypotézu H₀ zamítáme, je tedy statisticky významný rozdíl mezi odděleními.** Na oddělení 1 je 73 % všech pádů, a na oddělení 2 je 75 % pádů z vnitřních příčin. Na oddělení 3 byl zvolen respondenty nejčastější důvod pádu selhání edukace pacienta např. nerespektováním pokynů a rad zdravotnického personálu pacientem u 62 % respondentů. Rozdíl v důvodu pádu na oddělení 3 je pravděpodobně způsoben skladbou pacientů na daném oddělení, převážně jsou to pacienti mladšího věku po krátkém (malém) operačním zákroku. Tito pacienti pravděpodobně neodhadnou svůj zdravotní stav převážně v důsledku stavu po anestezii nebo po krátkém operačním zákroku a přecenění své síly i přes opakovanou edukaci personálem.

Srovnáním dat z odpovědí respondentů z jednotlivých oddělení s daty „nejčastějších důvodů pádů z vnitřních příčin“ byla stanovena **hypotéza H0** – není statisticky významný rozdíl mezi vnitřními příčinami na jednotlivých odděleních. Pro výpočet Chí kvadrátu byly zvoleny pouze možnosti „poruchy chůze“ a „ortostatický kolaps“. Ostatní možnosti nebyly použity z důvodu nízkých četností, tedy očekávané četnosti byly menší než 5. **Hypotéza H0 je potvrzena** (p -hodnota = 0,8861), **není statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými vnitřními příčinami a odděleními**. Analýzou dat z dotazu vyplynulo, že na vybraných chirurgických pracovištích je nejčastějším důvodem pádu z vnitřních příčin ortostatický kolaps. Tuto příčinu uvedlo 84 (62 %) respondentů z celkového počtu. Toto riziko je způsobeno převážně v důsledku náhlého poklesu krevního tlaku při prudké změně polohy např. z lehu do sedu nebo stavu po operaci, anestezii, porodu. **Je důležité pacienta v těchto případech opakovaně edukovat** o nutnosti dodržování klidového režimu po náročných operačních zákrocích, o nutnosti „pomalé“ změny polohy a o důležitosti nepřeceňování svých sil.

Analýzou dat odpovědí respondentů z jednotlivých oddělení s daty „nejčastějších důvodů pádů z vnějších příčin“ byla stanovena **hypotéza H0** – není statisticky významný rozdíl mezi vnějšími příčinami na jednotlivých odděleních. Pro výpočet Chí kvadrátu byly zvoleny pouze z možných příčin „nevhodná obuv“ a „jiné“, ostatní možnosti nebyly z důvodu nízkých četností použity. **Hypotéza H0 byla potvrzena** (p - hodnota = 0,05992), **není statisticky významný rozdíl mezi vnějšími příčinami na jednotlivých odděleních**. Srovnáním dat „důvody z vnějších příčin“ a jednotlivými pracovišti vyplynulo, že nejčastějším důvodem a to u 70 (52 %) respondentů z celkového počtu je „nevhodná obuv“ a to ve shodě na všech vybraných odděleních. Častou odpovědí byla i možnost „jiné“, kterou označilo 29 (21 %) respondentů z celkového počtu a dopsalo možnosti např. pooperační stav, stav po porodu nebo anémie, což ale nelze úplně zařadit mezi vnější příčiny. V neposlední řadě to byla i možnost „kluzká podlaha“ u 24 % respondentů z celkového počtu. S výsledkem této části analýzy je dobré si **uvědomit i fakt, že nejen NLZP, ale i pomocný personál nebo zaměstnanci úklidové firmy mají vliv na bezpečí pacienta**.

Analýzou a srovnáním dat z odpovědí respondentů z jednotlivých oddělení s daty „nejčastější důvod selhání edukace“ byla stanovena **hypotéza H0** – není statisticky významný rozdíl mezi důvody selhání edukace dle jednotlivých odděleních. Pro výpočet Chí kvadrátu byly zvoleny pouze možnosti „nedodržení klidového režimu“ a

„nerespektování pokynů“, ostatní možnosti nebyly z důvodu nízkých četností použity. **Hypotéza H0 byla potvrzena** (p -hodnota = 0,2239), **není statisticky významný rozdíl mezi důvody selhání edukace na jednotlivých odděleních**. Mezi příčiny selhání edukace u pacienta byla v nejvyšší četnosti vybrána možnost „nerespektování pokynů a rad NLZP pacientem“. Tuto možnost označilo 116 (86 %) respondentů z celkového počtu. Proč dochází k pádům z této příčiny je těžké odpovědět. Pravděpodobně pacient neodhadne svoje síly, eventuálně „nechce obtěžovat personál“ a myslí si, že to zvládne.

První dílčím cílem bylo zmapovat úroveň poskytované edukace ze strany NLZP. K prvnímu dílčímu cíli se váží otázky 19 a 20 z dotazníku. Zda používá personál na vybraných odděleních edukační materiály se kladně vyjádřilo a to odpovědí „ano“ a „spíše ano“ 104 (77 %) respondentů z celkového počtu. Dalších 27 (20 %) se vyjádřilo záporně, tedy odpovědí „ne“ nebo „spíše ne“. Data z odpovědí respondentů z jednotlivých oddělení byla porovnána s daty, zda respondenti používají edukační materiály. Byla stanovena **hypotéza H0** – není statisticky významný rozdíl mezi používáním edukačních materiálů a jednotlivými odděleními. Pro výpočet χ^2 kvadrátu byly spojeny možnosti „ano a spíše ano“ a „ne a spíše ne“ pro nízký počet četností. Možnost „nevím“ nebyla z důvodu nízkých četností (menší než 5) použita. **Hypotéza H0 byla zamítnuta**, p – hodnota je menší než 0,05 a **je tedy statisticky významný rozdíl mezi používáním edukačních materiálů a odděleními**. Používání edukačních materiálů je významně nižší na oddělení 1, kde je to pravděpodobně způsobeno nižším věkem pacientů a tím předpokladem respondentů, že k pádům nebude docházet. Takovýto předpoklad by však neměl být akceptovatelný.

Na otázku, zda NLZP vybraných oddělení **spolupracuje s rodinnými** příslušníky kladně odpovědělo 99 (73 %) respondentů a záporně pak odpovědělo 30 (23 %) respondentů. Analýzou dat z odpovědí respondentů z jednotlivých oddělení s daty, zda spolupracují s rodinnými příslušníky pacienta byla stanovena **hypotéza H0** – není statisticky významný rozdíl mezi spoluprací s rodinou a jednotlivými odděleními. Pro výpočet χ^2 kvadrátu byly spojeny možnosti „ano a spíše ano“ a „ne a spíše ne“ pro nízký počet četností. Možnost „nevím“ nebyla z důvodu nízkých četností použita. **Hypotéza H0 byla zamítnuta**, p – hodnota je nižší než 0,05 a **je tedy statisticky významný rozdíl mezi spoluprací s rodinou a jednotlivými odděleními**. Spolupráce s rodinnými příslušníky je významně nižší na oddělení 3, kde je to

pravděpodobně způsobeno kratší dobou hospitalizace. Vzhledem k tomu, že k pádům může docházet a dochází i po ukončení hospitalizace, bylo by vhodné se na tuto spolupráci zaměřit i na tomto oddělení a odmítnout předpoklad, že tato spolupráce není potřebná. Dle prospektivní randomizované studie výzkumného týmu Kuhlenschmidt et al. z roku 2015 v USA, která probíhala na transplantační jednotce pro dospělé u 91 pacientů, byl stanoven závěr, že „provedení edukace sestrou může pomoci pacientům lépe si uvědomit riziko pádu“. Tato uvědomění si je důležité i pro rodinné příslušníky, aby po propuštění pacienta do domácího ošetřování věděli, jak se o dotyčného postarat, a hlavně předcházet tak riziku pádu i v domácím prostředí.

Na základě analýzy dat z dotazníkového šetření byla srovnána data z „pohled na zajišťování prevence dle věkových kategorií z řad NLZP“. Stanovení **hypotézy H0** – není rozdíl v **pohledu na zajišťování prevence dle věkových kategorií z řad NLZP**. Pro výpočet χ^2 kvadrátu byly sloučeny možnosti „18 až 29 let a 30 až 49 let“ a „50 až 59 let a 60 a více let“, a to z důvodu nízkých četností. I přesto nejde výpočet provést a stanovit alternativní hypotézu. Nicméně ve všech věkových kategoriích NLZP potvrdili, že je třeba věnovat problematice prevence pádů více prostředků jak materiálních, tak lidských. Tento názor mělo 107 (80 %) všech respondentů.

Druhým dílčím cílem bylo navrhnout preventivní opatření ke snížení rizika pádu. Management na úrovni jednotlivých oddělení by se měl komplexně zaměřit na následující oblasti:

- bezpečné fyzické prostředí na oddělení, volnost cest, stabilní nábytek a lůžko, vhodné a dostatečné osvětlení, funkční signalizační zařízení (Příloha 8)
- jednotnou terminologii, metodiku, identifikaci rizik a sjednocení postupů v rámci preventivních opatření, sjednocení dokumentace (Příloha 6, Příloha 7)
- dobrá, netrestající organizační struktura
- dostatečné proškolení nově nastupujících, ale i stávajících zaměstnanců
- dostatečný dohled nad novými zaměstnanci, hlavně v období adaptačního procesu
- vyhodnocování rizik možných nežádoucích událostí
- pravidelné audity dokumentace
- audity na dodržování SOP Prevence pádu
- zajištění dostatečného množství pomůcek proti pádu a jejich dobrý stav

- zajištění edukačního materiálu „Jak předcházet pádu“ a instalaci informačních, výstražných cedulí s textem: „Nevstávejte, použijte zvonek“, „Riziko pádu“

Pro větší účinnost opatření proti pádu pacienta je důležité se zaměřit nejen na sestry, porodní asistentky, rehabilitační pracovníky, ale také na pomocný personál – sanitáře a mimo jiné i na zaměstnance úklidových firem.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá prevencí nežádoucí události, snížením rizika pádu pacienta, a to z pohledu NLZP.

V teoretické části práce je na základě informací z odborné literatury definován pád jako nežádoucí událost, rizika pádu, jeho následky a prevence pádů. Dále pak je uvedena legislativa pádu v rámci zdravotnického zařízení, identifikace rizikového pacienta, realizace preventivních opatření, postup při pádu pacienta a systém hlášení nežádoucí události.

V praktické části jsou analyzována a statisticky zpracována data získaná formou dotazníkového šetření od respondentů ze 3 vybraných oddělení zdravotnického zařízení. Hlavním cílem bylo zjistit nejčastější příčiny pádů u pacientů na těchto odděleních z pohledu NLZP. Dílčími cíli bylo zmapovat úroveň poskytované edukace ze strany NLZP a navrhnout preventivní opatření ke snížení rizika nežádoucí události PÁD. Dle analýzy dat lze stanovit, že výzkumné cíle byly splněny. Z poznatků získaných z výzkumného šetření byl vytvořen návrh doporučení pro managery na úrovni oddělení, které pomohou pozitivně ovlivnit efektivitu náročné práce NLZP a předcházet nežádoucím pádům pacientů.

REFERENČNÍ SEZNAM

BÓRIKOVÁ, Ivana; TOMAGOVÁ, Martina a MIERTOVÁ, Michaela. *Pády a ich prevencia u hospitalizovaných pacientov*. Martin: Osveta, 2018. ISBN 978-80-8063-469-8.

BRABCOVÁ, Iva; HAJDUCHOVÁ, Hana; TÓTHOVÁ, Valerie; BÁRTLOVÁ, Sylva; HOLÝ, Jiří et al. *Monitoring a analýza rizikových faktorů pádů pacientů hospitalizovaných v nemocnicích*. *www.casopisvnitrnilekarstvi*. 2021, roč. 2021, č. 67(7), s. E3-E7.

BRIMOVÁ, Pavlína. *Problematika pádů ve Fakultní nemocnici Brno*. *Florence. Care Comm*, 2018, (6), 25-27. ISSN 1801 - 464X.

CENDELÍNOVÁ, Ilona. 2019. *Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních*. *Florence*.15(4), 16-17. ISSN 1801- 464X.

Centrální systém hlášení nežádoucích událostí – Metodika Nežádoucí událost PÁD [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z

https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Pad_metodika_plna_verze.pdf

ČERVENKOVÁ, Marcela. *Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s rizikem pádu*. Online, bakalářská práce, vedoucí Mgr. Pavel Scholz. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2012. Dostupné z: <https://theses.cz> [cit. 2024-02-09].

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. ročník 2011, částka 131/2011, číslo 372. Dostupné také z: <https://www.beck-online.cz/>

ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 102/2012 Sb. ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů*. ročník 2012, částka 39/2012, číslo 102. Dostupné také z: <https://www.beck-online.cz/>

GAJDOŠÍKOVÁ, Eva. *Faktory související s pády pacientů s Alzheimerovou chorobou*. Vedoucí Kubicová, Miroslava. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, 2020. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/48153>.

HAJDUCHOVÁ, Hana; BRABCOVÁ, Iva; TÓTHOVÁ, Valerie a BÁRTLOVÁ, Sylva. Prevence pádů hospitalizovaných pacientů intervenční programy. *Geriatric a Gerontologie*. 2017, roč. 2017, č. 3, s. 117-122.

HEBELKOVÁ, Pavla. *Prevence pádů*. Online, diplomová práce, vedoucí Mgr. Hana Pinkavová. Brno: Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství, 2011. Dostupné z: <https://is.muni.cz>. [cit. 2024-02-09].

HOROVÁ, Jana. *Účinnost intervenčních programů prevence pádů v ošetrovatelské praxi*. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2021.

HOROVÁ, Jana; BRABCOVÁ, Iva a BEJVANČICKÁ, Petra. *Hodnocení rizika pádů*. *Medicína pro praxi*. 2020, roč. 2020, č. 17(3), s. 200-202. Dostupné z <https://medicinapropraxi.cz/pdf> . [cit. 2024-02-09].

KUCKIR, Martina; VAŇKOVÁ, Hana; HOLMEROVÁ, Iva a VÍTEČKOVÁ, Slávka. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0054-5.

MARX, David a Gabriela FRANKOVÁ, ed. *Akreditační standardy pro nemocnice* [online]. 4. vydání účinné od 1.2.2024. Spojená akreditační komise, 2023 [cit. 2024-04-11]. ISBN 978-80-905886-1-5.

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

MORSE, J. *Preventing patient falls. Establishing a Fall Intervention Program: Company*. ISBN 978-082610389-5. 2.edition. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-082610389-5.

PODSTATOVÁ, Renata; CHOHLÁČ, Dalimil a FILKA, Jozef. *Hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče: Hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb lůžkové zdravotní péče*. Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, 2023.

POKORNÁ, Andrea a kol. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

POULÍKOVÁ, Petra. *Pacient v perioperační péči – prevence rizik*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2014.

REITEROVÁ, Eva, *Statistika pro nelékařské obory*. Olomouc: UPOL.2016. ISBN 978-80-244-5082-7.

SMITH, Ilese J. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

SKOUMALOVÁ, Petra. *Pád pacienta jako nežádoucí událost při poskytování zdravotní péče*. Online, bakalářská práce, vedoucí Mgr. Alena Kyrianová. Liberec: Fakulta zdravotnických studií Liberec, 2022. Dostupné z: <https://theses.cz>. [cit. 2024-02-09].

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

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb, manuál pro praxi*. Praha: Grada publishing, 2017. ISBN 978-80-271-9673-9.

VÁCOVÁ, J.; BRABCOVÁ, I.; DVOŘÁKOVÁ, V. a CETLOVÁ, L. Rizikové faktory pádů hospitalizovaných pacientů. Online. *General Practitioner / Praktický Lékař*. 2019, roč. 99, č. 4, s. 139-146. ISSN 00326739. [cit. 2024-02-18].

VAŠKOVÁ, Andrea. *Prevence pádů u pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení*. Online, bakalářská práce, vedoucí PhDr. Michaela Schneider, PhD. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2020. Dostupné z: <https://theses.cz>. [cit. 2024-02-09].

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Národní ošetřovatelský postup prevence pádů a postup při zranění způsobených pády. In: Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, ročník 2020, částka 2/2020. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-2-2020/>

VYHNÁLEK, Radim. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

VLČEK, Jiří, et al. Minimalizace rizik a teorie tří pilířů u léčiv zvyšujících riziko pádů. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2020, 33.4: 30-34.

ZELENÍKOVÁ, Renata., DASHOFER, V., *Prevence pádu seniorů*. 2016, Online. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz>

TABULKY S DATY Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Tab. 14 Pohlaví respondentů

pohlaví respondentů	absolutní četnost	relativní četnost
žena	132	98 %
muž	3	2 %
celkem	135	100 %

Tab. 15 Věk respondentů

věk respondentů	absolutní četnost	relativní četnost
18–29 let	26	19 %
30–49 let	75	56 %
50–59 let	29	21 %
60 a více let	5	4 %
celkem	135	100 %

Tab. 16 Dosažené vzdělání

dosažené vzdělání	absolutní četnost	relativní četnost
středoškolské vzdělání	9	7 %
středoškolské s maturitou	36	27 %
pomaturitní specializační	17	12 %
diplomovaný specialista	15	11 %
vysokoškolské – Bc.	42	31 %
vysokoškolské – Mgr.	16	12 %
celkem	135	100 %

Tab. 17 Pracovní zařazení

pracovní zařazení	absolutní četnost	relativní četnost
ošetřovatelka/sanitářka	16	12 %
praktická sestra	6	4 %
všeobecná sestra	59	44 %
porodní asistentka	54	40 %
celkem	135	100 %

Tab. 18 Délka odborné praxe

délka odborné praxe	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 2 roky	12	9 %
od 2 do 5 let	13	9 %
od 5 do 10 let	13	10 %
od 10 do 15 let	16	12 %
od 15 do 25 let	35	26 %
více než 25 let	46	34 %
celkem	135	100 %

Tab. 19 Vybrané oddělení

oddělení č.	absolutní četnost	relativní četnost
1	67	50 %
2	20	15 %
3	48	35 %
celkem	135	100 %

Tab. 20 Četnost pádů

četnost pádů	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 1x za měsíc	126	93 %
1-3 x za měsíc	8	6 %
4 a vícekrát za měsíc	1	1 %
celkem	135	100 %

Tab. 21 Věková kategorie pacientů s pádem

věková kategorie	absolutní četnost	relativní četnost
18–30 let	4	3 %
30-45 let	26	19 %
45-60 let	4	3 %
60-75 let	30	22 %
75-90 let	70	52 %
nad 90 let	1	1 %
celkem	135	100 %

Tab. 22 Část těla zraněná pádem

část těla zraněná pádem	absolutní četnost	relativní četnost
hlava	60	44 %
horní končetiny	15	11 %
trup	0	0 %
dolní končetiny	43	32 %
jiné	17	13 %
celkem	135	100 %

Tab. 23 Závažnost zranění u pádu

zranění při pádu	absolutní četnost	relativní četnost
žádné	42	31 %
lehké	93	69 %
těžké	0	0 %
smrt	0	0 %
celkem	135	100%

Tab. 24 Důvod pádu pacienta

důvod pádu	absolutní četnost	relativní četnost
vnitřní příčina	79	59 %
vnější příčina	14	10 %
selhání edukace	42	31 %
celkem	135	100 %

Tab. 25 Důvody pádů z vnitřních příčin

důvody z vnitřních příčin	absolutní četnost	relativní četnost
poruchy zraku a sluchu	2	1 %
poruchy chůze	28	21 %
změny duševního stavu	9	7 %
změny v medikaci	1	1 %
ortostatický kolaps	84	62 %
jiné	11	8 %
celkem	135	100 %

Tab. 26 Důvody pádů z vnějších příčin

důvody z vnějších příčin	absolutní četnost	relativní četnost
kluzká podlaha	24	18 %
nevhodně umístěný nábytek	7	5 %
špatné osvětlení	5	4 %
nevhodná obuv	70	52 %
jiné	29	21 %
celkem	135	100 %

Tab. 27 Důvody selhání edukace

důvody selhání edukace	absolutní četnost	relativní četnost
nedodržení klidového režimu	16	12 %
nerespektování pokynů	117	87 %
nevhodné použití kompenzačních pomůcek	2	1 %
celkem	135	100 %

Tab. 28 Intervence ke snížení rizika pádu

intervence ke snížení rizika	absolutní četnost	relativní četnost
označení rizikového pacienta	97	16 %
ošetřovatelská diagnóza	83	14 %
umístění v blízkosti sesterny	68	11 %
seznámení s prostředím	103	17 %
odstranění překážek	89	15 %
kontrola lůžka, signalizace	90	15 %
noční osvětlení	61	10 %
jiné	9	2 %
celkem odpovědí	538	100 %

Tab. 29 Způsob identifikace rizikového pacienta

způsob identifikace	absolutní četnost	relativní četnost
označení lůžka	72	27 %
označení dokumentace	65	25 %
identifikační náramek	115	43 %
jiné	14	5 %
celkem	266	100 %

Tab. 30 Bariéry zvyšující riziko pádu

bariéry zvyšující riziko	absolutní četnost	relativní četnost
mnoho pacientů	72	31 %
nedostatek času	65	28 %
nedostatek personálu	46	19 %
nedostatek pomůcek	14	6 %
nestabilní nábytek	5	2 %
uspořádání oddělení	31	13 %
nedostatečné znalosti	2	1 %
celkem	235	100 %

Tab. 31 Dostatek pomůcek na oddělení

dostatek pomůcek	absolutní četnost	relativní četnost
ano	30	22 %
spíše ano	64	47 %
ne	16	12 %
spíše ne	25	19 %
celkem	135	100 %

Tab. 32 Spolupráce při edukaci s rodinnými příslušníky

spolupráce s rodinnými příslušníky	absolutní četnost	relativní četnost
ano	33	24 %
spíše ano	65	48 %
ne	9	7 %
spíše ne	22	16 %
nevím	6	5 %
celkem	135	100 %

Tab. 33 Používání edukačních materiálů

používání edukačních materiálů	absolutní četnost	relativní četnost
ano	76	56 %
spíše ano	28	21 %
ne	13	10 %
spíše ne	14	10 %
nevím	4	3 %
celkem	135	100 %

Tab. 34 Pohled na zajišťování prevence pádu

pohled na prevenci pádu	absolutní četnost	relativní četnost
je potřeba více pozornosti	107	79 %
není potřeba pozornosti	10	8 %
prevence nehraje roli	18	13 %
celkem	135	100 %

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1 Skupiny rizikových a protektivních faktorů pádů podle WHO (2007)
- Tab. 2 Výskyt NU Pád v ČR za jednotlivá období
- Tab. 3 Morse Fall Scale (MFS) – česká verze (MFSCZ) Centrální hlášení – Metodika Nežádoucí událost PÁD
- Tab. 4 Hodnocení rizika podle Conleyové (úprava Jurásková 2006)
- Tab. 5 návratnost dotazníků
- Tab. 6 Frekvence pádů dle jednotlivých oddělení
- Tab. 7 Nejčastější důvod pádu dle jednotlivých oddělení
- Tab. 8 Nejčastější důvod pádu z vnitřních příčin dle jednotlivých oddělení
- Tab. 9 Nejčastější důvod pádu z vnějších příčin dle jednotlivých oddělení
- Tab. 10 Nejčastější důvody selhání edukace dle oddělení
- Tab. 11 Spolupráce NLZP s rodinou dle oddělení
- Tab. 12 Používání edukačních materiálů dle oddělení
- Tab. 13 Pohled na zajišťování prevence pádu dle věkových kategorií NLZP
- Tab. 14 Pohlaví respondentů
- Tab. 15 Věk respondentů
- Tab. 16 Dosažené vzdělání
- Tab. 17 Pracovní zařazení
- Tab. 18 Délka odborné praxe
- Tab. 19 Vybrané oddělení
- Tab. 20 Četnost pádů
- Tab. 21 Věková kategorie pacientů s pádem
- Tab. 22 Část těla zraněná pádem
- Tab. 23 Závažnost zranění u pádu
- Tab. 24 Důvod pádu pacienta
- Tab. 25 Důvody pádů z vnitřních příčin
- Tab. 26 Důvody pádů z vnějších příčin
- Tab. 27 Důvody selhání edukace
- Tab. 28 Intervence ke snížení rizika pádu
- Tab. 29 Způsob identifikace rizikového pacienta
- Tab. 30 Bariéry zvyšující riziko pádu
- Tab. 31 Dostatek pomůcek na oddělení
- Tab. 32 Spolupráce při edukaci s rodinnými příslušníky
- Tab. 33 Používání edukačních materiálů
- Tab. 34 Pohled na zajišťování prevence pádu

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Cyklus pádu

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
č.	číslo
FZV	Fakulta zdravotnických věd
GCS	Glasgow coma scale
KPR	kardiopulmonální resuscitace
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
např.	například
NLZP	nelékařský pracovník
NU	nežádoucí událost
PZS	poskytovatel zdravotnických služeb
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
SHNU	Systém hlášení nežádoucích událostí
SOP	Standard ošetrovatelské péče
stp.	stav po
tj.	to je
tzv.	takzvaně
UPOL	Univerzita Palackého Olomouc
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Schválení etickou komisí
Příloha 2	Dotazník k DP
Příloha 3	Informovaný souhlas
Příloha 4	Zjištění rizika pádu
Příloha 5	Standardní ošetrovatelský postup
Příloha 6	Edukační list
Příloha 7	Protokol o pádu
Příloha 8	Bezpečnostní opatření

Příloha 1 Schválení etickou komisí



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 162364/FZV-2023

Vážená paní
Bc. Marcela Zatloukalová

2023-06-23

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem **„Prevence nežádoucí události – snížení rizika pádu ve vybraném zdravotnickém zařízení z pohledu nelékařského personálu“**, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Mgr. Renáta Váverková
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 832 880
www.fzv.upol.cz

Příloha 2 Dotazník k DP

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Marcela Zatloukalová a jsem studentkou 1. ročníku kombinované formy, studijního programu Organizace a řízení ve zdravotnictví na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na vás s žádostí o vyplnění dotazníku na téma „Prevence nežádoucích událostí – snížení rizika pádu ve vybraném zdravotnickém zařízení z pohledu nelékařského personálu“. Získaná data budou sloužit pouze pro účely diplomové práce. Dotazníkové šetření je anonymní a jeho vyplnění vám zabere maximálně 10 minut.

U otázek 1 až 14 a 18 až 21 označte prosím 1 odpověď, u otázek 15,16,17 můžete označit více odpovědí.

Předem děkuji za spolupráci.

1. Označte prosím své pohlaví:

- žena
- muž

2. Označte věkovou kategorii:

- 18–29 let
- 30- 49let
- 50–59 let
- 60 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- středoškolské vzdělání
- středoškolské vzdělání s maturitou
- pomaturitní specializační studium
- diplomovaný specialista
- vysokoškolské vzdělání – titul Bc.
- vysokoškolské vzdělání – titul Mgr.

4. Zvolte z nabídky Vaše pracovní zařazení:

- ošetřovatelka, sanitář/ka
- zdravotnický asistent
- všeobecná sestra
- porodní asistentka

5. Jaká je délka Vaší odborné praxe?

- méně než 2 roky
- od 2 – do 5 let
- od 5 –do 10 let

- od 10 – do 15 let
- od 15 – do 25 let
- více než 25 let

6. Vyberte oddělení, na kterém pracujete:

- PORGYN
- TRAUMATOLOGIE
- ORTOPEDIE

7. Jak často dochází k pádům pacientů na Vašem oddělení?

- méně než jednou za měsíc
- 1–3krát za měsíc
- 4 a vícekrát za měsíc

8. U které věkové kategorie nejčastěji dochází k pádům pacientů na Vašem oddělení?

- 18–30 let
- 30–45 let
- 45–60 let
- 60–75 let
- 75–90 let
- nad 90 let

9. Která část těla pacienta bývá zraněna při pádu na Vašem oddělení nejčastěji?

- hlava
- horní končetiny
- trup
- dolní končetiny
- jiné ...

10. K jakému zranění nejčastěji dochází při pádu pacienta na vašem oddělení?

- žádné
- lehké (hematom, povrchové odřeniny, blíže nespecifikované bolesti končetin)
- těžké (zlomenina, komoče a kontuze mozku, bezvědomí, tržná rána)
- smrt

11. Co považujete za nejčastější důvod pádu pacienta?

- vnitřní příčiny (např. porucha zraku, chůze, změny v medikaci ...)
- vnější příčiny (např. kluzká podlaha, nevhodná obuv ...)
- důvody selhání edukace pacienta (např. nerespektování pokynů ...)

12. Co považujete za nejčastější důvod pádu pacienta z „vnitřních příčin“?

- poruchy zraku a sluchu
- poruchy chůze
- změny duševního stavu
- změny v medikaci
- ortostatický kolaps
- jiné.....

13. Co považujete za nejčastější důvod pádu pacienta z „vnějších příčin“?

- kluzká podlaha
- nevhodně umístěný nábytek
- špatné osvětlení
- nevhodná obuv
- jiné.....

14. Jaké jsou nejčastější důvody selhání edukace pacienta?

- nedodržení klidového režimu pacienta
- nerespektování pokynů ošetřujícího personálu
- nevhodné použití kompenzačních pomůcek

15. Jaké intervence směřující ke snížení rizika pádu provádíte? Můžete zvolit více odpovědí.

- označení rizikového pacienta
- stanovení ošetřovatelské diagnózy „Riziko pádu“
- umístění pacienta v blízkosti sesterny
- poučení pacienta, seznámení pacienta s novým prostředím
- úprava prostředí, odstranění překážek v okolí pacienta
- kontrola aretace lůžka, nočního stolku, signalizační zařízení v dosahu pacienta
- noční osvětlení pokoje
- jiné, jaké

16. Jaký způsob identifikace rizikového pacienta (riziko pádu) používáte?

- označení lůžka
- označení dokumentace
- identifikační náramek pro pacienta
- jiné, jaké

17. Uved'te bariéry, které Vám zvyšují riziko pádu u pacientů na Vašem oddělení?

- mnoho pacientů na oddělení
- nedostatek času na pacienta
- nedostatek personálu
- nedostatek pomůcek
- nestabilní nábytek
- špatné organizační uspořádání oddělení
- nedostatečné znalosti v problematice prevence pádu

18. Máte na vašem oddělení dostatek pomůcek usnadňujících manipulaci s pacienty s omezenou hybností?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

19. Spolupracujete při edukaci pacienta i s jeho rodinnými příslušníky?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nevím

20. Používáte edukační materiály a informační tabule k prevenci pádů pacientů na Vašem oddělení?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nevím

21. Jaký je váš pohled na zajišťování prevence pádu?

- jedná se o problematiku, které by mělo být věnováno více prostředků (lidských i materiálních)
- problematice není třeba věnovat více pozornosti
- prevence pádů nehraje zásadní roli v omezení jejich četnosti



Fakulta
zdravotnických věd

Genius Io

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Prevence nežádoucí události – snížení rizika pádu ve vybraném zdravotnickém zařízení z pohledu nelékařského personálu.

Období realizace: červen až září 2023

Řešitel projektu: Bc. Marcela Zatloukalová

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit nejčastější příčiny pádu u pacientů na daných odděleních vybraného zdravotnického zařízení, zmapovat úroveň poskytované edukace ze strany nelékařského personálu a navrhnout preventivní opatření ke snížení rizika nežádoucí události - rizika pádu.

Sběr dat pro potřeby výzkumu je realizován formou anonymního dotazníku, kdy jeho odhadovaná časová náročnost je maximálně 10 minut.

Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika. Pokud se rozhodnete odstoupit z účasti na výzkumu, můžete tak učinit kdykoliv.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Příloha 4 Zjištění rizika pádu (jestliže je skóre 3 nebo více, postupujte dle SOP *Prevence pádu*) [Zdroj: vybrané zdravotnické zařízení]

Aktivita		Datum	Datum
Pohyb	neomezený	0	0
	používá pomůcky	1	1
	potřebuje pomoc k pohybu	1	1
	neschopen přesunu	1	1
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0	0
	v anamnéze nykturie/inkontinence	1	1
	vyžaduje pomoc	1	1
Medikace	neužívá rizikové léky	0	0
	užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1	1
Smyslové poruchy	žádné	0	0
	vizuální, sluchové, smyslový deficit	1	1
Mentální status	orientován	0	0
	občasná noční dezorientace	1	1
	historie dezorientace/demence	1	1
Věk	18-65	0	0
	65 a výše	1	1
Pád v anamnéze	ano	1	1
	ne	0	0
Celkové skóre			
Jmenovka a podpis			

Příloha 5 Standartní ošetrovatelský postup – prevence pádu pacienta [Zdroj: vybrané zdravotnické zařízení]

1. CÍL: Včasná identifikace pacienta v riziku pádu, dostatečná informovanost pacienta, omezení rizikových faktorů, minimalizace následků pádu, zajištění odpovídajícího vyšetření a ošetření pacienta v případě vzniku pádu.

Kompetentní pracovník: NLZP dle stanovených kompetencí v Pracovní náplni.

Pomůcky: Identifikační náramek pacienta v riziku pádu (červené barvy), pomocná zařízení lůžka (hrazdička, postranice), protiskluzové podložky, madla, lokomoční pomůcky (berle, hole atd.), stabilní židle, sedačky, lehátka do sprchy, opěrná madla na rizikových místech (chodby, sociální zařízení, aj.), dostatečné osvětlení (denní a noční), neklouzavá stabilní obuv pacienta, funkční signalizační zařízení na dosah ruky pacienta, edukační materiály, informační tabulky.

2. STRUKTURA

S1 Znalost rizikových faktorů vzniku pádu u pacienta

S2 Znalost opatření vedoucích ke snížení rizika pádu pacienta

S3 Edukace pacienta, event. jeho příbuzných

S4 Znalost opatření v případě vzniku pádu

S5 Dokumentace pacienta

3. PROCES

P1 Pokud při příjmu pacienta zjistíte riziko pádu (hodnotící škála „Zjištění rizika pádu“ jako součást Posouzení stavu pacienta při příjmu) připevněte mu identifikační náramek červené barvy.

P2 Seznamte pacienta s uspořádáním oddělení, pokoje, hygienickým zázemím, případně s rizikovými místy oddělení (např. schodiště aj.).

P3 Uložte pacienta co nejbližší pracovny sester.

P4 Upozorněte pacienta, že mu hrozí pád, edukujte ho, jak pádu předcházet, edukaci zaznamenejte do dokumentace, event. předejte edukační materiál.

P5 Doporučte vhodnou obuv – pohodlnou a pevnou, s neklouzavou podrážkou.

P6 Dle potřeby použijte pomocná zařízení lůžka (např. jídelní stůl, noční stůl), umístěte je tak, aby nebránily v pohybu pacienta a zajistěte pojízdná kolečka brzdou.

P7 Při odchodu z bezpečnostních důvodů lůžko pacienta zajistěte postranicemi a je-li to možné, lůžko snižte na nejnižší úroveň.

P8 Odstraňte pacientovi z cesty možné překážky na pokoji, na WC i na chodbě.

P9 Informujte pacienta o signalizačním zařízení a způsobu jeho použití, na signalizaci od pacienta reagujte bez prodlevy.

P10 Zajistěte noční osvětlení.

P11 Označte pacienta v riziku pádu na orientační tabuli červeným štítkem, magnetem, aj., event. označte lůžko.

P12 O riziku pádu pacienta a jeho předcházení informujte jeho blízké a zdravotnický personál.

P13 Při odesílání pacienta na vyšetření mimo oddělení zajistěte, aby doprovod předal personálu informaci o riziku pádu, k zajištění bezpečného transportu zvolte vhodné prostředky (sedačka, lehátko se zajišťovacími popruhy), při překladau na vyšetřovací lehátko nebo operační stůl dodržujte zvýšené opatrnosti.

P14 Při pádu (pokud jste přítomni) se pokuste zmírnit pád nebo zajistěte měkký dopad.

P15 Nepokoušejte se pacienta zvedat a držet vzhůru, nechte jej sesunout k podlaze, přidržujte hlavu a trup a přivolejte pomoc

P16 Posudte stav vědomí, schopnost pacienta reagovat na oslovení a zkontrolujte základní životní funkce.

P17 Po pádu zjistěte rozsah možného poranění pacienta, zabraňte dalšímu zranění a přivolejte lékaře.

P18 Zajistěte první ošetření pacienta spolu s lékařem a dle ordinace lékaře proveďte další potřebná vyšetření, ošetření.

P19 Pokud pacient nebyl primárně identifikován jako rizikový, po pádu ho identifikujte jako pacienta v riziku pádu. Doprovod a osoby blízké dle potřeby informujte o provedených nápravných opatřeních.

P20 Sledujte stav pacienta, fyziologické funkce dle ordinace lékaře.

P21 Zjistěte příčiny pádu a proveďte opatření zabráňující opakování pádu u pacienta.

P22 Při nutnosti omezení / fixaci pacienta postupujte dle příslušných platných norem PZS.

P23 Zaznamenejte pád do dokumentace, elektronicky vyplňte Protokol o pádu pacienta ,1x vytiskněte a po doplnění všech údajů lékařem a staniční sestrou založte do dokumentace pacienta.

P24 Při změně zdravotního stavu (např. úroveň vědomí, únavy), mobility (sledování nestability chůze, rovnováhy), spektra užívaných léků, po překladau pacienta, nebo pokud dojde v průběhu hospitalizace k pádu, proveďte přehodnocení rizika pádu u pacienta.

P25 Při propuštění pacienta do domácího ošetření, edukujte pacienta a jeho blízké o vhodném vybavení a vytvoření „bezpečného“ domova, event. předejte edukační materiál.

P26 Při propuštění nebo překladi pacienta uveďte v ošetřovatelské zprávě zařazení pacienta v riziku pádu, zda k pádu došlo a s jakými následky a doporučte preventivní opatření.

4. VÝSLEDEK

V1 Pacient, event. jeho blízcí a personál, je edukován

V2 Pacient je označen správným identifikačním náramkem

V3 Dokumentace je kompletní

Příloha 6 Edukační list [Zdroj: vybrané zdravotnické zařízení]

Oddělení:

Identifikační štítek pacienta:

Edukační záznam

Téma edukace/informace				
1 výživa	5 poučení o medikaci	9 aplikace inzulínu	13 pooperační pohybový režim	17 provoz oddělení
2 sebepéče	6 péče o invazivní vstupy	10 předoperační příprava, příprava k výkonu	14 prevence TEN	
3 dialýza	7 péče o stomii	11 prevence pádu	15 pitný režim	
4 používání pomůcek	8 péče o chronickou ránu	12 bolest	16 jak přivolat zdrav. pracovníka	

Datum	Téma edukace	Kdo edukoval

Příloha 7 Protokol o pádu pacienta [Zdroj: vybrané zdravotnické zařízení]

Adresa pracoviště:

Oddělení:

Číslo protokolu:

Protokol o pádu pacienta

Příjmení a jméno:		R.Č.	ZP:
Číslo chorobopisu:		Ambulantní ošetření:	
Dg:	Vedl. Dg:	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:
Stav lůžka:
Pacient v riziku pádu:
Předchozí pády:

Zhodnocení pacienta po pádu







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

Příloha 8 Bezpečnostní opatření [Zdroj: Metodika Nežádoucí událost PÁD, verze 01/2023, s. 29]

1.	Bezpečná obuv.	
2.	Pohyb v osvětleném prostoru.	
3.	Použití kompenzačních pomůcek (kompenzace smyslových omezení i omezení mobility).	
4.	Vyhýbání se mokré podlaze, vlhkým povrchům.	
5.	Spolupráce s personálem akceptace doporučení.	
6.	Využívání pomůcek k zajištění bezpečí (madla v koupelně a na WC).	
7.	Využívání signalizace (zvonku) v odůvodněných případech a VŽDY při zákazu opouštět lůžko.	