



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Problematika pádů seniorů ve zdravotnickém  
zařízení**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Nikola Buchová

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Hana Kubešová

České Budějovice 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Problematika pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení*“, jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů

V Českých Budějovicích dne

.....

Podpis

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce PhDr., Mgr. Haně Kubešové, za odborné vedení bakalářské práce, za ochotu, cenné rady a trpělivost.

# **Problematika pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení**

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku pádu seniorů ve zdravotnickém zařízení. Cílem této práce bylo zmapovat příčiny pádů seniorů. Dále bylo cílem zjistit rizikové faktory, popsat důsledky pádů a zjistit preventivní opatření sester v oblasti prevence pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení.

V teoretické části se popisuje stárnutí, poté jsou v teoretické části zmíněny geriatrické syndromy, různé příčiny pádů a rizikové faktory pádů. V další kapitole se popisuje prevence pádů, kde jsou zařazeny a popsány kompenzační pomůcky. V poslední kapitole se krátce popsala edukace pacienta ve zdravotnickém zařízení.

V druhé části této práce se nachází část empirická. Empirická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu, metodou polostrukturovaného rozhovoru. V rámci výzkumu byly vytvořeny 2 rozhovory, kdy v jednom rozhovoru bylo vytvořeno 12 otázek, které byly určeny sestřám, a do druhého rozhovoru bylo vytvořeno 15 otázek, které byly určeny pro hospitalizované pacienty. Rozhovorů se účastnilo 7 dotazovaných sester a 7 hospitalizovaných pacientů. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Vytvořeno bylo 5 kategorizačních skupin u dotazovaných sester a 4 kategorizační skupiny u hospitalizovaných pacientů.

Z výsledků v empirické části vyplývá, že mezi nejčastější příčiny pádů se řadí, nevhodná obuv, mokrá podlaha, špatné osvětlení a špatné použití postranic (zábran). Do rizikových faktorů nejčastěji patří přidružená onemocnění pacientů, věk, změna prostředí, špatná dostupnost signalizačního zařízení a užívání medikace. Co se týká důsledků po pádu, nejčastěji se objevily hematomy, tržné rány a bolest. Preventivní opatření u sester jsou nejčastěji signalizační zařízení, madla v koupelnách, zábradlí na chodbách. Dále do preventivního opatření řadíme, vhodnou obuv, řádné osvětlení, nastavení lůžka, dále použití postranic (zábran).

## **Klíčová slova**

Edukace; pády; problematika; senior; zdravotnické zařízení.

# **The issue of falls of seniors in healthcare facilities**

## **Abstract**

This bachelor's thesis focuses on the issue of elderly falls in a healthcare facility. The aim of this thesis was to map the causes of falls in the elderly. Furthermore, the aim was to identify risk factors, describe the consequences of falls, and identify nurses' preventive measures in preventing senior falls in a healthcare facility.

The theoretical part describes aging, then the theoretical part mentions geriatric syndromes, different causes of falls and risk factors of falls. The next chapter describes falls prevention, where compensatory aids are included and described. The last chapter briefly described patient education in a healthcare facility.

The second part of this thesis is the empirical part. The empirical part was prepared by means of qualitative research, using the method of semi-structured interview. In the research, 2 interviews were created, in one interview 12 questions were created for nurses and in the other interview 15 questions were created for hospitalised patients. Seven nurses and seven hospitalized patients participated in the interviews. Data were processed using open coding, by the pencil and paper method. Five categorization groups were created for the interviewed nurses and four categorization groups for the hospitalized patients.

The results in the empirical section show that the most common causes of falls include inappropriate footwear, wet floors, poor lighting and poor use of guardrails (barriers). Risk factors most commonly include associated patient illnesses, age, change of environment, poor accessibility of signalling equipment and use of medication. Regarding sequelae after falls, hematomas, lacerations and pain were the most common. Preventive measures for nurses are most commonly signalling devices, grab rails in bathroom, handrails in corridors. Other preventive measures include, appropriate footwear, proper lighting, bed adjustments, and the use of bed rails (barriers).

## **Key words**

Education; falls; healthcare facilities; problematice; senior.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>9</b>
1.1 Stáří a stárnutí .....	9
1.1.1 Kalendářní stáří.....	10
1.1.2 Biologické stáří .....	10
1.1.3 Psychické stárnutí .....	11
1.1.4 Sociální stárnutí .....	12
1.2 Geriatrické syndromy .....	13
1.3 Pády a jejich etiologie.....	14
Etiologie pádů.....	14
1.3.1 Pády zhroucením.....	15
1.3.2 Pády skácením .....	15
1.3.3 Pády zakopnutím.....	15
1.3.4 Pády zamrznutím .....	15
1.3.5 Nediferenciované pády .....	16
1.4 Rizikové faktory .....	16
1.4.1 Vnitřní rizikové faktory .....	16
1.4.2 Vnější rizikové faktory .....	16
1.5 Důsledky pádů .....	17
1.6 Prevence pádů .....	19
1.6.1 Kompenzační pomůcky .....	21
1.7 Edukace.....	23
<b>2 Cíle a výzkumné otázky .....</b>	<b>25</b>
2.1 Cíl práce.....	25
2.2 Výzkumné otázky .....	25
<b>3 Metodika.....</b>	<b>26</b>
3.1 Použité metody ve výzkumném šetření .....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	26
<b>4 Výsledky výzkumného šetření .....</b>	<b>28</b>
4.1 Identifikační údaje sester (S1-S7).....	28
4.2 Identifikační údaje pacientů (P1-P7) .....	29
4.3 Seznam kategorizačních skupin z rozhovorů se sestrami.....	30
4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami .....	30
4.5 Seznam kategorizačních skupin z rozhovorů s pacienty .....	40

4.6	Výsledky rozhovorů s pacienty.....	40
<b>5</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>51</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>57</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>59</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>64</b>
	<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>67</b>

## Úvod

Tématem této bakalářské práce je problematika pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Ve zdravotnickém zařízení se pády mohou vyskytovat. Mezi příčiny pádů můžeme zařadit užívání různých léčiv, které mohou zavinit častý výskyt nerovnováhy nebo dezorientace, další příčina může být vysoký věk pacientů. Příčinou pádů také může být nedostatečná informovanost pacienta při příjmu do zdravotnického prostředí. Pád může ovlivnit život daného jedince, a je to častý důsledek, které může vést k prodloužení pobytu jedince v nemocničním prostředí.

V teoretické části této bakalářské práce bude popisována gerontologie a geriatrie jako vědní obor. Budou popisované různé druhy stáří a k jakým změnám v daném stáří dochází. Zmíněno bude také to, co je to pád, jaké etiologie pádů existují, kvůli kterým rizikovým faktorům může k pádům docházet, budou popsány, jak vnitřní rizikové faktory, tak i vnější rizikové faktory. Dále se v práci budou popisovat preventivní opatření, které se především týkají edukace a kompenzačních pomůcek, také důsledky, ke kterým může dojít po pádu.

Cílem této práce je zmapovat příčiny pádů u starších jedinců, dále se budou zjišťovat rizikové faktory pádů. Předposledním cílem bakalářské práce je zmapování a popsání důsledků, které se objevují po pádu u seniora. Poslední cíl se bude týkat zjištění různých preventivních opatření, díky kterým mohou sestry ve zdravotnickém zařízení předcházet pádům. Na dané cíle navazují i vytvořené výzkumné otázky, na které budeme získávat odpovědi v rámci kvalitativního výzkumného řešení, a to pomocí rozhovorů, které se budou týkat především seniorů a také sester v daném zdravotnickém zařízení.



# 1 Současný stav

## 1.1 Stáří a stárnutí

Stáří je bráno jako poslední kapitola lidského života. Toto období završuje lidský život jedince. Během stáří dochází k různým involučním změnám, které jsou velmi často spojené se změnami funkčními a morfoložickými. Tyto změny přicházejí s velmi specifickou rychlostí, která je u každého jedince velmi interindividuální. Interindividuální odchylnost vede k termínu fenotyp stáří. Tento pojem je podmiňován zdravotním stavem člověka, různými vlivy prostředí, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy a také zdravým životním stylem (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

*„Stárnutí je neodvratný, celoživotní biologický proces, na jehož konci je stáří.“*  
(Ondrušová, Krahulcová, et al., 2020, s. 17).

Pojem stárnutí je brán jako celek v oblasti, která se týká struktury a všech funkcí, které ovlivňují výkonnost jedince. Kvůli stárnutí dochází také k poklesu schopností a ke zvýšení zranitelnosti daného jedince (Špatenková, Smékalová, 2015). V období stárnutí jedinci nejvíce očekávají potíže, které se nejvíce týkají – ztráty soběstačnosti při různých činnostech, jedinci také mohou ztrácet mentální funkce a snižovat kontakt se sociálním prostředím (Malíková, 2020). Během stárnutí může docházet ke špatné adaptaci na různé zátěžové reakce, to znamená, že se začne navyšovat množství stresorů (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Vybranými pojmy stáří a stárnutí se zabývá věda – Gerontologie. Gerontologie je nauka, která vymezuje, co se týče stáří různé mechanismy, zákonitosti, různé příčiny a projevy stáří a stárnutí.

Gerontologie je dělena do 3 částí:

- 1. Gerontologie teoretická** – tato část gerontologie se zabývá teoretickými poznatky. Dále řeší, jak správně pečovat o seniory. Formuluje také různé teorie v oblasti stáří (Ondrušová, Krahulcová, et al., 2020).
- 2. Gerontologie klinická (Geriatric)** – geriatric jako pojem je definován jako medicína stáří. Tento obor se zaměřuje na péči o staré jedince. Klinická geriatric se snaží používat vědomosti v okruhu diagnostiky a terapie nemocí spojené se stářím. Také zhodnocuje rizika v oblasti soběstačnosti, psychické a fyzické zdatnosti (Holmerová, et al., 2014).

**3. Gerontologie sociální** – tato část má na starost společenské vztahy, které se týkají seniorů a jejich společností. Dále zkoumá psychosociální a sociální aspekty stárnutí (Ondrušová, Krahulcová, et al., 2020).

#### ***1.1.1 Kalendářní stáří***

Kalendářní stáří jako vývojové etapy, které se týkají každého jedince, můžeme dle Světové zdravotnické organizace (WHO) dělit na 3 různé kategorie. Do první kategorie zařazujeme počáteční stáří, které se vymezuje od 60. – 65. roku života jedince a ukončuje se v 74. roku. Do druhé kategorie se řadí pokročilé stáří, které začíná od 75. roku života a završuje se v 89. roku. Do poslední kategorie autorka zmíní vrcholné stáří, které se vymezuje od 90. roku života jedince. Vrcholné stáří můžeme také jinými slovy nazývat jako dlouhověkost (Dvořáčková a Hrozenková, 2013).

Jelikož se v poslední době fyzický i psychický stav starších osob zlepšil, je momentálně stáří definováno až od 65. roku života, což je o 5 let déle než v kategoriích dle WHO. Věk tedy také můžeme rozdělit do nově definovaných kategorií, které lze rozdělit následovně. Od 65. roku života do 74. roku života jsou „mladí senioři“. Od 75. roku do 84. roku života jsou „staří senioři“. Mezi poslední kategorií zařazujeme „velmi starší senioři neboli dlouhověcí“, které jsou zařazeny už od 85. roku života člověka (Ondrušová, Krahulcová, et al., 2020).

#### ***1.1.2 Biologické stáří***

Biologické stáří není jasně vymezeno, jako je například stáří kalendářní. Toto stáří pojímá o tom, jak se jedinec cítí nebo jaký dojem vzbuzuje ve svém věku na ostatní starší jedince s normálním stavem ve stáří (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Biologické stáří je definováno dle celkového stavu organismu seniora. V biologickém stáří dochází k řadě involučních změn, které se týkají například poruch adaptace člověka a poklesu výkonnosti. Na vývoji biologického stáří se nejvíce mohou podílet přítomné nemoci spojené se stářím (Ondrušová, Krahulcová, et al., 2020).

Ondrušová a Krahulcová, et al. (2020) ve své knize popisují, že osoby, které mají stejný kalendářní věk, se mohou významně lišit biologickým věkem, a to zejména mírou daných involučních změn a přítomných chorob.

Biologické změny jsou jinými slovy fyzické změny, které se objevují ve stáří. U každého jedince může k těmto změnám docházet individuálně. Mezi nejčastější změny patří celková snížená výkonnost jedince. U seniorů dochází také ke změnám reakcí lidského těla na zátěž (Malíková, 2020).

Dále může u seniorů docházet ke změně vzhledu, což znamená, že se u starších osob snižuje elasticita kůže a vznikají vrásky. Vlasy a chlupy u seniorů častěji vypadávají a šednou (Ondrušová, 2018). V oblasti fyzických změn ve stáří dochází ke zhoršení kognitivních smyslů, a to především zraku. U seniora si zejména můžeme všimnout, že se mění jeho zraková ostrost. Nejčastějším důvodem je, že čočka u seniora ztrácí pružnost. Tyto problémy můžeme zmírnit pomocí vhodných kompenzačních pomůcek, jako jsou například vhodné brýle. V dalším případě se tento problém dá řešit operativně (Špatenková a Smékalová, 2015). Dle Ondrušové (2018) se u seniorů může také snižovat schopnost rozpoznávání tmy a světla. Zhoršuje se sluch a u jedince se snižuje schopnost rozpoznávat dané zvuky. Dále uvádí, že u starších jedinců slábne jak chuť, tak čich. Hmat je naopak u seniorů lepší, což je kvůli špatnému vnímání světla a tmy, a především kvůli špatnému sluchu (Ondrušová, 2018).

Mezi další fyzické změny u seniorů můžeme zařadit celkové zmenšení postavy. Příčinou tohoto jevu je, že dochází ke zmenšení meziobratlového prostoru. U seniorů je snížena výkonnost nervového, dýchacího a vylučovacího systému. Nejčastěji dochází k poruchám spánku (Malíková, 2020). Ve stáří může vzniknout velký úbytek mozkové tkáně, který má za následek zpomalení myšlení (Ondrušová, 2018).

### ***1.1.3 Psychické stárnutí***

Malíková (2020) ve své knize popisuje nejčastější psychické změny, které se objevují ve stáří. Ve stáří se nejčastěji můžeme setkat s tím, že se ve většině případů psychické aspekty často ovlivňují s aspekty biologickými. Kvůli tomu se také může stát, že starší jedinec tyto podněty bude vnímat špatně a psychicky se s tím neovládne vyrovnat (Malíková, 2020).

Mezi typické psychické změny ve stáří jsou duševní poruchy. Mezi tyto poruchy patří především demence a deprese. Demence jako duševní porucha se projevuje poruchami chování a narušením běžných denních aktivit a kognitivních funkcí (Ptáčková, Ptáček, et al., 2021). Ve stáří to může znamenat, že senior nejčastěji zapomíná dané informace, objevuje se zde špatná výbavnost. Jedinec později není schopný rozpoznat určité předměty. Dále sem můžeme zařadit také to, že se objevuje snížené zapamatování si nových informací a má problém rozpoznat a porozumět zvukům. Může dojít k porušení funkce řeči či jí porozumět (Malíková, 2020).

Ve stáří se mění emocionální naladění, což znamená, že se zvyšují emoce a objevují se časté výkyvy nálad, kvůli kterým může docházet ke ztrátě citových vazeb

(Malíková, 2020). U seniorů se objevuje častá ztráta nebo pokles zájmů v dané běžné aktivitě. Ze seniora se může stát introvertní osoba, na kterou navazuje nedůvěřivost k druhým osobám nebo nízká důvěra k sobě samému (Ptáčková, Ptáček, et al., 2021). Jedinec ve stáří mění své životní hodnoty v oblasti zdraví, rodinných příslušníků a práce. Malíková (2020) ve své knize uvádí, že ve stáří vzniká špatné přizpůsobení se na změny v životě seniora, nebo na novou situaci, která se v jeho životě objeví.

I Špatenková a Smékalová (2015) ve své knize uvádějí, že je vysoká pravděpodobnost, že se u starších osob objeví větší přecitlivělost. A pokud se snižuje kontrola emocí u seniora, může se stát labilnější, náladovější a kritičtější oproti mladšímu jedinci.

#### ***1.1.4 Sociální stárnutí***

Sociální stáří je také další etapa stáří, kterou si projde většina seniorů. V této etapě se jedinec mění v oblasti společnosti. Začíná v den, kdy má jedinec věk na to, jít do starobního důchodu. Někdy sociální stáří začíná i tím, že se seniorům odstěhují děti a třeba i začíná příprava na nové postavení, a to, stát se prarodiči. Vzniká špatná adaptace na novou roli jakožto seniora. Z toho důvodu se jedinec může uzavřít před společností a být sám (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Mezi další sociální změny, které u seniora mohou nastávat, je velmi častý snížený ekonomický stav, který nastává v momentě, kdy jedinec ukončuje pracovní smlouvu a odchází do starobního důchodu. Snižují se výše penze (Malíková, 2020). V této části stáří může často docházet ke ztrátě partnera nebo i jiných blízkých přátel z důvodů úmrtí. Z tohoto důvodu u jedince dochází k pocitu osamělosti, prázdnoty a pocitu ohrožení. V této nelehké situaci se také objevuje deprese až apatie (Ptáčková, Ptáček, et al., 2021). Z důvodu ztráty partnera se jedinec může cítit a stárnout sám, a i to je důvod, proč u člověka dochází k sociální izolaci (Malíková, 2020).

V období stáří může dojít ke zhoršení zdravotního stavu seniora, kdy se snižuje soběstačnost, která se nejvíce týká oblasti samostatné hygieny seniora, oblékání a provádění různých denních aktivit (Ptáčková, Ptáček et al., 2021). Pokud u jedince dojde k částečné nebo k úplné imobilizaci, kdy se o sebe nemůže postarat, může vzniknout závislost na druhých osobách, například na rodině (Malíková, 2020). Jestliže se z nějakého důvodu stane, že se jedinec stane závislým na druhých osobách a nemá ve své společnosti nikoho, kdo by se o něj byl schopný postarat, nastává

u seniora další velká změna v životě a to ta, že musí opustit svoje bydlení a odejít do domova seniorů (Ondrušová, 2018).

## **1.2 Geriatrické syndromy**

Geriatrické syndromy zahrnují vzájemné působení mezi stresory, které se spustí v danou situaci a mezi rizikovými faktory, které se objevují ve stáří. Kvůli tomuto vzájemnému působení mohou vzniknout problémy daných orgánových soustav. Pokud se geriatrické syndromy začnou dále rozvíjet během života staršího jedince, bude docházet k zhoršování kvality života (Merel, Wallace, 2015).

Mezi jako první geriatrický syndrom je uváděn syndrom nestability s pády. Tento syndrom patří mezi nejčastější příčiny pádů. Kvůli této příčině dochází ke zhoršení kvality života a bohužel může vést k prodloužení pobytu ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnické zařízení si klade za cíl nabídnout jedincům bezpečný pobyt v daném zařízení (Pospíchal a Jedlinská, 2013).

Syndrom nestability s pády se nejvíce projevuje nejistotou v chůzi, která je velmi častá. Při tomto syndromu může být přítomna i nestabilita těla. Mezi příčiny můžeme zařadit závratě, které nejčastěji vedou k pádům. Pády jsou ve většině případů spojené se zlomeninami nebo jinými zdravotními problémy (Holmerová, et al., 2014). Nejčastějšími příčinami závratí mohou být poruchy krční páteře, špatné nebo nedostatečné prokrvení mozkové tkáně, svalová slabost (Malíková, 2020). Holmerová et al., (2014) také ve své knize uvádí, že závratě mohou být ovlivnitelné, co se týče léčby a díky tomu, to může vést ke zlepšení celkové kvality života jedince.

Mezi jako druhý geriatrický syndrom se řadí syndrom hypomobility. Tento syndrom vzniká na základě příčin, které se nejvíce objevují u tělesné nepohody. Tím, že jedinec ztrácí motivaci k běžným denním činnostem. Objevuje se u něj deprese, dochází k různým poruchám v oblasti nerovnováhy minerálů, což má za následek sníženou hladinu kyslíku v krvi (Holmerová, et al., 2014). Ke vzniku toho syndromu může také docházet na podkladě náhlého a důležitého omezení pohybu u seniora. Omezení pohybu vzniká na podkladě různého úrazu. Můžeme dále uvést omezení pohybové aktivity v důsledku onemocnění například respiračního nebo kardiálního původu (Malíková, 2020). Mezi častou příčinou syndromu hypomobility patří také inkontinence, například urgentní. Dále sem můžeme také zařadit únik stolice. Mezi nejčastější prevencí, jak předcházet tomuto syndromu je zapojit staršího jedince do pravidelné tělesné aktivity (Holmerová, et al., 2014).

Jako další a zároveň poslední geriatrický syndrom, je uváděn syndrom svalové slabosti neboli sarkopenie, jednodušeji řečeno onemocnění svalů (muscle failure) „*Sarkopenie je degenerativní proces ztráty svalové hmoty, také kvality, a tudíž i síly kosterního svalstva*“ (Kabelka, et al., 2022, s. 42).

Sarkopenie je onemocnění, které nejvíce ovlivňuje metabolismus proteinů neboli bílkovin. Bílkoviny jsou v lidském těle velice důležité, a to především proto, že napomáhají v tvorbě kosterní svalové hmoty. Kvůli tomuto onemocnění, kdy dochází ke sníženému počtu bílkovin v lidském těle, dochází u jedinců ke snižování kvality jejich života. Během sarkopenie také dochází k častým pádům u jedinců. Pády mohou mít za následek zlomeniny nebo jiná poranění (Kabelka, et al., 2022). Z důvodu tohoto onemocnění dochází také k tomu, že se u jedince snižuje fyzická aktivita a nebude schopný provádět běžné denní aktivity, jak byl zvyklý doposud. U jedinců se objevuje nestabilita a znejistění při chůzi (Holmerová, et al., 2014). K posouzení pacientů ve zdravotnickém zařízení slouží dotazník SARC – F. Tento dotazník napomáhá zdravotnickému personálu k tomu, aby věděl, jak se vnímá sám pacient. Zda ví, jakou schopnost má při chůzi, zda je schopný vstávat ze židle, jestli má nějakou zkušenost s pády a dále se zjišťuje, zda je schopný vyjít schody (Kabelka, et al., 2022). Co se týká oblasti prevence Holmerová et al. (2014) ve své knize doporučují zvýšenou pohybovou aktivitu a častější přijímání stravy, ve které se vyskytuje dostatečný obsah vitamínu D.

### ***1.3 Pády a jejich etiologie***

Pád je nežádoucí událost. Je to událost, při které se ošetřovaná osoba nečekaně vyskytne na zemi. Pády mohou být přítomny buď s poraněním, nebo bez poranění (Pokorná et al., 2019). Veteška a Vostrý (2021) ve své knize uvádějí, že pády se u starších osob vyskytují velmi často a ve většině případů jsou spojeny s instabilitou. Pády mohou ve starších osobách vyvolat zdroj bolesti a strachu. Mohou u seniora vznikat obavy a nejistoty. Pády mohou mít i své následky, které ovlivňují zdravotní stav seniora jak z psychické, tak z fyzické stránky (Miertová, 2019).

#### ***Etiologie pádů***

Mezi časté příčiny, které se týkají vnějšího prostředí, můžeme zařadit nevhodnou obuv. Během chůze u seniorů, kteří mají problém se stabilitou je důležitá pevná a bezpečná obuv. Dále do příčin můžeme zařadit například nebezpečný povrch, tím se rozumí takový povrch, který je kluzký například náledí, podlaha ve vaně nebo celkově podlaha v koupelně. Jako prevenci bychom doporučili úpravu prostředí pomocí

protiskluzových podložek před vanu i do vany. Dále sem zařazujeme nedostatečné osvětlení. Tato příčina je velmi nebezpečná, u lidí, kteří trpí poruchou zraku. Prevencí je zvýšení osvětlení v prostorech schodišť, bytů, a i veřejných prostor. Příčinou pádů mohou být také léky a alkohol. Co se týká léků, zařazujeme sem léky, které mají za účinek útlum – silná analgetika, hypnotika. K pádu u lidí dochází také, pokud užívají léky na snížení krevního tlaku (TK) – antihypertenziva. V neposlední řadě za pád také může cizí zavinění jako například dopravní nehody a pády, které jsou spojené s dopravními prostředky (Kalvach, 2012).

### ***1.3.1 Pády zhroucením***

Pády zhroucením vznikají nejčastěji, pokud u seniora dochází k nečekané ztrátě svalového napětí jako například u cévní mozkové příhody (CMP) nebo u epilepsie, tranzitorní ischemické atace (TIA), které patří mezi cerebrální příčiny. Poté mohou vznikat ortostatickou hypotenzí nebo kardiální synkopou, které patří mezi extracerebrální příčiny (Hronovská, 2012).

### ***1.3.2 Pády skácením***

Tyto pády jsou spojované s tím, že pacient padá tzv. „jako kláda“. Pády skácením jsou spojené s častými úrazy (Hronovská, 2012). Častou příčinou je porucha rovnováhy, kdy senior jako bezvládné tělo padá na zem a nejsou u něj přítomny žádné obranné reflexy. Tyto pády vznikají nejčastěji v důsledku přítomné ischemie i hemoragie ve středním mozku (Svobodová, 2013). Mohou se také objevovat u stavů, kde jsou narušeny integrace, které se týkají prostorových informací (Masarykova univerzita, 2013).

### ***1.3.3 Pády zakopnutím***

Tyto pády se nejčastěji vyskytují u osob, u kterých je přítomna Parkinsonova nemoc. Pacient, který je přítomen u tohoto pádu, padá před sebe na ruce, které jsou při pádu rozpažené (Hronovská, 2012). U Parkinsonovy nemoci jsou pády zakopnutím velice časté, a to v důsledku chůze, která je šoupavá a kvůli ní, může pacient zakopnout špičkou či palcem u nohy o podlahu nebo překážku, kterou nemocný nebyl schopen překročit (Kalvach et al., 2004).

### ***1.3.4 Pády zamrznutím***

Tento pád se velmi podobá pádu zakopnutím. Jedná se o pád, který je směřován dopředu, ale dolní končetiny jsou v průběhu chůze ponechány na podlaze jako

„přilepeny“ (Kalvach et al., 2011). Tělo seniora nebo nemocného je připraveno k pohybu, ale nedošlo k vykročení nohou, které je při chůzi důležité (Svobodová, 2013).

### **1.3.5 Nediferenciované pády**

V oblasti těchto pádů se nejvíce zahrnují pády, které jsou spojené například nepozorností při chůzi, jiný styl chůze na povrchu či překážkách (Svobodová, 2013). Do příčin můžeme také zařadit prosté uklouznutí nebo například demenci, při které je porušena kontrola svislé osy (Kalvach et al., 2011).

## **1.4 Rizikové faktory**

Pády u seniorů jsou ve většině případů zapříčiněny rizikovými faktory. Pokud senior nemá ve své anamnéze žádný rizikový faktor, jejich riziko pádu se může pohybovat okolo 8 %. Pokud se, ale u seniora v anamnéze objevují rizikové faktory, kde se vyskytují až 4, může procento vystoupat až na 78 % (Matějovská Kubešová, 2015).

### **1.4.1 Vnitřní rizikové faktory**

Vnitřní faktory jsou faktory, které jsou osobě vlastní a dle Miertové (2019), se dají rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny patří tzv. „modifikovatelné“ jinými slovy ovlivnitelné faktory. Sem můžeme zařadit poruchy chůze a rovnováhy, strach z pádu, užívání kompenzačních pomůcek či užívání farmakoterapie. Do druhé skupiny vnitřních faktorů tzv. „nemodifikovatelných“ neboli neovlivnitelných faktorů patří především věk jedince či pohlaví (Miertová, 2019). Veteška a Vostrý (2021) ve své knize ještě doplňují minulé pády, které jsou zaznamenány v anamnéze. Dále akutní onemocnění a chronické onemocnění. Mezi akutní onemocnění patří cévní mozková příhoda (CMP), horečka či další. Mezi chronické onemocnění zařazujeme například záněty kloubů, či onemocnění zraku, například glaukom (Veteška, Vostrý 2021).

### **1.4.2 Vnější rizikové faktory**

Do vnějších faktorů, které ovlivňují pády, můžeme zařadit takové faktory, které mají především vztah mezi okolním prostředím jedince. Mohou to být například léky, které vyvolávají útlum nervové soustavy, jako jsou například sedativa. Spadají sem také špatně vybavené toalety a koupelny, které nejsou vybaveny dostatečným množstvím madel a nejsou zde přítomné protiskluzové podložky (Veteška, Vostrý, 2021).



## 1.5 Důsledky pádů

Pády patří mezi nejčastější příčinu, u kterých jsou přítomné zranění. Pokud se u seniorů při pádu objeví zranění, je velká pravděpodobnost, že se vyskytne důvod pro delší hospitalizaci seniora, bude přítomna delší rekonvalescence a vyšší mortalita (Berková, Berka, 2018). Senioři, kteří upadli, jsou poté méně fyzicky aktivní, snižují aktivnost v sociální oblasti a intenzitu každodenních aktivit (Svobodová, 2013).

Dle Miertové (2019) pády můžeme rozdělit dle zranění v důsledku pádu podle závažnosti, do 5 stupňů:

- 1) **ŽÁDNÉ** – po pádu nejsou přítomné žádné známky poranění. Pro kontrolu je senior poslán na vyšetření pomocí zobrazovacích metod (rentgenové vyšetření, počítačová tomografie).
- 2) **MALÉ NEBO LEHKÉ** – pokud jsou po pádu zjištěna lehká poranění jako je bolest, hematomy anebo oděrka, ránu dle ordinace lékaře zpravidla nejprve očistíme a poté buď použijeme obinadla, nebo aplikujeme led na postiženou část.
- 3) **STŘEDNĚ TĚŽKÉ** – v této kategorii se objevují poranění, při kterých je nutné ošetření lékařem, které se týká stehů, různého tejpování postižené části či použití dlahy.
- 4) **TĚŽKÉ NEBO VÁŽNÉ** – tato oblast zahrnuje poranění, které je nutno řešit například lékařem neurologem, chirurgem nebo internistou, záleží na druhu poranění. Pacient může být specialistou poslán na operaci nebo na jiné léčebné procedury.
- 5) **SMRT** – zde mluvíme o úmrtí pacienta, který zemřel na následky pádů, ale smrt nenastala při pádu jako takovém (Miertová, 2019).

V díle Macháčkové, Holmerové, et al. (2019) se objevuje podobná klasifikace zranění v důsledku pádu. Tato klasifikace je od J. Morse a liší od Miertové (2019) tím, že má pouze 4 stupně.

- 1) **PÁD BEZ ÚRAZU** – v tomto stupni jsou senioři po pádu bez známek hematomů, odřenin a neudává jiné potíže spojené s pádem.

- 2) **PÁD S LEHKÝM ZRANĚNÍM** – v této oblasti jsou na starší osobě vidět viditelné známky hematomů a odřenin, ale není nutné žádné lékařské vyšetření. Zdravotní stav seniora bude v pořádku rámci několika dní.
- 3) **PÁD SE STŘEDNÍM PORANĚNÍM** – v této kategorii je nutný léčený zásah, protože se po pádu objevují nejčastěji poranění kostí v lidském těle, a je nutné doplňkové vyšetření (rentgenové vyšetření).
- 4) **ZÁVAŽNÉ PORANĚNÍ VZNIKLÉ PO PÁDU** – tato oblast zahrnuje poranění po pádu, které potřebují chirurgické řešení. Nejzávažnější důsledek pádu, který může po pádu nastat, je smrt. Která nastala s komplikacemi, které se vyskytly po pádu, a ne pádem samotným (Macháčková, Holmerová, et al. 2019).

Pokud bychom měli porovnat stupně následků po pádu od obou autorek, můžeme si všimnout podoby v uvedených stupních následků. Pouze poslední dva stupně J. Morse sjednotila.

Miertová (2019) dále ve své knize uvádí, že k důsledkům pádu, které nejsou tak závažné zařazujeme různé hematomy. Ke zraněním, které jsou více vážné, bychom mohli zařadit fraktury a subdurální hematomy, které mohou u seniorů komplikovat jejich základní onemocnění a prodlužovat jejich léčbu ve zdravotnickém zařízení. Pády jsou pro člověka velmi závažnou situací, kterou vnímá velmi negativně jak člověk/senior, tak i personál. Berková a Berka (2018) ve svém článku uvádějí, že mezi nejčastější úrazy po pádu patří intrakraniální poranění a také fraktura femuru (Berková, Berka, 2018).

Mezi závažné komplikace po pádu nepatří pouze úrazy, ale také psychické problémy (Ondrušová, 2020). Mezi psychické následky po pádu zařazujeme například nejčastější posttraumatickou úzkost. Pokud u seniora došlo k pádu po několikáté a jsou přítomné následky, může se u seniora objevit deprese a v oblasti seniora i strach z dalšího pádu – ptofobie (Miertová, 2019). Horová et al. (2019) ve svém článku dále uvádějí, že po pádu, který už proběhl, se může vyskytnout omezená mobilita, která může vést až k sociální izolaci, úzkosti, depresi. Senior může ztrácet sebevědomí (Horová et al., 2019).

Pokud dojde po pádu u seniora ke ztrátě sebedůvěry, může docházet k imobilizačnímu syndromu (Miertová, 2019). Boháček a Koudelková (2013) uvádějí, že imobilizační syndrom je soubor příznaků, které se u seniora objevují a začínají se rozvíjet lehce po ulehnutí na lůžko tj. 2-3 dny (Boháček, Koudelková, 2013).

### **1.6 Prevence pádů**

Prevence je pro většinu zdravotnických zařízení velmi důležitá, dá se říci, že ji berou jako prioritu. Miertová (2019) uvádí, že pád nelze u pacientů odstranit, ale lze ho alespoň eliminovat. Aby zdravotníci mohli lépe předcházet pádům ve zdravotnickém zařízení, musí nejdříve zajistit pár důležitých věcí (Miertová, 2019). Nejdříve by měli pacienta, který je ohrožen pádem identifikovat a řádně označit (identifikační náramek). Pokud víme, že je pacient ohrožen pádem více než ostatní pacienti, provádíme u jistých pacientů častější kontrolu (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2020).

Miertová (2019) tyto preventivní opatření, jinými slovy intervence ve své knize rozděluje na rutinní neboli všeobecné intervence. Rutinní intervence se aplikují na všech pacientech, které se do nemocnice přijímají. Zjišťujeme zde, zda má pacient vhodnou obuv, zda umí správně používat signalizační zařízení na pokoji. Do další skupiny intervencí jsou zařazeny intervence protektivní a preventivní. Tyto intervence se používají u pacientů, kteří potřebují pomoc při chůzi anebo se to týká používání bočních postranic u nemocničního lůžka (Miertová, 2019).

Berková a Berka (2018) ve svém článku uvedli, že geriatrické společnosti z Británie a Ameriky doporučují každoroční screening pádů a nestability u seniorů, kteří jsou ve věku 65 let a více. Tento screening by měl provádět praktický lékař, který je zná nejlépe. Ve screeningu se lékař seniorů ptá na kompletní anamnézu. Zjišťuje od nich různá akutní nebo chronická onemocnění, zjišťuje také anamnézu pádů. V anamnéze pádů se ptá na to, jak často dochází k pádu, jaké byly přítomny symptomy během pádu a jestli vzniklo nějaké zranění. Lékař hodnotí užívanou medikaci seniora. Dále si lékař seniora vyšetří pomocí fyzikálního vyšetření, provede elektrokardiografii (EKG), zkontroluje srdeční rytmus a frekvenci a její reakci na určitou zátěž. Provádí také neurologické vyšetření. Dále se může lékař zaměřit na vyšetření dolních končetin, kde zjišťuje, zda nemá senior atrofické změny kloubů, parézy či neuropatii. Zaměřuje se na vyšetření zraku a kognice například Mini Mental State Exams – MMSE. Lékař také funkčně vyšetřuje seniora z oblasti chůze, rovnováhy, mobility a svalové síly, provádí

se seniorem testy jako například test základních všedních činností dle Barthelové a test instrumentálních všedních činností podle Lawtona (Berková, Berka, 2018).

Tento screening se nemusí provádět pouze u seniorů, ale i u mladších osob. Horová, Brabcová, Bejvančická (2020) do tohoto screeningu dále zařazují rizika zlomenin, zjišťují riziko dehydratace a malnutrice.

Mezi klíčové preventivní opatření patří posuzování rizika pádu, ve kterém se používají standardizované metodiky zahrnující anamnézu cílenou na rizikové faktory. Tato standardizovaná metodika slouží k identifikaci klíčových rizikových faktorů v oblasti pádů a dopomáhají vytvořit preventivní intervence pro konkrétního pacienta (Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2017).

Klíčovou roli při posuzování rizika pádu hrají také sestry. Celkově by se měly zabývat obecnými bezpečnostními opatřeními v nemocnici. Měly by proto být proškoleny a vzdělávány na aplikování protokolů a postupů, které nám napomáhají k identifikaci nejrizikovějších pacientů (Bóriková, Tomagová, 2016).

Morris a O’Riordan (2017) napsal, že pokud je multifaktoriální hodnocení, spojeno s vhodnými preventivními intervencemi, mohly by se pády v nemocnicích snížit o 20-30 %. Dále uvádí, že doposud nebyly komponenty optimální, a tak je důležité alespoň posoudit mobilitu, potřebu toalety a kontinence. Dále se kontroluje medikace, zrak, zmatenost a krevní tlak (Morris a O’Riordan, 2017).

Pokorná, et al. (2019) uvádí, že pokud chceme, aby preventivní opatření, které vedou, ke snížení rizika pádu fungovali, musí být personál řádně edukován. Měla by být identifikace, jasné a jednotné označování hospitalizovaných pacientů, u kterých je přítomnost rizika pádu. Dále by se také měli edukovat pacienti v souvislosti s rizikem pádu. Aby nedocházelo k rizikům pádu, musí být realizovány preventivní opatření a vyhodnocování příčin pádu (Pokorná, et al., 2019).

Všechn zdravotnický personál by měl mít za povinnost dbát na to, aby se na oddělení, v ambulancích, ve vyšetřovacích místnostech a na pokojích nevyskytovaly žádné překážky, které by mohly zapříčinit pád pacienta. Zdravotníci by měli zajistit, aby veškerá rozlitá tekutina, která se vyskytuje na podlaze, byla vytřena do sucha. Pokud bude podlaha vytřena, měla by být zajištěna tabule s nápisem „Mokrý podlaha – nebezpečí pádu“. Aby zdravotníci snížili riziko pádu u pacienta, který je hospitalizován měli by zajistit edukaci pacienta o daném oddělení, ukázat mu rizikové prostředí, což je například schodiště. Do prevence také patří kontrola, zda má pacient zabrzděná pojízdná kolečka u lůžka nočního stolku, aby při vstávání nedošlo k pádu. Zdravotníci zajišťují

také prevenci v oblasti signalizačního zařízení. Pacient by signalizační zařízení měl mít v dosahu lůžka, toalety i ve sprchovém koutě (Pokorná, et al., 2019).

Miertová (2019) dále ve své knize uvádí, že zdravotníci by se měli pacienta ptát, zda je zde hospitalizován opakovaně či je to jeho první hospitalizace na daném oddělení, a to z důvodu orientace na oddělení. Dále dodává, že riziko pádu u konkrétního pacienta by mělo být řádně zapsáno do dokumentace a měla by tato informace být jak ústně, tak písemně podána v hlášení při výměně služby zdravotnického personálu. Autorka dále doporučuje vhodnou kontrolu oděvu a obuvi, kterou pacient používá při přesouvání se z lůžka při chůzi, protože špatně zvolená obuv nebo dlouhé pyžamové či nemocniční kalhoty mohou být důsledkem pádu pacienta (Miertová, 2019).

### ***1.6.1 Kompenzační pomůcky***

Kompenzační pomůcky mohou zlepšit rovnováhu, chůzi, a především napomáhají snižovat zátěž na dolní končetiny (Webster, Murphy, 2019). Někdy naopak může kompenzační pomůcka patřit mezi vnější rizikové faktory pádu (Miertová, 2019). Kompenzační pomůcky si kladou za cíl, zajistit co největší soběstačnost nemocného při jeho běžných denních aktivitách (Janků, 2020).

Mezi nejčastější kompenzační pomůcky patří hole a berle. Tyto pomůcky se nejvíce doporučují u pacientů, které mají postižení jedné dolní končetiny nebo u nemocných, u kterých je důležité zajištění větší polohové/postojové jistoty (Miertová, 2019).

Pokud je u nemocného přítomna těžší porucha chůze, nejvíce se doporučují chodítka. Používají se u nemocných při prvotním náviku chůze po operaci nebo u nemocných po cévní mozkové příhodě (CMP). Je-li u nemocného přítomna úplná porucha chůze, kdy se nemocný nemůže pohybovat vůbec, doporučujeme invalidní vozík, který může být buď mechanický nebo elektrický (Miertová, 2019).

#### **Rozdělení kompenzačních pomůcek:**

##### **Hole a berle**

Berle nebo hole napomáhají nemocnému při usnadnění chůze, která může být buď dočasná, nebo trvalá. Používají se při chůzi, která byla omezena buď důvodem operačního zákroku, nebo chronickým onemocněním. Berle snižují nápor na dolní

končetinu a zvyšují stabilitu při chůzi. Berle mohou u nemocného vyvolat větší samostatnost a jistotu při chůzi (Rasouli, 2019).

- a) **Berle podpažní** – tyto berle mají opěrky do podpaží a na ruce. Tyto berle se používají u těžkých zlomenin, u kterých se nemocný na postiženou nohu nesmí postavit (Poděbradská, 2018).
- b) **Berle francouzská** – berle, které jsou oproti berlím podpažním nižší, je u nich přítomna půlkruhovitá opěrka pro zadní část paže a opěrka na ruce. Používají se, pokud je možné dolní končetiny lehce zatěžovat (Poděbradská, 2018).
- c) **Vycházková hůl** – tato kompenzační pomůcka se používá při minimálním odlehčení, jde spíše o to, že napomáhá nemocnému při správné chůzi a stabilitě. Vycházkovou hůl používáme na opačné straně, než je dolní končetina, která potřebuje při chůzi odlehčit (Poděbradská, 2018). Celý pohyb hole a nohy jde v pořadí postižená končetina – hůl – zdravá končetina (Janků, 2020).

### **Chodítka**

Chodítka se používají jako kompenzační pomůcka při těžší poruše chůze nebo při prvotním nácvičku chůze po operaci (Miertová, 2019).

- a) **Vysoká pultová chodítka** – využívají se pouze v interiéru. Pro jejich používání jsou důležité bezbariérové místnosti z důvodu větší nestability. Při jakékoliv nerovnosti na podlaze může dojít k zaražení koleček, a pokud nemocný bude vyvíjet tlak, může se chodítka překloupit dopředu (Dosbaba, Křížová, Hartman, et al., 2021).
- b) **Nízká chodítka bez koleček** – tato chodítka využíváme spíše v interiéru. Používají je nemocní, kteří mohou plně využít horní končetiny k manipulaci a opoře a více zatížit dolní končetiny. Jsou určena především k postojové stabilitě a jistotě (Dosbaba, Křížová, Hartman, et al., 2021).
- c) **Nízká chodítka s kolečky a brzdou** – používají se jak v domácím prostředí, tak v prostředí venkovním. Nemocní mohou své chodítka používat na odložení nákupu. Mohou také obsahovat sedací plochu, na kterou si může nemocný sednout a odpočinout si. Je důležité si před tím chodítka zabrzdit (Dosbaba, Křížová, Hartman, et al., 2021).

## **Invalidní vozíky**

Invalidní vozíky se používají jako kompenzační pomůcka u nemocných s úplnou poruchou chůze (Miertová, 2019). Janků (2020) ve svém dokumentu uvádí, že je možné si vozíky vybírat vozíky mechanické a elektronické. Vybírat si také můžeme podle polohování zad, sedu, stupaček na vozíku či náklonu celého těla (Janků, 2020). Sutton a McCormack (2019) ve svém článku uvedl, že vozík slouží jako pomůcka při podporování nezávislosti a mobility, ale bohužel nejsou vždycky správně používána. Jako příklad byl uveden pád při přesunu z vozíku, kdy důsledkem byl špatný zamykací mechanismus. Pokud totiž zamykací mechanismus nefunguje nebo není udržován správně, stává se pro nemocného spíše nebezpečným (Sutton, McCormack, 2019).

- a) **Invalidní vozík mechanický** – u vozíku mechanického je použita vlastní síla nemocného nebo jeho doprovodu, díky které se může nemocný na vozíku pohybovat (Janků, 2020).
- b) **Invalidní vozík elektronický** – pohyb u elektrického vozíku se snaží zajistit elektrická jednotka. Velice důležitou částí elektronického vozíku je baterie a motor, proto je elektronický vozík o mnohem těžší než vozík mechanický, ale velice odolný před povětrnostními vlivy a lehce se ovládá (Janků, 2020).

## **1.7 Edukace**

Pojem edukace znamená tzv. „výchova“ nemocného k samostatnějšímu přístupu k onemocnění nebo problému, kdy přebírá veškerou zodpovědnost za svoje zdraví. Edukace zaznamenává poznatky a informace, které nemocný musí znát buď při propuštění do domácího prostředí nebo při překladi na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení (Národní zdravotnický informační portál, 2024).

Důležitou částí edukace nemocného s rizikem pádu, je také edukace personálu. Edukace personálu se provádí pomocí různých vzdělávacích aktivit, informačních letáků, kde se personál dozví doporučení, jak by měl pádům předcházet (Pokorná, et al., 2019).

Podle kompetencí je nelékařský zdravotnický personál povinen podat nemocného i jeho rodinným příslušníkům informace, které se týkají tématu, jak správně předcházet pádu. Nemocného by měl edukovat ústně, nebo pomocí informačních letáků. Edukaci pacienta zaznamenává do edukačního záznamu, který je součástí zdravotnické dokumentace (Pokorná, et al., 2019). Edukují ho také o bezpečném opouštění lůžka, o

správném pohybu v přirozeném prostředí. Nemocný by měl znát opatření snižující riziko pádu a mít informace o důvodu a správném způsobu prevence pádu (Pokorná, et al., 2019).



## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zmapovat příčiny pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení.

Cíl 2: Zjistit rizikové faktory pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení.

Cíl 3: Popsat důsledky pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení.

Cíl 4: Zjistit preventivní opatření sester v prevenci pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou příčiny pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení z pohledu seniora?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké rizikové faktory se nejčastěji objevují u seniorů před pádem z pohledu sestry?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké důsledky se objevují po pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení z pohledu seniora?

Výzkumná otázka č. 4: Jaké preventivní opatření sestry provozují ve zdravotnickém zařízení?

## **3 Metodika**

### **3.1 Použité metody ve výzkumném šetření**

Empirická část této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Data byla shromažďována pomocí polostrukturovaného rozhovoru metodou dotazování. Ve výzkumu byly použity 2 rozhovory. První rozhovor tvořilo 12 otázek (Příloha 1), který byl určen pro sestry a druhý rozhovor tvořilo 15 otázek (Příloha 2), který byl určen pro hospitalizované pacienty. Rozhovory probíhaly ve dvou nemocnicích. Jedna nemocnice byla z Jihočeského kraje, a druhá byla z kraje Středočeského, v druhé polovině března a začátek dubna roku 2024 tj. od 18. 3. – 2. 4. Výzkumné šetření dohromady trvalo 14 dní. Výzkumné šetření pro sestry bylo písemně schváleno hlavními sestrami daných nemocnic. Výzkumné šetření, které bylo určené pro hospitalizované pacienty, bylo schváleno etickými komisemi daných nemocnic. Po představení problematiky, výzkum schválily i vrchní sestry na zkoumaných odděleních. Výzkum byl prováděn sestrami a s hospitalizovanými pacienty na interním a neurologickém oddělení ve vybraných nemocnicích. Na neurologickém oddělení byl rozhovor tvořen se čtyřmi sestrami a na interním oddělení byl tvořen s třemi sestrami. Rozhovor s hospitalizovanými pacienty měl stejný počet informantů, jako rozhovor se sestrami, tedy na neurologickém oddělení byl tvořen se čtyřmi hospitalizovanými pacienty a na interním s třemi hospitalizovanými pacienty. Všichni navrhovaní byli obeznámeni s tím, že rozhovor je anonymní, dobrovolný a nebude na ně vyvíjen žádný nátlak. Všichni dotazovaní s rozhovorem souhlasili.

Výzkumné šetření se sestrami probíhalo v denních místnostech nebo na sesternách daných oddělení, kde byly zajištěny klidné a příjemné podmínky pro rozhovor. Výzkumné šetření s hospitalizovanými pacienty probíhalo na pokojích. Data shromažďována pomocí rozhovoru byla zaznamenávána písemně. Většina odpovědí na pokládané otázky byla zapsána doslovně, pouze některé byly upraveny s cílem lehčího porozumění textu. Získaná data z rozhovorů byla zpracována do kategorií a podkategorií metodou otevřeného kódování. Použita byla technika tužka a papír.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen ze sedmi sester, pracujících na neurologickém a interním oddělení. Dále byl tvořen ze sedmi pacientů, kteří byli hospitalizováni na těchto odděleních. Všichni dotazovaní udělili souhlas s rozhovorem. Rozhovory s informanty trvaly většinou okolo 15-20 minut, kdy se sestrami rozhovor probíhal

v jejich volných chvílích během pracovní doby a s hospitalizovanými pacienty, během jejich volného času na pokoji. Dále budou sestry označovány jako S1-S7. Hospitalizovaní pacienti budou dále označováni jako P1-P7.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Identifikační údaje sester (S1-S7)

Tabulka 1 obsahuje základní informace o sestrách pracujících na vybraných odděleních. Je zde uveden jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání a jejich celková doba praxe na jednotlivých odděleních.

**Tabulka 1 Identifikační údaje sester**

Sestra	Věk	Vzdělání	Oddělení	Délka praxe na určitém oddělení
S1	35 let	VOŠ	INT	13 let
S2	45 let	VŠ	INT	28 let
S3	41 let	VŠ	NEU	8 let
S4	47 let	SZŠ+specializace v interních oborech	NEU	23 let
S5	37 let	VOŠ	NEU	15 let
S6	43 let	VŠ	NEU	20 let
S7	39 let	VOŠ	INT	14 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

V tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje o dotazovaných sestrách, kterých bylo sedm. Jak můžeme vidět v tabulce 1, rozhovor byl prováděn se čtyřmi sestrami z neurologického oddělení a se třemi sestrami z interního oddělení. Věk sester je v rozmezí od 35 let do 45 let. Ve vzdělání se sestry ve většině shodují. Tři sestry mají vzdělání vysokoškolské, další tři uvedené sestry mají vyšší odborné vzdělání. Pouze jedna sestra, a to S4 má vystudovanou střední zdravotnickou školu, a poté šla studovat specializaci v interních oborech. Délka praxe na vybraných oddělení u sester je různorodá, pohybuje se od 8 let do 28 let.

#### 4.2 Identifikační údaje pacientů (P1-P7)

Tabulka 2 zaznamenává identifikační údaje o hospitalizovaných pacientech. Je zde uvedeno pohlaví pacienta, věk, oddělení, na kterém jsou hospitalizováni a na jméno nemocnice. Dále je uvedena délka jejich hospitalizace, kolikrát byli hospitalizováni za posledních 5 let. Také byl zjišťován pád v anamnéze.

**Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů**

Pacient	Pohlaví	Věk	Název oddělení	Název kraje nemocnice	Délka hospitalizace	Hospitalizace za 5 let	Pád v anamnéze
P1	Žena	71 let	Interní	Jihočeský kraj	6 dní	5x	Ano
P2	Muž	75 let	Interní	Jihočeský kraj	9 dní	4x	Ano
P3	Muž	62 let	Neurologické	Jihočeský kraj	30 dní	1x	Ne
P4	Muž	65 let	Neurologické	Jihočeský kraj	5 dní	2x	Ne
P5	Žena	68 let	Neurologické	Středočeský kraj	4 dny	2x	Ano
P6	Muž	65 let	Neurologické	Středočeský kraj	6 dní	3x	Ano
P7	Žena	70 let	Interní	Středočeský kraj	8 dní	3x	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

V tabulce 2 jsou zaznamenány identifikační údaje dotazovaných pacientů, kteří byli hospitalizováni ve vybraných nemocnicích. Polostrukturovaný rozhovor byl tvořen se čtyřmi pacienty, kteří byli hospitalizováni na neurologickém oddělení, a se třemi hospitalizovanými pacienty na interním oddělení. Věk pacientů se pohybuje v rozmezí od 62 let do 75 let. V tabulce také můžeme vidět, že délka hospitalizace každého pacienta je velmi individuální a různorodá, počet dní se pohybuje od 4 dnů do 30 dní. Hospitalizace za posledních 5 let je u každého pacienta také jiná, někteří pacienti byli hospitalizováni jednou, jiní zase až pětkrát. V tabulce je také uvedeno, zda má pacient ve své anamnéze pád. Jak můžeme vidět, pacienti P1, P2, P5 a P6 ve své anamnéze přítomný pád mají, na rozdíl od pacientů P3, P4 a P7, kteří sice ve své anamnéze pád nemají, ale jsou v riziku pádu.

#### **4.3 Seznam kategorizačních skupin z rozhovorů se sestrami**

##### **1. Vzdělávání sester**

##### **2. Prevence v oblasti vzniku pádů**

- a) Úprava prostředí
- b) Ochranná opatření

##### **3. Nejčastější důvody pádu**

- a) Příčiny pádu
- b) Rizikové faktory pádu

##### **4. Edukace**

##### **5. Hodnotící škály**

- a) Hodnotící škály na oddělení
- b) Znalost hodnotících škál

#### **4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami**

##### **Kategorie 1: Vzdělávání sester**

V této kategorii bylo zjišťováno, jakým způsobem se sestry vzdělávají v oblasti prevence pádů ve zdravotnickém zařízení. Vzdělávání sester v této oblasti je velice přínosné jak pro sestry samotné, tak také pro hospitalizované pacienty.

Na toto téma byla položena otázka: „*Pokud jste se někdy účastnila semináře, který se týkal prevence pádů pacientů, jaké nové poznatky v oblasti prevence Vám to přineslo do Vaší praxe?*“ Sestra S1, S2, S4 a S6 se různých seminářů účastnily už několikrát. Sestra S2 uvedla: „*Za mojí dlouholetou praxi jsem těchto seminářů zažila několik, nejvíc zajímavý byl můj první seminář, od kterého jsem si odnesla spoustu nových poznatků, ale poté jsem měla pocit, že se semináře od mého prvního ničím neliší, a už mě to nebavilo*“. Sestra S3 vypověděla, že se účastnila pouze jednoho semináře, a to jí stačilo, dle jejích slov, to bylo nudné, raději se bude sebevzdělávat pomocí samostudia doma, nebo se bude učit od ostatních kolegyně. Sestra S4 odpověděla: „*Ano, zažila jsem asi 2 semináře na toto téma, ten první byl dobrý, ale nic nového mi to*

*nedalo, no a ten druhý už mě nebavil, protože se to pořád opakovalo“.* Naopak sestry S3, S5 a S7 se během své praxe žádného takového semináře nezúčastnily. Sestra S3 odpověděla hodně stručně, a to takto: *„Není na to čas a ani nálada“.* Když byla poté sestřám S5 a S7 položena doplňující otázka, z jakého důvodu se nezúčastnily, a zda by se chtěly zúčastnit, obě sestry odpověděly podobně. Sestry S5 i S7 vypověděly, že když už tato možnost byla se zúčastnit, buď už nebylo místo na semináři, nebo nemohly kvůli práci, ale rády by se zúčastnily, protože by se naučily ve své praxi i něco nového.

## **Kategorie 2: Prevence v oblasti vzniku pádů**

V této kategorii byla zjišťována různá preventivní opatření, které se objevují na vybraných odděleních v daných nemocnicích. Tato kategorie má i své dvě podkategorie, které jsou pojmenovány jako úprava prostředí a ochranná opatření.

### **a) Úprava prostředí**

V této podkategorii se budeme především zabývat o celkovou úpravu prostředí o vybavení oddělení nebo nějakých různých kompenzačních pomůcek, které jsou vhodné během prevence pádu.

Mezi nejčastější odpovědi všech sester patří madla, zábradlí a osvětlení oddělení i pokoje. Tuto odpověď zmínily sestry S1, S2, S4, S5 a S7. Sestra S1 s nejdelsí praxí na interním oddělení uvedla: *„Tady na oddělení si můžete všimnout, že se snažíme mít tyto preventivní mechanismy všude, na chodbách se objevují zábradlí kolem dveří a v koupelnách máme i madla, aby se mohl pacient kdykoliv přidržit, když si není jist“.* Sestra S5 ještě doplnila, že je velmi důležité mít dobré osvětlení na chodbách a pokojích, protože někteří starší lidé špatně vidí a mohlo by to přinést nežádoucí událost. Sestry S3 a S6 dále jako jediné také uvedly to, že pro správnou prevenci je důležité mít pacienta označeného, a to buď červeným náramkem, nebo dodat cedulku na lůžko s nápisem „riziko pádu“. Sestra S6 uvedla: *„U nás na oddělení ještě mimo madel používáme rozdělení pacientů s rizikem pádu, při příjmu jim dáváme červený náramek a na lůžko věšíme cedulku s nápisem riziko pádu.“* Můžeme si všimnout, že červený identifikační náramek jako preventivní mechanismus uvedly pouze dvě sestry (S3 a S6), ostatní sestry ho zmínily, až poté co byla položena otázka: *„Jaké označení/identifikaci používáte na Vašem oddělení u pacienta s rizikem pádu?“*

Mezi jako další nejčastější odpovědi zaznělo signalizační zařízení, které zmínily všechny dotazované sestry (S1-S7), sestra S3 uvedla: „*Určitě je důležité, aby měl pacient u sebe signalizaci, aby si vždy zazvonil, když bude potřebovat*“. Sestra S2 dodala, že signalizační zařízení mají pacienti na svých pokojích u lůžka, na toaletách a nově se u nich na oddělení objevují i na chodbách. Sestry S5 a S7 také uvedly, že se mezi prevencí také zařazují postranice v lůžku a edukace pacienta o schopnosti nastavení lůžka dle výšky. Sestry S3 a S4 také později doplnily, že u pacienta kontrolují i vhodnou obuv při příjmu. Sestra S3 řekla: „*Občas se nám také stává, že pacienti chodí po oddělení v nevhodných botách, jako jsou ty crocsy, tak se jim snažíme vysvětlit, aby poprosili rodiny o vhodnější boty, které mají protiskluzovou podrážku*“. Sestra S4 na doplňující otázku, jaké jsou nevhodné boty, odpověděla: „*Ty gumový crocsy, protože hrozně kloužou, když se namočí*“. Odpovědi všech dotazovaných sester (S1-S7) jsou zaznamenány v tabulce 3.

**Tabulka 3 Úprava prostředí**

<b>ÚPRAVA PROSTŘEDÍ</b>	
<b>Signalizační zařízení</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Zábradlí na chodbách</b>	S1, S2, S4, S5, S7
<b>Madla v koupelnách</b>	S1, S2, S4, S5, S7
<b>Identifikační náramek</b>	S3, S6
<b>Označení v lůžku – cedulka</b>	S3, S6
<b>Postranice (zábrany)</b>	S5, S7
<b>Nastavení lůžka</b>	S5, S7
<b>Osvětlení</b>	S5

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

#### **b) Ochranná opatření**

Do této podkategorie zařazujeme otázky, které týkají prevence pádů u pacientů s rizikem pádu a bezpečnosti pacienta i okolí.

Mezi nejčastější odpovědi patřily postranice v lůžku. Na této odpovědi se shodly všechny dotazované sestry (S1-S7). Například sestra S5 řekla: „*Mezi nejčastější prostředky používáme především postranice*“. Sestra S3 a S4 se shodly také na odpovědi, že používají fixační pásy v lůžku. Sestra S3 na doplňující otázku, uvedla:



„Ano používáme i fixační pásy v lůžku, u pacientů, kteří se na lůžku nesmí hýbat, to je například pacient s poraněnou páteří“. Fixační pásy se také objevily v odpovědi u sester S5 a S6. Sestrám byla položena otázka: „Co za omezující prostředky jste použila u pacienta, který byl ohrožen pádem? Za jaké okolnosti jste musela prostředky použít?“ Sestra S7 odpověděla: „Tak použila jsem v tom běžném případě samozřejmě zábrany v lůžku, pokud i to nepomohlo a pacient byl ohrožen pádem, tak se na svolení lékaře také použily pásy, nebo kurty. Jednou jsme použily i psychofarmaka. Tak musela jsem to především použít za účelem zajištění bezpečí pacienta i personálu.“ Sestra S6 odpovídala obdobně jako S7, za svou praxi kurty a pásy na svolení lékaře použila dle jejích slov 3x. Psychofarmaka použila pouze jednou. Sestra S6 k tomu ještě dodala, že se také snažila zajistit bezpečné prostředí i pro spolupacienty. Dotazované sestry S1 a S2 uvedly, že nějaké přísnější omezující prostředky nepoužily, pouze lehké fixace horních končetin. Sestra S1 dodala: „Mám, tím namysli, nějaké lehké kurtování pomocí obinadel na svolení lékaře“. Odpovědi dotazovaných jsou zaznamenány v tabulce 4.

**Tabulka 4 Ochranná opatření**

OCHRANNÁ OPATŘENÍ	
<b>Zábrany v lůžku</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Pásy</b>	S3, S4, S5, S6
<b>Lehká fixace</b>	S1, S2, S5
<b>Kurty</b>	S6, S7
<b>Medikace – psychofarmaka</b>	S6, S7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

### **Kategorie 3: Nejčastější důvody pádu**

V této kategorii se zjišťovalo, jaké podle sester mohou být nejčastější příčiny nebo rizikové faktory, které mohou mít za následek pád. Kategorie byla rozdělena do dvou podkategorií, a to příčiny pádu a rizikové faktory pádu, pro lepší zhodnocení.

#### **a) Příčiny pádu**

V této podkategorii se nejvíce objevovala odpověď špatná nebo nevhodná obuv, tuto odpověď ve svém výkladu odpověděly všechny dotazované sestry (S1-S7). Po doplňující otázce: „Co považujete za nevhodnou obuv?“ Sestra S4 znovu odpověděla, že ona za nevhodnou obuv považuje gumové crocsy, které nemají protiskluzovou podrážku a na mokré podlaze kloužou. Stejnou odpověď měly také

sestry S1, S2 a S3. Sester S5, S6 a S7 byla položena doplňující otázka, jaká je naopak vhodná obuv do zdravotnického zařízení. Sestra S6 odpověděla: „*Tak měla by to být taková obuv, která je pevná, pacienti v této obuvi mají pevnou patu a jistotu v chůzi.*“ Sestra S5 odpověděla: „*Hlavně, aby to mělo pevnou a zajištěnou patu*“. Sestra S7 měla obdobnou odpověď jako sestra S6.

Mezi další příčiny, které mohou zapříčinit pád, se zařadila odpověď: mokrá podlaha v koupelnách. Tato odpověď byla zmíněna u sester S3, S4 a S7. Sestra S7 řekla: „*Podle mě, je také častá příčina mokrá podlaha v koupelnách nebo na chodbách.*“ Sestra S3 uvedla ve své odpovědi toto: „*Tak samozřejmě mokrá podlaha, mě samotné se párkrát stalo, že jsem upadla.*“ Sestra S4 uvedla podobnou odpověď jako sestry S3 a S7, pouze k tomu dodala: „*Za mojí praxe tady na oddělení, jsem těchto pádu na mokré podlaze viděla několikrát.*“ Dále sestra S1, S2 a S5 uvedly jako častou příčinu špatné osvětlení na pokojích a chodbách. Sestra S1 řekla: „*Mockrát se mi tady stalo, že se pacient rozhodl jít večer na toaletu po tmě a nedopadlo to nejlépe.*“ Sestra S5 znovu uvedla, že je velmi důležité mít dostatečné osvětlení, protože starší pacienti mohou mít problémy se zrakem a nedostačující osvětlení může zapříčinit pád. Podobnou odpověď měla také sestra S2, ta přesněji odpověděla: „*Příčina pádu je také osvětlení, jednou jsem byla svědkem, kdy pacient nechtěl budít ostatní na pokoji a šel na toaletu po tmě, samozřejmě upadl.*“ Všechny dotazované sestry (S1-S7) uvedly jako další příčinu pádu špatné užití postranice (zábrany) v lůžku. „*Stalo se mi jednou, že sanitářka zapoměla dát jedné starší pacientce postranici, ta na ně bohužel byla zvyklá, a když se ve spánku snažila otočit na druhý bok, převážila se a z lůžka spadla na zem*“ uvedla sestra S6. Odpovědi všech dotazovaných jsou uvedeny v tabulce 5.

**Tabulka 5 Příčiny pádu**

<b>PŘÍČINY PÁDŮ</b>	
<b>Nevhodná obuv</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Postranice (zábrany)</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Mokrá podlaha</b>	S3, S4, S7
<b>Osvětlení</b>	S1, S2, S5

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

## b) Rizikové faktory pádu

Do této podkategorie budeme zařazovat odpovědi, které dotazované sestry považují za rizikové faktory pádu.

Mezi nejčastější odpověď sester patřilo přidružené onemocnění. Tuto odpověď uvedly všechny dotazované sestry (S1-S7). „*Tady na neurologii jsou samozřejmě nejvíce ohroženi pacienti s epilepsií, a také pacienti po cévní mozkové příhodě*“ uvedla sestra S4. Stejnou odpověď také měla sestra S3, která pouze dodala, že pacienti s rizikem pádu jsou také ti, kteří mají diagnostikovanou roztroušenou sklerózu. Sestra S1 uvedla: „*Tady na interně je nejčastější rizikový faktor ten, když se starší pacienti léčí s hypertenzí.*“ Stejně odpovědi uvedly i zbylé dotazované sestry (S2, S5, S6, S7). Sestra S6 ještě uvedla: „*Ještě bych zmínila horečku, protože kvůli ní může být pacient dezorientovaný, zmatený a je ohrožen pádem.*“ Jako další rizikový faktor uvedly sestry S1, S2, S6, S7 věk. „*Samozřejmě je více pravděpodobné, že starší pacient upadne vícekrát než mladší*“ uvedla sestra S7. Sestra S6 uvedla podobnou odpověď, která zněla takto: „*Podle mě je to věk, starší pacienti tady na oddělení padají velmi často, přitom ti mladší pacienti jen velmi zřídka.*“ Sestry S1, S2 uvedly stejnou strohou odpověď, a to: „*Rizikový faktor může být i věk.*“

Další častou odpovědí, se kterou jsme se v rozhovoru setkali je špatná dostupnost signalizace. Tuto odpověď ve své výpovědi zmínily sestry S3, S4, S6 a S7. Sestra S3 uvedla: „*Setkáváme se tady taky s tím, že u sebe pacient neměl signalizaci a nechtěl čekat, než přijde nějaký personál, a tak se vydal na toaletu sám a bohužel upadl.*“ Sestry S6 a S7 uvedly, že dostupná signalizační zařízení musí být prioritou na oddělení, aby se předešlo nežádoucím událostem. Sestry S1 a S2 uvedly velmi zajímavý rizikový faktor, a to změnu prostředí. „*Pokud je pacient hospitalizován, a má třeba začínající stádium demence, může být dezorientovaný a zmatený z nového prostředí*“ uvedla sestra S2. Sestra S1 odpověděla podobně: „*Určitě pro pacienta, který trpí například demencí, musí být velmi stresující, že je v novém prostředí a neví, kde, co je, začíná být dezorientovaný až zmatený a tím, je ohrožen pádem.*“ Do poslední nejčastější odpovědi, zařadíme medikaci. Tuto odpověď zmínily všechny dotazované sestry (S1-S7). Sestra S3 ve své výpovědi řekla: „*Už jsem se tady párkrát setkala s pádem, který byl způsoben užíváním psychofarmak, nad těmito pacienty, by měl být zvýšený dohled.*“ Sestra S1 uvedla: „*Samozřejmě užívání různé medikace jako jsou psychofarmaka, sedativa, tito lidé musí být pod častou kontrolou.*“ Sestry S2, S4 a S6 měly odpovědi uvedené stejně.

Pouze sestra S7 dodala: „*Nemusí to být užívání různých psychofarmak nebo sedativ, ale mohou to být obyčejné léky na bolest, po kterých je pacient tlumený.*“ Všechny odpovědi jsou uvedené v tabulce 6.

**Tabulka 6 Rizikové faktory pádu**

<b>RIZIKOVÉ FAKTORY PÁDŮ</b>	
<b>Přidružená onemocnění</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Medikace</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Věk</b>	S1, S2, S6, S7
<b>Špatná dostupnost signalizace</b>	S3, S4, S6, S7
<b>Změna prostředí</b>	S1, S2

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

#### **Kategorie 4: Edukace**

V této kategorii byla zjišťována edukace pacienta, u kterého je riziko pádu. Mezi nejčastější odpovědi všech dotazovaných sester se objevila dostupnost signalizačního zařízení, vhodná obuv při chůzi a vhodnost používání kompenzačních pomůcek při chůzi. Tyto odpovědi uvedly ve své výpovědi všechny dotazované sestry (S1-S7). Sestra S1 uvedla: „*Mezi nejzákladnější edukaci, která je u všech pacientů, je používání a dostupnost signalizačního zařízení.*“ Podobnou odpověď měly i ostatní dotazované. Sestra S5 řekla: „*Určitě musíme pacientovi při příjmu vysvětlit, na jaké bázi funguje signalizační zařízení a měla by být provedena i ukázka*“. Sestra S7 k tomu dodala, že by měla být provedena ukázka, ale i zkouška u pacienta, aby pochopil signalizaci. Sestra S2, S3, a S6 měly pouze strohé odpovědi, a to: „*Vysvětlíme signalizační zařízení a provedeme ukázkou.*“ Jako další edukaci, kterou sestry považují za důležitou, je vhodná kompenzační pomůcka při chůzi. „*Dříve jsme se tady na oddělení setkávali s tím, že pacienti neuměli používat kompenzační pomůcky, které měli a vznikalo velké množství pádu*“ uvedla sestra S6. Sestra S3 a S4 uvedly podobné odpovědi. Sestra S3 řekla: „*Párkrát jsme tady měli pacienty, kteří k nám přišli bez kompenzační pomůcky, u některých se stávalo, že si nebyli jistí v chůzi po časné vertikalizaci z lůžka, proto jsme doporučily rehabilitační sestru, která poté pacientovi doporučila vhodnou pomůcku při chůzi.*“ Sestra S4 dodala: „*Ano, od té doby, zde máme méně případů pádů.*“ Mezi další a častou odpovědí je opět vhodná obuv při chůzi ve zdravotnickém zařízení. „*Jak jsem již říkala v minulých otázkách, jako prevence pádu je také vhodná obuv, měla by být*

pevná a nejlépe s protiskluzovou podrážkou“ uvedla sestra S6. Sestra S7 uvedla: „Edukujeme pacienta o vhodné obuvi při chůzi zde na oddělení.“ Podobné odpovědi měly také sestry S5 a S3. Sestry S1, S2 a S4 vhodnou obuv nezminily vůbec. Sestry S2, S3 a S4 ve svých odpovědích zmínily edukaci pacienta o pohyblivosti lůžka a jeho nastavení. Sestra S2 uvedla: „Součástí edukace je také ovládání lůžka na pokoji.“ Sestra S4 uvedla: „Pacienta při příjmu edukujeme o tom, že se dá lůžko dát nahoru a dolu, že u něj jde zvýšit horní část těla i dolní část těla.“ Sestra S3 odpověděla skoro totéž, co sestry S2 a S3, její odpověď se pouze lišila tím, že dodala to, pokud bude pacient z lůžka vstávat nebo se do lůžka vracet měl by to mít v optimální výšce, respektive níže než výše. Sestra S6 a S7 dále uvedli, že by se měla provést edukace pacienta při pohybu na oddělení a při denních činnostech. „Snažíme se pacienty poučit o tom, jak to u nás na oddělení funguje, snažíme se pacienty poučit o chůzi na oddělení, že pokud si nebudou jisti, jsou na chodbách zábradlí či chodítka, která jim dopomohou“ uvedla sestra S6. Sestra S7 uvedla podobnou, ale kratší odpověď, která zněla takto: „U nás na oddělení edukace spočívá i o chodu oddělení, co pacient kde najde.“ Dotazovaným sestrám byla také v rámci rozhovoru podána otázka: „Byla jste někdy svědkem pádu pacienta na Vašem oddělení? Jaké bylo Vaše následné preventivní opatření u tohoto pacienta?“ Všechny dotazované sestry (S1-S7) odpověděly, že svědkem u pádu pacienta už byly. Sestra S5 uvedla: „Svědkem pádu u pacienta už jsem byla několikrát, bohužel ne vždy se tomu dá včas zabránit.“ Ostatní dotazované sestry odpověděly skoro totéž. Na druhou doplňující otázku, která se týkala dalšího preventivního opatření, všechny sestry uvedly opětovnou a důraznější edukaci. „Po pádu se snažíme znovu pacienta edukovat o signalizačním zařízení a nutnosti používání kompenzačních pomůcek, pokud ji používá“, uvedla sestra S2. Zbylé dotazované sestry (S1, S3, S4, S5, S6, S7) měly odpovědi, až na jiné použití slov stejné. Všechny uvedená data jsou zaznamenány v tabulce 7.

**Tabulka 7 Edukace**

EDUKACE	
<b>Signalizační zařízení</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Vhodná obuv</b>	S3, S5, S6, S7
<b>Kompenzační pomůcky</b>	S3, S4, S6
<b>Pohyblivost a ovládání lůžka</b>	S2, S3, S4
<b>Edukace o chodu oddělení</b>	S6, S7

## Kategorie 5: Hodnotící škály

V této kategorii se budou zkoumat odpovědi na otázku, která se týkala hodnotících škál na daném oddělení. Kategorie 5 byla pro lepší zaznamenávání rozdělena do dvou podkategorií, a to používání škál na oddělení a znalosti hodnotících škál.

### a) Hodnotící škály na oddělení

Hodnotící škály nám napomáhají k určení pacienta, který je ohrožen pádem. Dotazované sestry S1, S2, S3 a S4 uvedly, že v jejich nemocnici se používá přednastavená anamnéza pádu. „*U nás v nemocnici se používá přednastavená škála rizika pádu*“, uvedla sestra S1. Sestra S2 odpověděla stejným způsobem a to takto: „*Tady na oddělení a myslím, že i v celé nemocnici používáme přednastavenou anamnézu rizika pádu.*“ Dotazované sestry S3 a S4 uvedly podobnou odpověď jinými slovy a doplnily, že jejich přednastavená anamnéza, která se týká rizika pádu je podobná jako hodnotící škála dle J. Morse. Po doplňující otázce pro dotazované sestry (S1-S4), která se týkala oblastí, které ve škále hodnotí sestra S3 uvedla: „*Tak samozřejmě se ptáme na užívání různých rizikových látek, které by mohly zapříčinit pád, jako jsou například benzodiazepiny.*“ Sestra S1 dále řekla: „*No, ptáme se na používání různých kompenzačních pomůcek při chůzi, např. jako je chodítko, hůl nebo invalidní vozík.*“ Sestra S2 a S4 uvedly stejné odpovědi a zároveň dodaly, že se pacienta dotazují na přidružená onemocnění a na přítomný pád v anamnéze. „*Je důležité, ale uvést, že hodnocení naší přednastavené škály je jiné než u jiných škál. U této škály je riziko pádu určeno už po 4 bodech, které nám z anamnézy vychází*“, uvedla sestra S4. Sestra S3 uvedla, že pokud u pacienta vychází v anamnéze 4 body a více, je v riziku pádu a nasazuje se mu červený identifikační náramek. Sestry S5, S6 a S7 uvedly, že v jejich nemocnici se používá také přednastavená anamnéza rizika pádu. Po doplňující otázce, která zněla stejně jako u sester (S1-S4). Sestry S5 a S6 odpověděly, že se v anamnéze nejčastěji ptají na přidružená onemocnění a na nějaký předešlý pád. Sestra S7 odpověděla podobně a navíc dodala: „*Také tam hodnotíme užívání léků, které jsou považovány za rizikové třeba psychofarmaka a antidepresiva, dál se taky ptáme na chůzi, zda je spontánní nebo používá nějakou pomůcku.*“

V rozhovoru byla také uvedena další otázka, která se týkala hodnotících škál, která zněla takto: „*Po jakém časovém intervalu provádíte přehodnocení rizika pádu?*“

Sestra S1 odpověděla: „*Tady u nás na oddělení se to dělá 1x týdně.*“ Stejnou odpověď měla také sestra S2, která pouze odpověděla: „*1x týdně.*“ Tento časový interval je stejný i na oddělení u sester S5, S6, S7. Sestra S3 odpověděla: „*U nás se toto přehodnocení provádí 1x za týden většinou v pátek, pokud tady máme pacienty hospitalizovaný dlouhodobě anebo vždy při změně zdravotního stavu pacienta.*“ Sestra S4 odpověděla tentýž způsobem.

**Tabulka 8 Hodnotící škály na oddělení**

<b>HODNOTÍCÍ ŠKÁLY</b>	
<b>Přednastavená anamnéza rizika pádu</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

**Tabulka 9 Přehodnocení rizika pádu**

<b>PŘEHODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ</b>	
<b>1x týdně</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Změna zdravotního stavu</b>	S3, S4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

#### **b) Znalost hodnotících škál**

V minulé podkategorii jsme si mohli všimnout, že všechny dotazované sestry používají ve svých nemocnicích přednastavené hodnotící škály. Na toto téma byla tedy poté položena doplňující otázka: „*Jaké znáte jiné druhy hodnotících škál v oblasti rizika pádu?*“ Všechny dotazované sestry uvedly hodnotící škálu dle J. Morse. Sestra S5 uvedla: „*Tak určitě znám hodnotící škálu dle Morse, protože naše škála se jí podobá, jiné škály Vám asi neřeknu.*“ Jiné škály také neznala sestra S1, která uvedla, že jedinou škálu, kterou trochu zná je hodnotící škála dle J. Morse, a dle jejích slov jí to stačí. Sestra S2 uvedla hodnotící škálu dle J. Morse, a později si ještě vzpomněla na hodnotící škálu dle Conleyové. Sestra S3 a S4 také uvedly škály dle Morse a dle Conleyové. Sestra S3 odpověděla takto: „*Tak určitě škálu dle Morse a dál dle Conleyové, na jiné si nevzpomenu.*“ Sestry S6 a S7 znají pouze hodnotící škálu dle J. Morse, protože jí v praxi využívaly nejvíce a jiné neznaly. V této podkategorii si můžeme všimnout, že pouze 3 dotazované sestry (S2, S3, S4) byly schopné říci jinou hodnotící škálu pro hodnocení rizika pádu. Zbylé 4 dotazované sestry (S1, S5, S6, S7) jinou hodnotící škálu neznají, protože je buď nepoužívaly, nebo si jen nemohly vzpomenout a jsou zvyklé na škálu dle J. Morse.

**Tabulka 10 Znalosti hodnotících škál**

<b>ZNALOSTI HODNOTÍCÍCH ŠKÁL</b>	
<b>Hodnotící škála dle Morse</b>	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
<b>Hodnotící škála dle Conleyové</b>	S2, S3, S4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

#### **4.5 Seznam kategorizačních skupin z rozhovorů s pacienty**

- 1. Příčiny a rizikové faktory**
- 2. Prevence pádu**
- 3. Důsledky pádu**
- 4. Edukace**

#### **4.6 Výsledky rozhovorů s pacienty**

##### **Kategorie 1 Příčiny a rizikové faktory**

V této kategorii se budeme zaměřovat na odpovědi pacientů, které se týkaly důvodu hospitalizace na oddělení, jestli v minulosti měli problémy s chůzí nebo mají teď, a jaké užívají léky, které by mohly ovlivnit riziko pádu.

Pacientům byla položena otázka: „*Popište důvody Vaší hospitalizace, případně přidružená onemocnění.*“ Pacientka P1 odpověděla: „*Bolelo mě a pánilo tady na hrudi, bylo mi na zvracení, když bych Vám měla vyjmenovat jen ty důležité onemocnění tak trpím vysokým tlakem, mám amputovanou levnou nohu a mám kardiostimulátor.*“ Pacient P2 uvedl, že je hospitalizován kvůli dechové nedostatečnosti, mezi jeho nejzávažnější onemocnění je prodělání cévní mozkové příhody, po prodělání se mu zhoršila citlivost v pravé straně těla a nejvíce to pociťuje na pravé ruce, poté trpí vysokým krevním tlakem. Pacient P3 uvedl: „*Ted' mám zánět ledvin, protože jsem měl krev v moči a zánět páteře, jiný onemocnění nemám.*“ Pacient P4 je hospitalizován z důvodu prodělání epileptického záchvatu ve spánku v domácím prostředí, pacient přesně uvedl: „*Ve spánku jsem prý přestával dýchat a měl křeče v těle, oni říkají, že je to ten epileptický záchvat či co.*“ Pacient P4 dále uvedl, že trpí pouze vysokým tlakem.



Pacientka P5 uvedla, že je v nemocnici proto, že už ji několikrát den bolí záda. Její další onemocnění je vysoký tlak a cukrovka. Pacient P6 je hospitalizován kvůli epileptickému záchvatu, který prodělal poprvé: „*No, jsem tady kvůli tomu epileptickému záchvatu, nikdy před tím jsem to neměl, pamatuji si to jen matně*“ uvedl pacient P6, mezi jeho další onemocnění pouze doplnil vysoký krevní tlak a častější přítomnost bolesti hlavy. Pacientka P7 uvedla: „*Jsem tady, protože jsem měla těžký zápal plic, před tím jsem ležela na JIPu. Teď už se cítím líp, tak mě přestěhovali sem na oddělení.*“ Pacientka P7 dále uvedla, že trpí astmatem a má cukrovku. Všechny odpovědi dotazovaných pacientů, které se týkají důvodu hospitalizace a jiných onemocnění v anamnéze jsou uvedeny v tabulce 11 a 12.

**Tabulka 11 Důvody hospitalizace**

<b>DŮVODY HOSPITALIZACE</b>	
<b>Dechová nedostatečnost</b>	P1, P2
<b>Epileptický záchvat</b>	P4, P6
<b>Bolest zad</b>	P5
<b>Zápal plic</b>	P7
<b>Zánět páteře a ledvin</b>	P3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

**Tabulka 12 Přidružená onemocnění**

<b>PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ</b>	
<b>Vysoký krevní tlak</b>	P1, P4, P5, P6
<b>Diabetes mellitus</b>	P5, P7
<b>Kardiovaskulární onemocnění</b>	P1
<b>Bolesti hlavy</b>	P6
<b>Stav po CMP</b>	P2
<b>Astma</b>	P7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Mezi nejčastější odpovědi dotazovaných pacientů na otázku, zda mají momentálně problémy s chůzí nebo je měli někdy předtím, pacienti P3, P4, P6, a P7 odpověděli, že nikdy před tím problémy s chůzí neměli, a teď je také nemají. „*Nemyslím si, že bych měl někdy ve svém životě problémy s chůzí, teď takové problémy také necítím*“, uvedl pacient P4. Pacienti P3, P6 a P7 odpověděli stroze, P3 odpověděl: „*Ne nemám*

a v minulosti taky ne.“ Odpovědi pacientů P6 a P7 byly velmi podobné. Naopak dotazovaní pacienti P1, P2 a P5 odpověděli, že problémy s chůzí se objevují, nebo se objevovaly. Například pacientka P1 uvedla: „*Tak jelikož mi chybí noha, tak mám, ale před tím, jsem žádné problémy neměla.*“ Pacient P2 odpověděl: „*No, díky holi se snažím tu chůzi nějak lepší, po té příhodě, ale bez ní mám problém chodit.*“ „*Před tou příhodou jsem nikdy problémy s chůzí neměl.*“ Pacientka P5 uvedla, že v minulosti problémy s chůzí neměla, ale teď, co má bolesti zad, problémy s chůzí má, přesněji uvedla: „*Do minulého týdne jsem žádné problémy neměla, ale teď co mě bolí ty záda, mám problém se i zvednout natož chodit.*“ Všechny odpovědi dotazovaných pacientům jsou uvedeny v tabulce 13.

**Tabulka 13 Problémy s chůzí**

PROBLÉMY S CHŮZÍ	
<b>Současné problémy s chůzí</b>	S1, S2, S5
<b>Problémy s chůzí v minulosti</b>	Nikdo tuto odpověď neuvedl

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Další téma, které bude zařazeno do této kategorie, jsou užívané léky, které pacient užívá a může kvůli nim vznikat riziko pádu. Všichni z dotazovaných pacientů (P1-P7) užívají nějaké léky, jediný pacient, který žádné léky neužívá je pacient P3, který uvedl: „*Od svého mládí, jsem žádné léky nikdy neužíval, tedy dlouhodobě.*“ Pacientka P1 ve své výpovědi uvedla léky na tlak, léky na srdce a občas nějaké vitamíny. Dále pacientka P1 uvedla: „*No nikdy jsem po těchto práškách neměla žádné problémy, beru je totiž pravidelně a podle toho, jak je mám dávkovaný.*“ Pacient P2 odpověděl: „*Ano beru léky na vysoký tlak a taky něco na tu špatně prokrvenou pravou stranu, občas cítím bolesti.*“ Dále pacient P2 zmínil, že po těchto lécích žádné přítomné poruchy nemá, jen jednou pocítoval motání hlavy, když si vzal lék na vysoký tlak, od té doby se nic neobjevilo. Přesněji uvedl: „*Pamatuju si, že jednou se mi zamotala hlava po tom, co jsem si vzal prášky na tlak, nevím, proč se to stalo, ale od té doby jsem podobné problémy už neměl.*“ Dotazovaní pacienti P4, P5 a P6 také uvedli léky na vysoký tlak, po kterých žádné obtíže neměli. Pacientka P5 dále užívá léky na cukrovku a občas si vezme léky na bolest. „*Po těchto práškách, jsem žádné potíže neměla*“, uvádí pacientka P5. Pacient P6 dále uvádí léky na bolest, které má předepsané od svého lékaře, také uvádí jako ostatní dotazovaní, že obtíže po podání léku nebyly. Pacientka P7, také uvádí

léky na cukrovku a dále uvedla léky na astma. „Beru léky na cukrovku a potom mám také to foukadlo na astma s tím lékem, nikdy se mi po nich problémy neobjevily“, uvedla pacient P7. Všechny zmíněné odpovědi jsou znázorněny v tabulce 14 a 15.

**Tabulka 14 Užívané léky**

UŽÍVANÉ LÉKY	
Léky na tlak	P1, P2, P4, P5, P6
Léky na diabetes mellitus	P5, P7
Léky na bolest	P2, P5
Léky na srdce	P1
Léky na astma	P7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

V tabulce není uveden dotazovaný pacient P3, protože žádné léky neužívá.

**Tabulka 15 Nežádoucí účinky**

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY	
Ano	P2
Ne	P1, P4, P5, P6, P7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

V tabulce není uveden dotazovaný pacient P3, protože žádné léky neužívá, tudíž nemá žádné nežádoucí účinky po užívání.

Další otázkou, která byla pacientům položena, byla: „Porušila jste někdy zákaz vstávání ve zdravotnickém zařízení? Pokud ano, jaký byl důvod porušení?“ Na tuto otázku většina pacientů (P2, P3, P4, P6 a P7) odpověděla, že zákaz vstávání ve zdravotnickém zařízení neporušili. Pacient P2 uvedl: „Ne, nikdy jsem tento zákaz neporušil. Vždy, když jsem něco potřeboval, tak jsem tady zazvonil na sestry a ony přišly a pomohly.“ Pouze 2 dotazovaní pacienti uvedli, že tento zákaz museli porušit. Pacientka P1 na tuto otázku odpověděla: „Ano, už jsem ho párkrát porušila, ale nic se mi nestalo.“ Když byla pacientce P1 položena druhá doplňující otázka odpověděla: „No víte, já jsem silná kuřačka, bohužel bez cigarety nevydržím, a tak jsem byla bohužel nucena ten zákaz párkrát porušit.“ Pacientka P5 tento zákaz také porušila dle jejích slov, ale neměla na výběr. „Jednou jsem tento zákaz porušila, ale bylo to pouze z toho

důvodu, že jsem nutně potřebovala na toaletu a na zvonění sestry nereagovaly.“ Poté uvedla, že se jí, ale nic nestalo. Uvedené odpovědi jsou znázorněny v tabulce 16.

**Tabulka 16 Porušení zákazu vstávání**

PORUŠENÍ ZÁKAZU VSTÁVÁNÍ	
Ano	S1, S5
Ne	S2, S3, S4, S6, S7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

## Kategorie 2 Prevence

V této kategorii se budou zkoumat odpovědi pacientů na otázky, které se týkaly prevence pádu ve zdravotnickém zařízení.

Mezi první otázku, která se týkala prevence pádu pacientů ve zdravotnickém zařízení, zněla: „*Používáte nějakou kompenzační pomůcku při chůzi, případně jakou?*“ Dotazovaní pacienti P4, P6, a P7 uvedli na tuto otázku, že žádnou kompenzační pomůcku při chůzi nepoužívají. Například pacient P6 odpověděl: „*Nene, nikdy jsem ji nepotřeboval.*“ Krátkou odpověď uvedla i pacientka P7, která odpověděla stejnou odpovědí, a to: „*Ne nepoužívám.*“ Pacient P4 odpověděl velmi zajímavě, uvedl: „*No, teď při chůzi žádnou nepoužívám, ale dříve jsem měl ty francouzský berle, protože mám za sebou operaci kolene.*“ Pacienti, kteří kompenzační pomůcku při chůzi používají, jsou pacienti P1, P2, P3, P5. Pacientka P1 uvedla: „*Teď mám, teda spíš se učím chodit o té protéze, ale to jsem si do nemocnice nevzala, protože jsem měla jet pouze na kontrolu do nemocnice a už si mě tady nechali.*“ „*Jinak jsem dřív chodila o holích.*“ Pacient P3 uvedl, že kvůli svému zánětu v páteři momentálně používá bederní pás, přesněji uvedl: „*Jo, jenom tenhle bederní pás, kterým se zpevňuji v tý páteři nebo spíš v tý oblasti bederní, a podporujeme mi to držení těla, když někam jdu.*“ Pacientka P5 ve své výpovědi uvedla, že dřív žádné pomůcky nepotřebovala, ale teď, když má silnou bolest zad, dopomáhá si při chůzi alespoň chodítkem. Také uvedla: „*Doufám, že už ho za chvíli nebudu potřebovat.*“ Pacient P2 v oblasti kompenzační pomůcky uvedl: „*Tak, jak jsem říkal, používám hůl, která mi v chůzi dost pomáhá od doby, co jsem po té příhodě.*“ Uvedené odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 17.

**Tabulka 17 Kompenzační pomůcky**

<b>KOMPENZAČNÍ POMŮCKY</b>	
<b>Žádné</b>	P4, P6, P7
<b>Francouzské berle</b>	P1
<b>Hůl</b>	P2
<b>Chodítko</b>	P5
<b>Protéza</b>	P1
<b>Bederní pás</b>	P3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Další součástí prevence se týkala obuvi, které pacienti nosí, jak ve zdravotnickém zařízení, tak v prostředí domácím a v terénu. Pacientka P1 uvedla: „*Noo, polokecky, protože mi dali na tu protézu taky polokecku, tak musím chodit v polokeckách.*“ Za mě jsou vhodný, chodí se mi v nich zatím dobře a cítím se bezpečně v nich no.“ Pacient P2 na tuto otázku odpověděl: „*Mám támhletu botu, je to jako teniska, která má tu dlahu na zpevnění té nohy, kolem té dlahy je takový poutač na suchý zip, a to mi pomáhá pořádně zpevnit tu nohu.*“ „*Je to vhodná obuv, než, co jsem nosil před tím, chodí se mi s tím líp.*“ Například pacient P3 na otázku odpověděl velmi konkrétně, jeho odpověď zněla: „*Pokud jdu cíleně na nějaký výšlap, tak si беру nějakou vyšší turistickou pevnou botu, pokud chodím normálně takhle běžně tak nosím nějaký sportovní obuv s vhodnou podrážkou no, a myslím si, že je vhodná, protože když jdeme někam do lesa, tak je dobrý mít boty s pevnou podrážkou, ta chůze je pak stabilnější.*“ Pacient P4 uvedl, že když je v domácím prostředí, tak většinou nosí pantofle, a když jde ven tak nosí tenisky na tkaničky, dle jeho názoru je jeho obuv vhodná a pohodlná, cítí se během chůze jistě. Dále pacientka P5 ve své výpovědi uvedla: „*No nějakou klasickou, trepky nebo obyčejný pantofle, nebo něco podobného, já nikam do terénu nechodím.*“ Pacienti P6 a P7 uvedli, že v domácím prostředí nosí obyčejné pantofle, a když jdou ven, používají obuv dle počasí, a jako příklady uvedli tenisky, kecky. V obuvi, které dotazovaní uvedli, se všichni cítí dobře a bezpečně, a proto ji považují za vhodnou. Všechny zmíněné odpovědi jsou uvedeny v tabulce 18.

**Tabulka 18 Vhodná obuv**

VHODNÁ OBUV	
Tenisky/sportovní obuv	P2, P3, P4, P6, P7
Pantofle	P4, P5, P6, P7
Kecky/polokecky	P1, P6, P7
Turistická pevná obuv	P3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Do předposledního tématu, této kategorie patří pravidelný pitný režim hospitalizovaných pacientů. Pacientka P1 uvedla, že za celý den vypije něco okolo 1-1,5l denně, většinou jsou to minerální vody nebo čaj. Pacient P2 řekl: „*Tak 2 litry za den, nejvíce piju šťávu nebo vodu.*“ Pacient P3 odpověděl, že za den průměrně vypije 2,5 litru, především dává přednost minerálním vodám nebo černému čaji. Pacient P4 uvedl: „*Tak nevím no, myslím si, že za den ty 2 litry vypiju, většinou piju nesladký čaj, minerální vodu a džusy.*“ Stejnou odpověď uvedli pacienti P5 a P6, kteří odpověděli, že za den vypijí, alespoň 1litr tekutin, nejčastěji minerální vody nebo čaj. Pacientka P7 řekla: „*Já si myslím, že 1,5 litrů vody za celý den, občas se napiju i čaje.*“ Výše uvedené odpovědi, jsou uvedeny v tabulce 19.

**Tabulka 19 Pitný režim**

PITNÝ REŽIM		DRUHY TEKUTIN	
<b>1litr/den</b>	P1, P5, P6	<b>Čaj</b>	P1, P3, P4, P5, P6, P7
<b>1,5litrů/den</b>	P1, P7	<b>Minerální voda</b>	P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7
<b>2litry/den</b>	P2, P4	<b>Džusy</b>	P4
<b>2,5litrů/den</b>	P3	<b>Šťáva</b>	P2

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Do posledního bodu, který se týká prevence pádu u hospitalizovaných pacientů, se především týkal vybavení oddělení. Otázka především byla určena k tomu, aby pacienti zhodnotili vybavení, které se týká madel ve sprchách, v koupelně a na toaletách. Šest dotazovaných pacientů ve své odpovědi uvedlo, že jim vybavení na oddělení vyhovuje, a dle nich je dostatečné. Pouze jediný pacient, který vybavení nemohl zhodnotit, byla pacientka P1, která řekla: „*To nemůžu úplně posoudit, protože já jsem se z toho pokoje zatím prakticky vůbec nedostala. Když už tak to mě vždycky*

vezou honem rychle tam a zpátky, takže toto nemůžu posoudit.“ Pacient P2 ve své výpovědi udal, že mu na oddělení vybavení vyhovuje, uvedl, že je rád, že mají všude madla, kterých se může člověk kdykoliv přidržet, a byl potěšen, že na chodbách oddělení mají signalizační zařízení. Pacienti P3 a P4 měli podobnou odpověď. Pacient P3 uvedl: „*Jo, tak mě to přijde dobrý, většinou máme ty madla, tady u postele, potom jsou taky madla na chodbě, kterých se můžu přidržet, když potřebuju. A ještě jsem také viděl, že jsou na chodbách invalidní vozíky a chodítka, ale ty já nepoužívám.*“ Přičemž pacient P4 odpověděl: „*No já mám vše, co potřebuju, madla jsou tady všude, jak na chodbách, tak na toaletě, samozřejmě mám i ten zvoneček, takže za mě je to dobrý.*“ Pacienti P5 a P6, také uvedli, že vybavení na oddělení je dostačující, madla jsou všude, kde oni potřebují, na toaletách a na chodbě. Jako jediný však uvedli, že jim občas chybí přítomnost kompenzačních pomůcek. Pacientka P7 odpověděla: „*Mně to takhle vyhovuje, nemůžu si na nic stěžovat.*“ Všechny uvedené odpovědi jsou znázorněny v tabulce 20.

**Tabulka 20 Vybavení oddělení**

VYBAVENÍ ODDĚLENÍ	
<b>P1</b>	Nemůže posoudit
<b>P2</b>	Dostačující
<b>P3</b>	Dostačující
<b>P4</b>	Vyhovující
<b>P5</b>	Vyhovující – pouze nedostatek pomůcek
<b>P6</b>	Vyhovující – pouze nedostatek pomůcek
<b>P7</b>	Dostačující

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

### **Kategorie 3 Důsledky pádů**

V kategorii 3 budeme zaznamenávat odpovědi dotazovaných pacientů na otázky, které se týkají důsledku pádu.

Mezi nejčastější odpovědi pacientů byly tržné rány, hematomy na čele, nebo naražení končetin nebo kostí. Dotazovaní pacienti P3, P4 a P7 ve své anamnéze neměli uvedený pád ve zdravotnickém zařízení, ale byli vybráni k rozhovoru, protože měli přítomné riziko pádu, které vyšlo v přednastavené anamnéze. Tito 3 pacienty tedy

uvedli, že v nemocničním prostředí nikdy neupadli. Konkrétně pacient P4 odpověděl: *„V nemocnici se mi nikdy nestalo, že bych upadl, ale jednou jsem upadl doma, mou hloupostí, šel jsem po schodech a na ten poslední jsem zapomněl, nic vážného se mi nestalo.“* Pacienti P1, P2, P5 a P6 v anamnéze uvedený pád měli, přičemž každý dotazovaný pacient v nemocničním prostředí upadl pouze 1x. Konkrétně pacientka P1 odpověděla: *„Upadla, to tady bylo asi 2 roky zpátky, snažila jsem si vzít hole a dojít si na toaletu, ale jedna mi upadla, a když jsem se pro ni snažila natáhnout, tak jsem se převážila a spadla, Nějaký vážný zranění jsem neměla, jenom jsem měla modřinu na čele, ale pamatuju si, že mě posílali doktoři na rentgen.“* Dotazovaný pacient P2 ve své výpovědi udal, že v nemocnici upadl jednou a důvodem bylo zamotání hlavy při vstávání z lůžka, dle jeho slov se mu nic vážného nestalo, pouze měl hematoma za zadní části hlavy. Pacientka P5 uvedla: *„Tehle týden jsem tady na oddělení upadla, když jsem vstávala z lůžka, špatně jsem se chytla chodítka, které nebylo zabrzděné, chodítka se mi převrhlo a já upadla, po pádu mě bolely záda ještě víc, protože jsem se bouchla o ty zábrany, a ještě se uhodila do hlavy, tady nad okem mám ještě modřinu.“* Pacient P6 uvedl, že upadl asi před třemi lety v nemocnici, když se šel do koupelny umýt a po cestě zakopl o své boty, které tam měl, a uhodil se do hlavy o kliku dveří a roztrhl si obočí a měl hematoma nad pravým okem.

Dále jsme u pacientů zjišťovali přítomné psychické újmy u pacientů, které se mohly objevit po pádu. Dotazovaní pacienti P3, P4 a P7, žádné psychické újmy u nich přítomny nejsou, protože nemají přítomný pád v anamnéze ani v životě. Naopak pacientka P1 uvedla: *„No nějakou psychickou újmu to na mě asi zanechalo, teď jsem se hodně ponaučila a dávám si větší pozor, občas mám strach, ještě teď, když se učím chodit o té nové protéze.“* Dotazovaný pacient P2 odpověděl, že žádnou psychickou újmu nemá, pouze se ponaučil, a když vstává z lůžka, vždy chvíli počká, aby se mu nezamotala hlava. Pacientka P5 ve své výpovědi udala, že má z chůze trochu strach, konkrétně uvedla: *„Ještě je ten pád čerstvý, takže se teď bojím, ale snažím se, vždy když vstávám, tak si kontroloju, jestli mám to chodítka zabrzděné.“* Pacient P6 odpověděl velmi stroze, a to: *„Ne, žádnou újmu nemám.“* Všechny uvedené odpovědi jsou zaznamenány v tabulkách 21 a 22.



**Tabulka 21 Důsledky pádu**

DŮSLEDKY PÁDU	
Hematom	P1, P2, P5, P6
Bolest	P5
Tržná rána	P6
Žádný úraz (nepřítomný pád)	P3, P4, P7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

**Tabulka 22 Psychická újma**

PSYCHICKÁ ÚJMA	
Ano	P1, P5
Ne	P2, P3, P4, P6, P7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

### Kategorie 4 Edukace

V poslední kategorii tedy v kategorii 4 bude zkoumat, jakým způsobem, byli pacienti edukováni při příjmu na oddělení sestrami.

Dotazovaným pacientům byla položena otázka: „*Jak jste byla během Vašeho příjmu poučena o prevenci pádu?*“ Pacientka P1 uvedla: „*No, sestry mě moc nepoučily, protože věděly, že nevstanu. Ale samozřejmě mi vysvětlily, kde je zvoneček, jak s ním mám zacházet, ale to bylo vše.*“ Signalizaci také zmínili všichni dotazovaní pacienti (P1-P7). Pacient P2 odpověděl: „*Jo, sestry mě poučily, řekly mi, že tady nad postelí mám ten přivolávač sester, pak mi řekly, že každé to lůžko tady je pohyblivé vlastně po celém oddělení. Všude, kde budete, narazíte na ten přivolávač.*“ Dotazovaný pacient P3 ve své výpovědi udal, že mu sestry popsaly, jak to na oddělení funguje, přímo uvedl: „*Dostal jsem takový rychlý všeobecný popis, s tím, že tady nad postelí je tlačítko, kterým je možný si přivolat sestřičku nebo mi také řekly, že je lůžko pohyblivé, a jak správně ho ovládat.*“ Dále pacient P3 dodal, že mu sestry také vysvětlily, jak správně vstávat z postele, že by měl vstávat pomalu, chvílku by měl zůstat sedět a poté začít pomalu chodit. Pacient P4 uvedl, podobnou odpověď, jako dotazovaný pacient P3, akorát neuvedl správné vstávání z lůžka. Pacientka P5 řekla: „*Popsaly mi všechno, co šlo, tak třeba, kde najdu ten zvoneček, řekly mi, že s lůžkem se dá manipulovat, jak správně bych měla vstávat z lůžka, také mě upozornily na to, že bych měla chodit prozatím pouze s dohledem, abych neupadla, a taky teda potom řekly, že ten zvoneček je*

*i na toaletě a najdeme ho i na oddělení na nějakých určitých místech.*“ Pacient P6 také při odpovědi na uvedenou otázku uvedl, že ho sestry informovaly o chodu oddělení, kde pacient, co najde, jak správně by měl používat signalizaci, kde ji všude může najít, také se sestry dle slov pacienta zmínily o tom, že si lůžko může napolohovat, jak je mu to příjemné. Dále pacient P6 uvedl: *„Později po tom příjmu, za mnou přišla rehabilitační sestra, která mi vysvětlila, jak bych měl po tom záchvatu vstát, že bych si měl nejdříve sednout, koukat chvilku jakoby před sebe a poté pomalu vstát.*“ Pacientka P7 ve svých odpovědích také zmínila to, že ji sestry poučily o tom, jak správně používat signalizaci, kde signalizaci nalezne, také ji řekly, kde je na oddělení toaleta, a jak správně nastavit lůžko. Všechny uvedené odpovědi dotazovaných pacientů jsou zaznamenány v tabulce 23.

**Tabulka 23 Edukace**

<b>EDUKACE</b>	
<b>Signalizační zařízení</b>	P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7
<b>Pohyblivost/nastavení lůžka</b>	P2, P3, P4, P6, P7
<b>Správné vstávání z lůžka</b>	P3, P5, P6, P7
<b>Toaleta</b>	P7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

## 5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část ve svém textu zmiňuje příčiny pádu jejich rizikové faktory, možné přítomné důsledky po pádu a jejich prevence. Z této části také vychází cíle bakalářské práce. Byly vytvořeny celkem čtyři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat příčiny pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Druhým cílem bylo zjistit rizikové faktory pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Předposlední cíl této bakalářské práce bylo popsat důsledky pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Čtvrtý zároveň poslední cíl bylo zjistit preventivní opatření sester v prevenci pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení.

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda výzkumu, pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl tvořen ve dvou nemocnicích. Jedna nemocnice byla z Jihočeského kraje, a druhá nemocnice se nacházela v kraji Středočeském. Výzkumný soubor tvořilo sedm sester a sedm hospitalizovaných pacientů. Rozhovory obsahovaly 12 otázek pro sestry a 15 otázek pro hospitalizované pacienty. U sester byly vytvořeny v praktické části 5 kategorií a u pacientů byly vytvořeny 4 kategorie.

Do první kategorie, která byla nazvána „Vzdělávání sester“, se zkoumaly odpovědi sester v oblasti vzdělávání pomocí seminářů, které se týkaly prevence pádů. Odpovědi sester byly různorodé. Čtyři dotazované sestry uvedly, že se seminářů účastnily, ale stále se opakují. Zbýlé tři sestry na seminářích nebyly, jedna sestra uvedla, že na semináře nechce a raději se bude vzdělávat od kolegyň a zbýlé dvě sestry prozatím neměly možnost se na semináře dostat. Dle mého názoru je vhodné za svou praxi, alespoň jednou absolvovat jeden seminář, který by se týkal problematiky pádů.

Druhá kategorie, byla pojmenována „Prevence v oblasti vzniku pádu“. V této kategorii bylo spoustu různých odpovědí, proto byla tato kategorie rozdělena do dvou podkategorií, které se týkají prevence. V první podkategorii, která se zabývá úpravou prostředí, se objevovalo 9 odpovědí, které jsou zaznamenány v tabulce 3. Mezi nejčastější odpovědi dotazovaných sester patřila především madla v koupelnách a zábradlí na chodbách. Dále sestry nejčastěji v rozhovoru zmiňovaly signalizační zařízení, vhodnou obuv a osvětlení. Časté odpovědi byly také postranice, nastavení lůžka a identifikační náramek. Tyto uvedené odpovědi sester, také souhlasí s Miertovou (2019), která ve své knize uvádí v oblasti prevence, že bychom měli kontrolovat

vhodnou obuv pacienta, pacienta, který je v riziku pádu řádně označit identifikačním náramkem, a především bychom se měli přesvědčit, že pacient umí používat signalizační zařízení.

Na hospitalizované pacienty, byla také položena otázka, která se týkala prevence pádu na oddělení. Ptali jsme se na vybavení oddělení. Hospitalizovaní pacienti ve většině odpovídali stejně. Vybavení oddělení, které napomáhá k prevenci pádu, konstatují jako dostačující. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 20. Ve svých odpovědích také zmiňovali stejně jako dotazované sestry madla a zábradlí v koupelnách a na chodbách, signalizační zařízení a nastavení lůžka. Zeleníková, et al. (2015) uvádí, že bychom zamezili poranění po pádu, nebo alespoň minimalizovali poranění, používá se snížení lůžka, které může zamezit pádům.

V druhé podkategorii, která se týká prevence pádu, jsme zařadili ochranné opatření. Mezi ochranné opatření zařazujeme postranice (zábrany), které uvedly všechny dotazované sestry. Dle Jarošové, et al. (2014), by se používání bočních zábran nemělo používat jako prevence pádu. Jejich používání by mělo být jasně zváženo pouze za určitých okolností, nebo pokud si to přeje sám pacient. Mezi další ochranné opatření zařazujeme odpovědi, jako jsou fixační pásy, kurty, lehká fixace a používání medikace. Tyto odpovědi uvedly dotazované sestry, i s tím, že to použily, pokud bylo v bezprostředním ohrožení zdraví pacienta nebo se snažily chránit ostatní lidi na oddělení, jako byli spolupacienti nebo personál. Odpovědi sester se shodují s tím, co ve svém článku napsala Palečková (2021), ta uvádí, že by se omezující prostředky měly používat pouze tehdy, kdy je důležité ochránit zdraví pacienta nebo jiných osob. Palečková (2021) také uvádí, že by se omezující prostředky měly vybírat dle dané situace a podle toho, aby byl pacient fyzicky i psychicky omezen, co nejméně. Sestry ve svých odpovědích také uvedly, že omezující prostředky používají jen tehdy, pokud k tomu dá svolení lékař. Tuto informaci zmiňuje i Věstník ministerstva zdravotnictví (2018), ten uvádí, že použití omezujících prostředků mohou nelékařští zdravotničtí pracovníci použít tehdy, kdy k tomu dá svolení lékař, pouze v některých akutních případech může o použití omezujících prostředků rozhodnout nelékařský pracovník, který je k tomu oprávněn. Dle mého názoru souhlasím s tím, co uvedla Palečková (2021) ve svém článku. Omezující prostředky by se měly používat, co nejméně a podle toho, v jaké situaci se pacient nachází, neměl by mít omezen na svobodě, pokud to není nutné.

Ve třetí kategorii jsme se zabývali odpověďmi na otázky, které se týkaly rizikových faktorů v oblasti pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Jelikož těchto odpovědí bylo mnoho, museli jsme tuto kategorii rozdělit na dvě podkategorie, jedna se týkala určitých příčin pádů a druhá podkategorie se týkala samotných rizikových faktorů. Odpovědi sester jsou zaznamenány v tabulkách 5 a 6. Do nejčastějších příčin pádů sestry ve svých odpovědích zmínily především nevhodnou obuv pacienta, špatné použití postranic (zábran), poté také mokrou podlahu a špatné osvětlení. Matějovská Kubešová, et al. (2018) ve svém článku uvádějí, jako častou příčinu pádu špatné osvětlení nebo i špatné označení schodů. Také uvádí, že tyto příčiny jsou důvodem tzv. mechanických pádů. Žatkuřáková a Hosáková (2019) ve svém článku dále uvádějí jako příčinu nevhodnou obuv a dodávají také špatně zvolené oblečení. Nevhodnou obuv sestry uvedly jako nejčastější příčinu, především taková obuv, která nemá protiskluzovou podrážku. Nevhodně zvolené oblečení neuvedla žádná z dotazovaných sester.

Do druhé podkategorie s názvem „Rizikové faktory“ sestry uvedly nejčastěji přidružená onemocnění. Bielaková, et al. (2014) naopak zařadili přidružená onemocnění do příčin. Zařadili tam jak akutní, tak i chronická onemocnění. Mezi onemocnění můžeme například zařadit onemocnění pohybového aparátu nebo také onemocnění kardiovaskulárního systému. Mezi další rizikový faktor sestry uvedly věk. Svobodová (2013) ve svém článku uvádí, že pády u seniorů nad 65 let patří mezi nejčastější a nejrizikovější mimořádné události. Vlček, et al. (2019) ve svém článku uvádí, další rizikový faktor, a tím je farmakoterapie. Užívání medikace uvedly všechny dotazované sestry. Vlček, et al. (2019) jako příklady užívání medikace uvádí léky, které mohou navozovat sedaci a ospalost, což mohou být například antiepileptika, antidepresiva a další. Dále uvádějí léky na snížení krevního tlaku, jako jsou například ACE inhibitory. Dle Jarošové, et al. (2014) by se sestra při příjmu a během hospitalizace pacienta měla posuzovat podávanou medikaci, aby se předcházelo pádům starších osob v prostředí zdravotnického zařízení.

Můžeme si všimnout, že i u pacientů byla kategorie s názvem „Příčiny a rizikové faktory“, v této kategorii jsme se zajímali o důvody hospitalizace a další přidružená onemocnění. Odpovědi jsou uvedeny v tabulkách 11 a 12. Každý pacient byl přijat z odlišného důvodu, ve výzkumu se nám objevila dvakrát dechová nedostatečnost a dvakrát epileptický záchvat. Mezi přidružená onemocnění pacienti uvedli nejčastěji vysoký krevní tlak, diabetes mellitus. Epilepsii a vysoký tlak ve svém článku také uvádí

Berková, Berka (2018) ve svém článku, kde tyto onemocnění řadí mezi nejčastější rizikový faktor, který může mít za následek pád.

Do čtvrté kategorie, která nese název „Edukace“ jsme zařadili odpovědi sester, které odpovídaly na otázku, která se týkala edukace pacienta při příjmu na oddělení. Všechny dotazované sestry jako nejčastější odpověď uvedly signalizační zařízení. Pokorná, et al. (2013) ve své knize uvádějí, že včasná edukace o signalizačním zařízení, může včas zabránit pádu. Také uvádí, že signalizační zařízení by mělo být, co nejbližší k pacientovi, který by měl vědět, jak toto zařízení používat a kde ho najde. Většina sester také uvedla, že pokud budeme pacienta edukovat o signalizačním zařízení, měla by být provedena názorná ukázka, aby pacient věděl, jak zařízení používat. Miertová (2019) ve své knize uvádí, že mezi včasnou edukaci, a hlavně prevenci patří ponaučení pacienta o nošení vhodné obuvi, a také včasnou kontrolou vhodné obuvi. Vhodnou obuv uvedla většina dotazovaných sester. Dále sestry do edukace zařadily používání vhodné kompenzační pomůcky. Zeleníková (2016), užití kompenzační pomůcky spíše řadí mezi rizikové faktory, které mohou zapříčinit pád. Do další důležité edukace sestry zmínily vysvětlení pohyblivosti lůžka a edukace o chodu oddělení. Dle mého názoru je edukace při příjmu velmi důležitá, souhlasím s tím, co uvedly sestry i Pokorná, et al. (2013) ve své knize, co se týká signalizačního zařízení. Velmi mě překvapila odpověď dvou sester ve výzkumu, které uvedly, že je také velmi důležité, aby si pacient sám vyzkoušel, jak toto zařízení funguje. Během své praxe jsem několik edukací pacienta viděla, ale nezažila jsem nikoho, kdo by edukoval o signalizačním zařízení pacienta pomocí praktické ukázky.

Kategorie 4 s názvem „Edukace“ ve výzkumu dotazovaných pacientů, také nesla odpovědi jako dostupnost signalizačního zařízení, nastavení lůžka, správné vstávání z lůžka a používání toalety na pokoji.

V kategorii 5 s názvem „Hodnotící škály“ sestry odpovídaly na otázky, které se týkaly hodnocení pacienta s rizikem pádu. Jelikož sestrám byla položena doplňující otázka, která se ptala na znalost dalších hodnotících škál, byly vytvořené dvě podkategorie. Jedna nese název „Používání hodnotících škál na oddělení“ a druhá „Znalost hodnotících škál“. V první podkategorii se nejčastěji objevovala odpověď, že žádná ze sester nepoužívá žádnou konkrétní hodnotící škálu, ale používají především přednastavenou anamnézu, která se týká rizika pádů u pacientů. Sestry ve svých odpovědích také zmínily, na co se v přednastavené anamnéze ptají. Byly zmíněny otázky na rizikové léky, které pacienti užívají, jako jsou různá psychofarmaka. Dále se

ptají na používání kompenzačních pomůcek například na používání holí a chodítek. Také jedna z dotazovaných sester uvedla, že bodování u pacienta s rizikem pádu je jiné než u vytvořených hodnotících škál. Kozáková (2016) ve svém článku uvádí, že je velmi důležité k hodnocení rizikového pacienta přistoupit ihned při příjmu. Sestrám poté byla položena otázka z oblasti přehodnocení rizika pádu. Všechny dotazované sestry uvedly, že riziko pádu přehodnocují 1x týdně. Pouze dvě sestry dodaly, že riziko pádu přehodnocují i tehdy, pokud se u pacienta změní zdravotní stav. Kozáková (2016) také uvádí, že přehodnocení by se mělo dělat při změně zdravotního stavu.

Druhá podkategorie se věnovala znalostem sester o dalších hodnotících škálách. Všechny dotazované sestry uvedly hodnotící škálu dle Morse. Kozáková (2016) uvádí, že v hodnotící škále dle Morse se ptáme na anamnézu předchozího pádu, zjišťuje další přidružená onemocnění, zda pacient používá při chůzi kompenzační pomůcky, jestli u pacienta zavedená intravenózní terapie, v jakém psychickém stavu pacient je, a také na to, jak vypadá chůze u pacienta. Bodová stupnice je taková, že pokud má pacient více než 45 bodů je ve velkém riziku pádu poté je střední riziko pádu a dále nízké riziko pádu, které je od 7–24 bodů. Tři z dotazovaných sester uvedly ještě hodnotící škálu dle Conleyové. Dle Horové, et al. (2020) se ve škále dle Conleyové hodnotí především přítomnost kognitivních poruch, věk, zda má pacient v anamnéze předešlý pád, zda už byl pacient hospitalizován, jaké užívá léky. Dále se ptáme na přítomnosti závratí a nykturie, pak zjišťuje stav soběstačnosti. Pokud bych si já měla vybrat, kterou hodnotící škálu bych použila u pacienta s rizikem pádu, nejspíše by to byla škála dle Conleyové, a to z toho důvodu, že mi přijde více konkrétní, objevují se tam velice důležité věci, které s rizikem pádu takto souvisí, například dotaz na závratě. Kozáková (2016) uvádí ve svém článku i další hodnotící škálu jako je STRATIFY, screeningové test mobility, test hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové a další.

Do poslední kategorie, která vznikla ve výzkumu u hospitalizovaných pacientů, je zařazena kategorie 3 s názvem „Důsledky pádu“. Jak už bylo zmíněno ve výzkumu 3, hospitalizovaní pacienti nikdy ve zdravotnickém zařízení neupadli, ale měli v anamnéze určené riziko pádu. Zbylí 4 hospitalizovaní pacienti ve zdravotnickém zařízení upadli. Berková, Berka (2018) ve svém článku uvádí, že pád je nejčastější příčina nějakého následku. Mezi nejčastější důsledky, které vznikly po pádu, je tržná rána, bolest a hematom. V článku od Berkové, Berky (2018) se žádné tyto důsledky, které zmínily ve svých odpovědích, pacienti neobjevují, ti spíše uvádějí vážnější poranění jako je intrakraniální poranění a poranění nebo zlomenina stehenní kosti. Pokorná, et al. (2019)

uvádí za další zranění tržné rány, a také fraktury. Bielaková, et al. (2014) také uvádí, že přítomné poranění po pádu může být jiné poranění měkkých tkání nebo i mimo jiné nějaké psychické následky jako deprese, úzkost nebo strach. Strach jako následek pádu uvedli 2 dotazovaní pacienti. Během své praxe jsem pár pádu viděla, spíše tedy v domovech pro seniory se zvláštním režimem, tyto pády ve většině případů dopadly, nějakými lehčími zraněními, jako je bolest, hematom. Jednou se mi, ale stalo, že pád dopadl velice ošklivě, kdy klient domova pro seniory, měl tržnou ránu na čele a podezření na zlomeninu krčku. Dle mého názoru jsou obavy po pádu přirozené, ještě více, když má pacient nějaký bolestivý následek.



## Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Ve zdravotnickém zařízení jsou starší pacienti pády velice ohroženi. Pád ve zdravotnickém zařízení u starších pacientů, může vést k mnoha komplikacím a psychickým následkům, po pádu může docházet ke ztrátě soběstačnosti. Pád patří do nepříjemné nežádoucí události, která se stává velmi často.

V bakalářské práci byly stanoveny 4 cíle. Prvním cílem bylo zmapovat příčiny pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Jako druhý cíl bylo zjištění rizikových faktorů pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Třetí cíl měl popsat důsledky pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Čtvrtý a zároveň poslední cíl měl zjistit preventivní opatření sester v prevenci pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení.

Z výzkumného šetření pro cíl č. 1 vyplývá, že mezi nejčastější příčiny pádů patří především nevhodná obuv, kdy pacient používá obuv, která nemá protiskluzovou podrážku a není pevná. Do další příčiny je uvedena mokrá podlaha, kdy pacient uklouzne. Dále byla uvedena příčina špatné osvětlení a špatné užití postranic (zábran), kdy se třeba nepoužijí vůbec.

Druhý cíl se týkal rizikových faktorů seniorů v oblasti pádů. Z výzkumného šetření vyplývá, že mezi nejčastější rizikový faktor patří přidružená onemocnění, které by se mohlo zařadit i mezi časté příčiny. Pacienti mezi nejčastější přidružená onemocnění uvedli vysoký krevní tlak. Jako další rizikový faktor byl uveden věk, kde jedna sestra uvedla i to, že u starších lidí je větší pravděpodobnost pádu než u lidí mladších. Jako další rizikový faktor byla uvedena špatná dostupnost signalizačního zařízení. Rizikový faktor, který uvedly všechny dotazované sestry, bylo také užívání medikace, kde především uváděly léky jako psychofarmaka, léky na bolest a sedativa. Jako velmi zajímavý rizikový faktor byla také uvedena změna prostředí, která nemusí být příjemná pro žádného pacienta, natož pro pacienta, který trpí demencí.

Třetím cílem bylo popsání důsledků pádů z pohledu seniora. Mezi nejčastější důsledky, které vnikly po pádu, pacienti uvedli hematom, takto odpověděli všichni pacienti, kteří prodělali pád. Dále jako důsledek byla uvedena tržná rána a bolest. Co se týká nějakých psychických důsledků, tak 2 pacienti uvedli, že po pádu mají větší strach z chůze a opětovného pádu.

Čtvrtým a zároveň posledním cílem, bylo zajištění preventivních opatření sester v prevenci pádů seniorů ve zdravotnickém zařízení. Mezi nejvíce účinnou prevencí

sestry uváděly signalizační zařízení, které by mělo být pacientovi vysvětleno i praktickou ukázkou. Dále uváděly madla, zábradlí na chodbách a toaletách, aby se mohl pacient kdykoliv přidržet. Jako další preventivní opatření byly uvedeny postranice (zábrany). Identifikační náramek a označení lůžka pomocí cedulky byla také odpověď dvou sester v oblasti prevence. Dále bylo jako prevence uvedeno řádné osvětlení nastavení lůžka, a především vhodná obuv. Co se týká ochranného opatření u pacienta, který je ohrožen pádem, sestry nejčastěji uváděly postranice (zábrany), dále se v odpovědích objevila lehká fixace, kurty, pásy a použití medikace, jako jsou psychofarmaka.

Dle mého názoru bakalářská práce splnila všechny stanovené cíle, které byly zmíněny již v úvodu práce. Mohli jsme se všimnout, že sestry během své praxe zažily již několik pádů a mají mnoho zkušeností s tímto tématem.

Co se týká využití této bakalářské práce v praxi, především by měla sloužit k informovanosti seniorů o rizicích, které mohou vést k pádu, také k informovanosti o důsledcích po pádu. Informovat by měla i nelékařské zdravotnické pracovníky o problematice pádu.

## Seznam použitých zdrojů

1. BERKOVÁ, M., BERKA, Z., 2018. Pády: významná příčina morbidit a mortality seniorů. *Vnitřní lékařství*. 64 (11), 1076-1083. ISSN 0042-773x.
2. BIELAKOVÁ, K., et al., 2014. Prevence a management instability a pádů u geriatrických pacientů. *Geriatric a gerontologie*. 3(1), 25-28. ISSN 1805-4684.
3. BOHÁČEK, P., KOUDELKOVÁ, I., 2013. Analogové studie a vliv smyslové a sociální deprivace na pacienty dlouhodobě upoutané na lůžko. *Florence*. 7-8/2013. 26-28. ISSN 2570-4915.
4. BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., 2016. Pády u hospitalizovaných pacientov – posudzovanie rizika. *Ošetrovatelstvo: teoria –výskum –vzdelávanie*. 6(1), 26-31. ISSN 1338-6263.
5. BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ K., 2017. Rizikové faktory pádu u hospitalizovaných pacientov. *Praktický lékař*. 97(1). 26-30. ISSN 0032-6739.
6. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
7. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
8. ČESKÁ REPUBLIKA., ©2024. Edukace. *Národní zdravotnický informační portál*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit.2024-02-25]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/13>
9. ČESKÁ REPUBLIKA, 2020. *Národní ošetrovatelský postup – Prevence pádů a postup při zranění způsobených pády*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2023-12-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40360/NOP%20Prevence%20p%C3%A1d%C5%AF%20a%20postup%20p%C5%99i%20zran%C4%9Bn%C3%ADch%20zp%C5%AFsoben%C3%BDch%20p%C3%A1dy.pdf>

10. ČESKÁ REPUBLIKA., 2018. *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2024-04-17]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/15323/36080/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20C4%8CR%204-2018.pdf>
11. DOSBABA, F., KŘÍŽOVÁ, D., HARTMAN, M., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.
12. HOROVÁ, J., BRABCOVÁ, I., BEJVANČICKÁ, P., 2020. Hodnocení rizika pádu. *Pro sestry*. [online] 17(3). 200-202. [cit. 2024-01-06]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2020/03/12.pdf>
13. HOROVÁ, J., BRABCOVÁ, I., KROCOVÁ, J., 2019. Následky pádů pacientů. *Ošetrovatelské perspektivy*. [online] 2(2). 33-42. [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/pdfs/osp/2019/02/04.pdf>
14. HRONOVSKÁ, L., 2012. Závratě, instabilita a pády ve stáří – *Interní medicína pro praxi*. [online]. Praha. 14(12). 470-472. [cit. 2023-11-17]. Dostupné z: [int\\_12\\_12\\_novy.indd](int_12_12_novy.indd) ([internimedicina.cz](http://internimedicina.cz))
15. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
16. HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem. Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
17. JANKŮ, K., 2020. *Kompenzační a rehabilitační pomůcky ve speciálně pedagogické praxi – Studijní distanční text*. [online]. Slezská univerzita v Opavě. 126 s. [cit. 2024-02-16]. Dostupné z: [https://repozitar.cz/repo/39410/Kompenzacni\\_pomucky.pdf](https://repozitar.cz/repo/39410/Kompenzacni_pomucky.pdf)
18. JAROŠOVÁ, D., et al., 2014. *Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých*. [online]. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě. [cit. 2024-04-03]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>

19. KABELKA, L., CHVÍLOVÁ, M., et al., 2022. *Syndrom křehkosti – indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti*. Praha: Grada. 408 s. ISBN 978-80-271-3178-5.
20. KALVACH, Z., et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 978–80-247-7038-3.
21. KOZÁKOVÁ, D., 2016. *Hodnocení rizika pádů u seniorů*. [online]. Verlag Dashöfer, nakladatelství, spol. s.r.o. [cit. 2024-03-09]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4\\_CGK5n1jOGfwopQ/?uri\\_view\\_type=5](https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGK5n1jOGfwopQ/?uri_view_type=5)
22. MACHÁČOVÁ, K., HOLMEROVÁ, I., et al., 2019. *Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta. 247 s. ISBN 978-80-204-5489-8.
23. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
24. MASARYKOVA UNIVERZITA., 2013. *Zvláštnosti a úskalí farmakoterapie ve stáří*. [online]. Vysoká škola v Brně. [cit. 2023-11-17]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/med/jaro2013/VLGE092/um/5.\\_4I\\_pady.ppt](https://is.muni.cz/el/med/jaro2013/VLGE092/um/5._4I_pady.ppt).
25. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H., 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů – Úskalí diagnostiky a terapie*. Mladá fronta. 216 s. ISBN 978-80-204-3394-7.
26. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H., et al., 2018. Rizika hospitalizace seniorů. [online]. *Vnitřní lékařství*. 64(11). 1070-1075. [cit. 2024-04-03]. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2018/11/14.pdf>
27. MEREL, S., WALLACE, J., 2015. Geriatric Medicine. *Medical clinics of North America*. 99(2), 263-279. ISSN 0025-7125.
28. MIERTO VÁ, M., 2019. Riziko pádu v ošetrovatelské praxi – u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0850-3.

29. MORRIS, R., O'RIORDAN, S., 2017. [databáze]. Prevention of falls in hospital. *Clinical Medicine Journal*. 17(4), 360-362. [cit. 2024-01-06]. Dostupné z: 10.7861/clinmedicine.17-4-360
30. ONDRUŠOVÁ, J., © 2018. *Sociální gerontologie a geriatrie*. [online]. Husitská teologická fakulta Univerzity Karlovy. 222 s. [cit. 2023-10-12]. Dostupné z: <https://htf.cuni.cz/htf-103-version1-gerontologie7.pdf>
31. ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., et al., 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. 370 s. ISBN 978-80-246-4383-0.
32. PALEČKOVÁ, J., 2021. Omezovací prostředky jsou svázány pravidly a výjimkami. *Florence*. 2/2021. 38 s. ISSN 2570-4915.
33. PODĚBRADSKÁ, R., 2018. *Berle*. [online]. Masarykova univerzita – Fakulta sportovních studií. [cit. 2024-02-16]. Dostupné z: <https://www.zdraweb.cz/index.php?pg=clanky&aid=17>
34. POKORNÁ, A., et al., 2013. *Geriatrie v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 815 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
35. POKORNÁ, A., et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví – metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
36. POKORNÁ, A., et al., 2019. *Metodika sledování nežádoucí události PÁD u Agentur domácí zdravotní péče (ADP)*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [2024-02-25]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke\\_dokumenty/ADP\\_metodika\\_pad\\_plna\\_ve\\_rze.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/ADP_metodika_pad_plna_ve_rze.pdf)
37. POSPÍCHAL, J., JEDLINSKÁ, M., 2013. Přítomnost vybraných rizikových faktorů pádů u hospitalizovaných geriatrických pacientů. *Praktický lékař*. 93 (1), 23-25. ISSN 0032-6739.
38. PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R., et al., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-271-0876-3.

39. RASOULI, F., REED, K., B., 2020. Walking assistance using crutches: A state of the art review. *Journal of Biomechanics*. (78). ISSN 0021-9290.
40. SUTTON, D., Mc CORMACK, S., 2019. [databáze]. *Fall Prevention Guidelines for Patients in Wheelchairs or Patients with Delirium: A Review of Evidence-Based Guidelines*. CADTH Rapid Response Reports. © 2019. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. [cit. 2024-02-25]. Dostupné z: PMID: 31545572
41. SVOBODOVÁ, D., 2013. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011–2012. *Florence*. 6/2016, 23-32. ISSN 2570-4915.
42. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů – Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
43. WEBSTER, J., B., MURPHY, D., P., 2019. *Atlas of orthoses and assistive device*. Fifth edition. Elsevier – Health Sciences Division. 480 s. ISBN 978-0-323-0.
44. VLČEK, J., et al., 2019. [online]. Minimalizace rizik a teorie tří pilířů u léčiv zvyšující riziko pádů. *Klinická farmakologie a farmacie*. 33(4). 33-34 s. [cit. 2024-04-17]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/far/2019/04/05.pdf>
45. VOSTRÝ, M., VETEŠKA, J., et al., 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů – Psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2866-2.
46. ZELENÍKOVÁ, R., 2016. [online]. *Prevence pádů seniorů*. Verlag Dashöfer, nakladatelství, spol. s.r.o. [cit. 2024-03-04]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/prevence-padu-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4\\_CGKAfjH9TCp8eY/](https://www.seniorzone.cz/33/prevence-padu-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKAfjH9TCp8eY/)
47. ZELENÍKOVÁ, R. 2015. Intervence v prevenci pádů seniorů v institucích: přehledová situace. *Praktický lékař*. 95(1). 20-30s. ISSN 0032-6739.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – seznam otázek pro sestry

Příloha 2 – seznam otázek pro hospitalizované pacienty



## **Příloha 1 – seznam otázek pro sestry**

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
- 3) Jak dlouholetá je Vaše praxe na tomto oddělení?
- 4) Pokud jste se někdy účastnila semináře, který se týkal prevence pádů pacientů, jaké nové poznatky v oblasti prevence Vám to přineslo do Vaší praxe?
- 5) Jaké druhy preventivních mechanismů používáte na Vašem oddělení?
- 6) Provádí se u Vás na oddělení nějaké hodnotící škály, které Vám pomáhají zhodnotit riziko pádu? Pokud ano, jaké?
- 7) Po jakém časovém intervalu provádíte přehodnocení rizika pádu?
- 8) Které rizikové faktory a příčiny podle Vás mohou ovlivnit riziko pádu u pacienta?
- 9) Jak edukujete pacienta, který je ohrožen pádem?
- 10) Jaké označení/identifikaci používáte na Vašem oddělení u pacienta s rizikem pádu?
- 11) Byla jste někdy svědkem pádu pacienta na Vašem oddělení? Jaké bylo Vaše následné preventivní opatření u tohoto pacienta?
- 12) Co za omezující prostředky jste použila u pacienta, který byl ohrožen pádem?  
Za jaké okolnosti jste musela prostředky použít?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

## **Příloha 2 – seznam otázek pro hospitalizované pacienty**

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
- 2) Kolik je Vám let?
- 3) Na jakém oddělení a v jaké nemocnici jste hospitalizována? Jak dlouho Vaše hospitalizace trvá?
- 4) Kolikrát jste byl/a za posledních 5 let hospitalizován/a? Stalo se Vám, že jste při hospitalizace upadl/a?
- 5) Popište důvody Vaší hospitalizace, případně přidružená onemocnění.
- 6) Máte momentálně problémy s chůzí? Měl/a jste je někdy v minulosti?
- 7) Jak jste byla během Vašeho příjmu poučena o prevenci pádu? (signalizační zařízení)
- 8) Používáte nějakou kompenzační pomůcku při chůzi, případně jakou?
- 9) Pokud jste upadl/a, jaké jste při pádu utrpěla zranění?
- 10) Jaké užíváte léky? Cítíte po nějakém z uvedených léků slabost/dezorientaci/zmatenost či jiné poruchy vnímání?
- 11) Jakou při chůzi používáte obuv? Považujete tuto obuv za vhodnou?
- 12) Porušila jste někdy zákaz vstávání ve zdravotnickém zařízení? Pokud ano, jaký byl důvod porušení?
- 13) Jak velké množství tekutin za celý den vypijete?
- 14) Pokud jste již v nemocničním zařízení upadl/a, jakou psychickou újmu to na Vás zanechalo?
- 15) Jak byste zhodnotil/a vybavení na oddělení, které přispívá k prevenci pádu (madla na chodbách, ve sprše, dostatečné množství kompenzačních pomůcek, atd.).

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

## **Seznam zkratk**

CMP – cévní mozková příhoda

EKG – elektrokardiografie

INT – interní oddělení

l – litr

MMSE – test kognitivních funkcí (Mini-Mental State Examination)

NEU – neurologické oddělení

SZŠ – střední zdravotnická škola

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TK – krevní tlak

Tj. – to je

Tzv. – takzvaně

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

WHO – světová zdravotnická organizace (World Health Organization)