

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Eliška Rokytová

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy

Problematika prevence pádu u seniorů ve zdravotnickém zařízení

Olomouc 2017

vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 21. 6. 2017

Podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PaedDr. et Mgr. Marie Chráskové, Ph.D. za vstřícné, odborné a motivující vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za věnovaný čas a ochotu spolupracovat.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1. CÍLE PRÁCE	7
1.1 Hlavní cíl práce	7
2. TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 Stárnutí.....	8
2.2 Změny spojené se stářím.....	9
2.2.1 Tělesné změny	9
2.2.2 Psychické změny	9
2.3 Geriatrické syndromy	10
2.4 Geriatrická křehkost.....	11
2.5 Problematika pádů	12
2.5.1 Klasifikace pádů	13
2.5.2 Faktory zvyšující riziko pádu	13
2.5.3 Následky pádů	14
2.5.4 Prevence pádu a zranění u pacienta/ klienta.....	16
2.5.5 Rizikové faktory pádů a možnosti jejich ovlivnění.....	16
2.5.6 Bezpečné prostředí	17
2.5.7 Ochranné pomůcky.....	18
2.5.8 Ošetrovatelský postup dle České asociace sester pro prevenci pádu	19
2.5.9 Pády u hospitalizovaných pacientů/klientů, jako jeden z indikátorů kvality péče	21
2.5.10 Péče o pacienta s rizikem pádu ve VNOL.....	22
2.5.11 Legislativní rámec problematiky pádů v ošetrovatelské péči	23
2.6 Způsoby vyhodnocení rizika pádu u klientů/pacientů	23
2.6.1 Stupnice pádu MORSE – česká verze (MFS-CZ).....	23
2.6.2 Hodnocení stavu pacienta.....	25
2.6.3 Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta.....	26
2.6.4 Screeningový test mobility.....	27
3. METODIKA PRÁCE	28
3.1 Formulace výzkumných otázek, předpokladů a hypotéz.....	28
3.1.1 Výzkumné otázky	28
3.1.2 Výzkumné předpoklady	28
3.1.3 Výzkumné hypotézy	28
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	29
3.3 Metody práce	29

3.4 Organizace šetření.....	30
3.5 Získávání a zpracování dat	30
4. VÝSLEDKY A DISKUSE	32
4.1 Výzkumná část A.....	32
4.2 Výzkumná část B	51
4.3 Statistické ověření platnosti hypotéz	67
4.4 Diskuse.....	74
ZÁVĚR	78
SOUHRN	79
SUMMARY	80
REFERENČNÍ SEZNAM.....	81
SEZNAM ZKRATEK	86
SEZNAM TABULEK.....	87
SEZNAM GRAFŮ	89
SEZNAM PŘÍLOH.....	90
ANOTACE	

ÚVOD

Pády ve zdravotnickém zařízení patří k nejčastějším mimořádným událostem, ke kterým dochází. Pády patří k jedněm z indikátorů kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Lze dle pádů klasifikovat kvalitu zdravotnického zařízení? Dá se pádům vždy zabránit? Pacienti často nedbají na prevenci, i když několikrát během svého života upadnou, málokdo z nich pak svou domácnost zabezpečí proti dalšímu pádu. Jsou zvyklí na své prostředí a neradi něco mění.

Zdravotnický personál zase udává málo času na věnování se plné péče pacientovi kvůli administrativní činnosti. A na zneužívání nouzové signalizace. Pacienti také často nedodržují léčebný režim, druhý pohled zase je, zda jsou o svém zdravotním stavu řádně informováni a zda se o svůj stav zajímají.

Jsou to dva různé pohledy na jednu věc, a to na problematiku pádů ve zdravotnickém zařízení. Prací chceme vytyčit kritické body a optimální směr k prevenci pádů u seniorů.

K pádům dochází z různých příčin. Dalo by se říct, že k pádu dojde přirozeně u každého z nás. Pak jde o to, kdy k pádu došlo, co k němu vedlo a jak můžeme předejít dalším pádům a jejich komplikacím.

Když pacient přijde do cizího prostředí, je přirozené, že se ihned v prostoru neorientuje. Je potřeba ho v novém prostředí vstřícnou formou přivítat a prostor mu představit. To, co nám již připadne běžné, se nově příchozímu člověku jeví jako zcela cizí.

I když každého pacienta poučuji o prevenci pádu, stejně pak při vyplňování dotazníků pacienti uvádí, že je nikdo nepoučil. Při přijímání pacientů dochází u pacienta ke stresové situaci, jako je nemoc, změna prostředí z důvodu hospitalizace a cizí lidé – spolupacienti a personál. A nemůžeme předpokládat, že si pacienti zapamatují všechny nové informace. Proto je nutné klíčové informace opakovat, jak pacientovi samotnému, tak i rodině a blízkým lidem.

1. CÍLE PRÁCE

1.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem práce je zmapování problematiky pádu seniorů a zjištění jejich názorů v dané oblasti. Vzhledem ke stále zvyšujícímu se riziku vzniku pádu z důvodu demografického stárnutí populace, zaměřujeme se i na personál ve zdravotnickém zařízení a využívané možnosti edukace, prevence a řešení této problematiky.

Dílčí úkoly

1. Definovat rizikové faktory a příčiny pádů u rizikových pacientů ve zdravotnickém zařízení.
2. Zhodnotit závažnost pádů u seniorů, kde je již pád uveden v anamnéze.
3. Určit preventivní opatření, které nejvíce využívají pacienti/klienti se sklonem k pádu.
4. Zjistit, jak zdravotníci zjišťují riziko pádu u pacientů.
5. Určit které preventivní opatření nejčastěji využívají zdravotníci u pacientů se sklonem k pádu.
6. Zmapovat, jak zdravotníci hlásí mimořádné události.

2. TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Stárnutí

Poznatky o stárnutí, stáří, o problematice starých lidí a životě ve stáří se zabývá věda, nazývána gerontologie. Toto slovo pochází z řeckého gerón což znamená starý a logos označující nauku (Kalvach a kol., 2004).

Stárnutí je proces postupné změny v bio-psycho-sociálních strukturách člověka. „*Probíhá kontinuálně již od početí, ale za skutečný projev stárnutí je považován až pokles funkcí v době dosažení sexuální dospělosti.*“ (Kalvach, a kol., 2004, s. 67).

Z důvodu lepšího zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucí generace, dochází k posunutí hranice stáří na 65 let. Proto můžeme použít věkové rozdělení, které v šedesátých letech navrhla B. L. Neugartenová, která rozdělila seniory (Kalvach, a kol., 2004) na:

- mladé seniory (65 – 74 let);
- staré seniory (75 – 84 let);
- velmi staré seniory (nad 85 let).

Můžeme tedy říct, že stárnutí je velmi individuální (Kalvach a kol., 2004) a obvykle ho dělíme na:

- Kalendářní – vymezeno pouze věkem. Za jeho počátek se považuje 65 let.
- Biologické – je obtížněji vymezitelné. Měří se zde míra involučních změn, což jsou různé příznaky stárnutí, které zmiňujeme níže.
- Sociální – začíná vznikem nároku na starobní důchod nebo počátkem samotného penzionování. Zároveň s jeho nástupem se mění člověku jeho sociální role, potřeby, status a ekonomické zajištění.

2.2 Změny spojené se stářím

Stáří je poslední fází ontogeneze, ve kterém dochází k mnoha involučním změnám, jako jsou: zhoršení zdatnosti, odolnosti a adaptability, ale i orgánové, smyslové a psychické změny (Kalvach, a kol., 2004). To často přispívá k pádům u seniorů, proto se v krátkosti zmíníme o těch involučních změnách, které často mohou zapříčinit pád seniora.

2.2.1 Tělesné změny

Můžeme také označit jako fenotyp stáří, protože se tak staří lidé odlišují od mladých. Tělesné změny jsou individuální jako stáří samotné. Významně se projevují i fylogenetické vlivy, což znamená, že dlouhodobě nové generace stárnou v lepší tělesné kondici a v lepším zdravotním stavu než generace starší. Jde především o tyto projevy stáří (Kalvach, a kol., 2004):

- S věkem se snižuje tělesná výška a to tak, že dochází ke snižování výšky meziobratlových plotének v oblasti trupu.
- Tělesná hmotnost a body mass index s věkem stoupají až do 7. – 8. decenia, pak dochází k poklesu. Ubývá aktivní tělesná hmota a přibývá tuk a vazivo.
- Dochází ke změnám postoje a chůze, krok se zkracuje a chůze zpomaluje.
- Úbytek svalové hmoty s poklesem svalové síly.
- Změny vnitřního prostředí – úbytek celkové tělesné vody.

2.2.2 Psychické změny

Psychické změny jsou stejně pestré jako změny tělesné, ale pro účelnost této práce uvedeme pouze ty, které mohou nějakým způsobem ovlivnit pád (Křivohlavý, 2002):

- Smyslové vnímání – u zraku dochází ke změnám akomodace a ke změnám ve vnímání barev, úbytek zrakové ostrosti. U sluchu dochází k nedoslýchavosti. Dále dochází i k poruchám hmatu.
- Spánek – častější probouzení během noci, noční bdění a obtíže se zaspáváním, převrácení rytmu bdění a spánku.
- Kognitivní funkce – snížení paměti pro nové podněty, snížená adaptabilita.
- Změny v životní orientaci jsou dány schopností daného člověka kompenzovat snižující se výkonnost a způsob zvládání těžkostí spojených se stářím.

2.3 Geriatrické syndromy

Jsou příznaky vyvolané involučními změnami, chorobami, a jiných vlivů, které se navzájem ovlivňují a umocňují. Pro příklad opět uvádíme ty, které často zapříčiní pád pacienta/klienta (Kalvach, Onderková, 2006):

- **Syndrom instability** – závratě a nestabilita různého původu, jako je hypotenze, neprokrvení mozku, poruchy srdečního rytmu, ochrnutí, svalová slabost, účinky léků.
- **Syndrom decondice a hypomobility** – omezení pohybové aktivity s posedáváním a poleháváním vede k atrofii svalů dolních končetin. Příčinou může být ztráta motivace, deprese, porucha výživy, nežádoucí účinky léků nebo bolest při pohybu. Pak musíme pacienta/klienta získat ke spolupráci a vzbudit v něm potřebu pohybu a sebedpěče.
- **Syndrom imobility** – pro neschopnost samostatného pohybu dochází k dlouhodobému či trvalému upoutání na lůžko. K projevům imobilizačního syndromu patří proleženiny (dekubity), hypoventilace a na ni pak navazující zahlenění a pneumonie (zápal plic), tromboembolická nemoc, kontraktury (trvalé zkrácení vazů), úbytek svalové hmoty (atrofie), dehydratace, zácpa (obstipace), retence (zadržování) ale i inkontinence (samovolný únik) moči.

Těmto zdravotním problémům, ale i dalším významným komplikacím můžeme předejít častým a pravidelným cvičením (posazování v lůžku, postavování u lůžka i do chodítka, dostatečný příjem tekutin, zprostředkování pobytu pacienta i mimo pokoj a oddělení (např. na terasách, zahradě apod.) a celková pozitivní aktivizace.

- **Syndrom anorexie a malnutrice** – v souvislosti se základním onemocněním, s chudobou (kdy si senioři nekoupí dostatek kvalitních potravin), neschopnosti pohybu, syndromem demence nebo při zanedbávání sebe sama či zanedbáváním ze strany pečujících osob. Nechuť k jídlu mohou způsobovat i účinky léků, deprese či nevhodná úprava stravy (to je taková, kterou nemůžou senioři dobře pokousat a polknout). V takových případech je nutné sledovat příjem vhodné stravy, zajistit nutriční podporu ve formě sippingů anebo enterální výživou sondami jako je nazogastrická sonda a perkutánní endoskopická gastrostomie (dále jen NGS, PEG). Stravu můžeme nahradit i parenterální výživou (výživa podávána intravenózně tedy do žilního systému).
- **Syndrom psychické alterace** – jde o formu kognitivního deficitu až syndrom demence s poruchou chování a orientace či stavu zmatenosti. Mohou vznikat nasazením nebo

naopak vysazením některých léků a návykových látek. Také tyto stavy nastávají při horečkách nebo poruchou vnitřního prostředí.

- **Syndrom inkontinence** – nekontrolovatelný odchod moči i stolice. V případě stresové inkontinence moči hlavně u žen může docházet k různým nepředvídatelným únikům moči, které ženy pociťují jako velmi nepříjemné. Ve spěchu pak na WC může dojít k pádu a s tím spojeným komplikacím.
- **Syndrom smyslového a komunikačního deficitu** – porucha zraku a sluchu velmi omezuje kontakt s okolím. U takových osob dochází k deprivaci a sociální izolaci. Za svůj handicap se stydí, omezuje je a brání jim často v kontaktu s okolím. Potřebují aktivní účast okolí a zapojení do činnosti.
- **Syndrom maladaptace** – jde hlavně o špatnou adaptaci na životní události, mezi které patří například ztráta životního partnera a odchod do ústavní péče. Projevy maladaptace jsou někdy mylně považovány za projevy demence. Mezi tyto projevy patří: apatie, bezcílné chování, nadměra spánku...

Ve stáří dochází k poklesu zdatnosti, to znamená, že dochází k poklesu síly svalů, nestabilní chůzi až neschopnosti pohybu, což pak napomáhá vzniku různým nemocím a jejich komplikacím. Tím, že u člověka vznikne riziko pádu, pak vzniká i riziko poranění a s tím spojené obtíže jako je nemožnost vstát, dehydratace, prochladnutí, úzkost, strach, deprese.

2.4 Geriatrická křehkost

S výše zmíněnými změnami ve stáří a geriatrickými syndromy souvisí také pojem geriatrická křehkost (fragilita). Tu můžeme popsat jako chátrání zdraví a funkčního stavu starého člověka bez přesné vazby na nemoc. Jde tedy o stav, ve kterém dochází ke snížení fyziologických rezerv se kterým se pojí sklon k invalidizaci. Takové stavy se vyskytují především u žen. Jde o velmi nízkou míru potenciálu zdraví, která má složku nejen tělesnou, ale také psychickou, sociální a existenciální (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Stanovení křehkosti u člověka vychází z testů, hodnotících vzájemnou vazbu mezi jedincem a okolním prostředím. Hodnoty, které se při takovém testu měří, jsou: pohyblivost a síla, vytrvalost, poznávací schopnosti, rovnováha, koordinace a stav výživy. Hlavními znaky křehkosti jsou zmatenost a námi už mnohokrát zmiňované pády (Schuler, Oster, 2010).

Pod pojmem křehkost ve stáří si určitě každý z nás představí řadu různých věcí. Pojem si můžeme přesněji upřesnit tak, že takovému starému člověku hrozí nějaké riziko, které by u něj způsobilo jakoukoli ztrátu funkce a mohlo by mít pro něj fatální důsledky. Proto by tito lidé měli dbát zvýšeně na prevenci. Preventivní péči vůči těmto seniorům by měli vykonávat i lidé, kteří o ně pečují.

Typický a často vídaný příklad geriatrické křehkosti jsou pacienti/klienti, kteří v důsledku nemoci či úrazu musí dodržovat inaktivitu. Během takové inaktivity jejich svaly ochabují, pacienti ztrácí nejen svoji nezávislost, schopnost sebezpečí, ale i často uvádí, že ztrácí důstojnost, nejsou schopni pohybu mimo lůžko ani běžných všedních aktivit.

2.5 Problematika pádů

Pády jsou hlavní příčinou úrazů u pacientů ve zdravotnických zařízeních a dochází k nim kvůli mnoha rizikovým faktorům. Nejvíce se tato problematika týká seniorů (Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, 2007).

Pád u seniora ve 20–30 % znamená vážné zranění. Jeho následky pak snižují jeho mobilitu a soběstačnost a zvyšuje riziko předčasného úmrtí. Závažnější úrazy jsou spojeny s vyšší úmrtností než obdobná poranění v mladším věku. Horší zdravotní a funkční stav seniorů ve zdravotnických zařízeních je příčinou častějšího výskytu pádů v ústavní péči (Benešová a kol., 2003).

Obecná definice pádů neexistuje. Je velmi důležité takovou definici si při péči o pacienty stanovit, aby se přesně zaznamenávala získaná data (Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, 2007). Za stěžejní při tom považujeme:

- Pacient neplánovaně, nechtěně klesne k podlaze se svědkem, nebo takovou událost oznámí beze svědků.
- Mimořádná událost (pád) vyústující v nezamyšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu (Svobodová, 2008).
- Změna tělesné polohy, která končí kontaktem těla se zemí (Topinková, 2005).

Když už k pádu došlo, musíme dbát na preventivní opatření proti dalším pádům, snížit nebezpečí poranění na minimum a také zamezit inaktivizaci neboli upoutání na lůžko pacienta/klienta. Starý člověk se bojí, že znovu upadne, když už k tomu dojde, musíme ho v situaci podpořit, poučit ho o rizikových faktorech a možné prevenci, ne ho upoutat na lůžko a sebrat mu naději na další pohybové aktivity.

Každý pád by měl být pečlivě dokumentován. Pokud jde o pád v nemocničním zařízení, musí se hlásit nějakou formou úrazu nebo nežádoucí události. Důležité je zjistit, zda došlo k bezvědomí a proč. Pokud nedošlo ke ztrátě vědomí, zjišťujeme příčinu pádu. V akutní fázi po pádu zjišťujeme poranění (nejčastěji dochází k modřinám, ale i frakturám). Zajistíme jejich ošetření a další léčbu. Nutné je také provést vyšetření zranění, která nejsou povrchová, jako jsou mozková krvácení, poškození orgánů a zlomeniny. Dle stavu a potřeby klienta/pacienta je také nutné myslet na tišení bolesti. Když již máme pacienta/klienta zabezpečeného, pátráme po faktorech, které vyvolaly pád. Mohou to být například špatná rovnováha, zhoršený zrak, zmatenost a neklid, účinek léků, hypotenze (nízký tlak krve), dehydratace, strach a nejistota.

2.5.1 Klasifikace pádů

Klasifikace pádu umožňuje přesně určit jejich příčinu. Janice Morse rozděluje pády na (Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, 2007, s. 23):

- **Náhodné pády** – neúmyslné upadnutí, uklouznutí, zakopnutí pacienta v důsledku selhání pomůcek nebo kvůli nebezpečným faktorům prostředí.
- **Nepředvídatelné fyziologické pády** – pád je způsoben fyzickým stavem, který nemohl být předán (mdloba či epileptický záchvat), protože příčina není součástí rizikového faktoru pádu pacienta.
- **Předvídatelný pád** – u pacientů s pozitivním testem pro riziko pádu. Takoví pacienti se dle stupnice Morsové dají charakterizovat: pád v anamnéze, zhoršení chůze, užívání pomůcek k chůzi, kanylace žíly, porucha duševních funkcí.

2.5.2 Faktory zvyšující riziko pádu

Se zvyšujícím se věkem dochází k fyziologickému stárnutí a s tím souvisí i změny na orgánech. Tyto změny pak mohou zapříčinit vzniku pádu.

2.5.2.1 **Vnitřní rizikové faktory** často souvisí s věkem pacienta, jak uvádí **Janice Morse (Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, 2007, s. 23):**

- Předchozí pád v anamnéze pacienta/klienta. Riziko se zvyšuje, když k pádu došlo během uplynulého roku a jejich četnost se zvyšuje.
- Porucha zraku ale i sluchu jsou u křehkých osob ukazatelem ohrožení a mohou vést k různým komplikacím.

- Mezi poruchy pohybového a neuromotorického systému můžeme zařadit svalovou slabost, poruchy chůze, Parkinsonova choroba, artróza, osteoporóza.
- Duševní stav a psychiatrická onemocnění jako je demence a deprese, poruchy chování, poruchy adaptace.
- Akutní onemocnění a chronická onemocnění. Mezi nejčastější onemocnění zapříčínující pád jsou kardiovaskulární nemoci. Sem patří synkopa, ortostatická hypotenze.

Vnější rizikové faktory, které mají vztah k prostředí, se na pádech Janice Morse (Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, 2007, s. 24), podílejí takto:

- Léky, a to hlavně psychofarmaka, hypnotika, SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), antipsychotika, myorelaxancia, hypotenziva, opioidy, ale i alkohol a jiné návykové látky.
- Koupelna a WC jsou často nedostatečně vybaveny madly, protiskluzovými podložkami a zvýšenými sedátky.
- Nábytek by měl být stabilní, ostré hrany zabezpečit chrániči.
- Kvalita povrchu podlahy. Podlaha by měla být z neklouzavého materiálu. Koberce by v domácnosti nemuseli být vůbec, nebo je k podlaze napevno upevnit, aby se zamezilo zakopávání.
- Osvětlení – tím máme na mysli špatné, nedostačující osvětlení prostoru pro pohyb. Nejde jen o dobré osvětlení domácnosti ale i veřejných prostorů, jako jsou například chodníky.
- Obuv ale i oblečení. Obuv by měla být pevná, neklouzavá.
- Nesprávné používání pomocných zařízení, anebo vhodné pomůcky chybí úplně, či jsou, ale nepoužívají se.

2.5.3 Následky pádů

- Morbidita neboli nemocnost je u seniorů logicky vyšší než u mladších věkových skupin. Vyskytuje se u nich hlavně chronické a degenerativní nemoci, mají častější výskyt akutních chorob a dekompenzací (Topinková, 2010).

U geriatrických pacientů mluvíme už spíše o multimorbiditě, tedy více nemocí u jednoho pacienta/klienta, které na sebe navazují a ovlivňují se, a proto se k nim takto musí přistupovat při léčbě.

- Mortalita je nejobávanější komplikace pádu. Při takovém pádu dochází k fatálním zraněním. Takové zranění jsou pozdě ošetřena anebo si pacient/klient nedokáže přivolat pomoc a na následky pádu umírá.
- Finanční náklady spojené s nákladnou a protahovanou léčbou.

2.5.3.1 Důsledky pádů pro pacienta

- Zlomeniny
- Poranění hlavy
- Poranění měkkých tkání
- Strach z pádů
- Úzkost a deprese

2.5.3.2 Druhy pádů

Dle Evžena Růžičky (2002) zohledňující příčiny pádů jsou:

2.5.3.3 Pády zhroucením

Člověk ve stoje či při chůzi náhle ztratí svalový tonus a klesne k zemi. Příčiny mohou být cerebrální (např.: epilepsie) nebo extracerebrální (např.: ortostatická hypotenze). Vždy je nutno po příčinách pátrat (Kalvach a kol., 2004).

2.5.3.4 Pády skácením

Často u chorob narušujících rovnováhu. Pacient/klient padá jako „kláda“ bez obraných reflexů. Pro příklad uvádíme některé příčiny, jako jsou ischémie a hemoragie mezencefalu (Svobodová, 2008).

2.5.3.5 Pády zakopnutím

Následkem zakopnutí nohy o povrch podlahy nebo o překážku. Pád tak směřuje dopředu, s nataženými horními končetinami. Příčinou může být například poruchy chůze projevující se šoupáním nohou projevující se například u Parkinsonovy choroby (Kalvach a kol., 2004).

2.5.3.6 Pády zamrznutím

Noha pacienta/ klienta zůstane „přilepená“ k podložce, ale tělo pokračuje v pohybu v před, přitom nedojde k vykročení. Může také dojít k postupnému zrychlování kroků až

„cupitání“ při kterém se pacient po „zamrznutí“ naklání dopředu, pak dojde ke ztrátě těžiště a k pádu (Kalvach a kol., 2004).

2.5.3.7 Nediferencované pády

A někdy jsou pády tak pestré a mají atypický průběh, že je těžko lze zařadit do nějaké skupiny. Příčinou takových pádů může být: nepozornost, nepřizpůsobení chůze terénu/ překážkám v cestě (Svobodová, 2008).

2.5.4 Prevence pádu a zranění u pacienta/ klienta

U člověka s pozitivním rizikem pádu nemusí k pádu vůbec dojít. Prevence vychází z identifikace rizik a nejvíce pravděpodobných příčin. Preventivní péče je nedílnou součástí péče o starší osoby z důvodu zlepšení prognózy jejich stavu a předejití komplikacím jejich chorob (Tošnerová, 2008). I přes důsledná preventivní opatření, však k pádům ve zdravotnických zařízeních často dochází (Svobodová, 2013). Když k pádu dojde, a navíc při něm dojde ke zranění, přináší to s sebou zvýšení nákladů na léčbu, prodloužení hospitalizace, zdravotní následky po pádu a s tím spojené stížnosti ze strany pacienta/klienta i jeho blízkých (Svobodová, 2008).

Opatření předcházející pádům jsou přitom velmi jednoduchá (Kalvach, Hošková, 1999):

- Je nutné předcházet dehydrataci, a to nejlépe dostatečný příjem tekutin.
- Pro udržení fyzické zdatnosti je důležitá pravidelná fyzická aktivita, posilování svalstva dolních končetin a udržení pohyblivosti kloubů.
- Používání pevné, pohodlné a bezpečné obuvi. To znamená pevnou obuv, neklouzavou, u otevřené obuvi pásek přes patu.
- Bezbariérové úpravy bytů a veřejných prostor. Bez schodů a prahů.
- Protiskluzavá úprava podlah bez překážek. Reflexní označení nebezpečných překážek.
- Používání kompenzačních pomůcek, instalace madel u van, WC, schodů a jiných rizikových míst jako jsou zdi dlouhých chodeb.

2.5.5 Rizikové faktory pádů a možnosti jejich ovlivnění

Pro porovnání a kompletní doplnění prevence v následující kapitole uvádíme další preventivní opatření dle Topinkové (Topinková, 2010).

Ortostatická hypotenze – polohu měníme pomalu, u nepohyblivých pacientů mít pod hlavou zvednuto na 30 stupňů většinu dne. U pohyblivých pacientů doporučit nošení kompresních punčoch. Dostatek fyzické aktivity. Vysazení rizikové medikací.

Polypragmazie – pokusit se redukovat veškeré medikace jedním lékařem.

Psychofarmaka, hypnotika – poučit pacienta o nefarmakologickém postupu pro řešení nespavosti.

Poruchy chůze – nácvik chůze, posilování svalů a s tím spojené používání vhodných pomůcek a obuvi.

Svalová slabost, omezení rozsahu pohybu – pravidelné cvičení zaměřené na pohyb kloubů.

Poruchy rovnováhy – s vhodnými pomůckami nacvičovat rovnováhu a stabilitu.

Rizika bytu a vnějšího prostředí – dobré osvětlení, instalace madel, nástavce na WC, odstranění překážek, stabilní a neostrý nábytek.

2.5.6 Bezpečné prostředí

Každé zdravotnické zařízení se co nejvíce snaží zajistit bezpečné prostředí ať už pouhým **přístupem k lůžku ze tří stran, kontrastní barvou** na stěnách pokoje, **protiskluzovou podlahou** a dobrým **osvětlením**. Důležité je v dnešní moderní době mít i výškově **nastavitelné lůžko**. Nábytek by měl být vybaven kolečky s **brzdou**, rohy nábytku jsou **zakulaceny**. Nábytek by měl být masivní, aby se jednoduše nepřevrhl a neměl by být v trase kde se pacienti/klienti pohybují. Zdravotnická zařízení jsou také dobře vybavena **madly** na kritických místech, jako jsou sociální zařízení nebo chodby (Linet, 2016b).

Také se označují kontrastními barvami schody plus musí být řádně osvětleny. Na WC se kromě madel umisťují **zvýšená sedátka** a do koupelen **seďačky** (Klán, Topinková, 2003).

Tošnerová uvádí, že se v prostředí, kde se klient/pacient pohybuje, nachází **sedm kritických bodů: volnost cesty, stabilní nábytek, snadný přístup k věcem denní potřeby, vhodné osvětlení, podlahy v dobrém stavu, dobře udržované vybavení a péče o nohy včetně obuvi** podporující bezpečnou chůzi (Tošnerová, 2016).

Neklidnému a zmatenému pacientovi, který svým chováním ohrožuje svoji bezpečnost, musíme zajistit bezpečné prostředí. Dochází tak k **používání omezovacích prostředků**. Mezi

omezovací prostředky řadíme **postranice**. Jejich použití není vždy vhodné, hlavně u skupiny pacientů, kteří jsou dostatečně fyzicky zdatní, aby postranice přelézali, a tak vznikla další zranění.

Dalším omezovacím prostředkem jsou **kurty a síťová lůžka**. Při použití těchto prostředků musíme vést přesný záznam o jejich použití a vždy se používají až po indikaci lékaře.

Vhodným omezovacím prostředkem je navýšení **personální výbavy**, to bývá u specializovaných oddělení pro zlepšení zvýšeného dohledu.

V poslední řadě můžeme přistoupit k chemické omezovací taktice – podání psychofarmak ke zklidnění pacienta/klienta.

2.5.7 Ochranné pomůcky

Pro kompenzační pomůcky platí pravidlo, že musí být ušity na míru pacienta/klienta. Každý pacient se posuzuje individuálně, podle toho, co je pro ně to nejlepší a je nutno také zohlednit názor pacienta/klienta či jeho schopnosti a dovednosti pro používání pomůcek (Klán, Topinková, 2003).

Často používanou pomůckou při péči o pacienta/klienta ve zdravotnickém zařízení jsou **postranice lůžka**. Ty jsou standardně základní výbavou každého zdravotnického lůžka. Jejich hlavní funkcí je zabránění pádu pacienta/klienta. Problém nastává při ošetřování neklidných pacientů, kdy musíme respektovat jejich samostatnost, ale přitom péči nezanedbat. Pacient často ohrožuje sám sebe a v takových případech musíme správně volit pomůcky omezující pohyb. I když postranice patří k pomůckám zabraňujícím k pádu, mohou způsobit jiná poškození (modřiny, odřeniny i pád přes postranice). Vyzdvižením postranic u neklidných a zmatených pacientů rozhodně zcela nezabráníme ke vzniku pádu. Někdy je lepší se oboustranně postranice nenasazovat. Zvednutím jen jedné strany zlepšíme polohovatelnost pacienta a nebude se cítit jako v kleci. Je také důležité si s pacientem o použití postranic promluvit a vysvětlit mu jejich nutnost. Každý den musíme zhodnotit, zda jsou postranice nadále nutné.

Například v Německu k použití oboustranných zábran na delší dobu než 48 hodin bez souhlasu pacienta musí vyžadovat zařízení právní souhlas (Schuler, Oster, 2010).

Příklad pro prevenci zlomenin slouží **chrániče kyčlí** tím. Jsou schopny zachytit až 95 % energie úderu (Kalvach, 2004).

Další výbornou pomůckou jsou různé typy **nouzové signalizace** pro seniory. Zajišťuje pomoc v kritických situacích, jako jsou napadení násilníky, pokusy o vyloupení, ale i problémy týkající se zdravotního stavu nebo úrazy v domácnosti. Domácnost lze vybavit bezpečnostními prvky pro bezpečnost a ochranu, jako jsou hlásiče detektoru kouře a požární hlásiče, osobní alarmy pro odstrašení útočníka, pepřový sprej a různé systémy pro přivolání pomoci či tísňová tlačítka.

Tísňová tlačítka a systémy pro přivolání pomoci mají za úkol co nejrychleji přivolat pomoc. Fungují jako telefon s předvolenými čísly. Díky nouzové signalizaci zvýšíme seniorovi jeho bezpečnost, včasnou pomoc osobě, ale také může chránit jejich majetek.

Jako komunikační kanál pro zjištění stavu seniora si můžeme vytvořit **denní kontakt**, a to krátkou návštěvou, ale i telefonickým rozhovorem.

Pro stabilnější chůzi často senioři používají různé typy **chodítek**. Mezi další preventivní pomůcky denní potřeby můžeme zařadit **vycházkové hole**, které v zimní období můžeme vybavit o bodec pro lepší stabilitu při chůzi po kluzkém povrchu. Na obuv lze také v zimním období připevnit **protiskluzové návleky**, které se upevní na podrážku obuvi a její kovové hroty pak zajistí jistější pohyb. Dále lze pořídit **podavače**, které senioři využívají, aby se nemuseli předklánět například pro spadenou věc.

2.5.8 Ošetřovatelský postup dle České asociace sester pro prevenci pádu

2.5.8.1 Při přijetí pacienta/klienta (Svobodová, 2007):

- Seznámit pacienta/klienta s oddělením.
- Seznámit pacienta/klienta s nouzovou signalizací a zbavit z obav přivolání personálu.
- Seznámit pacienta/klienta s rizikovými místy (mokrý chodba, schodiště).
- Zhodnotit riziko vzniku pádu nejpozději do osmi hodin od přijetí.
- Stanovit preventivní opatření a zajistit jejich realizaci.
- Informovat pacienta/klienta o nutnosti prevence pádu a získat ho pro spolupráci.

2.5.8.2 V průběhu hospitalizace (Svobodová, 2007):

- Dle zvyklostí pracoviště označit rizikového pacienta/klienta, informovat ošetřovatelský tým a organizovat zvýšenou ošetřovatelskou péči.
- Realizovat preventivních opatření a to:
 - Snažit se u dezorientovaného pacienta/klienta o orientaci v okolí.

- Zajistit dosažitelnost signalizační zařízení.
- Upozornit na použití nočního osvětlení pro lepší orientaci pacienta/klienta.
- Odsunout pacientovi/klientovi z cesty překážky.
- Ukládat pacientovi/klientovi osobní věci a pomůcky tak, aby byly dosažitelné.
- Nabádat pacienta/klienta k používání kompenzačních pomůcek.
- Doporučit pacientovi/klientovi s ortostatickou hypotenzí pomalou změnu polohy při vstávání.
- Doprovázet pacienta/klienta na toaletu.
- Poučit pacienta/klienta o užívaných lécích a jejich nežádoucích účincích.
- V noci u rizikových pacientů/klientů zajistit zvýšený dohled.
- Při nutnosti použít omezující pomůcky k zabránění pádu.
- Během hospitalizace pravidelně hodnotit riziko vzniku pádu, a to vždy při zhoršení zdravotního stavu.

2.5.8.3 Při pádu pacienta (Svobodová, 2007):

- Pokud je nelékařský zdravotnický personál přítomen pádu, potom se musí pokusit zmírnit pád.
- Nepokoušet se pacienta/klienta zvedat, nechat ho sesunout k podlaze, přidršet hlavu a trup, aby se předešlo k úrazu.
- Volat pomoc.
- Kontrola fyziologických funkcí, posoudit vědomí.
- Zjistit možného poranění po pádu a informovat lékaře.
- Ošetření pacienta/klienta spolu s lékařem a splnit jeho ordinace.
- Přesně zaznamenat do dokumentace pacienta pád.
- Zjistit příčiny pádu a zabránit opakování pádu
- Nebyl-li pacient/klient primárně identifikován jako rizikový zařadit ho do sledování.
- Edukovat o preventivních opatřeních blízké osoby pacienta/klienta.

2.5.8.4 Při propuštění pacienta/klienta do domácího ošetření (Svobodová, 2007):

- Před propuštěním pacienta/klienta provést nácvik běžných denních činností.

- V případě potřeby provést edukaci blízkých osob o přípravě domácího prostředí a ověřit si, zda vědí o riziku pádu a zda je domov připraven. Popřípadě nabídnout písemné doporučení k úpravě domova.
- V propouštěcí nebo překladové ošetřovatelské zprávě musí být uvedeno, zda je u pacienta pozitivní riziko pádu, zda k pádu došlo a jaké měl následky.

2.5.9 Pády u hospitalizovaných pacientů/klientů, jako jeden z indikátorů kvality péče

Nemoc a hospitalizace ve zdravotnickém zařízení samotně nepříznivě působí na psychiku pacienta/klienta. Když k tomu navíc přidáme pád, působí to nepříznivě nejen na pacienta/klienta, ale i na jeho blízké okolí. Rodinní příslušníci tak často ztrácí důvěru ve zdravotnické zařízení a jeho služby (Svobodová, 2008).

Dle Svobodové (2013) je frekvence pádů u pacientů/klientů starších 65 let skoro 3x vyšší než u stejné věkové populace pobývajících mimo zdravotnické zařízení.

- Kvalita ošetřovatelské péče se hodnotí dle zvolených indikátorů kvality, které musí zařízení průběžně hodnotit. Tyto kvantitativní údaje pak informují o kvalitě služeb ve zdravotnickém zařízení. Sledováním těchto údajů by mělo vést k prevenci a redukci chyb, ne k sankcím. Příčiny mimořádných událostí ze strany zdravotnického zařízení mohou být (Svobodová, Jurásková, 2010):
- nefunkční řídicí systém;
- nedostatečné vzdělávání pracovníků;
- špatná ekonomická situace;
- neznalost pracovní náplně.

Ve Vojenské nemocnici Olomouc se každý zdravotnický pracovník musí dodržovat směrnice O nežádoucí události, která stanovuje, které události jsou nežádoucí a musí se evidovat. Cílem této směrnice je evidence, řešení, vyhodnocení nežádoucí události, ale i ochrana pacientů, zaměstnanců, majetku a zvýšení kvality péče.

Při nežádoucí události musí zaměstnanec vyplnit elektronický formulář v elektronické aplikaci. Ta informaci přepoše primáři a vrchní sestře oddělení, kde k události došlo.

Nahlášení o mimořádné události se provádí v nejkratším možném čase. Textový popis události obsahuje: identifikaci pacienty, charakter události, faktický popis, svědek, jméno informovaného lékaře, záznam o poskytnutí první pomoci, návrh opatření pro nápravu, závěr

šetření. Po prošetření události se textový dokument zakládá do chorobopisu pacienta/klienta. Sestra dále zaznamenává nežádoucí událost pádu do „Hlášení sester“.

Souhrnné hlášení o nežádoucí události pádu pacienta za Vojenskou nemocnici Olomouc zasílá pověřený pracovník přes webové stránky na Českou asociaci sester ke statistickému zpracování na www.padovastudie.com (Zrníková, 2015). Tím se Vojenská nemocnice Olomouc účastní projektu sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice.

Pacienti/klienti se v projektu dělí na dvě věkové skupiny do 65 let a nad 65 let. Také se bere v úvahu, na jakém oddělení k pádu došlo. Rozděluje je na obory: interna, chirurgie, pediatrie, následná péče. Dále je Svobodová (2013) dělí na zranění lehká (odřenyiny, hematomy, bolest) a těžké (fraktury, komoce, kontuze, bezvědomí, velké rány).

Dle tohoto projektu se indikátor kvality v letech 2011 a 2012 zlepšil, dle snížení počtu pádu o 11 % (Linnet Scholaris, 2013).

Elektronická aplikace na www.padovastudie.com umožňuje sledovat pády v mnoha různých aspektech (příčiny pádů, důsledky pro zdravotní stav pacienta, délku hospitalizace) a zároveň zjednodušuje celkovou agendu spojenou se sledováním pádů (Svobodová, 2013).

2.5.10 Péče o pacienta s rizikem pádu ve VNOL

Sestra při příjmu, překlada posoudí faktory možného pádu a to do 12 hodin od příjmu. Dále edukuje pacienta, pokud nelze toto učinit, musí provést záznam do ošetřovatelské dokumentace. Edukace se týká o důvodu a způsobu prevence pádu, o opatřeních snižující riziko pádu a je nutno edukovat i blízké osoby pacienta/klienta.

Prevence pádu je soubor činností, které mají v kompetenci celý ošetřovatelský tým. Rizikového pacienta označují červeným štítkem na zápěstí. V ošetřovatelské anamnéze se dotazují na kompenzační pomůcky, které pacient/klient používá. Seznámení pacienta s uspořádáním oddělení a s rizikovými místy, signalizační zařízení. Informovat pacienta o opatřeních předcházejících pádu, jako například vhodná obuv, odvoz na vyšetření apod. Na chodbách se při úklidu vyznačuje mokrá plocha kuželem s výstražným nápisem.

Pokud dojde k pádu pacienta na jiném oddělení, vyplní formulář personál oddělení, na kterém došlo k pádu.

Pokud dojde k pádu u osoby, která není hospitalizována, je nutno posoudit stav, kontrola fyziologických funkcí, ošetřit osobu. Přivolat lékaře, splnit jeho ordinace. Tuto událost zaznamenat do ambulantní karty a do nežádoucí události se napíše NÁVŠTĚVA. Nutno celou

situaci detailně i s časem zaznamenat, nesmí se opomenout uvést lékaře, který danou osobu ošetřil (Kuchtová, 2015).

2.5.11 Legislativní rámec problematiky pádů v ošetrovatelské péči

Pacient má právo požadovat odškodné, pokud prokazatelně došlo k postupu non lege artis.

Každý zaměstnanec zdravotnického zařízení předchází vzniku škod, lékař je zodpovědný za ordinaci rizikových léčiv, nelékařský zdravotnický personál zajišťuje aktivizaci, odstranění překážek, výživu a hydrataci a edukaci.

Ne vždy však jde zabránit pádu a zranění pacienta, některé pády jsou nepředvídatelné a neovlivnitelné (např.: snížená spolupráce pacienta pro demenci).

2.6 Způsoby vyhodnocení rizika pádu u klientů/pacientů

Při přijímání pacienta/klienta do zařízení nemocničního typu je nezbytné provést vyhodnocení rizika pádu u klienta/pacienta. I když se na první pohled nezdá taková evidence důležitá, opak je pravdou. Na této stupnici nejenom vyhodnotíme, jak vysoké je u pacienta riziko pádu, ale při přehodnocování rizika můžeme zaznamenat vývoj pacienta během určitého časového období. Hodnocení rizika pádu je třeba opakovat u pacienta při zhoršení zdravotního stavu, nebo když dojde k pádu. Riziko pádu je nutné přehodnotit po 7 dnech hospitalizace. Pro přiblížení uvádíme několik stupnic, jak vyhodnotit případné riziko pádu.

2.6.1 Stupnice pádu MORSE – česká verze (MFS-CZ)

Ve stupnici pádu MORSE je šest položek, podle kterých klademe otázky na pacienta/klienta a bodově hodnotíme jeho odpovědi. Na konci body sečteme a získáme celkové skóre určující, jak velké je riziko pádu.

Tabulka 1. Stupnice pádu MORSE

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	Ne Ano	0 25	
2.	Přidružená diagnóza	Ne Ano	0 15	
3.	Pomůcky k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítko nábytek		0 15 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	Ne Ano	0 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		0 10 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		0 15	
<p><u>Celkové skóre</u> 0 není riziko pádu < 25 nízké riziko 25-45 střední riziko > 45 vysoké riziko</p>				

Morse, J. M. Preventing Patient Falls. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company, 2008. Český překlad: PhDr. Renáta Zeleníková, PhD., a doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2014).

ZDROJ: *Stupnice pádu Morse - česká verze (MFS-CZ)* [on-line]. 2017 Dostupné na WWW: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/morse-cz.pdf>. [cit. 2017-06-05].

2.6.2 Hodnocení stavu pacienta

Dle tohoto testu se zjišťuje riziko pádu ve Vojenské nemocnici Olomouc. Test se provádí u každého pacienta/klienta po zjištění anamnestických dat.

Tabulka 2. Hodnocení stavu pacienta

Pohyb	neomezený	
	používá pomůcky	
	potřebuje pomoc k pohybu	
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	
	nykturie/ inkontinence	
	vyžaduje pomoc	
Medikace	neužívá rizikové léky	
	užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	
Anestezie	premedikace lokální, spinální, celková, blok dle ARO	
Smyslové poruchy	žádné	
	vizuální, sluchové, smyslový deficit	
Mentální status	orientován	
	občasná noční desorientace	
	dřívější desorientace/ demence	
Věk	18 - 65	
	65 a výše	
Pád v anamnéze		
Hodnocení rizika 0 – 3 bez rizika 4 – 7 střední riziko 8 a více – vysoký stupeň rizika		

ZDROJ: *Indikátory kvality* [on-line]. 2017 Dostupné na WWW: http://www.nnm.cz/2011/?id=kvalita_indikatory03. [cit. 2017-06-05].

2.6.3 Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta

Další hodnocení rizika pádu je zpracováno Českou asociací sester. Je detailně rozpracován a přesně popisuje jednotlivé položky, takže přesně sjednocuje hodnocení personálem a eliminuje subjektivizaci.

Tabulka 3. Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta (součást ošetřovatelské anamnézy) Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006		
Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový / sluchový problém		1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)		1 bod
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0 bodů	
- částečná	2 body	
- nesoběstačnost	3 body	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0 bodů	
- částečně spolupracující	1 bod	
- nespolečující	2 body	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě ?		3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení ?		1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?		1 bod
Celkem		
0 - 4 body* Bez rizika	5 - 13 bodů* Střední riziko	14 - 19 bodů* Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

ZDROJ: SVOBODOVÁ, D., Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení. Česká asociace sester, o.s. [online]. 1.10.2007 [cit. 2016-10-22]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf

2.6.4 Screeningový test mobility

Zhodnocuje motorické funkce – pohyblivost, svalovou sílu, stabilitu a obratnost seniora. Slouží pro lepší identifikaci seniorů, kteří jsou zvýšeně ohroženi pády a úrazy (Topinková, 2005).

Tabulka 4. Screeningový test mobility

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

ZDROJ: TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

3. METODIKA PRÁCE

Jako výzkumná strategie byl u našeho výzkumného šetření zvolen kvantitativní výzkum (Chráska, 2007). Jako hlavní výzkumná metoda byla ve výzkumné části diplomové práce použita metoda klasického tištěného dotazníku, jde tedy o kvantitativní přístup.

3.1 Formulace výzkumných otázek, předpokladů a hypotéz

V diplomové práci chceme poukázat na vnímání problematiky pádu ze strany nelékařského zdravotnického personálu a z pohledu pacienta, u kterého je vyhodnoceno riziko pádu.

3.1.1 Výzkumné otázky

VO1: Souvisí pohlaví respondentů s většími obavami z pádu?

VO2: Souvisí žití o samotě s vyšším výskytem pádů, než u lidí žijících ve společné domácnosti s jinou osobou?

VO3: Jaké identifikační označení pro označení pacienta s rizikem pádu používají zdravotníci ve zdravotnických zařízeních?

VO4: Jaký způsob hlášení pádu u pacientů/klientů je nejčastěji využíván ve zdravotnických zařízeních?

3.1.2 Výzkumné předpoklady

VP1: Ženy se obávají dalšího pádu více než muži – byl potvrzen.

VP2: Pády u seniorů končí nejčastěji malým zraněním a bez závažných.

VP3: Nejčastější rizikový faktor pádu je slabost dolních končetin.

VP5: Nejčastější příčina pádu pacienta/klienta ve zdravotnickém zařízení jsou dle zdravotnického personálu vnitřní příčiny.

VP6: Nejčastější opatření proti pádu jsou kurty a postranice.

VP7: Většina zdravotnického personálu hlásí mimořádnou událost „pád“ lékaři.

3.1.3 Výzkumné hypotézy

H1: Ženy, které již spadly, se více obávají dalšího pádu než muži s pádem v anamnéze.

H2: U lidí žijících o samotě, dochází k pádu v domácnosti častěji než u lidí žijících společně s další osobou.

H3: Zdravotníci pro označení pacienta s rizikem pádu, používají identifikační náramek označující všeobecné riziko častěji než jakékoli jiné upozornění.

H4: Zdravotníci při hlášení pádu používají více elektronický záznam o nežádoucí události než ručně psaný záznam.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumné šetření bylo provedeno u dvou skupin respondentů. První soubor respondentů byl složen z 50-ti nelékařských zdravotních pracovníků, poskytující zdravotní péči na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení. Druhý soubor respondentů tvořilo 150 pacientů/klientů, u kterých bylo vyhodnoceno pozitivní riziko pádu při hospitalizaci. Pro takový sběr dat bylo již třeba zažádat o povolení dotazníkového šetření ve zdravotnickém zařízení (viz příloha č. 3).

3.3 Metody práce

Výzkumná část diplomové práce, je zpracována pomocí dotazníků. Je to nejrozšířenější metoda pro kvantitativní výzkum. Dotazník je pečlivě předem připravený způsob kladení položek, které jsou promyšleně uspořádány a jejíž odpovědi jsou písemně respondenty zaznamenávány. Dotazníky v diplomové práci se skládají z několika typů otázek. Otevřené položky neumožňují výběr odpovědí, vyžadují od respondenta vlastní názor nebo postoj. Zavřené položky nabízejí respondentovi odpověď, se kterou souhlasí. Polootevřené položky nabízejí respondentovi nejen výběr odpovědí, ale také možnost vlastního vyjádření (Chráska, 2007).

Tvoření dotazníku má určitá pravidla, zásady a požadavky. Jde především o srozumitelnost, jasnost a jednoznačnost jednotlivých položek v dotazníku. V úvodu dotazníku musí být uvedeny jasné pokyny k jeho vyplnění. Aby dotazník nebyl příliš dlouhý, zjišťujeme jen nezbytné údaje a snažíme se vyvarovat sugestivně formulovaným otázkám. Při řazení položek v dotazníku respektujeme psychologické hledisko, kdy nejdůležitější položky umístíme do střední části dotazníku. Ochota respondentů spolupracovat do značné míry závisí na zajímavosti a náročnosti dotazníku (Chráska, 2007).

Pro zpracování diplomové práce byly použity dva dotazníky. Dotazník „A“, zaměřující se na seniory, je převzatý od Křepelkové (2014), dotazník „B“ od autorky Habartové (2015). Naším záměrem bylo srovnání aktuálně zjištěných dat s výzkumnými šetřeními obou autorek a komparovat všechny výsledky vzhledem k vývoji dané problematiky ve zdravotnických

zařízeních. Dotazníky byly předloženy zdravotníkům a pacientům/klientům v oblasti Olomouckého kraje, přesně ve Vojenské nemocnici Olomouc.

3.4 Organizace šetření

Předvýzkum nebyl proveden, protože dotazníky byly převzaty z jiných akademických prací. Dotazníky vychází ze dvou různých diplomových prací, proto jsme nechtěli předvýzkumem zatěžovat zdravotnický personál, který má k vyplňování dotazníků spíše odmítavý postoj. Stejně tak jsme nechtěli předvýzkumem zatěžovat pacienty/klienty nacházejících se ve zdravotnickém zařízení pro léčbu svého zdravotního stavu. Výzkum byl aktivně proveden během měsíce duben–červen 2017. Do výzkumu byla zapojena Vojenská nemocnice Olomouc, a to oddělení Interna – A, B a jednotka intenzivní péče (dále jen JIP), oddělení léčby dlouhodobě ležících (dále jen LDN), oddělení neurologie, oddělení kožní, oddělení chirurgie – A, B, JIP, oddělení psychiatrie a oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále pouze DIOP). Průměrná doba pro vyplnění dotazníků byla 15 minut.

Dotazníky byly roznášeny po jednotlivých odděleních a pravidelně připomínány, aby je zdravotnický personál vyplňoval. Zde jsme narazili na neochotu zdravotnického personálu dobrovolně vyplňovat dotazník. Ve Vojenské nemocnici Olomouc bylo celkem rozdáno 100 dotazníků pro nelékařský zdravotnický personál. Návratnost dotazníku se lišila dle oddělení, celková návratnost dotazníků od zdravotnického personálu byla přesně 50 %.

Dotazníky určené pro klienty pacienty byly vyplňovány následovně. Nejdříve bylo nutné od ošetřujícího personálu zjistit, u kterého pacienta je vyhodnoceno riziko pádu. Následně byl pacient kontaktován. Často zdravotní stav pacienta nedovoloval samostatně vyplnit dotazník. Z toho důvodu a také pro malou ochotu vyplňovat dotazník samostatně, byl klientům předčítán i s odpověďmi. Díky tomu byla návratnost dotazníků téměř 100 %. Ovšem díky tomu byl výzkum velmi časově náročný. Pacienti/klienti však měli možnost klást otázky ohledně problematiky pádu, a tak pobíhalo ústní předávání informací dle zájmu a potřeby pacienta/klienta.

3.5 Získávání a zpracování dat

Pro získání dat byly použity dva dotazníky nejbližší a nejvhodnější pro zkoumanou problematiku jak z pohledu zdravotnického personálu, tak pacientů/klientů.

Získaná data byla pro přehlednost uspořádána do Excel tabulek. Některá data jsou pak dále prezentována v grafech pro názornost. Volné odpovědi respondentů jsou uvedeny

v tabulkách s absolutní četností (n) a relativní četností (p). A následně v diskusi srovnány s výše uvedenými diplomovými pracemi.

Diplomová práce je vypracována v Microsoft Word a Microsoft Excel.

Bibliografické údaje diplomové práce jsou citovány normou ČSN ISO 690:2011.

4. VÝSLEDKY A DISKUSE

V následující kapitole se budeme věnovat získaným datům a jejich zpracováním a srovnáváním s jinými výzkumnými pracemi.

4.1 Výzkumná část A

Položka v dotazníku A č. 1: Jste chodící (aktivní) člověk?

Tabulka 5. Aktivita

O1. Jste chodící (aktivní) člověk?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	150	100
Celkem odpovědí	150	100

Interpretace výsledků:

Všech 150 respondentů (100 %) z řad klientů/pacientů bylo nějakým způsobem chodící/aktivní.

Položka v dotazníku A č. 2: Spadl jste někdy po dovršení 65 let věku?

Tabulka 6. Pád po dovršení 65 let věku

O2. Spadl/a jste někdy po dovršení 65 let věku?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	150	100
Celkem odpovědí	150	100

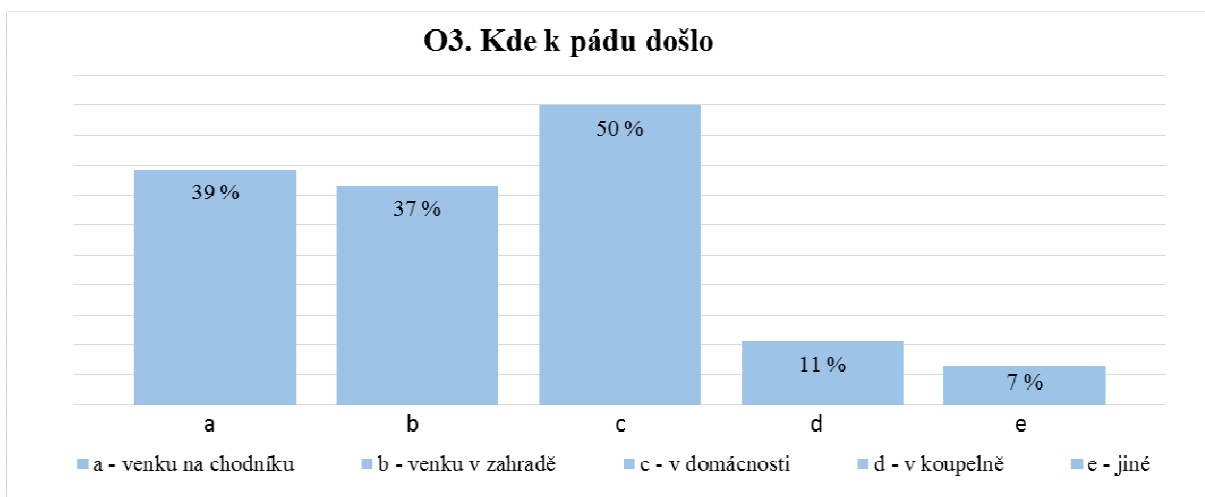
Interpretace výsledků:

Všech 150 respondentů (100 %) z řad klientů/pacientů upadlo po dovršení 65 let věku. Dotazník vyplňovali pacienti/klienti v riziku pádu, proto výsledek není až tak překvapující.

Položka v dotazníku A č. 3: Kde k pádu došlo?

Tabulka 7. Místo pádu

O3. Kde k pádu došlo		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Venku na chodníku	59	39
Venku na zahradě	55	37
V domácnosti	75	50
V koupelně	16	11
Jiné	10	7
Celkem odpovědí	215	



Graf 1. Místo pádu

Tabulka 8. Jiné místo pádu

O3. Kde k pádu došlo: jiné, jaké	
Odpovědi	Absolutní četnost n
Na schodech	4
V práci	2
Na dlouhé chodbě	1
Na WC	3

Interpretace výsledků:

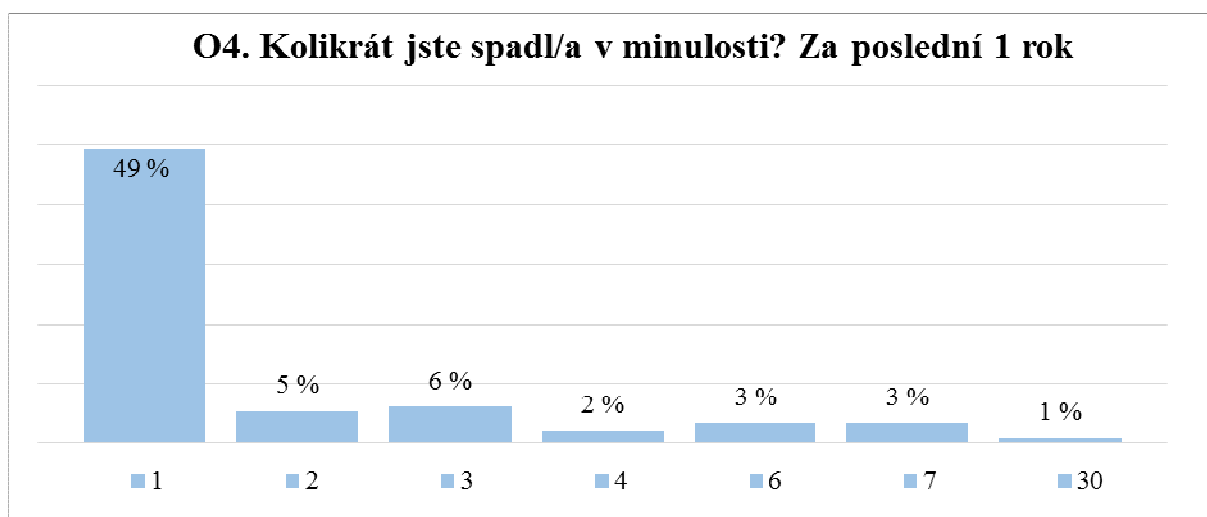
V položce č. 3 respondenti mohli volit více odpovědí. Nejčastěji respondenti odpovídali, že k pádu u nich došlo v domácnosti a to 75 respondentů (50 %). Venku na chodníku upadlo 59 respondentů (39 %). Venku na zahradě upadlo 55 respondentů (37 %). 16 respondentů (11 %) upadlo v koupelně a 10 (7 %) respondentů volilo odpověď jiné, které jsou názorně zobrazeny v tabulce a 4. Jiné místo pádu.

Položka v dotazníku A č. 4: Kolikrát jste spadl/a v minulosti?

Tabulka 9. Četnost pádu respondentů

O4. Kolikrát jste spadl/a v minulosti? Po dovršení 65 let věku		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	63	42
2	30	20
3	21	14
4	2	1
5	7	5
6	5	3
7	3	2
8	1	1
10	17	11
40	1	1
Celkem odpovědí	150	100

O4. Kolikrát jste spadl/a v minulosti? Za poslední 1 rok		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	74	49
2	8	5
3	9	6
4	3	2
6	5	3
7	5	3
30	1	1
Celkem odpovědí	105	



Graf 2. Četnost pádu

Interpretace výsledků:

Tabulka 9, Četnost pádu popisuje nejprve, kolikrát respondenti spadli po dovršení 65 let věku. Jedenkrát spadlo 63 (42 %) respondentů, dvakrát 30 (20 %) respondentů, třikrát 21 (14 %)

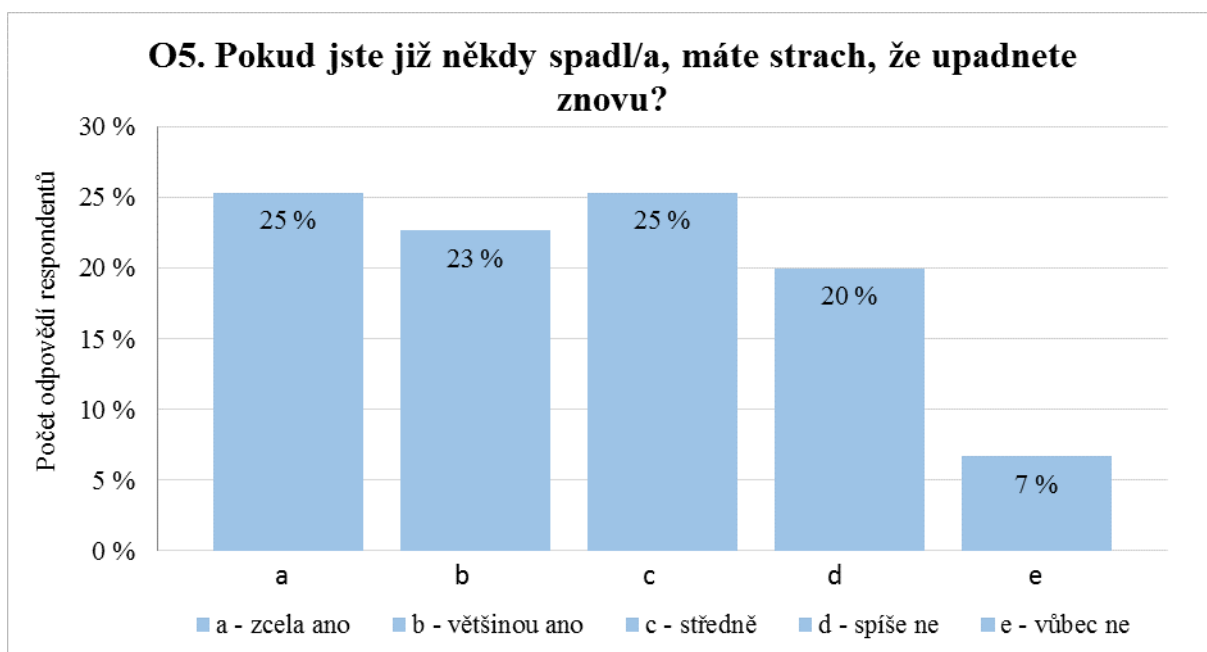
respondentů, desetkrát upadlo 17 (11 % respondentů), pětkrát spadlo 7 (5 %) respondentů. Dokonce jeden respondent uvedl (1 %), že již spadl čtyřicetkrát.

Dále tabulka 9. Četnost pádů popisuje, kolikrát respondenti spadli za poslední rok. 74 respondentů (49 %) uvedlo, že spadli jedenkrát, 9 respondentů (6 %) uvedlo, že spadli třikrát, 8 respondentů (5 %) uvádí pád dvakrát. 5 respondentů (3 %) uvádí, že upadli šestkrát a dalších 5 respondentů (3 %) uvádí, že upadli sedmkrát.

Položka v dotazníku A č. 5: Pokud jste již někdy spadl/a, máte strach, že upadnete znovu?

Tabulka 10. Obavy o opakování pádu

O5. Pokud jste již někdy spadl/a, máte strach, že upadnete znovu?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Zcela ano	38	25
Většinou ano	34	23
Středně	38	25
Spíše ne	30	20
Vůbec ne	10	7
Celkem odpovědí	150	100



Graf 3. Obavy o opakování pádu

Tabulka 11. Obavy před dalším pádem dle pohlaví respondentů

Obavy pohlaví před dalším pádem						
	Zcela ano	Většinou ano	Středně	Spíše ne	Vůbec ne	Celkový počet
Muž	1	16	16	14	10	57
Žena	37	18	22	16	0	93
Celkový počet	38	30	38	30	10	150

Interpretace výsledků:

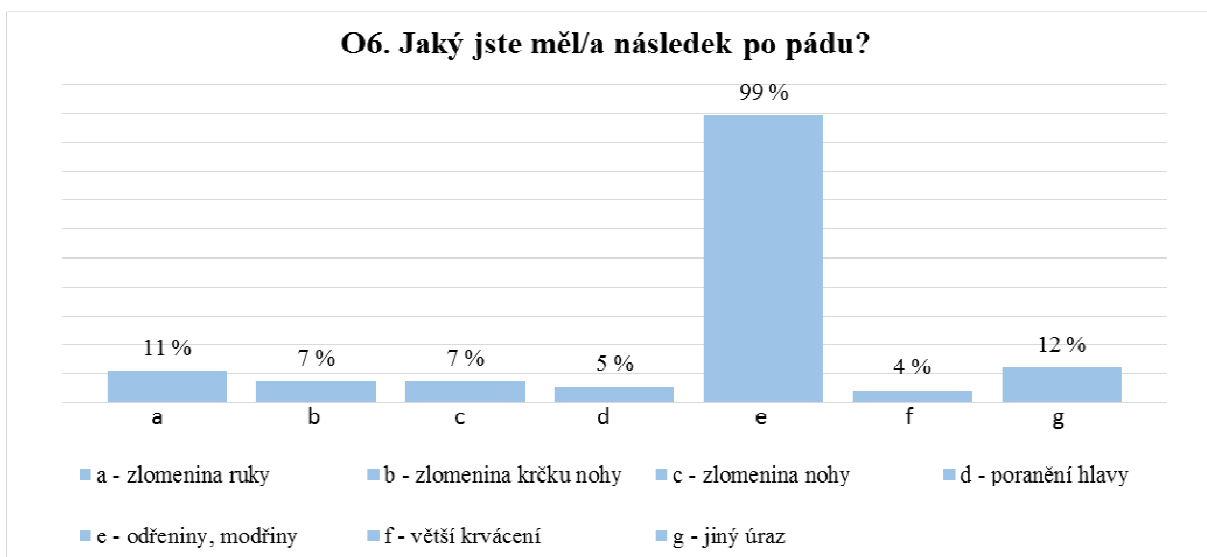
38 respondentů (25 %) uvádí, že se zcela ano bojí dalšího pádu, stejně tak 38 respondentů (25 %) respondentů uvádí, že se bojí středně. Dále 34 respondentů (23 %) uvádí, že strach z pádu většinou mají a 30 (20 %) respondentů naopak spíše nemají. 10 respondentů (7 %) uvádí, že se vůbec nebojí.

VP1: Ženy se obávají dalšího pádu více než muži – byl potvrzen.

Položka v dotazníku A č. 6: Jaký jste měl/a následek po pádu?

Tabulka 12. Následky způsobené pádem

O6. Jaký jste měl/a následek po pádu?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Zlomenina ruky	16	11
Zlomenina krčku nohy	11	7
Zlomenina nohy	11	7
Poranění hlavy	8	5
Odřeniny, modřiny	149	99
Větší krvácení	6	4
Jiný úraz	18	12
Celkem odpovědí	219	



Graf 4. Následky způsobené pádem

Interpretace výsledků:

Nejvíce tedy 149 respondentů (99 %) uvedlo, že jako následek pádu měli odřeniny, modřiny. Na druhém místě uvedlo 18 respondentů (12 %) jiný úraz, které jsou pak podrobně vypsány v tabulce 13. Jiné následky způsobené pádem. Dále tabulka 14. Následky způsobené pádem ukazují četnost jednotlivých zranění způsobené pádem.

VP2: Pády u seniorů končí nejčastěji malým zraněním a bez závažných – byl potvrzen.

Tabulka 13. Jiné následky způsobené pádem

O6. Jaký jste měl/a následek po pádu? Jiné, Jaké		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Naražené koleno	1	6
Naražení kostrče	5	28
Vymknuté rameno	1	6
Vyražené zuby	1	6
Nevyplněno	10	56
Celkem odpovědí	18	100

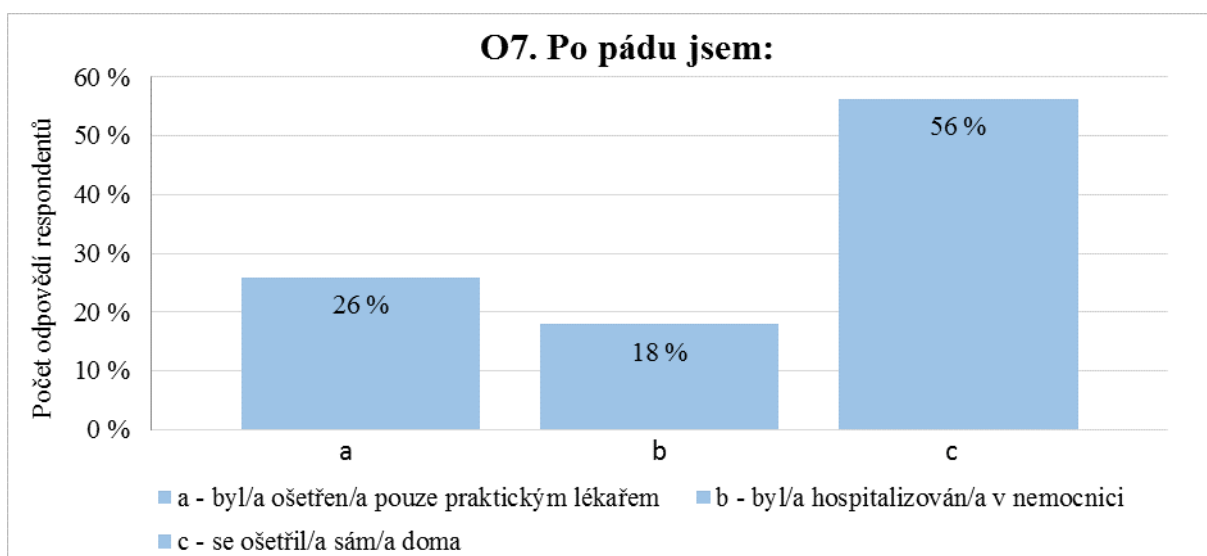
Tabulka 14. Následky způsobené pádem

O6. Jaký jste měl/a následek po pádu? Zlomenina ruky – kolikrát?		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
1	14	9,3
2	2	1,3
Celkem odpovědí	16	
O6. Jaký jste měl/a následek po pádu? Zlomenina krčku nohy – kolikrát?		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
1	11	7,3
Celkem odpovědí	11	
O6. Jaký jste měl/a následek po pádu? Zlomenina nohy – kolikrát?		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
1	11	7,3
Celkem odpovědí	11	
O6. Jaký jste měl/a následek po pádu? Poranění hlavy – kolikrát?		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
1	11	7,3
Celkem odpovědí	11	
O6. Jaký jste měl/a následek po pádu? Odřenyiny, modřiny – kolikrát?		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
1	53	35
2	32	21
3	18	12
4	2	1
5	9	6
6	14	9
10	15	10
15	5	3
40	1	1
Celkem odpovědí	149	
O6. Jaký jste měl/a následek po pádu? Větší krvácení – kolikrát?		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
1	6	9
Celkem odpovědí	6	
O6. Jaký jste měl/a následek po pádu? Jiný úraz – kolikrát?		
Hodnoty (kolikrát)	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
1	18	9
Celkem odpovědí	18	

Položka v dotazníku A č. 7: Po pádu jsem.

Tabulka 15. Ošetření po pádu

O7. Po pádu jsem:		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Byl/a ošetřen/a pouze praktickým lékařem	38	26
Byl/a hospitalizován/a v nemocnici	27	18
Se ošetřil/a sám/a doma	85	56
Celkem odpovědí	150	100



Graf 5. Ošetření po pádu

Interpretace výsledků:

85 respondentů (56 %) uvedlo, že se ošetřili sami doma, 39 respondentů (26 %) uvedlo, že byli ošetřeni pouze praktickým lékařem. Za to 27 respondentů (18 %) muselo být ošetřeno v nemocnici.

Položka v dotazníku A č. 8: Které z následujících chování je pro Vás v běžném životě typické?

Tabulka 16. Rizikové chování

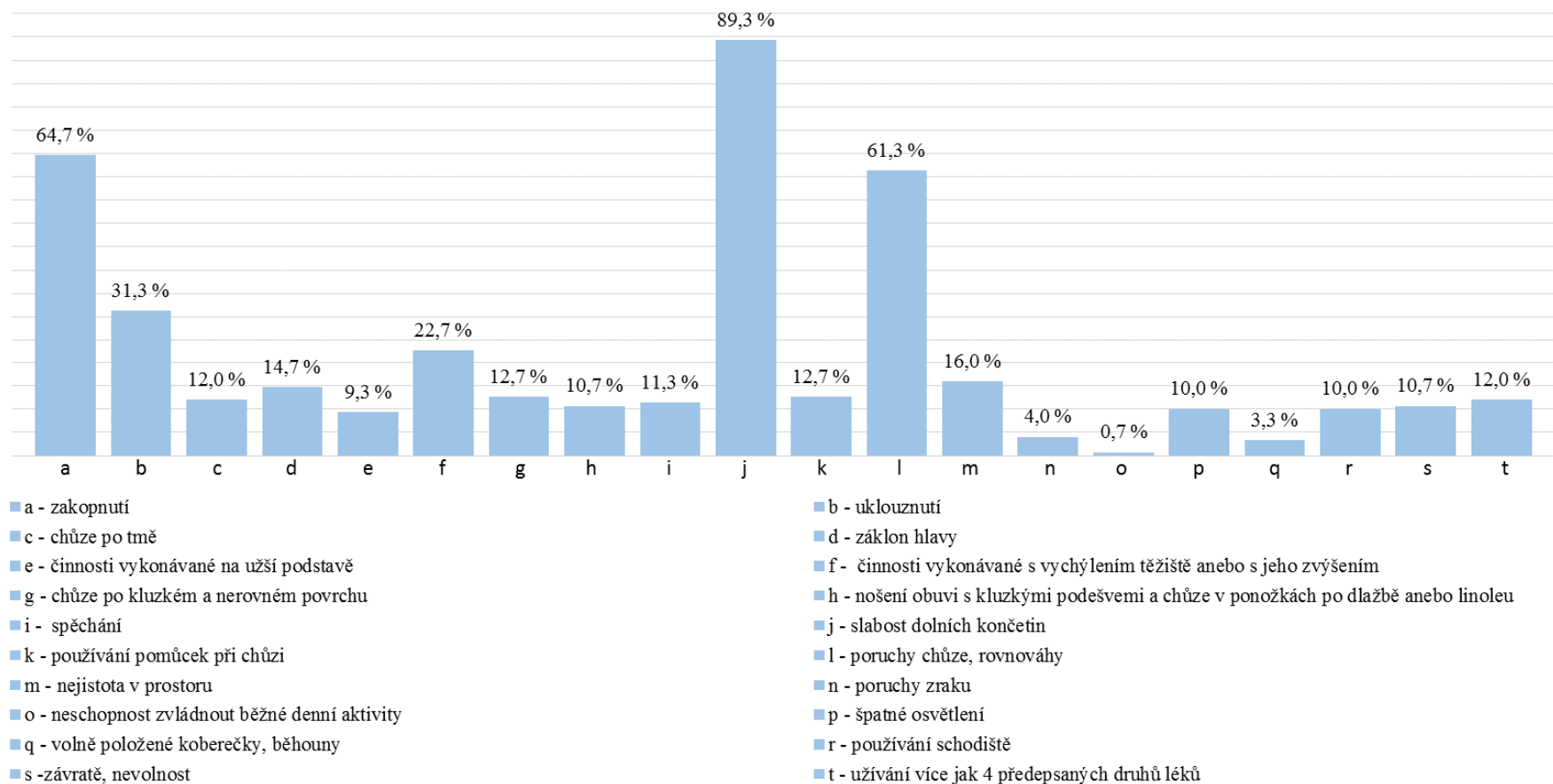
O8. Které z následujících chování vedlo k tomu, že jste upadl/a? toto chování vedlo k mému pádu:		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Zakopnutí	97	64,7
Uklouznutí	47	31,3
Chůze po tmě	18	12
Záklon hlavy	22	14,7
Činnosti vykonávané na užší podstavě	14	9,3
Činnosti vykonávané s vychýlením těžiště anebo s jeho zvýšením	34	22,7
Chůze po kluzkém a nerovném povrchu	19	12,7
Nošení obuvi s kluzkými podešvemi a chůze v ponožkách po dlažbě anebo linoleu	16	10,7
Spěchání	17	11,3
Slabost dolních končetin	134	89,3
Používání pomůcek při chůzi	19	12,7
Poruchy chůze, rovnováhy	92	61,3
Nejistota v prostoru	24	16
Poruchy zraku	6	4
Neschopnost zvládnout běžné denní aktivity	1	0,7
Špatné osvětlení	15	10
Volně položené koberečky, běhouny	5	3,3
Používání schodiště	15	10
Závratě, nevolnost	16	10,7
Užívání více jak 4 předepsaných druhů léků	18	12
Celkem odpovědí	629	

Interpretace výsledků:

Tabulka 16. Rizikové chování uvádí, že 134 respondentů (89,3 %) uvádí, že je pro ně běžná slabost dolních končetin, 97 respondentů (64,7 %) uvádí jako běžné chování zakopnutí a 92 respondentů (61,3 %) uvádí poruchy chůze a rovnováhy. Dále nejvíce respondenti uvádí uklouznutí (31,3 %) a činnosti spojené s vychýlením těžiště (22,7 %).

VP3: Nejčastější rizikový faktor pádu je slabost dolních končetin – byl potvrzen.

O8. Které z následujících chování vedlo k tomu, že jste upadl/a? toto chování vedlo k mému pádu:



Graf 6. Rizikové chování

Položka v dotazníku A č. 9: Které z následujících chování vedlo k tomu, že jste upadl/a? toto chování vedlo k mému pádu.

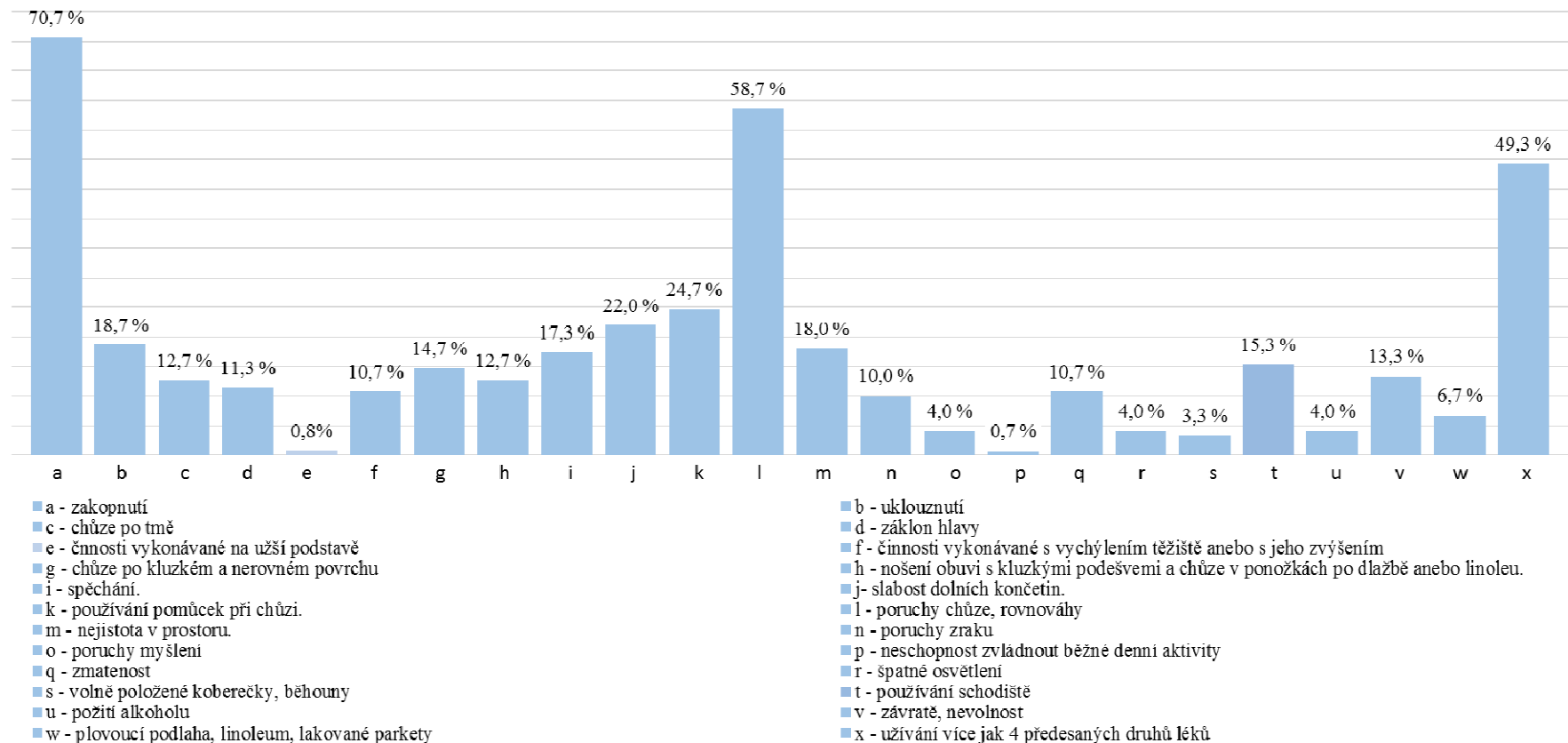
Tabulka 17. Rizikové chování

O9. Které z následujících chování vedlo k tomu, že jste upadl/a? toto chování vedlo k mému pádu:		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Zakopnutí	106	70,7
Uklouznutí	28	18,7
Chůze po tmě	19	12,7
Záklon hlavy	17	11,3
Činnosti vykonávané na užší podstavě	5	0,8
Činnosti vykonávané s vychýlením těžiště anebo s jeho zvýšením	16	10,7
Chůze po kluzkém a nerovném povrchu	22	14,7
Nošení obuvi s kluzkými podešvemi a chůze v ponožkách po dlažbě anebo linoleu	19	12,7
Spěchání	26	17,3
Slabost dolních končetin	33	22
Používání pomůcek při chůzi	37	24,7
Poruchy chůze, rovnováhy	88	58,7
Nejistota v prostoru	27	18
Poruchy zraku	15	10
Poruchy myšlení	6	4
Neschopnost zvládnout běžné denní aktivity	1	0,7
Zmatenost	16	10,7
Špatné osvětlení	6	4
Volně položené koberečky, běhouny	5	3,3
Používání schodiště	23	15,3
Použití alkoholu	6	4
Závratě, nevolnost	20	13,3
Plovoucí podlaha, linoleum, lakované parkety	10	6,7
Užívání více jak 4 předepsaných druhů léků	74	49,3
Celkem odpovědí	625	

Interpretace výsledků:

Tabulka 17. Rizikové chování poukazuje na to, že dominujícími důvody pádů jsou zakopnutí (70,7 %) jak uvedlo 106 respondentů a poruchy chůze, rovnováhy uvedlo 88 respondentů (58,7 %). Dále velkou skupinu tvoří uklouznutí (18,7 %) uváděné 28 respondenty, slabost dolních končetin uvedlo 33 respondentů (22 %) a používání pomůcek při chůzi uvedlo 37 respondentů (24,7 %).

O9. Které z následujících chování vedlo k tomu, že jste upadl/a? toto chování vedlo k mému pádu:



Graf 7. Rizikové chování

Položka v dotazníku A č. 10: Co Vaše domácnost má, nemá. Co používáte, nepoužíváte, nosíte, nenosíte?

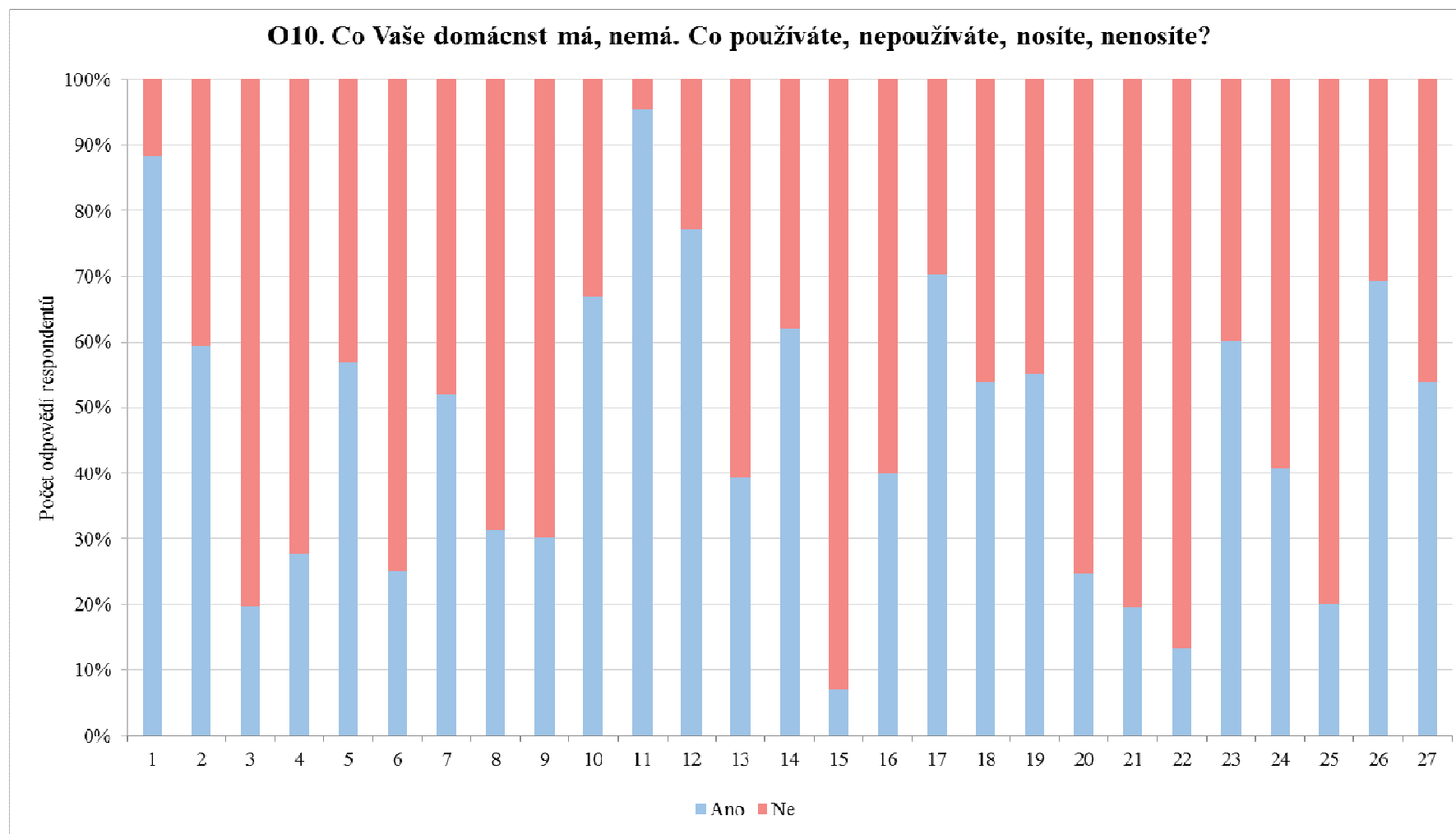
Tabulka 18. Vybavení domácnosti

O10. Co Vaše domácnost má, nemá. Co používáte, nepoužíváte, nosíte, nenosíte?						
Odpovědi		Celkem odpovědí	Absolutní četnost n		Relativní četnost p (%)	
			Ano	Ne	Ano	Ne
1	Prahy	145	128	17	88	12
2	U schodiště zábradlí, madla	122	73	50	60	41
3	Schodiště opatřené protiskluzovými podložkami	127	25	102	20	80
4	Zvýrazněný okraj u schodů	144	40	104	28	72
5	Pevný, stabilní nábytek	144	82	62	57	43
6	Ostré hrany či rohy nábytku chráněné speciálními nadstavci	144	36	108	25	75
7	Podlahu s neklouzavým povrchem	127	66	61	52	48
8	Dobře upevněné koberečky a běhouny k podlaze	144	45	99	31	69
9	Vysoké stoličky na sednutí s opěrkami na ruce	116	35	81	30	70
10	Poličky ve skříních příliš vysoko ani příliš nízko	133	89	44	67	33
11	Dobré osvětlení	149	142	7	95	5
12	Pevná, neklouzavá, pohodlná obuv	149	115	34	77	23
13	Nadstavec na hůl	150	59	91	39	61
14	V zimě omezují pohyb venku	132	82	50	62	38
15	V zimě brzdičky na obuv	140	10	130	7	93
16	Protiskluzovou podložku ve vaně/sprše	150	60	90	40	60
17	Protiskluzová podložka před vanou/sprchou	145	102	43	70	30
18	Sedátko ve vaně/sprše	145	78	67	54	46
19	Koupelna vybavená madly	145	80	65	55	45
20	Při koupání/sprchování k dispozici vždy a po celou dobu dozorující osobu	150	37	113	25	75
21	Při koupání/sprchování je stále přítomna dozorující osoba pouze někdy	133	26	107	20	80
22	Při koupání/sprchování potřebuji pomoc druhé osoby	128	17	111	13	87
23	Dveře na WC a v koupelně se mi otevírají směrem ven	123	74	49	60	40
24	Toaletu vybavenou madly	128	52	76	41	59
25	Nadstavec na WC	135	27	108	20	80
26	Opěrné pomůcky	140	97	43	69	31
27	Přenosný telefon nebo signalizace na přivolání pomoc	145	78	67	54	46

Interpretace výsledků:

130 (93 %) respondentů uvádí, že v zimě nepoužívají brzdičky na obuv a 91 respondentů (61 %) nepoužívá nástavec na hůl, přitom 50 respondentů (38 %) neomezují v zimním období pohyb venku.

90 respondentů (60 %) nemá protiskluzovou podložku ve vaně, ale 102 respondentů (70 %) má protiskluzovou podložku před vanou/sprchou. Sedátko ve sprše má 78 respondentů (45 %), madla v koupelně má 80 respondentů (55 %). Dále z dat v tabulce a 19 lze vyčíst, že respondenti při koupání/sprchování nemají k dispozici po celou dobu dozorující osobu (75 %), není ani přítomna dozorující osoba pouze někdy (80 %) či nepotřebují pomoc druhé osoby (87 %). Dále lze z dat vyčíst, že zabezpečení domácnosti proti pádu spíše zanedbávají.

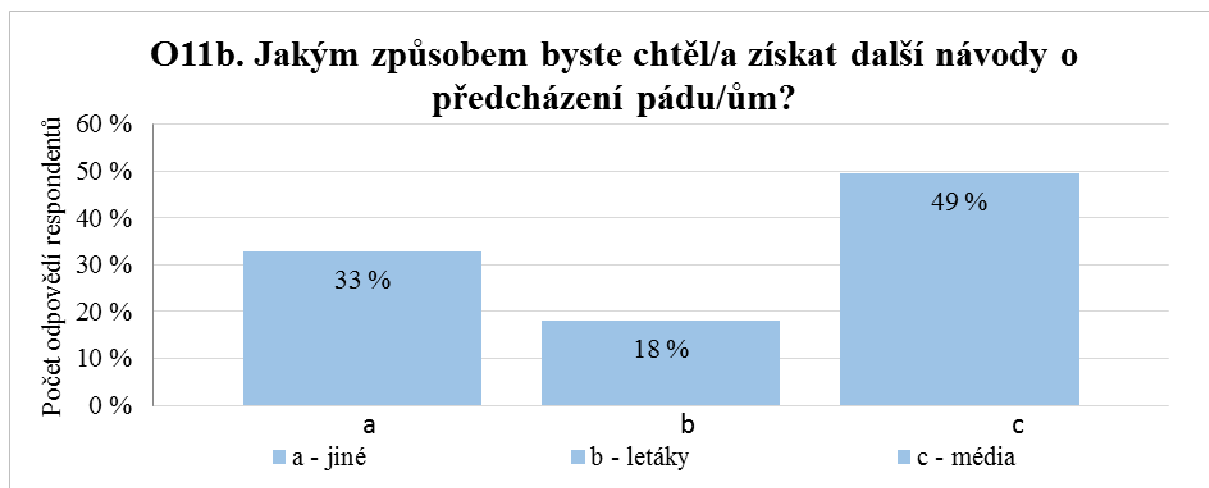


Graf 8. Vybavenost domácnosti v rámci prevence předcházení pádů

Položka v dotazníku A č. 11: Byl/a jste někdy informován/a o tom, jak předcházet pádu/ům?

Tabulka 19. Informační prostředky

O11. Byl/a jste někdy informován/a o tom, jak předcházet pádu/ům?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	83	55
Ne	67	45
Celkem odpovědí	150	100
O11b. Jakým způsobem byste chtěl/a získat další návody o předcházení pádu/ům?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Jiné	49	33
Letáky	27	18
Média	74	49
Celkem odpovědí	150	100



Graf 9. Informační prostředek

Interpretace výsledků:

Tabulka 19. vypovídá o tom, že 83 dotázaných (55 %) bylo někdy informováno o předcházení pádům a 67 (45 %) dotázaných nikoliv. Polovina (49 %) dotázaných by uvítala přenos informací o předcházení pádů pomocí médií.

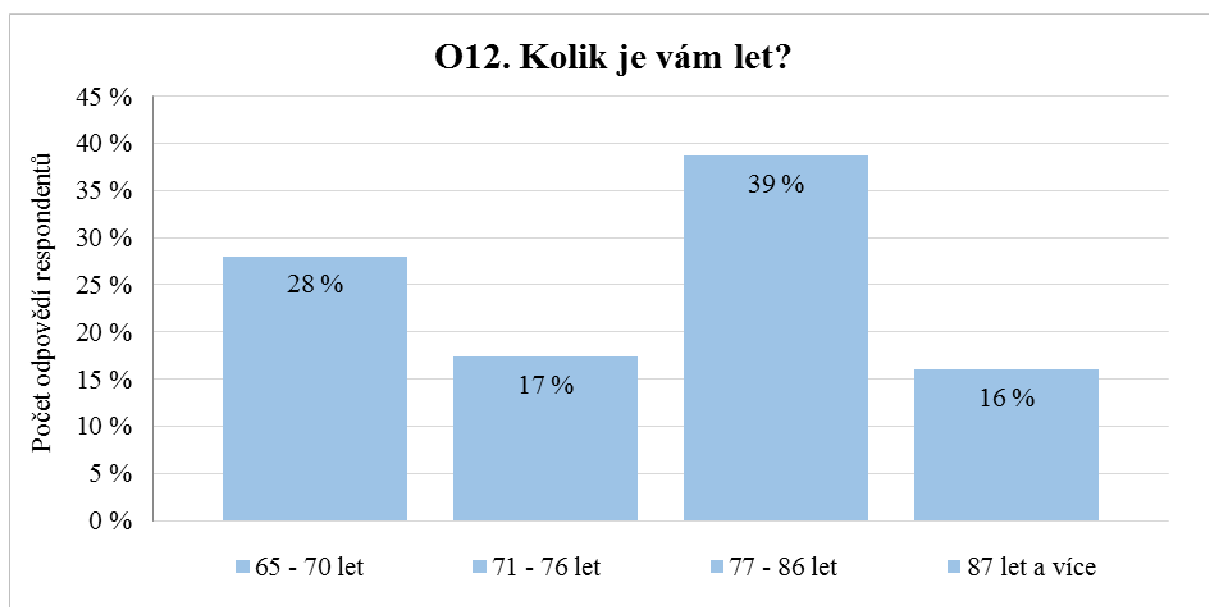
Tabulka 20. Informační prostředky

O11b. Jiné, jaké:		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ústně	49	33
Nevyplněno	101	67
Celkem odpovědí	150	100

Položka v dotazníku A č. 12: Kolik Vám je let?

Tabulka 21. Věk

O12. Kolik je vám let?		
Minimum	65	
Maximum	95	
Medián	78	
Průměr	77,6	
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
65–70 let	42	28
71–76 let	26	17
77–86 let	58	39
87 let a více	24	16
Celkem odpovědí	150	100



Graf 10. Věk

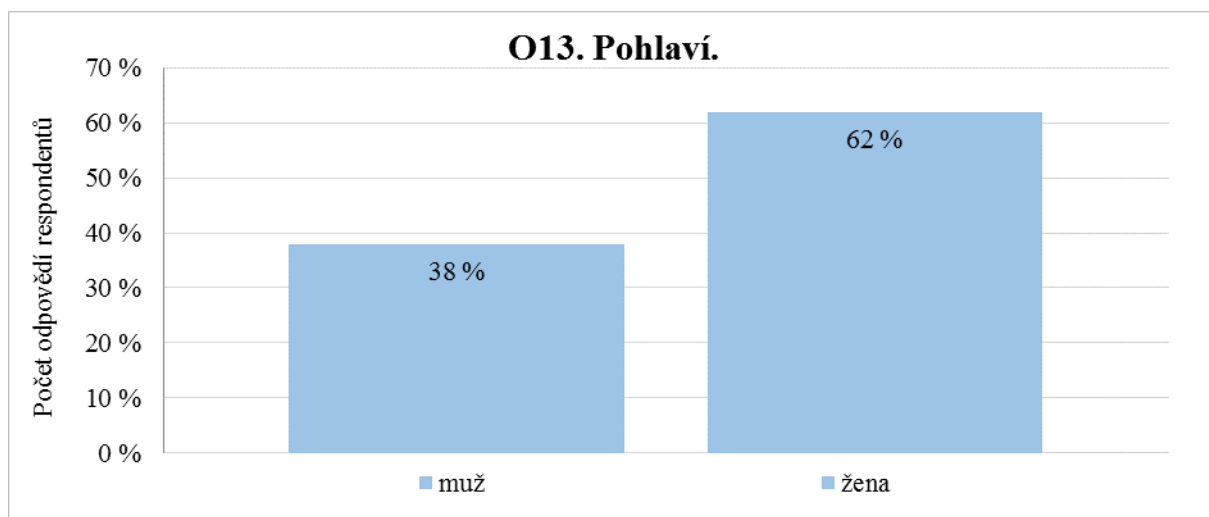
Interpretace výsledků:

Tabulka 21. rozlišuje respondenty do věkových kategorií s věkovým průměrem 77, 6 let, kde nejmladší respondent měl 65 let a nejstarší 95 let. Nejvíce dotazovaných se nacházelo ve věkové skupině 77-86 let (39 %) a nejméně 87 let a více (16 %).

Položka v dotazníku A č. 13: Pohlaví.

Tabulka 22. Pohlaví

O13. Pohlaví.		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Muž	57	38
Žena	93	62
Celkem odpovědí	150	100



Graf 11. Pohlaví respondentů

Interpretace výsledků:

Graf 11. a tabulka 22 ukazuje převahu ženského pohlaví (62 %) v odpovědích nad mužským pohlavím (38 %).

Položka v dotazníku A č. 14: Sociální situace.

Tabulka 23. S kým bydlíte

O14. Sociální situace: s kým bydlíte?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
S dcerou	17	11
Se synem	16	11
S partnerem/kou	49	33
Sám/a	68	45
Celkem odpovědí	150	100
O14. Sociální situace: kde bydlíte?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Rodinný dům	70	47
V bytě	75	50
V Domově pro seniory	5	3
Celkem odpovědí	150	100
O14. Sociální situace: lokalita vašeho bydliště?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Město	69	46
Vesnice	81	54
Celkem odpovědí	150	100

Interpretace výsledků:

Z celkového hodnocení položky dotazníku A č. 14 vyplývá, že z celkového počtu respondentů, žije celkem 82 (55 %) v domácnosti s rodinným členem nebo partnerem. Zda bydlí sami, odpovědělo celkem 68 respondentů (45 %). Většina dotazovaných bydlí v rodinných domech (47 %) nebo bytových domech (50 %) a pouze 5 (3 %) jich žije v domovech pro seniory.

4.2 Výzkumná část B

V následující části jsou zpracovány data z výzkumu pádu z pohledu zdravotnického personálu. Výsledky jsou zpracovány v tabulkách a některé jsou pro lepší přehlednost uvedeny v grafech.

Položka v dotazníku B č. 1: Provádíte odhad rizika pádu u všech pacientů ihned po přijetí na Vaše oddělení?

Tabulka 24. Provádění testu rizika pádu při přijímání pacienta

O1. Provádíte odhad rizika pádu u všech pacientů ihned po přijetí na Vaše oddělení?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	42	84
Spíše ano	4	8
Spíše ne	1	2
Ne	3	6
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

Tabulka 24. znázorňuje, že 42 respondentů (84 %) provádí odhad rizika pádu ihned po přijetí na oddělení. Dále 4 respondenti (8 %) uvedli spíše ano pro odhad rizika pádu, spíše neprovádí odhad 1 respondent (2 %) a 3 respondenti (6 %) neprovádí odhad vůbec.

Položka v dotazníku B č. 2: Je zjištění rizika pádu součástí ošetrovatelské dokumentace?

Tabulka 25. Zjišťování rizika pádu jako součást dokumentace

O2. Je zjištění rizika pádu součástí ošetrovatelské dokumentace?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	50	100
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

Tabulka 25. ukazuje, že všech 50 respondentů (100%) uvádí zjišťování rizika pádu jako součást příjmové dokumentace.

Položka v dotazníku B č. 3: Vedete v ošetrovateľskej dokumentácii odpoviadajúcu ošetrovateľskou diagnózou „riziko pádu“?

Tabulka 26. Ošetrovateľská diagnóza „riziko pádu“

O3. Vedete v ošetrovateľskej dokumentácii odpoviadajúcu ošetrovateľskou diagnózou „Riziko pádu“?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	50	100
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

Všech 50 respondentů (100 %) uvedlo, že vede v ošetrovateľskej dokumentácii diagnózu „riziko pádu“.

Položka v dotazníku B č. 4: Jsou u rizikových pacientů okamžitě zahájeny intervence směřující ke snížení rizika pádu?

Tabulka 27. Včasnost zahájení intervencí pro snížení rizika pádu

O4. Jsou u rizikových pacientů okamžitě zahájeny intervence směřující ke snížení rizika pádu?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	49	98
Ne	1	2
Celkem odpovědí	50	100

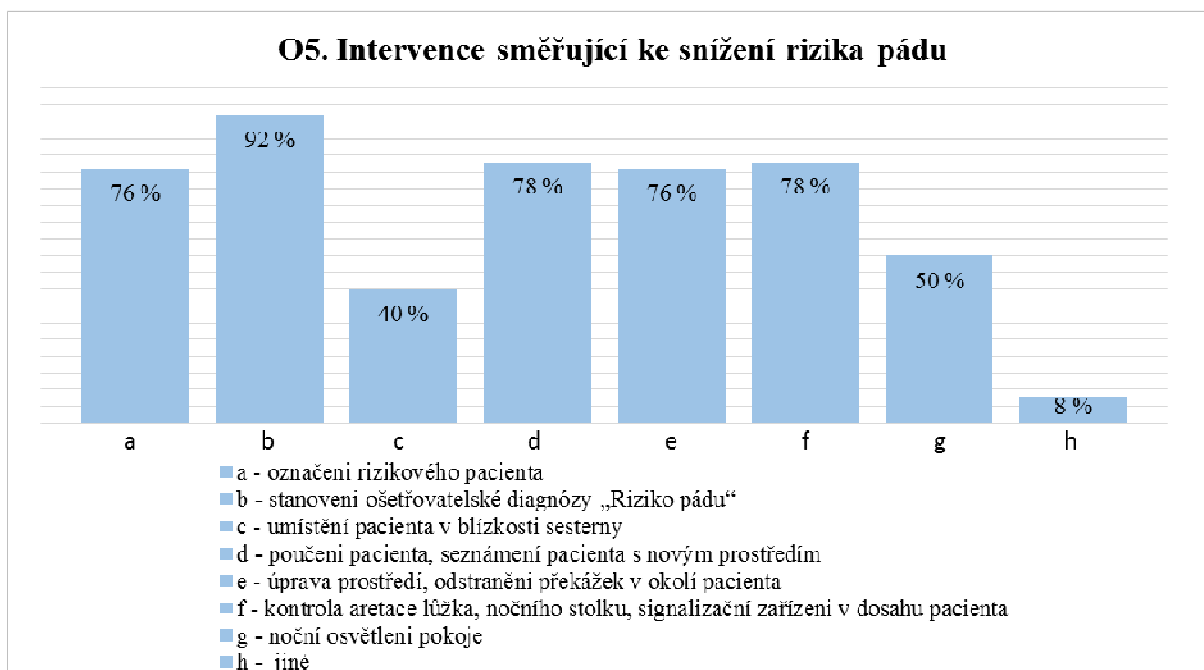
Interpretace výsledků:

49 respondentů uvedlo (98 %), že okamžitě provádí opatření ke snížení rizika pádu, pouze 1 respondent (2 %) intervence nezahajuje okamžitě po prijetí pacienta.

Položka v dotazníku B č. 5: Jaké intervence směřují ke snížení rizika pádu provádíte?

Tabulka 28. Intervence ke snížení rizika pádu

O5. Intervence směřující ke snížení rizika pádu		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Označení rizikového pacienta	38	76
Stanovení ošetrovateľskej diagnózy „Riziko pádu“	46	92
Umístění pacienta v blízkosti sesterny	20	40
Poučení pacienta, seznámení pacienta s novým prostredím	39	78
Úprava prostredí, odstranění překážek v okolí pacienta	38	76
Kontrola aretace lůžka, nočního stolku, signalizační zařízení v dosahu pacienta	39	78
Noční osvětlení pokoje	25	50
Jiné	4	8
Celkem odpovědí	249	100



Graf 12. Intervence ke snížení rizika pádu

Tabulka 29. Jiné intervence ke snížení rizika pádu uvedené respondenty

O5. Intervence směřující ke snížení rizika pádu. Jiné, jaké?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Postranice	2	50 %
Doprovod pacienta	1	25 %
Doporučená vhodná obuv	1	25 %
Celkem odpovědí	4	100 %

Interpretace výsledků:

Tabulka 28. a graf 12. uvádí, tyto intervence snižující riziko pádu uváděné respondenty. 76 % respondentů označují různým způsobem (viz níže) rizikového pacienta. 92 % respondentů stanovuje ošetrovatelskou diagnózu „riziko pádu“. 40 % respondentů umísťuje rizikové pacienty blízko ošetrovny. 78 % provádí poučení pacienta, seznámení pacienta s novým prostředím a 76 % úpravu prostředí, odstranění překážek v okolí pacienta. 78 % respondentů uvedlo, že kontroluje aretaci lůžka, nočního stolku, funkčnost signalizačního zařízení a aby bylo v dosahu pacienta. 50 % respondentů za intervenci označilo noční osvětlení pokoje.

Tabulka 29. uvádí jiné intervence, které respondenti provádí v rámci prevence pádu. 2 respondenti uvádí postranice, 1 respondent uvádí doprovod pacienta/klienta na vyšetření a 1 respondent doporučuje pacientům/klientům vhodnou obuv.

Položka v dotazníku B č. 6: Jaký způsob identifikace rizikového pacienta používáte?

Tabulka 30. Identifikace rizikového pacienta

O6. Jaký způsob identifikace rizikového pacienta používáte?			
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)	
Označení dokumentace	15	30	
Identifikační náramek	41	82	
Jiné	2	4	
Celkem odpovědí	58		
O6. Jaký způsob identifikace rizikového pacienta používáte? Jiné, jaké?			
Odpovědi	Absolutní četnost n	Oddělení	Relativní četnost p (%)
Denně označujeme rizikového pacienta v PC dokumentaci	2	Neurologie	4
Celkem odpovědí	2		

Interpretace výsledků:

41 respondentů (82 %) používá identifikační náramek pro označení rizikového pacienta. 15 respondentů (30 %). Pouze 2 respondenti (4 %) uvedlo jiné, a to denně označení pacienta v PC dokumentaci.

Položka v dotazníku B č. 7: Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení vypracován ošetrovatelský standard „Prevence pádu a zranění pacienta“?

Tabulka 31. Ošetrovatelský standard „Prevence pádu a zranění pacienta“

O7. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení vypracován ošetrovatelský standard „Prevence pádu a zranění pacienta“?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	47	94
Ne	3	6
Celkem odpovědí	50	100

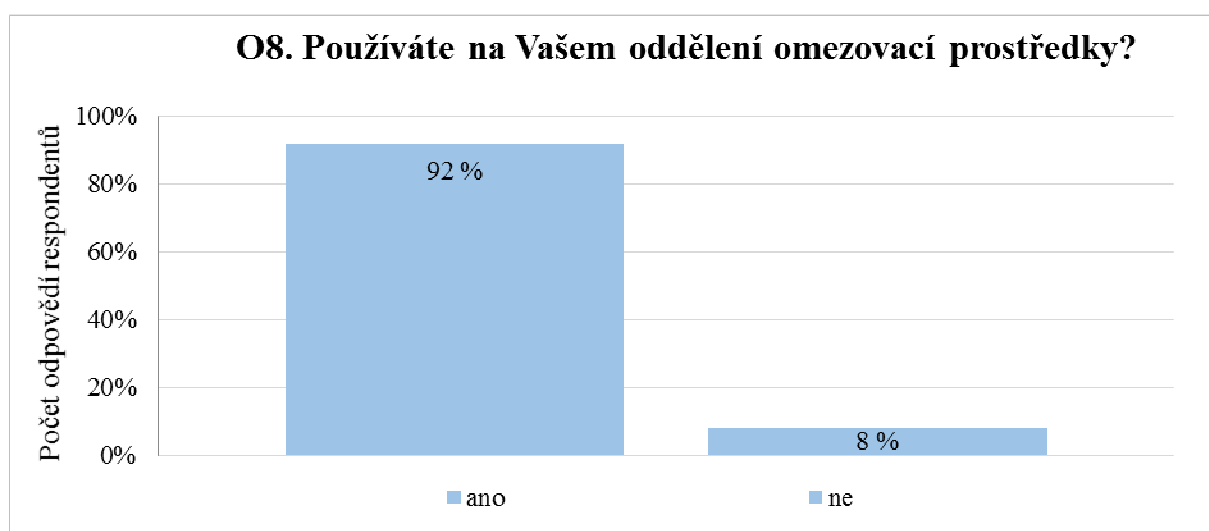
Interpretace výsledků:

47 respondentů (94 %) uvedlo, že mají vypracovaný standard o prevenci pádu a zranění pacienta. Pouze 3 respondenti (6 %) mají za to, že ve zdravotnickém zařízení nemají vypracovaný standard o prevenci pádu a zranění pacienta.

Položka v dotazníku B č. 8: Používáte na Vašem oddělení omezovací prostředky?

Tabulka 32. Používání omezovacích prostředků

O8. Používáte na Vašem oddělení omezovací prostředky?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	46	92
Ne	4	8
Celkem odpovědí	50	100



Graf 13. Používání omezovacích prostředků

Tabulka 33. Nejčastěji používané omezovací prostředky respondenty

O8. Používáte na Vašem oddělení omezovací prostředky? Ano, jaké?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Kurty	32	64
Postranice	29	58
Rukavičky	1	2
Popruhy	1	2
Nepoužívají	4	8
Celkem odpovědí	67	100

Interpretace výsledků:

Z 50-ti respondentů (100 %) 32 respondentů (64 %) používá na oddělení kurty, 29 respondentů (58 %) používá postranice. Pouze 4 respondenti (8 %) na svém oddělení žádné omezovací prostředky nepoužívají.

VP6: Nejčastější opatření proti pádu jsou kurty a postranice – byl potvrzen.

Položka v dotazníku B č. 9: Máte dostatek informací o pravidlech používání omezovacích prostředků?

Tabulka 34. Informovanost respondentů o používání omezovacích prostředků

O9. Máte dostatek informací o pravidlech používání omezovacích prostředků?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	45	90
Ne	5	10
Celkem odpovědí	50	100

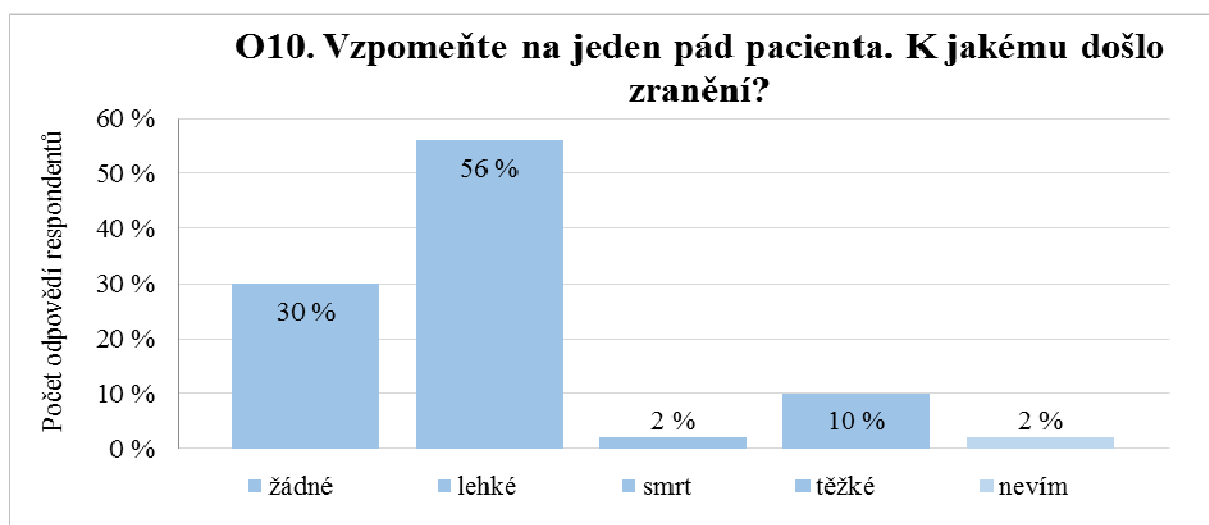
Interpretace výsledků:

45 respondentů (90 %) uvedli dostatek informací o pravidlech používání omezovacích prostředků. Dalších 5 respondentů uvedlo (10 %), že informování o použití omezovacích prostředků nejsou.

Položka v dotazníku B č. 10: Vzpomeňte na jeden pád paciena. K jakému došlo zranění?

Tabulka 35. Závažnost pádu pacienta/klienta

O10. Vzpomeňte na jeden pád paciena. K jakému došlo zranění?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Žádné	15	30
Lehké	28	56
Smrt	1	2
Těžké	5	10
Nevím	1	2
Celkem odpovědí	50	100



Graf 14. Závažnost pádu pacienta/klienta

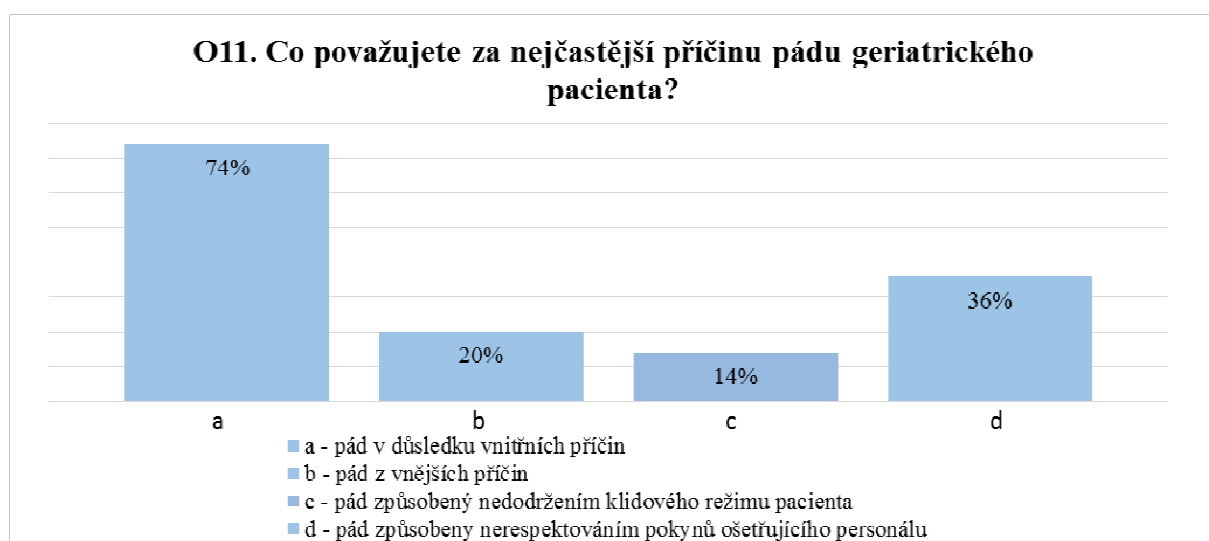
Interpretace výsledků:

Nejvíce, tedy 28 respondentů (56 %) si vzpomnělo na pád s lehkým zraněním. 15 respondentů (30 %) si vzpomnělo na pád bez zranění. 5 respondentů (10 %) si vzpomnělo na pád s těžkým zraněním a jeden respondent (2 %) dokonce uvedl pád který měl následek smrt pacienta/klienta. 1 respondent (2 %) uvenl, že neví.

Položka v dotazníku B č. 11: Co považujete za nejčastější příčinu pádu geriatrického pacienta?

Tabulka 36. Nejčastější příčiny pádu dle respondentů

O11. Co považujete za nejčastější příčinu pádu geriatrického pacienta?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Pád v důsledku vnitřních příčin	37	74
Pád z vnějších příčin	10	20
Pád způsobený nedodržením klidového režimu pacienta	7	14
Pád způsobený nerespektováním pokynů ošetřujícího personálu	18	36
Celkem odpovědí	72	



Graf 15. Nejčastější příčiny pádu dle respondentů

Interpretace výsledků:

Dle 37 respondentů (74 %) je nejčastější příčina pádu pád v důsledku vnitřních příčin. Dle 18 respondentů (36 %) je pád způsoben nerespektováním pokynů ošetřujícího personálu. Dále 10 respondentů (20 %) uvádí pád z vnějších příčin a 7 respondentů (14 %) uvádí, že pád je u pacientů/klientů způsobený nedodržením klidového režimu.

VP5: Nejčastější příčina pádu pacienta/klienta ve zdravotnickém zařízení jsou dle zdravotnického personálu vnitřní příčiny – byl potvrzen.

Položka v dotazníku B č. 12: Je pád pacienta vždy hlášen lékaři?

Tabulka 37. Hlášení pádu lékaři

O12. Je pád pacienta vždy hlášen lékaři?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	48	96
Ne	2	4
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

48 respondentů (96 %) odpovědělo, že hlásí pád pacienta vždy lékaři. Pouze 2 respondenti (4 %) ne vždy hlásí pád pacienta/klienta lékaři.

VP7: Většina zdravotnického personálu hlásí mimořádnou událost „pád“ lékaři – byl potvrzen.

Položka v dotazníku B č. 13: Narážíte na neochotu lékařů při vyplňování formuláře o pádu pacienty?

Tabulka 38. Neochota lékaře vyplňovat formulář o pádu pacienta

O13. Narážíte na neochotu lékařů při vyplňování formuláře o pádu pacienta?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano, vždy	3	6
Ano, občas	9	18
Ne	38	76
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

Na neochotu vždy naráží 3 respondenti (6 %). Občas na neochotu při vyplňování formuláře o pádu pacienta naráží 9 respondentů (18 %). Avšak 38 respondentů (76 %) nenaráží na neochotu při vyplňování formuláře o pádu pacienta.

Položka v dotazníku B č. 14: Dojde-li k pádu, provádíte vždy u pacienta přehodnocení rizika pádu?

Tabulka 39. Přehodnocování rizika pádu u pacienta/klienta

O14. Dojde-li k pádu, provádíte vždy u pacienta přehodnocení rizika pádu?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	36	72
Ne	13	26
Nevím	1	2
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

36 respondentů (72 %) přehodnocuje riziko pádu u pacienta/klienta po jeho pádu, 13 respondentů (26 %) riziko nepřehodnocuje a 1 respondent (2 % neví)

Položka v dotazníku B č. 15: Myslíte si, že jste ze strany zaměstnavatele dostatečně proškolen/a v problematice bezpečí pacientů s ohledem na prevenci a zranění při hospitalizaci?

Tabulka 40. Proškolení v problematice bezpečí pacientů

O15. Myslíte si, že jste ze strany zaměstnavatele dostatečně proškolen/a v problematice bezpečí pacientů s ohledem na prevenci pádu a zranění při hospitalizaci?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	27	54
Spíše ano	18	36
Spíše ne	1	2
Ne	3	6
Nevím	1	2
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

27 respondentů (54 %) si myslí, že je dostatečně proškolen ze strany zaměstnavatele. 18 respondentů (36 %) si myslí, že spíše jsou proškoleni v problematice bezpečí pacientů. 3 respondenti (6 %) uvedli, že nejsou proškolení ze strany zaměstnavatele.

Položka v dotazníku B č. 16: je každý pád pacienta monitorován, vyhodnocen a jsou přijata nápravná preventivní opatření?

Tabulka 41. Monitoring pádů

O16. Je každý pád pacienta monitorován, vyhodnocen a jsou přijata nápravná či preventivní opatření?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	38	76
Ne	10	20
Nevím	2	4
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

38 respondentů uvedlo (76 %), že u každého pacienta/klienta monitorují pád, vyhodnocují jej a provádí nápravná opatření. 10 respondentů (20 %) uvedlo, že nic z výše uvedeného neprovádí a dva respondenti (4 %) neví.

Položka v dotazníku B č. 17: Je pád pacienta na Vašem oddělení vždy veden jako mimořádná událost?

Tabulka 42. Pád jako mimořádná událost

O17. Je pád pacienta na Vašem oddělení vždy veden jako mimořádná událost?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	44	88
Ne	6	12
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

Z 50-ti respondentů 44 (88%) respondentů uvedlo, že pád vždy vedou jako mimořádnou událost. Naopak 6 respondentů (12 %) uvedlo, že pád na oddělení vždy nevedou jako mimořádnou událost.

Položka v dotazníku B č. 18: Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení vytvořen systém hlášení mimořádných událostí?

Tabulka 43. Systém hlášení mimořádných událostí

O18. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení vytvořen systém hlášení mimořádných událostí?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	50	100
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

Všech 50 respondentů (100 %) uvádí, že ve zdravotnickém zařízení mají vytvořen systém hlášení mimořádných událostí.

Položka v dotazníku B č. 19: Jaký systém hlášení mimořádných událostí používáte?

Tabulka 44. Forma hlášení mimořádných událostí

O19. Jaký systém hlášení mimořádných událostí používáte?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Online PC forma + tisk formuláře	50	100
Celkem odpovědí	50	100

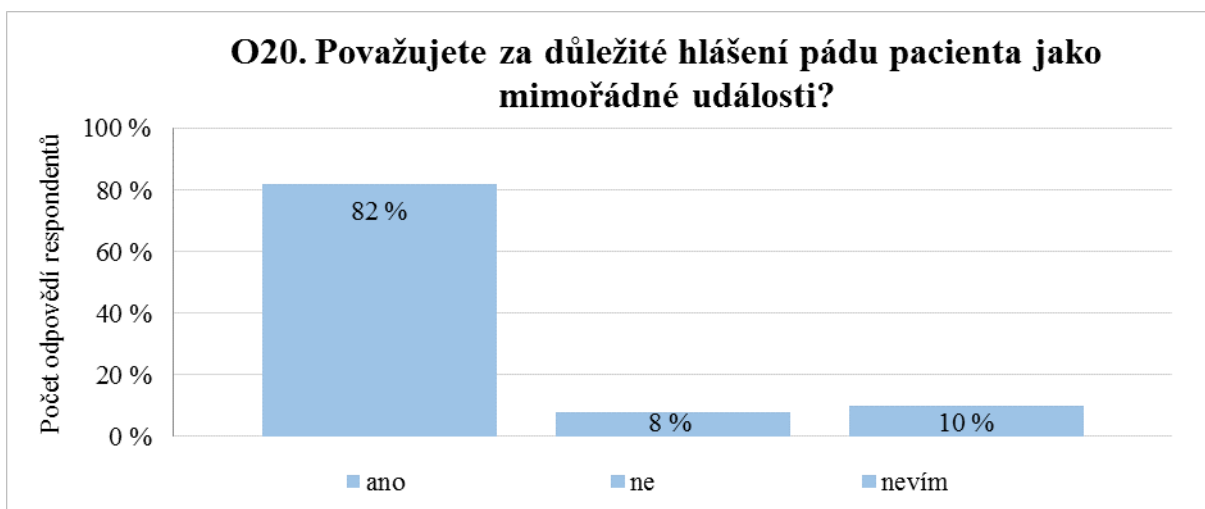
Interpretace výsledků:

Všech 50 respondentů (100 %) uvádí, že ve zdravotnickém zařízení používají online PC formu a tisk formuláře pro hlášení pádu.

Položka v dotazníku B č. 20: Považujete za důležité hlášení pádu pacienta jako mimořádné události?

Tabulka 45. Důležitost hlášení pádu pacienta

O20. Považujete za důležité hlášení pádu pacienta jako mimořádné události?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Ano	41	82
Ne	4	8
Nevím	5	10
Celkem odpovědí	50	100



Graf 16. Důležitost hlášení pádu pacienta

Interpretace výsledků:

Z 50-ti respondentů (100 %) 41 respondentů (82 %) považují za důležité hlášení pádu pacienta jako mimořádné události. 5 respondentů (10 %) neví, zda považují za důležité hlášení pádu u pacienta a 4 respondenti (8 %) nepovažují za důležité hlásit pád pacienta. Proč tak respondenti míní je uvedeno v následujících tabulkaách.

Tabulka 46. Proč respondenti považují za důležité hlásit pád pacienta

O20. Považujete za důležité hlášení pádu pacienta jako mimořádné události? Ano, proč?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
indikátor kvality ošetrovatelské péče	8	16
ochrana personálu a klienta před soudním sporem	2	2
prevence dalšího pádu	7	14
pro bezpečnost pacienta	1	2
pro pozdější následky či komplikace pádu	12	24
pro statistiku vzniku pádů	8	16
pro zranění pacienta	2	4
protože to je logické	1	2
zabránění konfliktu s pacientem a rodinou	5	10
nevyplněno	9	18
Celkem odpovědí	50	100

Tabulka 47. Proč respondenti nepovažují za důležité hlásit pád pacienta

O20. Považujete za důležité hlášení pádu pacienta jako mimořádné události? Ne, proč?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Geriatrický pacient padá často, a ne vždy se to dá vyhodnotit jako pád se zraněním	1	2
Geriatrický pacient padá stále a všude	1	2
Jako pád bych klasifikovala mechanické pády, které se dají ovlivnit na rozdíl od pádů způsobené chorobou	1	2
Ne vždy dochází ke zranění a špatně se specifikují některé pády jako pád	1	2
Celkem odpovědí	4	

Položka v dotazníku B č. 21: Máte obavy z možného postihu ze strany nadřízeného po hlášení mimořádné události – pád?

Tabulka 48. Postih od nadřízeného po hlášení mimořádné události

O21. Máte obavy z možného postihu ze strany nadřízeného po hlášení mimořádné události – pád?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Spíše ano	8	16
Ne	37	74
Nevím	5	10
Celkem odpovědí	50	100

Interpretace výsledků:

Z výše uvedené tabulky lze zjistit, že 37 respondentů (74 %), tedy většina respondentů, se nebojí postihu ze strany od nadřízeného po nahlášení pádu jako mimořádné události. Zbytek respondentů, tedy 8 (16 %) se spíše bojí a 5 (10 %) neví.

Položka v dotazníku B č. 22: Označte prosím své pohlaví.

Tabulka 49. Pohlaví respondentů

O22. Pohlaví		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Muž	2	4
Žena	48	96
Celkem odpovědí	50	100

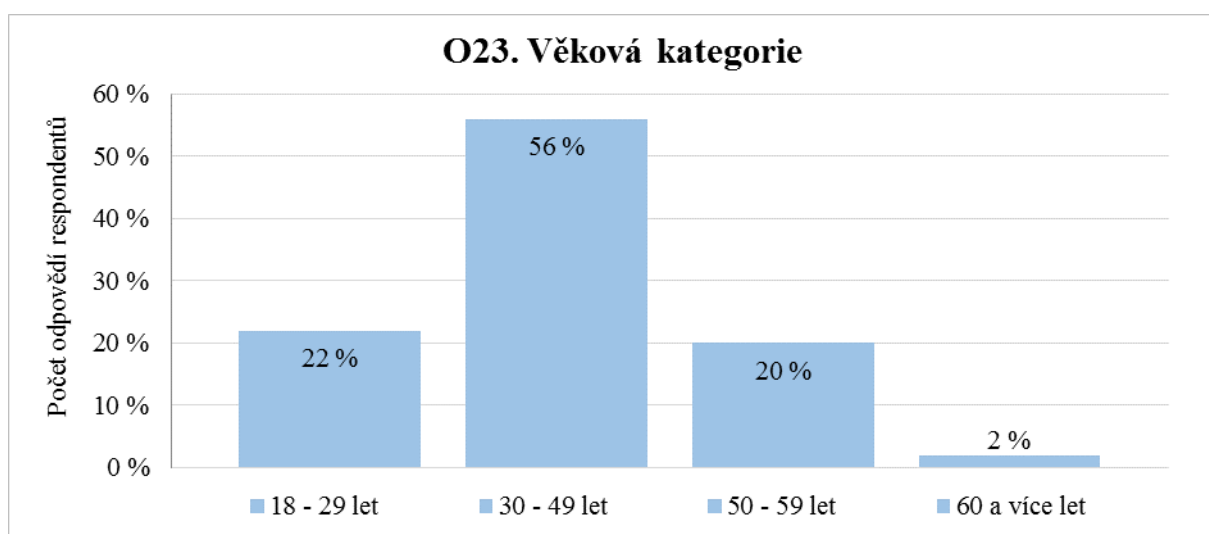
Interpretace výsledků:

Z 50-ti respondentů (100 %) bylo 48 respondentů ženy (96 %). Výzkumu se zúčastnili pouze 2 (4 %) muži.

Položka v dotazníku B č. 23: Označte věkovou kategorii:

Tabulka 50. Věk respondentů

O23. Věková kategorie		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
18–29 let	11	22
30–49 let	28	56
50–59 let	10	20
60 a více let	1	2
Celkem odpovědí	50	100



Graf 17. Věk respondentů

Interpretace výsledků:

Nejčastější věková kategorie, tedy 28 respondentů (56 %) je ve věkové kategorii 30 – 49 let, další věková kategorie 11 respondentů (22 %) byla 18 – 29 let, 10 respondentů (20 %) 50 – 59 let. Pouze 1 (2 %) respondent byl ve věku 60 a více let.

Položka v dotazníku B č. 24: Zvolte z nabídky Vaše pracovní zařazení.

Tabulka 51. Pracovní pozice respondentů

O24. Zvolte z nabídky Vaše pracovní zařazení:		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Všeobecná sestra	48	96
Zdravotnický asistent	2	4
Celkem odpovědí	50	100

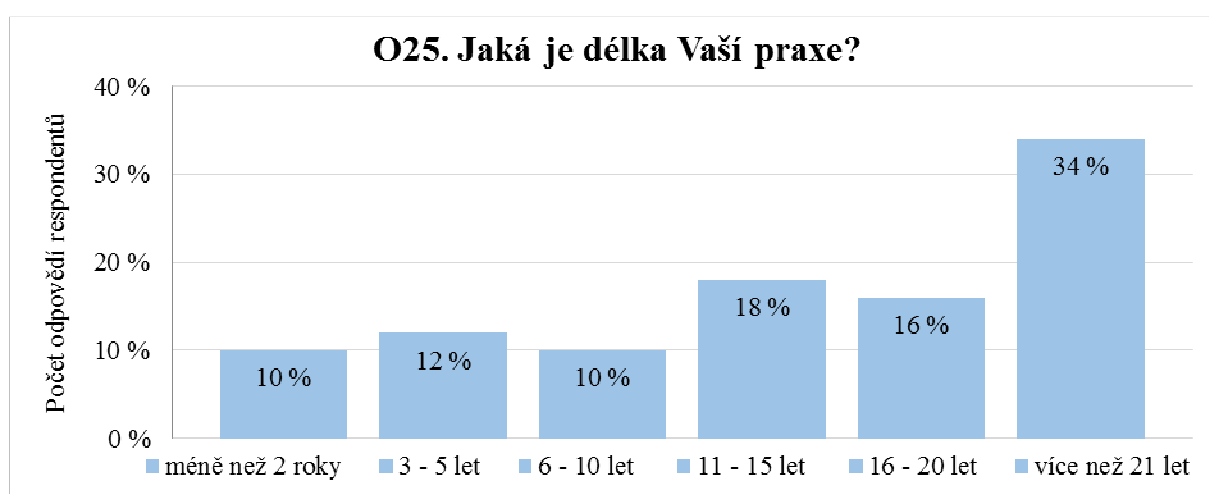
Interpretace výsledků:

Z 50-ti respondentů (100 %) bylo 48 respondentů (96 %) všeobecná sestra a 2 respondenti (4 %) uvedlo své pracovní zařazení jako zdravotnický asistent.

Položka v dotazníku B č. 25: Jaká je délka Vaší praxe?

Tabulka 52. Délka praxe respondentů

O25. Jaká je délka Vaší praxe?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Realitní četnost p (%)
Méně než 2 roky	5	10
3–5 let	6	12
6–10 let	5	10
11–15 let	9	18
16–20 let	8	16
Více než 21 let	17	34
Celkem odpovědí	50	100



Graf 18. Délka praxe respondentů

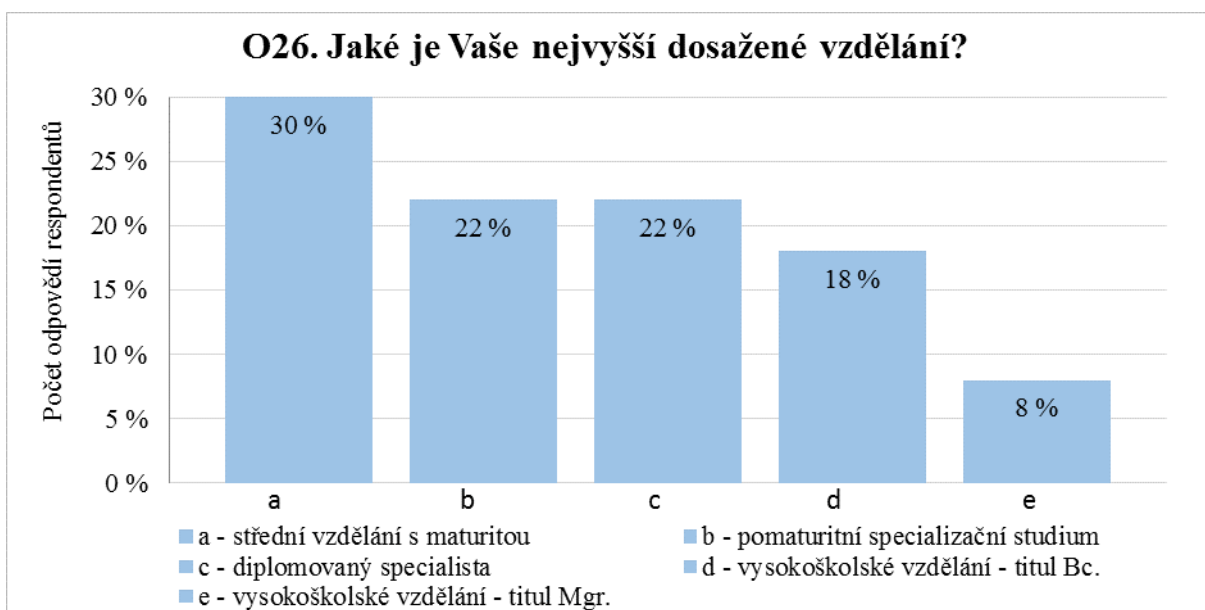
Interpretace výsledků:

Délka praxe u 17 respondentů (34 %) je více než 21 let, u 9 respondentů (18 %) je délka praxe 11–15 let. U 8 respondentů (16 %) je délka praxe 16 – 20 let. 6 respondentů (12 %) uvedlo délku praxe 3 – 5 let. A stejný počet respondentů, tedy 5, uvedlo délku praxe 6 – 10 let (10 %) a méně jak 2 roky (10 %).

Položka v dotazníku B č. 26: jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 53. Vzdělání respondentů

O26. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Realitní četnost p (%)
Střední vzdělání s maturitou	15	30
Pomaturitní specializační studium	11	22
Diplomovaný specialista	11	22
Vysokoškolské vzdělání – titul Bc.	9	18
Vysokoškolské vzdělání – titul Mgr.	4	8
Celkem odpovědí	50	100



Graf 19. Vzdělání respondentů

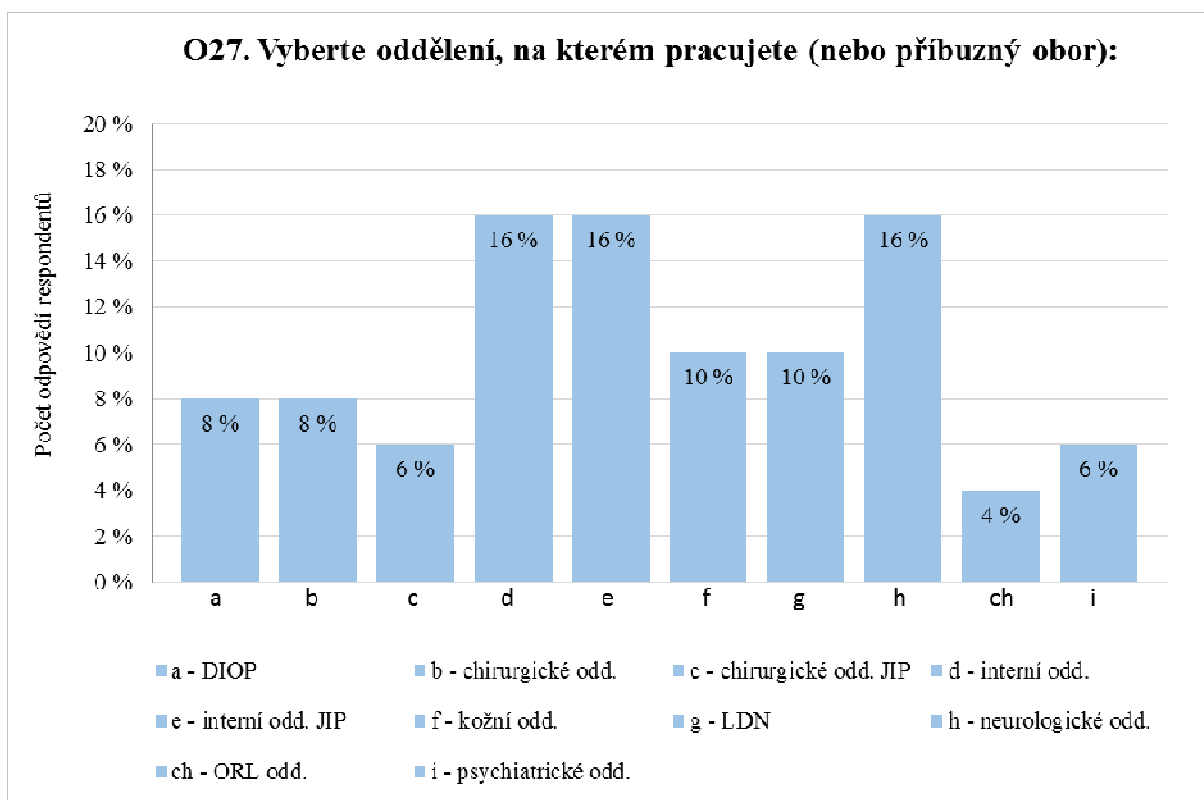
Interpretace výsledků:

Nejvíce, tedy 15 respondentů (30 %) má pouze střední vzdělání s maturitou, dále stejný počet respondentů tedy 11, má pomaturitní specializační studium (22%) a diplomovaný specialista (22%). 9 respondentů (18 %) má titul Bc. A 4 respondenti (8 %) mají titul Mgr.

Položka v dotazníku B č. 27: Vyberte oddělení, na kterém pracujete.

Tabulka 54. Oddělení na kterém respondenti pracují

O27. Vyberte oddělení, na kterém pracujete (nebo příbuzný obor):		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Realitní četnost p (%)
DIOP	4	8
Chirurgické odd.	4	8
Chirurgické odd. JIP	3	6
Interní odd.	8	16
Interní odd. JIP	8	16
Kožní odd.	5	10
LDN	5	10
Neurologické odd.	8	16
ORL odd.	2	4
Psychiatrické odd.	3	6
Celkem odpovědí	50	100



Graf 20. Oddělení na kterém respondenti pracují

Interpretace výsledků:

Nejvíce tedy 8 respondentů bylo z neurologického oddělení (16 %), interního oddělení (16 %) a interního oddělení JIP (16 %). Dále se 5 respondentů zapojilo z kožního oddělení (10 %) a LDN (10 %). 4 respondenti byli z oddělení DIOP (8 %) a chirurgického oddělení (8 %). 3 respondenti byli z oddělení psychiatrie (6 %) a z chirurgické JIP (6 %). Pouze 2 respondenti se zapojili z oddělení ORL (4 %).

4.3 Statistické ověření platnosti hypotéz

Podklady pro výzkumné hypotézy byly zpracovány na základě vytvořených kontingenčních tabulek a tyto tabulky byly vytvořeny z dotazníků a jejich odpovědí. Pro uvažované hypotézy byly transformovány otázky z dotazníkových šetření do absolutních hodnot neboli přesně získaných hodnot a dále přepočítány do relativních hodnot, které umožňují objektivnější srovnání získaných údajů. Pro hypotézu H2 jsou v rámci pádů v domácnosti mimo jiné zahrnuty také pády v koupelně, jelikož se nachází také v domácím prostředí.

Pro ověření hypotéz H1 a H2 byla použita statistická metoda chí-kvadrát, jelikož získaná data byla možno touto metodou ověřit. Základem této matematické funkce je srovnání pozorovaných a očekávaných četností. Sledované četnosti zjistíme z kontingenční tabulky. Při výpočtu se vychází z úvahy, že platí nulová hypotéza. Na podkladu pravděpodobnostního rozložení chí-kvadrát se vypočte pravděpodobnost výskytu takovéto nebo ještě extrémnější hodnoty. Tuto pravděpodobnost označujeme jako dosaženou hladinu významnosti statistického testu. Jestliže je hodnota menší než 0,05, tak nulovou hypotézu zamítneme. Z tohoto vyplývá, že pro vypočítané hodnoty signifikance menší než 0,05 můžeme odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní.

Hypotézy H3 a H4 jsou vyjádřeny zpracováním údajů z kontingenčních tabulek a následným přepočtem do relativních hodnot tak, aby mohly být zobrazeny pomocí sloupcových grafů pro přímé srovnání.

Tabulka 55. H1 Obavy pohlaví před dalším pádem (Pozorované četnosti)

Obavy pohlaví před dalším pádem						
	Zcela ano	Většinou ano	Středně	Spíše ne	Vůbec ne	Celkový počet
Muž	1	16	16	14	10	57
Žena	37	18	22	16	0	93
Celkový počet	38	30	38	30	10	150

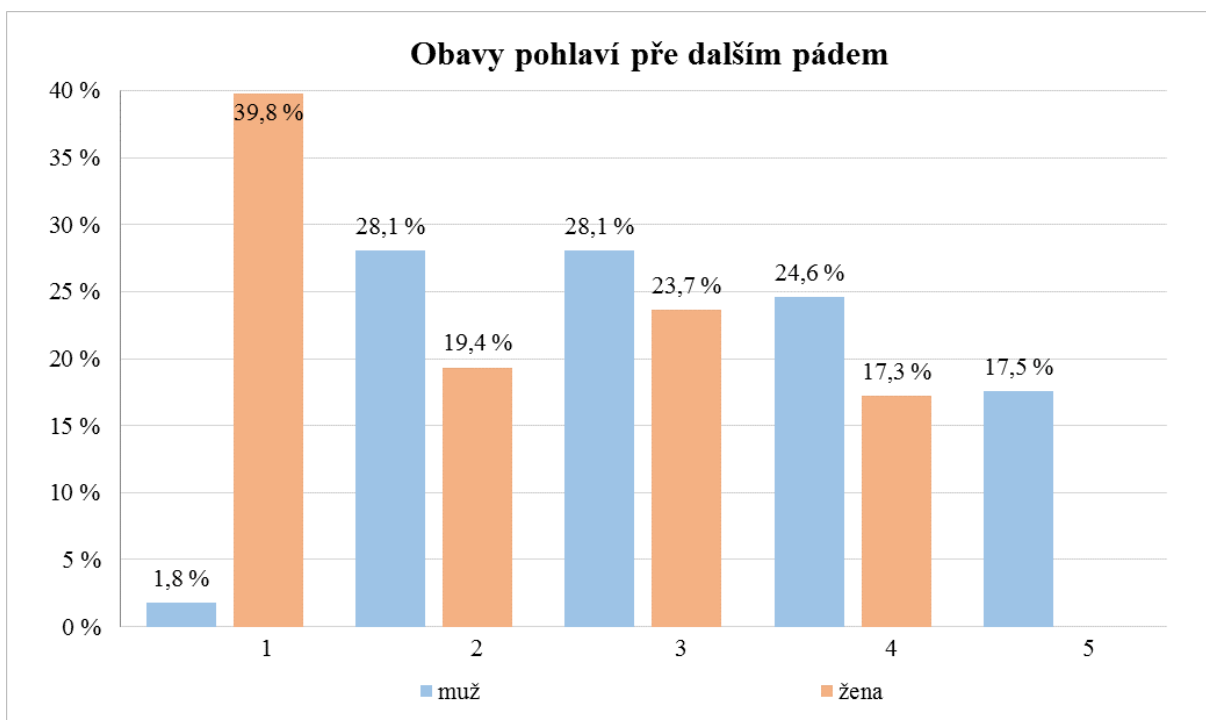
Hypotéza H1 zněla, zda ženy, které již spadly, se více obávají dalšího pádu nežli muži s pádem v anamnéze. Z pozorovaných hodnot vyplývá, že 37 z 93 žen, což je 39,8 % se zcela obává dalšího pádu, kdežto pouze 1 muž z 57 se obává rizika dalšího pádu. Naopak zcela se nebojí dalšího pádu 11 mužů z 57 (17,5 %) a žádná z žen se nebojí rizika dalšího pádu. Zdali je tento rozdíl statisticky významný je nutnost ověřit právě chí-kvadrát testem

Tabulka 56. H1 Obavy pohlaví pře dalším pádem (Očekávané četnosti s vysvětlením výpočtu hodnot)

Obavy pohlaví pře dalším pádem					
Označení	1	2	3	4	5
	Zcela ano	Většinou ano	Středně	Spíše ne	Vůbec ne
Muž	14	13	14	11	4
Žena	24	21	24	19	6
Obavy pohlaví pře dalším pádem					
Označení	1	2	3	4	5
	Zcela ano	Většinou ano	Středně	Spíše ne	Vůbec ne
Muž	38/150*57	34/150*57	38/150*57	30/150*57	10/150*57
Žena	38/150*93	34/150*93	38/150*93	30/150*93	10/150*93

Výpočet očekávaných četností se provádí pomocí pravidla očekávaná četnost = součet v sloupci / celkový počet * součet řádku viz Tabulka 2. H1. Následně pomocí funkce chí-kvadrát v programu Excel vypočítáme hladinu statistické významnosti. Výslednou hodnotu označujeme jako hodnotu signifikance chí-kvadrát testu.

Hodnota signifikance chí-kvadrát pro hypotézu H1 nabývá hodnoty $p=0,0000000729$. Porovnáme-li výslednou hodnotu signifikance s hodnotou 0,05 zjistíme, že nulovou hypotézu můžeme odmítnout a přijmout hypotézu alternativní, že četnosti obav před pádem jsou u mužů a žen jiné. Pokud budeme analyzovat závěry srovnání četností odpovědí v obou skupinách, můžeme konstatovat, že ženy které již spadly, se obávají více dalšího pádu.



Graf 21. Relativní vyjádření obav pohlaví před dalším pádem

Tabulka 57. H2 Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace

Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace				
	domácnost	koupelna	Absolutní počet n	Relativní počet p (%)
S dcerou	11	0	11	7,3
Se synem	5	0	5	3,3
Syn a snacha	6	0	6	4
S partnerem/kou	15	1	16	10,7
Sám/a	38	15	53	35,3
Celkový součet	75	16	91	

Tabulka 58. H2 Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace (Pozorované četnosti)

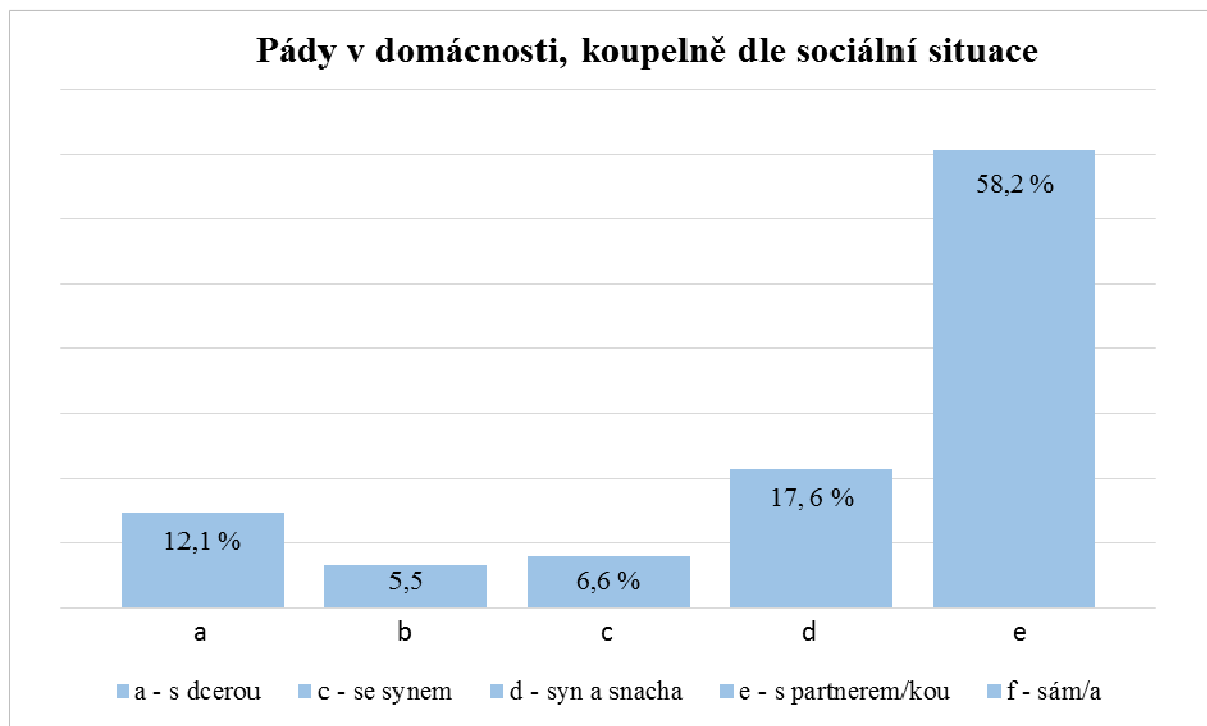
Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace			
	domácnost	koupelna	Celkem
Společně s další osobou	37	1	38
Sám/a	38	15	53
Celkový součet	75	16	91

Hypotéza H2 zněla, zda u lidí žijících o samotě dochází k pádu v domácnosti častěji než u lidí žijících společně s další osobou. Z pozorovaných četností vyplývá mírná převaha pádů v domácnosti, kdy je člověk sám (53 případů z 91) oproti osobám žijícím s další osobou (38 z 91). Na relativní vyjádření k pozorovaným četnostem poukazuje graf 23.

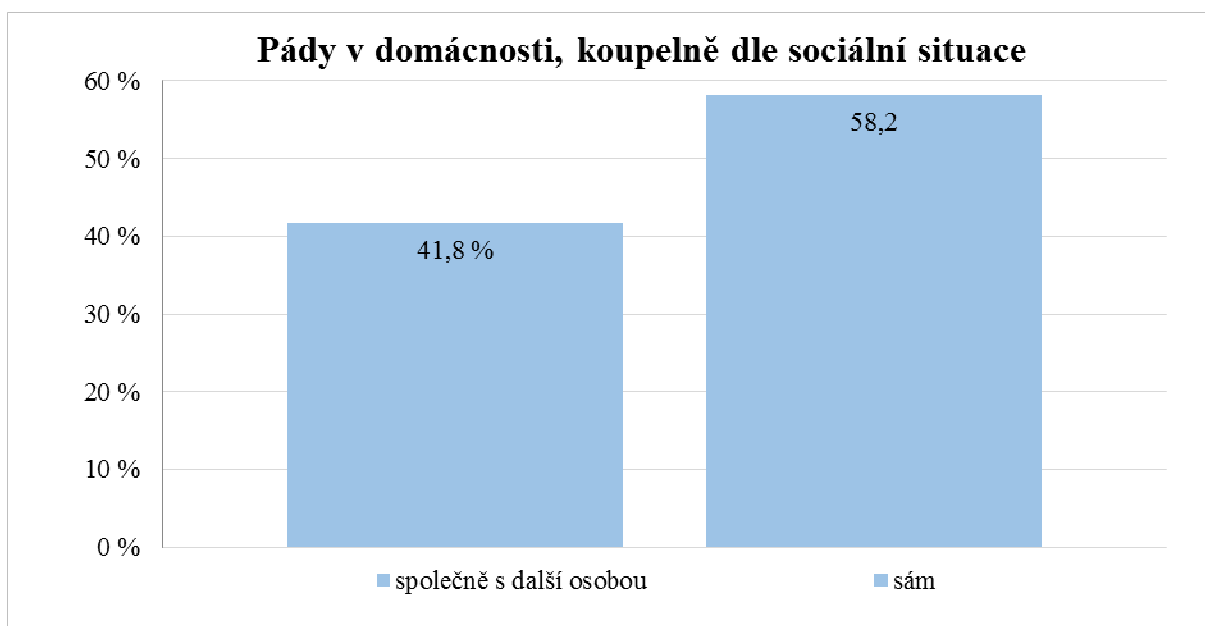
Tabulka 59. H2 Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace (Očekávané četnosti)

Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace		
	ano domácnost	ano - domácnost, koupelna
Společně s další osobou	31	7
Sám/a	44	9
Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace		
	ano domácnost	ano - domácnost, koupelna
Společně s další osobou	75/91*38	16/91*38
Sám/a	75/91*53	16/91*53

Výpočet se opět provedl pomocí statistické funkce chí-kvadrát obdobně jako u hypotézy H1, kde je uveden přesnější popis této funkce pro výpočet. Hodnota signifikance chí-kvadrát vypočtena pro hypotézu H2 nabývá hodnoty $p=0,0015$. Při srovnání výsledné hodnoty signifikance s hladinou významnosti 0,05 zjistíme, že opět můžeme odmítnout nulovou hypotézu. Můžeme tedy konstatovat, že lidé žijící o samotě jsou více rizikovou skupinou pádů v domácnosti než osoby žijící s další osobou.



Graf 22. Relativní vyjádření pádů v domácnosti, koupelně



Graf 23. Relativní vyjádření pádů v domácnosti, koupelně

Tabulka 60. H3 Způsob identifikace – absolutní a relativní četnosti odpovědí

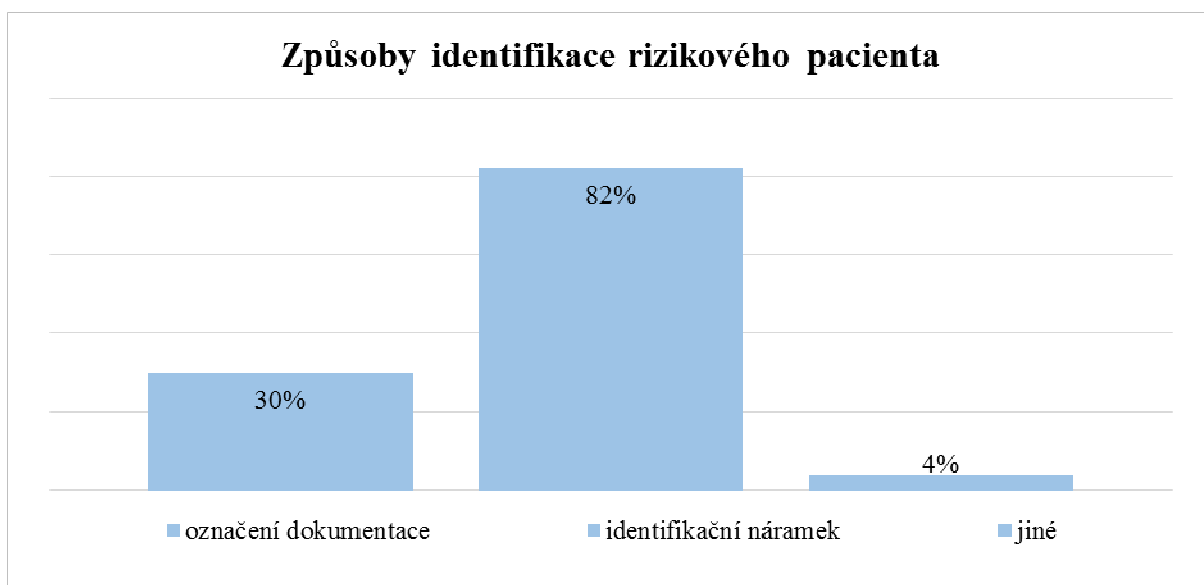
Způsob identifikace rizikového pacienta		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Označení dokumentace	15	30
Identifikační náramek	41	82
Jiné	2	4
Celkem odpovědí	58	

Hypotéza H3 stanovila, že zdravotníci pro označení pacienta s rizikem pádu, používají identifikační náramek označující všeobecné riziko častěji než jakékoli jiné upozornění. Na základě výpočtu signifikance $p < 0,0000001$ můžeme opět odmítnout nulovou hypotézu.

Tabulka 61. H3 – výpočet testovacího kritéria chí-kvadrát

Případ	Pozorované vs. očekávané četnosti (Tabulka1) Chi-Kvadr. = 40,79310 sv = 2 p = 0,000000			
	pozorov. Prom1	očekáv. Prom2	P - O	(P-O) ² /O
C: 1	15,00000	19,33333	-4,33333	0,97126
C: 2	41,00000	19,33333	21,66667	24,28161
C: 3	2,00000	19,33333	-17,33333	15,54023
Sčt	58,00000	58,00000	0,00000	40,79310

Ze získaných dat tedy vyplynulo, že zdravotníci ve 41 případech (82 %) využívají pro identifikaci rizikového pacienta identifikační náramek. Použití označení dokumentace se používá pouze v 15 případech (30 %). Závěr hypotézy H3 tedy potvrzuje, že zdravotníci nejvíce využívají k označování rizikových pacientů identifikační náramky.



Graf 24. Relativní vyjádření identifikací rizikového pacienta

Tabulka 62. H4 Systém hlášení mimořádných událostí

Systém hlášení mimořádných událostí		
Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost p (%)
Online PC forma + tisk formuláře	50	100
Celkem odpovědí	50	100

Hypotéza H4 byla stanovena, že zdravotníci při hlášení pádu používají více elektronický záznam o nežádoucí události než ručně psaný záznam. Pro tuto hypotézu se vyjádřilo 50 dotázaných z 50 (100 %). Lze tedy konstatovat absolutní využívání elektronických záznamů o nežádoucích událostech.

4.4 Diskuse

Diplomová práce se zabývá problematikou prevence pádu u seniorů ve zdravotnickém zařízení. Hlavním cílem práce je zmapovat problematiku pádu seniorů a zjištění jejich názoru v dané oblasti. Zároveň se zaměřujeme i na personál ve zdravotnickém zařízení vzhledem ke stále zvyšujícímu se riziku pádu z důvodu demografického stárnutí populace. Protože hlavní cíl práce se zaměřuje na dva druhy respondentů, proto jsme zvolili dva typy dotazníků abychom naplnili hlavní i dílčí cíle práce.

První dotazník byl převzat z diplomové práce Křepelkové (2014), která se prací zabývá problematikou pádů starších osob.

K prvnímu dílčímu úkolu se vztahují položky v dotazníku A: 3, 8, 9.

Třetí položka dotazníku zjistila, že k pádům nejčastěji dochází v domácnostech respondentů (50 %). Křepelková (2014) v práci uvádí, že nejčastěji respondenti padají v domácnosti (56 %). Jako jiné místa pádu v její práci respondenti uváděli pády na cestě, hřbitově, na chodbě, na kole, u obchodu, na nádraží na náměstí, na poli, na představení, u domu, v autobuse, v lese, v nemocnici, ze žebříku.

Osmá položka dotazníku A zjistila, že nejčastější rizikové chování je zakopnutí (64,7 %) a slabost dolních končetin (89,3 %). Ve srovnávané práci Křepelkové, uvádí, že nejčastější rizikový faktor je zakopnutí (50,83 %). A slabost dolních končetin uvádí pouze 19,58 % respondentů. Tento rozdíl může být dán tím, že dotazníby byli v této práci většině respondentům předčítány a ne jen pouze plošně rozdávány.

Devátá položka zjistila, že nejčastější příčina pádů u seniorů je zakopnutí a v tom se obě práce shodují.

K druhému dílčímu úkolu se položky v dotazníku A 4, 6, 7, které zjišťují závažnost pádů u seniorů.

Čtvrtá položka potvrzuje, že všichni respondenti po dosažení 65-ti let upadli.

Šestá položka udává, že 99% respondentů po pádu měli nejčastěji za následek lehké zranění – odřeniny modřiny. Výsledek v práci Křepelkové v této položce je mírně nižší (2014) ale výskyt lehkých zranění oproti jiným zraněním je nejčastější. K vážným až smrtelným úrazům dochází zřítka kdy.

Sedmá položka vypovídá, že respondenti se po pádu ošetřili sami doma. To je logické, protože k většině pádů dochází v domácnosti respondentů a zranění jsou našťastí lehká.

Ke třetímu dílčímu úkolu se položky v dotazníku A 5, 10, kterými zjišťujeme preventivní opatření respondentů. Pátou položkou dotazníku jsme zjistili, že se ženy obávají dalšího pádu více než muži. V běžném životě ženy častěji dbají na prevenci než muži.

Desátou položkou můžeme zhodnotit tak, že senioři i když mají v anamnéze pád, nepříliš dbají na pravenci.

Ke čtvrtému, pátému a šestému dílčímu úkolu se položky v datzníku A nevztahují.

Druhý dotazník byl převzat z diplomové práce Habartové (2015), která v práci zabývala problematikou pádů u geriatrických klientů z pohledu zdravotnického personálu. Prováděla sběr dat ve městech Olomouc a Zlín. V našem průzkumu jsme získávali data od 50-ti respondentů z Vojenské nemocnice Olomouc. Tyto respondenty tvořil nelékařský zdravotnický personál, toho času působící na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení. 96 % respondentů byly ženy, což není překvapující informace, jen to potvrzuje obecně známý fakt, že v nelékařské zdravotnické profesi pracují hlavně ženy. Dále se dotazníkového šetření zúčastnilo 56 % respondentů ve věku 30 – 49 let. A 96 % respondentů uvedlo jako své pracovní zařazení všeobecná sestra. Nejvíce tedy 34 % respondentů uvedlo délku svojí praxe více než 21 let. Dále 30 % respondentů uvedlo, jako nejvyšší dosažené vdělání střední vzdělání s maturitou.

K prvnímu dílčímu úkolu definovat rizikové faktory a příčiny pdů u rizikových pacientů ve zdravotnickém zařízení se vztahuje položka v dotaníku B č. 11. Položka zjišťuje co považují zdravotníci za nejčastější příčinu pádu u geriatrického pacienta. Nejčastější uváděnou příčinou byl respondenty uváděn pád v důsledku vnitřních příčin a to u 74 %. Stejně tak v práci Habartové (2015) uvedlo 61,79 % respondentů, že nejčastější příčinou pádu jsou vnitřní příčiny. Vnitřní příčiny pádu jsou méně předvídatelné a velmi špatně ovlivnielné než jiné příčiny pádu.

K druhému a třetímu dílčímu úkolu se položky v dotazníku B nevztahují.

Ke čtvrtému dílčímu úkolu – zjistit jak zdravotníci zjišťují riziko pádu u pacientů, se vztahují položky v dotazníku B 1, 2, 3, 4, 5, 6. V první položce vztahující se k provádění odhadu rizika pádu při přijímání pacienta většina respondentů (84 %) uvedlo ano. Stejnou výpovědní hodnotu mají i získané data z diplomové práce Habartové (2015), která v práci uvádí, že ihned po přijetí pacienta/klienta provádí odhad rizika pádu 81,30 % respondentů. Z těchto získaných dat lze jasně vyčst, že hodnocení rizika pádu je součástí příjmové

ošetřovatelské dokumentace. V druhé položce všichni respondenti uvedli, že zjišťování rizika pádu je součástí zdravotnické dokumentace, zde se s výzkumem Habartové (2015) rozcházíme, z dat vyplývá, že respondenti v 91,06 procentech mají zjišťování rizika pádu jako součást ošetřovatelské dokumentace. Třetí položka vypovídá o tom, že všichni respondenti vedou v ošetřovatelské dokumentaci ošetřovatelskou diagnózu „riziko pádu“. Ve vojenské nemocnici se při výskytu rizika pádu nutně musí vytvořit ošetřovatelská diagnóza dle NANDA (neboli North American Nursing Diagnosis Association) domén v oblasti bezpečí – riziko pádu, zhodnotit, stavovit intervence a cíl. Naopak z dat práce Habartové (2015) vyplývá, že 84,55 % respondentů tvoří odpovídající ošetřovatelskou diagnózu „riziko pádu“. Z těchto získaných dat, můžeme říci, že každé zdravotnické zařízení má jiný systém vedení ošetřovatelské dokumentace a i přes snahu o sjednocení vedení dokumentace se tak neděje. Čtvrtá položka dotazníku zjišťuje včasnost zahájení intervencí ke snížení rizika pádu. 98% respondentů uvádí, že ihned po přijetí pacienta klienta zahajují intervence ke snížení rizika pádu. Šestá položka v dotazníku B vzathující se k dílčímu úkolu 4 zjišťuje, jakým způsobem respondenti identifikují rizikového pacienta. Dle našich získaných dat 82 % respondentů uvedlo identifikační náramek. Dle dat Habartové nejčastěji 59,35 % respondentů také odpovědělo identifikační náramek. Z dta můžeme říct, že identifikační náramek který svou barvou udává všeobecné riziko u pacienta je nejvíce používanou pomůckou k označení rizikového pacienta. Méně často se používá označení dokumentace, možná proto, že není tak operativní, slouží spíše ke statistickému zpracování.

K pátému dílčímu úkolu kterým chceme určit, které preventivní opatření nejčastěji využívají zdravotníci u pacientů se sklonem k pádu, se vztahuje položka 5. v dotazníku B. Jak uvádí pátá položka, nejčastěji respondenti provádí tyto intervence: 92 % stanovení ošetřovatelské diagnózy „riziko pádu“, 78 % poučení pacienta, seznámení pacienta s novým prostředím, 78 % kontrola aretace lůžka, nočního stolku a signalizační zařízení. Habartová (2015) v práci uvádí 95,93 % respondentů uvádějících, že ihned zahajují intervence u rizikových pacientů. Nejčastějšími intervencemi v práci Habartové (2015) jsou v 81,36 % stanovení ošetřovatelské diagnózy a poučení, seznámení s prostředím, dále 78,81 % respondentů uvedlo úpravu prostředí, odstranění překážek, 76,27 % kontroluje aretaci lůžka a signalizační zařízení, 71,19 % respondentů uvádí označení rizikového pacienta. Jako jiné intervence, respondenti v naší práci uvádí postranice, doprovod

pacienta, doporučená vhodná obuv. Jako jiné, respondenti v práci Habartové (2015) uvádí používání protiskluzových podložek, nízké polohovatelné postele a použití postranic.

K šestému dílčímu úkolu který má zmapovat, jak zdravotníci hlásí mimořádné dálosti, zjišťují položky v dotazníku B 16, 17, 18, 19, 20 a 21. Šestnáctá položka zjistila, že většina respondentů (76 %) monitoruje, vyhodnocuje a přijímá nápravná opatření po pádu pacienta. Výpovědní hodnota dat z dotazníku habartové (2015) se skoro shoduje, tam stejně odpovědělo 78,05 % respondentů. V Sedmnácté a osmnácté položce respondenti uvedli (88 %) že pád hlásí do systému jako mimořádnou událost. Stejně tak tak vypovídají i data od Habartové (2015). A k hlášení mimořádné události dle položky devatenáct respondenti v této práci ve 100% udávají PC formulář. Kdežto v práci Habartové (2015) ještě respondeti uvádí v 16,81 % pro hlášení mimořádné události písemný formulář a jeden respondent uvedl hlášení mimořádné události do knihy úrazů a do zdravotnické dokumentace. Zajímavá byla položka dvacet, kde 82 % respondentů uvedlo, že považují za důležité hlášení pádu a to hlavně pro indikaci kvality péče, prevence dalšího pádu, pro pozdější následky, pro statistické hodnocení pádů, zabránění konfliktu s rodinou. Opačný postoj k hlášení pádu pacienta má 8 % respondentů, ti nepovažují hlášení pádů za důležité, dle nich se některé pády špatně hodnotí jako „pádů, geriatrický pacient klient padá neustále a nebo vždy nedochází ke zranění a dle toho by pád nehlásili. Pro srovnání s prací Habartové (2015) v její práci respondenti v 62,60 % uvádí, že je důležité hlásit pády a naopak 22,76 % neovažují hlášení za důležité, zbytek respondentů tedy 14,64 % uvedlo, že neví. V položce dvacetjedna většina respondentů (74 %) uvádí, že se nebojí postihu ze strany zaměstnavatele, v dotazníku Habartové (2015) to je 66,67 %. Pouze 16 % respondentů se bojí z možného postihu po nahlášení mimořádné události a Habartová (2015) uvádí 18,70 %.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou prevence pádů u seniorů ve zdravotnickém zařízení. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat problematiku pádu seniorů a zjištění jejich názorů v dané oblasti. Zároveň se zaměřujeme i na nelékařský zdravotnický personál.

Ze získaných výsledků z dotazníku A můžeme říct, že pády mají spoustu příčin, jako nejvíce respondenti udávali slabost dolních končetin a uklouznutí. Klienti často udávali, že je nikdo neinformoval o rizicích a prevenci pádu. Nejraději informace získávají médii jako je televize a rádio. Z dat vyplývá, že je třeba seniory o rizicích informovat opakovaně a důkladně, protože si všechny informace nedokáží zapamatovat. Dále z výzkumu vyplynulo. Že i když padají v domácnosti, nedbají na preventivní opatření v domácnosti, aby k pádu nedošlo.

Ze získaných výsledků z dotazníku B můžeme říci, že nelékařský zdravotnický aktivně vyhledává rizikové pacienty. Také se potvrdilo, že používají omezovací prostředky, a to nejčastěji postranice a kurty. Zdravotnická zařízení poskytují svým zaměstnancům dostatek informací o používání bezpečnostních prostředků a netrestají své zaměstnance za hlášení pádů.

Vojenská nemocnice má zaveden systém elektronického hlášení mimořádných událostí a všichni respondenti jej využívají při hlášení mimořádných událostí. V Práci Habartové (2015) výzkum ukázal, že v roce 2015 ještě některá oddělení měla povolen psaný záznam mimořádných událostí.

Hlášení pádů většina zdravotníků považuje za důležité, a to hlavně kvůli následným komplikacím, hodnocení kvality péče, statistiky nebo kvůli možné stížnosti ze strany rodiny pacienta/klienta. Pouze několik málo respondentů uvádělo že hlášení nepovažují za důležité, a to, protože geriatrický pacient padá neustále, což není z etického hlediska vhodné. Někteří respondenti uvedli, e nepovažují hodnocení pádu za důležité, protože některé „pády“ se nedají jako pád definovat.

Můžeme konstatovat, že zdravotnický personál má profesionální přístup k prevenci, hodnocení a hlášení pádů u geriatrických pacientů/klientů. Ve zdravotnických zařízeních často probíhají audity. Díky nimž personál má nastudován přesný postup, jak se v určitých situacích chovat, a tak máme dojem, že v dotazníku odpovídali tak jak se od nich očekává, než aby vypověděli přesné a identické chování.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá problematikou prevence pádu u seniorů ve zdravotnickém zařízení, a to ze strany klientů a nelékařského zdravotnického personálu.

Výzkumné šetření bylo provedeno ve Vojenské nemocnici Olomouc pomocí dvou dotazníků. První dotazník byl pro seniory, u kterých vyšlo riziko pádu. Druhý dotazník byl pro nelékařské zdravotnické pracovníky pracujících na lůžkovém oddělení. Dotazníky byly převzaty ze dvou diplomových prací, nově získané výsledky se následně srovnávali. Získaná data byla pro přehlednost uvedena do tabulek a grafů.

V teoretické části se zabýváme problematikou pádů u seniorů, jejich hodnocením, prevencí a příčinami. Každé zdravotnické zařízení monitoruje výskyt pádů a usilují o snižování výskytu pádů a tím o zlepšování kvality péče.

Tato diplomová práce může sloužit pro další srovnávání výskytů pádů a jejich hodnocení ve zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova:

pády, senioři, stáří, nelékařský zdravotnický personál, prevence, mimořádná událost, riziko, příčina.

SUMMARY

The thesis deals with the issue of fall prevention among elderly in a medical facility, not from clients and paramedical staff.

The research was carried out at the Military Hospital in Olomouc using two questionnaires. The first questionnaire was for the seniors who was a positive risk of falling. The second questionnaire was for non-medical healthcare workers who works at inpatient department. The questionnaires were taken from two theses, than new obtained results were compared. For clarity were obtained data presented in tables and charts.

In the theoretical part we deal issues falls of elderly, their evaluation, prevention and causes. Each medical device monitors the occurrence of falls and strives to reduce the incidence of falls and thus to improve the quality of care.

This thesis can serve for further comparison of occurrences of falls and their evaluation in the health facility.

Klíčová slova v angličtině:

falls, seniors, age, non-medical healthcare workers, prevention, extraordinary event, risk, cause.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BEMIS-DOUGHERTY, A. a M. F. DELAUNE. 2008. *Reducing Patient Falls in Inpatient Settings. American Therapy Association*, roč. 16, č. 5, s. 36 – 42. ISSN 1065-5077.
2. BENEŠOVÁ, V. et al. 2003. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol. 84 s. ISBN 80-239-2104-5.
3. *Cvičební aktivity vhodné pro seniory* [on-line]. 2008 Dostupné na WWW: <http://www.cvicime.cz/cviceni-praha-2005/cviky/vek/seniori2.html>. [cit. 2016-10-11].
4. ČERVENKOVÁ, H. 2010. Úrazy seniorů. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta a.s., roč. 59, č. 18, s. 10-11. příloha Zdravotnických novin.
5. ČEVELA, R., Z. KALVACH, a L. ČELEDOVÁ. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. FRELS, C., P. WILLIAMS, a S. NARAYANAN. 2002. *Iatrogenic cause of falls in hospitalised elderly patients: a case – control study. Postgrad Med J*, roč. 78, č. 922, s. 478 – 489. ISSN 0032-5473.
7. GEBAUEROVÁ, E., et al. 2004. Sledování pádů a úrazů, *Sestra*. Praha: Sanoma magazines Praha s. r. o., roč. 14, č. 9, s. 37. ISSN 1210-0404.
8. GEBAUEROVÁ, E. 2004. Sledování pádů s úrazů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., roč. 14, č. 9, s. 37. ISSN 1210-0404.
9. HEŘMANOVÁ, J., M. ZVONÍČKOVÁ, 2005. *Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry. Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha. roč. 1, č. 4. ISSN 1801-1349.
10. HITCHO, E., M. KRAUSS, a S. BIRGE 2004. *Characteristics and circumstances of falls in hospital: a prospective analysis. Gen Intern Med*, roč. 19, č. 7. ISSN 0884-8734.
11. HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ, a K. ZIKMUNDOVÁ. 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd., Praha: Česká alzheimerovská společnost. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
12. CHARVÁTOVÁ, P., et al. 2004. Pád pacienta jako indikátor kvality péče, *Lékařské listy*. Mladá fronta, roč. 53, č. 41. ISSN 0044-1996.
13. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

14. JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
15. JOINT COMMISSION RESOURCES. 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
16. JURÁSKOVÁ, D. 2007. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. V Praze: EuroProfis. 44 s. ISBN 978-80-239-8838-3.
17. JURÁSKOVÁ, D. *Indikátory kvality ošetrovatelské péče a jejich sledování* [online]. 2008 Dostupné na WWW: http://www.cskz.cz/seznamy/13_juraskova_oseetrovatelske_ind.ppt. [cit. 2016-10-27].
18. JURÁSKOVÁ, D. *Pády a zranění pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče. Ošetrovatelství*. Praha: Univ. Karlova, ISSN 1212-123X. 2008, roč. 10, č. 3-4, s. 58-75.
19. KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. Care. 44 s. ISBN 80-7262-455.
20. KALVACH, Z. a B. HOŠKOVÁ 1999. *Pády ve stáří: cvičební program k jejich prevenci a zvládnutí*. Praha: Státní zdravotní ústav. 10 s. ISBN 80-7071-139-6.
21. KALVACH, Z. a I. HOLMEROVÁ, *Medicína pro praxi. Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén* [online]. 2008 [cit. 2016-09-15]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>
22. KALVACH, Z. et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
23. KAŇOVSKÝ, P. 2004. Poruchy chůze a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. Praha. Solen, s. r. o., roč. 6, č. 2, s. 85 – 88. ISSN 1212 – 7299.
24. KLÁN, J. et al. 2003. Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. *Česká geriatrická revue*. Praha: Medica Healthworld a. s., č. 2, s. 39, 41. ISSN 1801-8661.
25. KOCINOVÁ, S., Z. ŠTERBÁKOVÁ, 2003. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 4. vyd. Praha: Informatorium. s. 18-74. ISBN 80-7333-012-1.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

27. KUBEŠOVÁ MATĚJOVSKÁ, H. 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. Praha: Galén. 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5.
28. LINET. a. Bezpečnost pacienta – Pády a úrazy pod kontrolou. *Komfort*. [on-line]. 2008 Dostupné na WWW: <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/ke-stazeni/klinickaliteratura/27476/bezpecnost-pacienta-pady-a-zraneni-pod-kontrolou>. [cit. 2016 -11-18].
29. LINET. 2013. Linet Scholaris. *Výsledky Pádové studie České asociace sester 2012: Monitoring a prevence přispívají ke snížení výskytu pádů* [online]. 2013 [cit. 2016-09-15]. Dostupné z: <http://www.linetscholaris.cz/zpravy/195-3>
30. LINET. b. Pády: skrytá hrozba, *Komfort*. [on-line]. 2008 Dostupné na WWW: <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-4-2006/28225/Pady-skryta-hrozba>. [cit. 2016 -11 -18].
31. LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. s. 18. ISBN 978-80-247-1784-5.
32. MARX, D. 2005. Riziko pádů ve zdravotnickém zařízení. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: PROMEDIAMOTION, s. r. o. roč. 1, č. 3, s. 12. ISSN 1802-1123.
33. MENCLOVÁ, K., a M. SVĚTLÍKOVÁ, 2006. Pády seniorů v kolektivním zařízení. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. roč. 16, č. 10, s. 38-39. ISSN 1210-0404.
34. KUCHTOVÁ, A. 2015. *Ošetrovatelský standard. Ošetrovatelská péče o pacienta s rizikem pádu*. Olomouc: Vojenská nemocnice Olomouc. Odborný garant: Zrníková, H. Bez ISBN.
35. PACOVSKÝ, V. 2008. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Profesional Publishing. 231 s. ISBN 978-80-86946-74-0.
36. POLESNÝ, D. *Senzor pádu v mobilu ochrání seniory*. [on-line]. 2008 Dostupné na WWW: <http://medical-tribune.cz/archiv/mpp/56/1242>. [2016-10-22].
37. PŘÍHODA, V. 1974. *Ontogeneze lidské psychiky – díl 4*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 495 s. ISBN 08-9930-63-03.
38. RŮŽIČKA, E. et al. 2002. *Dyskinetické syndromy a onemocnění*. Praha: Galén. 320 s. ISBN 80-7262-154-8.
39. ZRNÍKOVÁ, H. 2015. *Nežádoucí události. Směrnice*. Olomouc: Vojenská nemocnice Olomouc. Bez ISBN.

40. SVOBODOVÁ, D. 2008. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. Praha: Česká asociace sester. 44 s. Pracovní postupy. ISBN 978-80-7262-585-7.
41. SVOBODOVÁ, D. 2013. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011 – 2012. *Florence*, roč. 9, č. 6, s. 23 – 31. ISSN 1801-464X.
42. SVOBODOVÁ, D. a J. JURÁSKOVÁ. 2010. Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice. *Florence*, roč. 6, č. 9, s. 29 – 33. ISSN 1801-464X.
43. SVOBODOVÁ, D., *Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. Česká asociace sester, o.s. [online]. 1.10.2007 [cit. 2016-10-22]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf
44. SVOBODOVÁ, D. 2010. Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v české republice. *Florence*. Praha: Ambit Media a.s., roč. 6, č. 9, s. 29-33. ISSN 1801-464X.
45. ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
46. ŠKRLA, P. 2005. *Především neublížit. Cesta k pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
47. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
48. TOPINKOVÁ, E. a D. FIALOVÁ. *Postgraduální medicína: Geriatrická farmakoterapie - léčiva nevhodná pro starší nemocné* [online]. 2016 [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/geriatricka-farmakoterapie-leciva-nevhodna-pro-stars-i-nemocne-274768>
49. TOŠNEROVÁ, T. 2006. Na pomoc kvalitnímu stáří. Prevence pádů. *Florence*, roč. 2, č. 7 – 8, s. 43 – 47. ISSN 1801-464X.
50. TOŠNEROVÁ, T. *Na pomoc kvalitnímu stáří z hlediska zdravotníka – prevence pádů*. [on-line]. 2008 [cit. 2016-10-22]. Dostupné z: <http://www.restrikce.cz/html/prevent.html>.
51. VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
52. VONDRÁČEK, J. 2007. Pád pacienta očima právníka. *Florence*, roč. 3, č. 12, s. 13. ISSN 1801-464X.
53. VONDRÁČEK, L. 2008. Tři případy právních důsledků pádu. *Florence*. Praha: Galén, roč. 4, č. 9, s. 358. ISSN 1801-464X

54. VZP. Prevence pádu. *Jak identifikovat pacienta náchylného k pádu a rizikové prostředí?* [online]. 2013 [cit. 2016-09-15]. Dostupné z: <http://www.prevencepadu.cz/cs/jak-identifikovat-pacienta-nachylneho-k-padu-a-rizikove-prostredi/>
55. ZDRAVCENTRA. *Léčiva potenciálně nevhodná ve stáří.* [on-line]. 2008 [cit. 2016-10-22]. Dostupné na: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/81_19722.html
56. ZABEZPEČOVACÍ ZAŘÍZENÍ. *Tísňové systémy pro seniory a nemohoucí.* [on-line]. 2017 [cit. 2017-01-05]. Dostupné na: <https://www.zabezpecovaci-zarizeni.cz/systemy-pro-seniory2/>
57. STUPNICE PÁDU MORSE. *Stupnice pádu Morse* [on-line]. 2017 [cit. 2017-01-05]. Dostupné na: [//dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/morse-cz.pdf](http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/morse-cz.pdf)

SEZNAM ZKRATEK

ČAS – Česká asociace sester

MFS-CZ – Stupnice pádu MORSE – česká verze

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NGS – nazogastrická sonda

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

VNOL – Vojenská nemocnice Olomouc

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Stupnice pádu MORSE.....	24
Tabulka 2. Hodnocení stavu pacienta	25
Tabulka 3. Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta	26
Tabulka 4. Screeningový test mobility	27
Tabulka 5. Aktivita	32
Tabulka 6. Pád po dovršení 65 let věku.....	32
Tabulka 7. Místo pádu	32
Tabulka 8. Jiné místo pádu	33
Tabulka 9. Četnost pádu respondentů.....	34
Tabulka 10. Obavy o opakování pádu	35
Tabulka 11. Obavy před dalším pádem dle pohlaví respondentů.....	36
Tabulka 12. Následky způsobené pádem.....	36
Tabulka 13. Jiné následky způsobené pádem	37
Tabulka 14. Následky způsobené pádem.....	38
Tabulka 15. Ošetření po pádu	39
Tabulka 16. Rizikové chování	40
Tabulka 17. Rizikové chování	42
Tabulka 18. Vybavení domácnosti	44
Tabulka 19. Informační prostředky	47
Tabulka 20. Informační prostředky	47
Tabulka 21. Věk.....	48
Tabulka 22. Pohlaví	49
Tabulka 23. S kým bydlíte	50
Tabulka 24. Provádění testu rizika pádu při přijímání pacienta	51
Tabulka 25. Zjišťování rizika pádu jako součást dokumentace.....	51
Tabulka 26. Ošetřovatelská diagnóza „riziko pádu“	52
Tabulka 27. Včasnost zahájení intervencí pro snížení rizika pádu.....	52
Tabulka 28. Intervence ke snížení rizika pádu	52
Tabulka 29. Jiné intervence ke snížení rizika pádu uvedené respondenty	53
Tabulka 30. Identifikace rizikového pacienta.....	54
Tabulka 31. Ošetřovatelský standard „Prevence pádu a zranění pacienta“	54
Tabulka 32. Používání omezovacích prostředků.....	55
Tabulka 33. Nejčastěji používané omezovací prostředky respondenty	55
Tabulka 34. Informovanost respondentů o používání omezovacích prostředků	56
Tabulka 35. Závažnost pádu pacienta/klienta.....	56

Tabulka 36. Nejčastější příčiny pádu dle respondentů	57
Tabulka 37. Hlášení pádu lékaři	58
Tabulka 38. Neochota lékaře vyplňovat formulář o pádu pacienta	58
Tabulka 39. Přehodnocování rizika pádu u pacienta/klienta	59
Tabulka 40. Proškolení v problematice bezpečí pacientů.....	59
Tabulka 41. Monitoring pádů	60
Tabulka 42. Pád jako mimořádná událost.....	60
Tabulka 43. Systém hlášení mimořádných událostí	61
Tabulka 44. Forma hlášení mimořádných událostí.....	61
Tabulka 45. Důležitost hlášení pádu pacienta	61
Tabulka 46. Proč respondenti považují za důležité hlásit pád pacienta.....	62
Tabulka 47. Proč respondenti nepovažují za důležité hlásit pád pacienta.....	63
Tabulka 48. Postih od nadřízeného po hlášení mimořádné události.....	63
Tabulka 49. Pohlaví respondentů.....	63
Tabulka 50. Věk respondentů	64
Tabulka 51. Pracovní pozice respondentů	64
Tabulka 52. Délka praxe respondentů	65
Tabulka 53. Vzdělání respondentů	65
Tabulka 54. Oddělení na kterém respondenti pracují.....	66
Tabulka 55. H1 Obavy pohlaví před dalším pádem (Pozorované četnosti)	68
Tabulka 56. H1 Obavy pohlaví pře dalším pádem (Očekávané četnosti s vysvětlením výpočtu hodnot)	69
Tabulka 57. H2 Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace	70
Tabulka 58. H2 Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace (Pozorované četnosti).....	70
Tabulka 59. H2 Pády v domácnosti, koupelně dle sociální situace (Očekávané četnosti).....	71
Tabulka 60. H3 Způsob identifikace – absolutní a relativní četnosti odpovědí	72
Tabulka 61. H3 – výpočet testovacího kritéria chí-kvadrát.....	72
Tabulka 62. H4 Systém hlášení mimořádných událostí	73

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Místo pádu	33
Graf 2. Četnost pádu	34
Graf 3. Obavy o opakování pádu	35
Graf 4. Následky způsobené pádem	37
Graf 5. Ošetření po pádu	39
Graf 6. Rizikové chování	41
Graf 7. Rizikové chování	43
Graf 8. Vybavenost domácnosti v rámci prevence předcházení pádů	46
Graf 9. Informační prostředek	47
Graf 10. Věk	48
Graf 11. Pohlaví respondentů	49
Graf 12. Intervence ke snížení rizika pádu	53
Graf 13. Používání omezovacích prostředků	55
Graf 14. Závažnost pádu pacienta/klienta	56
Graf 15. Nejčastější příčiny pádu dle respondentů	57
Graf 16. Důležitost hlášení pádu pacienta	62
Graf 17. Věk respondentů	64
Graf 18. Délka praxe respondentů	65
Graf 19. Vzdělání respondentů	66
Graf 20. Oddělení na kterém respondenti pracují	67
Graf 21. Relativní vyjádření obav pohlaví před dalším pádem	70
Graf 22. Relativní vyjádření pádů v domácnosti, koupelně	71
Graf 23. Relativní vyjádření pádů v domácnosti, koupelně	72
Graf 24. Relativní vyjádření identifikací rizikového pacienta	73

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Anonymní dotazník A

Příloha č. 2 – Anonymní dotazník B

Příloha č. 3 – Žádost o provedení dotazníkového šetření

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Anonymní dotazník A

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eliška Rokytová, jsem studentkou 2. ročníku magisterského oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy, PdF UPOL a ráda bych Vás poprosila o Váš čas a spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je součástí mé diplomové práce s názvem „Problematika prevence pádů u seniorů ve zdravotnickém zařízení“ a je zcela anonymní.

Získaná data jsou pro mě velmi cenná, budou využita jen pro zpracování mé diplomové práce a nebudou poskytnuta žádným dalším osobám.

Pokyny pro vyplnění dotazníku

Vámi zvolenou odpověď prosím označte křížkem (X). U položek, kde je možnost vybrat více odpovědí, je tato možnost označena v závorce na konci otázky. Pokud nevyberete žádnou z nabízených odpovědí, můžete v položce „jiné, jaké.....“ čitelně napsat svůj názor.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu podělit se o informace, za vstřícnost a pomoc.

S přátelským pozdravem,

Bc. Eliška Rokytová, DiS.

1. Jste chodící (aktivní) člověk?

ANO

Pokud jste odpověděl/a **ANO**, pokračujte prosím plynule ve vyplňování všech otázek

NE

Pokud jste odpověděl/a **NE**, prosím o odevzdání dotazníku zpět, kde jste ho obdrželi.

2. Spadl/a jste někdy po dovršení 65 let věku?

ANO

Pokud jste odpověděl/a **ANO**, pokračujte prosím plynule ve vyplňování všech otázek

NE

Pokud jste odpověděl/a **NE**, vynechejte prosím otázky číslo 6-10, a začněte až **od otázky číslo 11-13 na straně 6-8 s nadpisy RIZIKOVÉ FAKTORY, PREVENCE a následně INFORMACE.**

3. Kde k pádu došlo (zde můžete zakřížkovat i více odpovědí):

€ venku na chodníku

€ venku v zahradě

€ v domácnosti

€ v koupelně

€ jiné, jaké (napište, prosím):

.....

.....

4. Kolikrát jste spadl/a v minulosti?

po dovršení 65 let věku (prosím uveďte číslo)

.....

za poslední 1 rok (prosím uveďte číslo)

.....

5. Pokud jste již někdy spadl/a, máte strach, že upadnete znovu?

€ vůbec ne

€ spíše ne

€ středně

€ většinou ano

€ zcela ano

6. Jaký jste měl/a následek po pádu? (u této otázky je možné zakřížkovat a odpovědět na více odpovědí)

€ zlomenina ruky – kolikrát? (prosím uveďte číslo).....

€ zlomenina krčku nohy – kolikrát? (prosím uveďte číslo).....

€ zlomenina nohy – kolikrát? (prosím uveďte číslo).....

€ zlomenina obratle – kolikrát? (prosím uveďte číslo).....

€ poranění hlavy (zlomeniny lebky...) – kolikrát? (prosím uveďte číslo).....

€ odřeniny, modřiny – kolikrát? (prosím uveďte číslo).....

€ větší krvácení – kolikrát? (prosím uveďte číslo).....

€ jiný úraz- kolikrát? (prosím uveďte číslo)

tady konkrétně vypište, jaký jiný/é úraz/y se Vám stal/y

.....

7. Po pádu jsem (zakřížkujte):

- byl/a ošetřen/a pouze praktickým lékařem (vyhledal-a jsem pouze lékařské ošetření)
- byl/a hospitalizován/a v nemocnici
- se ošetřil/a sám/a doma

8. Které z následujících chování (příčin) vedlo k tomu, že jste upadl/a? (je možné zakřížkovat více odpovědí) Toto chování vedlo k mému pádu:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> zakopnutí | <input type="checkbox"/> poruchy chůze, rovnováhy |
| <input type="checkbox"/> uklouznutí | <input type="checkbox"/> nejistota v prostoru |
| <input type="checkbox"/> chůze po tmě | <input type="checkbox"/> poruchy zraku |
| <input type="checkbox"/> činnosti spojené se záklonem hlavy (věšení prádla, vkládání předmětů na vysoké police) | <input type="checkbox"/> poruchy myšlení |
| <input type="checkbox"/> činnosti vykonávané na užší podstavě (chůze po chodníku, oblékání dolní části těla ve stoje, vstávání na špičky) | <input type="checkbox"/> neschopnost zvládnout běžné denní aktivity |
| <input type="checkbox"/> činnosti vykonávané s vychýlením těžiště (předklon, záklon) anebo s jeho zvýšením (nošení břemen) | <input type="checkbox"/> zmatenost |
| <input type="checkbox"/> chůze po kluzkém a nerovném povrchu | <input type="checkbox"/> špatné osvětlení |
| <input type="checkbox"/> nošení obuvi s kluzkými podešvemi a chůze v ponožkách po dlažbě anebo linoleu | <input type="checkbox"/> volně položené koberečky, běhouny |
| <input type="checkbox"/> spěchání (např. na záchod....) | <input type="checkbox"/> používání schodiště |
| <input type="checkbox"/> vyprávění po čas chůze | <input type="checkbox"/> požití alkoholu |
| <input type="checkbox"/> slabost dolních končetin (náhlá) | <input type="checkbox"/> závratě, nevolnost |
| <input type="checkbox"/> používání pomůcek (opěrné) při chůzi | <input type="checkbox"/> plovoucí podlaha, linoleum, lakované parkety |
| | <input type="checkbox"/> užívání více jak 4 předepsaných druhů léků |
| | <input type="checkbox"/> chůze jen v ponožkách po strmém kluzkém podkladě |

9. Které z následujících chování je pro Vás v běžném životě typické?

(je možné zakřížkovat více odpovědí) Toto odpovídá mému chování:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zakopnutí | <input type="checkbox"/> poruchy chůze, rovnováhy |
| <input type="checkbox"/> uklouznutí | <input type="checkbox"/> nejistota v prostoru |
| <input type="checkbox"/> chůze po tmě | <input type="checkbox"/> poruchy zraku |
| <input type="checkbox"/> činnosti spojené se záklonem hlavy
(věšení prádla, vykládání předmětů na vysoké police) | <input type="checkbox"/> poruchy myšlení |
| <input type="checkbox"/> činnosti vykonávané na užší podstavě
(chůze po chodníku, oblékání dolní části těla ve stoje, vstávání na špičky) | <input type="checkbox"/> neschopnost zvládnout běžné denní aktivity |
| <input type="checkbox"/> činnosti vykonávané s vychýlením
těžiště (předklon, záklon) anebo s jeho zvýšením (nošení břemen) | <input type="checkbox"/> zmatenost |
| <input type="checkbox"/> chůze po kluzkém a nerovném povrchu | <input type="checkbox"/> špatné osvětlení |
| <input type="checkbox"/> nošení obuvi s kluzkými podešvemi a chůze v ponožkách po dlažbě anebo linoleu | <input type="checkbox"/> volně položené koberečky, běhouny |
| <input type="checkbox"/> spěchání (např. na záchod...) | <input type="checkbox"/> používání schodiště |
| <input type="checkbox"/> vyprávění po čas chůze | <input type="checkbox"/> požití alkoholu |
| <input type="checkbox"/> slabost dolních končetin (náhlá) | <input type="checkbox"/> závratě, nevolnost |
| <input type="checkbox"/> používání pomůcek (opěrné) při chůzi | <input type="checkbox"/> plovoucí podlaha, linoleum, lakované parkety |
| | <input type="checkbox"/> užívání více jak 4 předepsaných druhů léků |
| | <input type="checkbox"/> chůze jen v ponožkách po strmém kluzkém podkladě |

10. Co Vaše domácnost má, nemá. Co používáte, nepoužíváte, nosíte, nenosíte? (je možné zakřížkovat více odpovědí, ať kladnou nebo zápornou.)

Čemu se vyhýbáte, nevyhýbáte?	mám, používám, ano, nosím, vyhýbám se	nemám, nepoužívám, ne, nenosím, nevyhýbám se
prahy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u schodiště zábradlí, madla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schodiště opatřené protiskluzovými podložkami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zvýrazněný okraj u schodů (aspoň první a poslední schod označený barevně)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pevný stabilní nábytek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ostré hrany či rohy nábytku chráněné speciálními nadstavci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
podlahu s neklouzavým povrchem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dobře upevněné koberečky a běhouny k podlaze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vysoké stoličky (židle) na sednutí s opěrkami na ruce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poličky ve skříních příliš vysoko ani příliš nízko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dobré osvětlení, které neoslňuje, dobře osvětluje celý prostor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pohodlnou, pevnou, neklouzavou obuv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v zimním období nadstavec na hůl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v zimním období omezují pohyb venku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v zimním období speciální brzdičky na obuv	€	<input type="checkbox"/>
protiskluzovou podložku <u>ve</u> vaně případně <u>ve</u> sprchovém koutě	€	<input type="checkbox"/>
protiskluzovou podložku <u>před</u> vaně případně <u>před</u> sprchovém koutě	€	<input type="checkbox"/>
sedátko ve vaně případně ve sprchovém koutě	€	<input type="checkbox"/>
koupelnu vybavenou madly	€	<input type="checkbox"/>
při koupání nebo sprchování k dispozici vždy a po celou dobu dozorující osoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při koupání nebo sprchování je stále přítomna dozorující osoba pouze "někdy"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při koupání nebo sprchování potřebuji pomoc druhé osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dveře na záchod a v koupelně se mi otevírají směrem ven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toaletu vybavenou madly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na sedátku od záchodu nadstavec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opěrné pomůcky ke zlepšení stability při chůzi (francouzská hůl, chodítko, hůl+francouzská hůl, invalidní vozík)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
možnost přenosného telefonu nebo signalizace na přivolání pomoci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Byl/a jste někdy informován/a o tom, jak předcházet pádu/ům?

ano

ne

Jste spokojen s návody (instrukcemi, informacemi), jak předcházet pádům?

vůbec ne

spíše ne

středně

většinou ano

zcela ano

Jakým způsobem byste chtěl/a získat další návody (instrukce, informace) o předcházení pádu/ů?

preferuji návody (instrukce, informace) spíše z médií (rozhlas, televize)

preferuji návody (instrukce, informace) ve formě letáků

jiné, jaké (napište, prosím):

.....
12. Kolik Vám je let? (prosím napište)

13. Pohlaví:

muž

žena

14. Sociální situace:

S kým bydlíte?

Sám/a

s partnerem (přítel/kyně, manžel/ka)

u jiných příbuzných, známých, prosím uveďte.....

Kde bydlíte?

rodinný dům

v bytě

v domě s pečovatelskou službou

v domově pro seniory

Lokalita Vašeho bydliště?

město

vesnice

Příloha č. 2 – Anonymní dotazník B

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eliška Rokytová, jsem studentkou 2. ročníku magisterského oboru Učitelství sociálních a zdravotnědných předmětů pro střední a vyšší odborné školy, PdF UPOL a ráda bych Vás poprosila o Váš čas a spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je součástí mé diplomové práce s názvem „Problematika prevence pádů u seniorů ve zdravotnickém zařízení“ a je zcela anonymní.

Získaná data jsou pro mě velmi cenná, budou využita jen pro zpracování mé diplomové práce a nebudou poskytnuta žádným dalším osobám.

Pokyny pro vyplnění dotazníku

Vámi zvolenou odpověď prosím označte křížkem (X). U položek, kde je možnost vybrat více odpovědí, je tato možnost označena v závorce na konci otázky. Pokud nevyberete žádnou z nabízených odpovědí, můžete v položce „jiné, jaké.....“ čitelně napsat svůj názor.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu podělit se o informace, za vstřícnost a pomoc.

S přátelským pozdravem,

Bc. Eliška Rokytová, DiS.

1. Provádíte odhad rizika pádu u všech pacientů ihned po přijetí na Vaše oddělení?

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

2. Je zjištění rizika pádu součástí ošetrovatelské dokumentace?

- ano
- ne
- nevím

3. Vedete v ošetrovateľskej dokumentácii odpovídající ošetrovateľskou diagnózu

„Riziko pádu“?

ano

ne

nevím

4. Jsou u rizikových pacientů okamžitě zahájeny intervence směřující ke snížení rizika pádu?

ano

ne, pokračujte položkou č. 6

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

označení rizikového pacienta

stanovení ošetrovateľské 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 (**napište, prosím**):

6. Jaký způsob identifikace rizikového pacienta používáte?

označení lůžka

označení dokumentace

identifikační náramek

jiné, jaké (**napište, prosím**):

7. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení vypracován ošetrovateľský standard

„Prevence pádu a zranění pacienta“?

ano

ne

nevím

8. Používáte na Vašem oddělení omezovací prostředky?

€ ano, jaké (napište, prosím):

€ ne

9. Máte dostatek informací o pravidlech používání omezovacích prostředků?

€ ano

€ ne

10. Vzpomeňte na jeden pád pacienta. K jakému došlo zranění?

€ žádné

€ lehké (hematom, povrchové odřeniny, blíže nespecifikované bolesti končetin)

€ těžké (zlomenina, komoce a kontuze mozku, bezvědomí, tržná rána)

€ smrt

€ nevím

11. Co považujete za nejčastější příčinu pádu geriatrického pacienta?

€ pád v důsledku vnitřních příčin (akutní a chronické onemocnění, poruchy zraku a sluchu, poruchy chůze, změny duševního stavu, pády v anamnéze)

€ pád z vnějších příčin (farmakoterapie, nevhodné prostředí, nábytek, špatné osvětlení, nevhodná obuv, nevhodné použití kompenzačních pomůcek)

€ pád způsobeny nedodržením klidového režimu pacienta

€ pád způsobeny nerespektováním pokynů ošetřujícího personálu

12. Je pád pacienta vždy hlášen lékaři?

€ ano

€ ne

13. Narážíte na neochotu lékařů při vyplňování formuláře o pádu pacienta?

€ ano, vždy

€ ano, občas

€ ne

14. Dojde-li k pádu, provádíte vždy u pacienta přehodnocení rizika pádu?

€ ano

€ ne

€ nevím

15. Myslíte si, že jste ze strany zaměstnavatele dostatečně proškolen/a v problematice bezpečí pacientů s ohledem na prevenci pádu a zranění při hospitalizaci?

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

16. Je každý pád pacienta monitorován, vyhodnocen a jsou přijata nápravná či preventivní opatření?

- ano
- ne
- nevím

17. Je pád pacienta na Vašem oddělení vždy veden jako mimořádná událost?

- ano
- ne
- nevím

18. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení vytvořen systém hlášení mimořádných událostí?

- ano
- ne, pokračujte položkou č. 20
- nevím

19. Jaký systém hlášení mimořádných událostí používáte?

- online pc forma + tisk formuláře
- písemné vyplnění formuláře
- jiné, jaké (napište, prosím):.....
.....

20. Považujete za důležité hlášení pádu pacienta jako mimořádné události?

- ano, proč?
- ne, proč?
- nevím

21. Máte obavy z možného postihu ze strany nadřízeného po hlášení mimořádné události – pád?

ano

ne

spíše ano

nevím

22. Označte prosím své pohlaví:

ženské

mužské

23. Označte věkovou kategorii:

18–29 let

50–59 let

30–49 let

60 a více let

24. Zvolte z nabídky Vaše pracovní zařazení:

zdravotnický asistent

rehabilitační ošetřovatelka

všeobecná sestra

25. Jaká je délka Vaší praxe?

méně než 2 roky

11–15 let

3–5 let

16–20 let

6–10 let

více než 21 let

26. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

střední vzdělání s maturitou

vysokoškolské vzdělání – titul Bc.

pomaturitní specializační studium

vysokoškolské vzdělání – titul Mgr.

diplomovaný specialista

27. Vyberte oddělení, na kterém pracujete (nebo příbuzný obor):

interní oddělení JIP

oddělení neurologie

interní oddělení

oddělení kožní

chirurgické oddělení

oddělení psychiatrie

chirurgické oddělení JIP

oddělení ORL

jiné

Příloha č. 3 Žádost o provedení dotazníkového šetření

Pokud byste měla zájem, ráda Vás po vyhodnocení s výsledky dotazníkového šetření seznámím.

Děkuji Vám za pomoc a těším se na spolupráci.

S pozdravem,

Bc. Eliška Rokytová, DiS.



10. 4. 2017 fundován ze svého den.

VOJENSKÁ NEMOCNICE
Mgr. Hana Zrníková
náměstek ředitele
pro ošetrovatelskou péči
Sušilovo nám. 5, 771 11 Olomouc

Mgr. Hana Zrníková

Náměstekyně ředitele pro ošetrovatelskou péči

Vojenská nemocnice Olomouc

Sušilovo náměstí 5

779 00 Olomouc

V Olomouci dne 10. 4. 2017

ŽÁDOST O PROVEDENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní magistro,

Dovoluji si Vás požádat o povolení k dotazníkovému šetření ve Vaší nemocnici pro dokončení mé diplomové práce.

Diplomová práce je na téma: „Problematika prevence pádu u seniortů ve zdravotnickém zařízení“.

Hlavním cílem práce je zmapovat, jaký postoj zastávají seniortři k riziku pádu. Když toto riziko existuje a postupně se zvyšuje. A zda je personál ve zdravotnickém zařízení na výšku rizika upozorněn a edukuje o prevenci.

Jsem v posledním ročníku magisterského kombinovaného oboru Učitelství sociálních a zdravotnických předmětů pro střední a vyšší odborné školy, na Pedagogické fakultě UPOL. Zároveň pracuji na Interním oddělení „A“ ve VNOL.

Vedoucí mé diplomové práce je PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Jedná se o dva druhy dotazníků. Jeden je určený pro pacienty, kterých se týká riziko pádu. Druhý je určen pro nelékařský zdravotnický personál – potažmo zdravotní sestry, zdravotní asistenty, rehabilitační terapeuti. Druhý dotazník zjišťuje, jak zdravotníci předejde pádu pacientů, jak v této situaci reagují a jak probíhá administrativní činnost.

Pro kvalitní výzkum potřebuji od pacientů získat 150 dotazníků. Od nelékařských zdravotnických pracovníků alespoň 50.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eliška Rokytová
Katedra:	Antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017
Název práce:	Problematika prevence pádu u seniorů ve zdravotnickém zařízení.
Název v angličtině:	The issue of fall prevention among seniors in a medical facility.
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá problematikou prevence pádu u seniorů ve zdravotnickém zařízení, a to ze strany klientů a nelékařského zdravotnického personálu. Výzkumné šetření bylo provedeno ve Vojenské nemocnici Olomouc pomocí dvou dotazníků, které jsou převzaty ze dvou diplomových prací, pro následné srovnání výsledků. V teoretické části se zabýváme problematikou pádů u seniorů, jejich hodnocením, prevencí a příčinami.</p> <p>Tato diplomová práce může sloužit pro další srovnávání výskytů pádů a jejich hodnocení ve zdravotnickém zařízení.</p>
Klíčová slova:	pády, senioři, stáří, nelékařský zdravotnický personál, prevence, mimořádná událost, riziko, příčina
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the issue of fall prevention among elderly in a medical facility, not from clients and paramedical staff. The research was carried out at the Military Hospital in Olomouc using two questionnaires. The questionnaires were taken from two theses, than new obtained results were compared. In the theoretical part we deal issues falls of elderly, their evaluation, prevention and causes. This thesis can serve for further comparison of occurrences of falls and their evaluation in the health facility.
Klíčová slova v angličtině:	falls, seniors, age, non-medical healthcare workers, prevention, extraordinary event, risk, cause
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Anonymní dotazník A Příloha č. 2 – Anonymní dotazník B Příloha č. 3 Žádost o provedení dotazníkového šetření
Rozsah práce:	Stran 90
Jazyk práce:	Český jazyk