



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Prevence pádu z pohledu všeobecné sestry

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Kateřina Pavelková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Prevence pádu z pohledu všeobecné sestry* jsem vypracovala 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 práce, 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 2.5.2023

.....

Kateřina Pavelková

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Martinu Krause, Ph.D. za vedení mé práce, odbornou pomoc, trpělivost, spolupráci, komunikaci, cenné rady a nápady, které značně přispěly ke vzniku této práce. Také bych chtěla poděkovat mé rodině za jejich podporu po celou dobu studia.

Prevence pádu z pohledu všeobecné sestry

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na prevenci pádů z pohledu všeobecné sestry. Všeobecné sestry se velmi často s pády u poskytovatelů zdravotní péče setkávají a měly by umět v této problematice jednat jak v prevenci, tak při postupu ve vzniklém pádu. Práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Část teoretická se zabývá charakteristikou pádů a rizikovými skupinami pacientů a dalšími vnitřními a vnějšími rizikovými faktory, které zaujímají v této problematice důležitou úlohu. Dále se zabývá úlohou všeobecné sestry v prevenci pádu jako nedílnou součástí výkonu povolání. Také se práce zabývá vybranými aspekty v prevenci pádu a následným postupem při jeho vzniku a následky u pacientů. Důležité je také zmínit škály sloužící k vyhodnocení či ke snížení rizika pádu. Pro výzkumnou část této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního sběru dat využitím techniky polostrukturovaných rozhovorů, které probíhaly se všeobecnými sestrami vybraných oddělení interního typu poskytovatelů zdravotní péče. Cílem výzkumné části bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové skupiny pacientů pro vznik pádů. Také zda všeobecné sestry realizují preventivní opatření pro vznik pádu a jak postupují při jeho vzniku. V neposlední řadě bylo důležité zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry postupují při propuštění pacienta do domácího ošetřování.

Klíčová slova:

pád; prevence pádu; rizikové faktory; všeobecná sestra; nežádoucí událost

Fall Prevention from a General Nurse's Perspective

Abstract

The bachelor thesis focuses on fall prevention from the perspective of the general nurse. General nurses encounter falls very frequently with health care providers and should be able to act on this issue in both the prevention and management of a fall. This thesis consists of a theoretical and a research part. The theoretical part deals with the characteristics of falls and risk groups of patients and other internal and external risk factors that occupy an important role in this issue. It also discusses the role of the general nurse in fall prevention as an integral part of the practice of the profession. The thesis also deals with selected aspects of fall prevention and follow-up of fall occurrence and consequences in patients. It was also important to mention the scales used to assess falls or to reduce the risk of falls. For the research part of this bachelor's thesis, a qualitative data collection method was chosen by using the technique of semi-structured interviews conducted with general nurses of selected wards of internal type of health care providers. The aim of the research part was to find out how general nurses identify patient groups at risk for falls. Also, whether general nurses implement preventive measures for fall occurrence and how they proceed when a fall occurs. Last but not least, it was important to find out how general nurses proceed when a patient is discharged to home care.

Keywords:

fall; fall prevention; risk factors; general nurse; adverse event

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Charakteristika pádů.....	9
1.1.1 Rizikové skupiny pacientů a příčiny pádu.....	10
1.1.2 Vnitřní a vnější rizikové faktory pádu.....	12
1.1.3 Důsledky pádu	13
1.2 Úloha všeobecné sestry v prevenci pádu.....	18
1.3 Vybrané aspekty v prevenci pádu.....	19
1.4 Postup při vzniku pádu.....	24
1.5 Škály sloužící k vyhodnocení pádu	25
1.5.1 Stupnice rizika pádu podle Janice M. Morse	25
1.5.2 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou	26
1.5.3 Gaitův funkční test	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíle práce.....	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27
3 Metodika	28
3.1 Metoda výzkumu	28
3.2 Operacionalizace pojmů	29
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky výzkumu	30
4.1 Analýza polostrukturovaného rozhovoru	30
4.1.1 Analýza v kategorii rizikových faktorů a rizikových skupin	30

4.1.2 Analýza v kategorii preventivních opatření pádu	36
4.1.3 Analýza v kategorii postupu při vzniku pádu	41
4.1.4 Analýza v kategorii propuštění pacientů po pádu	44
5 Diskuse	47
6 Závěr	52
7 Seznam literatury	53
8 Seznam příloh	57
9 Seznam použitých zkratk	71

Úvod

Bakalářská práce se zabývá prevencí pádů z pohledu všeobecné sestry. Pády jsou jednou z nejčastějších nežádoucích událostí poskytovatelů zdravotních služeb (ÚZIS, 2019). Je proto důležité se touto problematikou zabývat, aby se co nejvíce pádům předcházelo. Největší rizikovou skupinou jsou dle dostupných dat osoby ve věku 65 let a výše, dále pak pacienti po úrazech, či osoby s omezenou soběstačností, které již nemají dostatek sil na to se o sebe dostatečně postarat, jak zmiňuje Brímová (2018). Častěji se pády vyskytují u žen, i když u mužského pohlaví je mortalita v důsledku pádu vyšší (Zeleníková et al., 2016)

Téma bylo zvoleno z důvodu, že se jedná o jednu z důležitých skutečností u poskytování zdravotních služeb. Pro jejich prevenci jsou vydávána různá doporučení vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky, jako například Národní ošetrovatelské postupy. Dalším důvodem pro výběr tohoto tématu bylo, že i přesto, že se v praxi lze dost často setkat s rizikovými skupinami pacientů, ovšem dle vlastních zkušeností se nemusí vždy postupovat dle ošetrovatelských standardů tak, aby se pádům zabránilo. Důvodem byl často nevhodně nastavený systém prevence pádu či následný postup při vzniku pádu, aby se zabránilo pádům opakovaným.

Druhou částí této bakalářské práce je část výzkumná. Kvalitativní výzkum probíhal s využitím techniky polostrukturovaných rozhovorů. Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové faktory, jaké preventivní opatření využívají v prevenci pádu, jak postupují při vzniku pádu a jaký je postup při propuštění pacienta do domácí péče. Výsledky empirické části byly vyhodnoceny a interpretovány a následně komparovány s ostatními výzkumy a literaturou.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika pádu

Pád lze charakterizovat různými způsoby, např. MZČR jej definuje jako: *Pád je situace, při níž se pacient/ošetřovaná osoba neplánovaně ocitne na podlaze (nebo na jiném níže uloženém vodorovném povrchu) ať již s poraněním anebo bez poranění pacienta/ošetřované osoby* (MZČR, 2020, s. 1). Pád může být včetně zranění anebo bez něj. Měly by být dokumentovány všechny pády bez ohledu na jejich příčinu. Příčiny mohou být jak interní (např. mdloby), tak externí (např. kluzká podlaha). Vyšší riziko je u geriatrických pacientů. Zdravotnický personál by měl umět v těchto situacích adekvátně jednat (MZČR, 2020). Podobnou definici má Luzia et al. (2014), který uvádí, že pád je přesun těla na nižší úroveň, než byla zpočátku a s neschopností změnit ji. Podle Kalvacha et al. (2012) jsou pády u křehkých pacientů závažné a časté.

Pády nejčastěji vznikají u pacientů s pohybovým a zrakovým onemocněním, a především u seniorů. Jsou důsledkem nejen onemocnění pohybového aparátu, jako je například artróza, amputace, myopatie, vestibulární onemocnění nebo onemocnění nervové soustavy či zraku, ale také z důsledku celkového stárnutí, což je přirozený jev. Pády jsou příčinou sekundárních zdravotních problémů, které mohou nastat (Kalvach, et al., 2012). Dle Sunga et al. (2014) mohou pády ovlivnit člověka jak po psychické stránce (pocit nejistoty, strachu z dalšího pádu, pocit diskomfortu), tak po fyzické stránce (výskyt úrazu) (Sung et al. 2014).

Jak uvádí Svobodová (2013), u věkové skupiny nad 65 let jsou pády nejčastějším problémem jak při hospitalizaci v nemocnicích, v domovech pro seniory, tak i ve vlastním sociálním prostředí pacientů. Pády mohou mít za následek drobná zranění, ale mohla by to být i příčina invalidity či smrti. Také mohou velmi ztížit a prodloužit hospitalizaci v nemocnicích. Podle statistik postihne pád každou čtvrtou osobu ve věku od 65 let do 75 let, každá druhá osoba ve věku 75 let a více pak upadne alespoň 1x ročně. Odhadem 87 % všech vzniklých fraktur v geriatrickém věku je způsobeno pádem (Svobodová, 2013). Poskytovatelé zdravotních služeb se řídí bezpečnostními pokyny, které se dodržují. Nelze ale očekávat úplné vymizení pádů. Cílem těchto bezpečnostních pokynů je pádům co nejvíce zamezit (Pokorná et al., 2019).

Pády lze rozdělit na mechanické (podle vnějších faktorů) a symptomatické (podle vnitřních faktorů nebo podle druhu pádu, které jsou blíže popsány v kapitole vnějších a vnitřních faktorů) jako uvádí Miertová (2019). Kalvach et al. (2012) pády rozdělil dle fenomenologie. Jako první uvedl pád zhroucením, což znamená, že pacient ztratí stabilitu a svalový tonus a upadá k zemi. Příčina může být oběhová, jako je například nízký krevní tlak, synkopy, poruchy srdečního rytmu či mozková příčina, což může zapříčinit například epilepsie. Další příčinou je pád tzv. skácením, tedy náhlá porucha rovnováhy, při které pacient upadne, většinou bez reflexních obranných reakcí, což způsobí zranění. Příčinami mohou být problémy s nerovnováhou, mozkové či vestibulární onemocnění (Kalvach et al., 2012).

Dalším důvodem pádu může být zakopnutí, kdy vznikají pády s předpaženými rukama před sebou z důvodu zakopnutí o překážku, kterou se nepodařilo překročit nebo nerovnost povrchu. Příčinou může být povrch podlahy, prahy či schody, nebo také nestabilita těla, porucha zraku či svalová slabost. Také pád tzv. zamrznutím vzniká jako pád zakopnutím, tedy s předpaženými rukama. S rozdílem, že v tomto případě zůstane noha stát na podlaze a pacient ji nemůže ovládat. Příčinou jsou často neurologická onemocnění, jako je například Parkinsonova choroba. Další časté pády jsou tzv. nediferencované pády při chůzi. Ty mohou vznikat prostou nepozorností, nepřizpůsobivým stylem chůze v nevhodném terénu nebo uklouznutím. Posledními jsou jiné pády, které nesouvisí ani s chůzí nebo stojem. Vznikají nejčastěji při sezení, při postavování se nebo při pádu z lůžka (Pokorná, 2019).

1.1.3 Rizikové skupiny pacientů a příčiny pádu

Pády jsou nejčastější nežádoucí události v zařízeních poskytovatelů zdravotnických služeb. Nejčastější skupinou jsou pak senioři nad 65 let (ÚZIS, 2019). Senioři se z velké části potýkají se syndromem křehkosti, což je chronický problém, ale jeho úroveň může být různá. Odhaduje se, že tento problém postihuje asi 10 % seniorů nad 65 let a více než třetinu lidí nad 85 let (Holmerová et al., 2015). Při optimálních podmínkách může být stav kompenzovaný, ale při větším stresu nebo nemoci mohou nastat rychlé změny, jako je například ztráta soběstačnosti, pády, inkontinence, imobilizace či zhoršení kognitivních funkcí (Holmerová et al., 2015).

Na každém pracovišti by se měla nacházet dokumentace, sloužící k vyhodnocení rizikové skupiny. Využívat by se měla u každého pacienta (MZČR, 2020).

Rizikovou skupinou jsou také pacienti užívající návykové látky či abúzus alkoholu (Fleksher, 2016). Vyšší výskyt pádu je na oddělení neurologických onemocnění, kde se hospitalizovaní pacienti potýkají s pádem i vícekrát. Tento problém se vyskytuje u pacientů po cévní mozkové příhodě, s Parkinsonovou chorobou, roztroušenou sklerózou či demencí (Miertová, 2015). Jak uvádí Berka a Berková (2018), mezi nejčastější poruchy a onemocnění zvyšující riziko pádu jsou příčiny neurologické a senzorické, které zahrnují onemocnění jako je epilepsie, mozkové tumory, záněty, poruchy sluchu a zraku nebo porucha chůze, rovnováhy či snížená rychlost reakce na vzniklou situaci. Dalšími příčinami jsou příčiny psychiatrické, což znamená zhoršení kognitivních funkcí, kam se řadí například demence, delirium a deprese (Berka, Berková, 2018)

Časté příčiny jsou také ortopedické a revmatologické, které zahrnují různé fraktury, např. revmatoidní artritidy, ochablost svalstva, úbytek svalové hmoty aj. I kardiální příčiny, jako je hypotenze, arytmie a palpitace, mohou být značným rizikem pro vznik pádu. Dalšími příčinami pro vznik pádu mohou být dehydratace, tumory, gastrointestinální onemocnění, choroby ledvin, malnutrice, hypoglykémie a onkologické choroby. Důležité je zmínit nežádoucí účinky léků, které mají často v problematice pádů svůj podíl. Do nežádoucích účinků léků se řadí ospalost, snížení krevního tlaku a snížení pozornosti, což způsobují například diuretika, antipsychotika nebo opiáty. Při hospitalizaci je z tohoto důvodu důležité odebrat farmakologickou anamnézu (Fleksher, 2016). Dále může být příčinou nevhodné dávkování či kombinování předepsaných léčiv s volně prodejnými (Berka, Berková, 2018). Vosátka et al. (2019) popisuje, že pády mají většinou více faktorový charakter, na němž se podílejí vnitřní a vnější faktory pádu (Vosátka et al., 2019).

Častěji se pády vyskytují u žen, i když mužské pohlaví má mortalitu v důsledku pádu vyšší. Fyzická aktivita kladně přispívá ke správné funkci svalů a kloubů a k podpoře zdraví. Senioři, kteří mají pravidelnou fyzickou aktivitu, jsou tak v lepší kondici než senioři, kteří svou fyzickou aktivitu minimalizovali. Také zdravá strava bohatá na vitamíny, bílkoviny a vápník napomáhá ke snížení rizika a následků pádů (Zeleníková et al., 2016).

Rizikem je i nevyhovující stabilita nábytku, nevhodná obuv, která může například prokluzovat či být velikostně nevyhovující, nebo nesprávné či omezené používání kompenzačních pomůcek (Zeleníková et al., 2016).

1.1.4 Vnitřní a vnější rizikové faktory

Podle Věstníku MZČR (2020) se mezi vnitřní rizikové faktory řadí předchozí pád, podle kterého se předpokládá, že může nastat pád další. Všechny pády mají být zaznamenány v dokumentaci. Každý poskytovatel zdravotních služeb by měl mít svou specifickou dokumentaci sloužící přímo k záznamu pádů. Jako další faktor se řadí porucha zraku či sluchu. Nestabilní chůze by měla být řešena kompenzačními pomůckami. Kudlová (2013) uvádí jako vnitřní rizikové faktory osamělý život, předchozí pád, používání pomůcek při chůzi a používání vozíku (Kudlová, 2013).

Onemocnění pohybového aparátu, jako je například degenerativní onemocnění šlach a vazů a omezená pohyblivost také vede k možnému riziku pádu. Kvalitativní nebo kvantitativní poruchy vědomí či poruchy chování nebo kognitivních funkcí se řadí do rizikových faktorů taktéž. Při rychlém nástupu onemocnění jako je horečka, epilepsie, hypotenze nebo bolest je také riziko vyšší. Dalším rizikovým faktorem je pooperační období, které trvá 24. hodin je rizikové, protože může nastat porucha vědomí v souvislosti s použitou medikací. V neposlední řadě je rizikem nadváha, inkontinence nebo nykturie (MZČR, 2020).

Ortostatická hypotenze může být dalším z vnitřních rizikových faktorů. Jedná se o výrazný pokles krevního tlaku při vzpřímení těla. Pokles tlaku snižuje cerebrální perfusi, která může následně ovlivnit stav vědomí, dojde k závratí a tím se zvyšuje riziko pádu (Shaw, 2014). Mezi další kardiovaskulární onemocnění, která se řadí mezi vnitřními rizikové faktory, patří anemie, synkopy a infarkt myokardu. Psychiatrická onemocnění, jako jsou deprese, stavy zmatenosti nebo demence, mohou mít vysoký vliv na pád. Dalšími rizikovými faktory jsou vertigo nebo Menierova choroba postihující sluchově rovnovážný orgán. Do vnitřních faktorů se řadí také metabolické poruchy, kterými jsou dehydratace, hypotyreóza, hypoglykemie, anémie nebo poruchy vnitřního prostředí, jako jsou hypokalemie, hyponatremie. Řadí se sem i mikční potíže jako je inkontinence, nykturie nebo polyurie (Hronovská, 2012).

Také onemocnění zraku jako je například katarakta, degenerativní změny sítnice aj. je také vysoce rizikové pro vznik pádu. V neposlední řadě se do vnitřních faktorů řadí poruchy svalstva a skeletu, jak kloubní pórůrazové změny, tak svalové atrofie apod. (Hronovská, 2012).

Vnější rizikové faktory pádu mohou vznikat na základě vnějších podnětů. Například léky k pádům přispívají přímými či vedlejšími účinky. Mezi přímé účinky se řadí změny srdeční frekvence, sedativa nebo snížení krevního tlaku. Mezi vedlejší účinky se řadí ospalost, časté močení, nucení na močení, únava a závratě. Riziko pádu v souvislosti s užíváním léku stoupá první dny užívání, také při vyšších dávkách léčiv, u podávání 4 a více léků a při užívání psychotropních látek (Zeleníková et al., 2015). Za rizikové se považují léky ovlivňující centrální nervovou soustavu, benzodiazepiny, antihypertenziva, diuretika, opioidní analgetika a chemoterapie (MZČR, 2020).

Také nevhodné osvětlení, které může ohrozit hlavně pacienty, kteří mají problémy se zrakem. Nevhodný typ nebo stav obuvi je u osob s poruchou rovnováhy velmi rizikový. Dále sem lze zahrnout nevhodné zacházení s pomůckami, např. s postranními zábranami u lůžek. Personál by měl vše umístit na dobře dosažitelné místo (Miertová, 2019). Dalším problémem mohou být nevhodné nebo nedostatečné kompenzační pomůcky, jako jsou francouzské berle, hole, chodítka. V neposlední řadě se sem řadí nevhodné umístění signalizačních zařízení na pokojích, nezabrděné lůžko či jídelní nebo noční stolky. Zahrnuje se sem také kvalita nábytku a jeho tvar (MZČR, 2020).

Důležité je klást důraz na vybavení koupelen se správným použitím madel pro seniory, kabely od spotřebičů nebo spadlé předměty na zem. Také se udává, že omezovací prostředky jsou u neklidných pacientů vnějším rizikovým faktorem (Pokorná, 2019). Podle výsledků dat šetření z roku 2014–2017 ve Fakultní nemocnici Brno bylo zjištěno, že nejvyšší počet pádů byl u pacientů ve věku 75–89 let (46,1 %) a poté v kategorii od 60–74 let (33,2 %). Nejčastějším místem pádu byl pokoj, kde upadlo 72 % pacientů, druhým nejčastějším prostorem pak byla toaleta (17,6 %), jak uvádí Brímová (2018).

1.1.4 Důsledky pádu

Pády mají nejen fyzické, ale i psychické následky, jako je sociální izolace, deprese a strach z pádu (Hajduchová et al., 2017).

U poskytovatelů zdravotních služeb byly pády identifikovány jako velmi závažné komplikace nejčastěji u starších osob, lze jim ale do jisté míry předcházet (Hajduchová et al., 2017). Pro poskytovatele zdravotních služeb znamená vzniklý pád zvýšení ekonomických nákladů, z důvodu ošetření, vyšetření zraněného pacienta a následná léčba, zda to zdravotní stav vyžaduje. Nejčastějšími komplikacemi po vzniklém pádu mohou být vážná zranění pacienta, dehydratace z důvodu obav z dalšího pádu, a tedy omezování příjmu tekutin. Pád často může způsobit i psychickou újmu na zdraví. Pacienti se obávají opakování pádu, a to může způsobit nejen riziko vzniku imobilizačního syndromu (Myake-Lye et al., 2013).

Mezi fyzické důsledky pádu se řadí především fraktury, u starších osob tomu může být z důvodu osteoporózy, která seniory často postihuje. Nejčastěji se jedná o frakturu krčku kosti femuru. Podle statistik do 12 měsíců po pádu se zlomeninou krčku zemře 35 % lidí starších 50 let. Zvýšené riziko mortality přetrvává 10 až 15 let po zlomeninách tohoto typu. Další častá fraktura, související s pády, je kompresivní fraktura obratlů (Dočekalová, 2017). Hronovská (2012) ještě upozorňuje na fraktury báze lebni, kostí pánve a žeber.

Miertová (2019) také uvádí klasifikaci závažnosti zranění v důsledku pádů o 5 kategoriích. První kategorie zahrnuje minimální nebo žádné příznaky důsledků. Zranění se může projevit až na zobrazovacích vyšetřovacích metodách jako je rentgenové vyšetření (RTG) nebo počítačová tomografie (CT). Druhá kategorie zahrnuje lehké příznaky úrazu, jako jsou odřeniny, zarudnutí kůže a bolest. Zde se využívá led, obinadlo nebo zklidňující topické přípravky či elevace končetin. Třetí kategorie jsou středně těžké příznaky zranění, které se ošetřují dlahou, tejpou nebo stehy. Těžké nebo vážné zranění je čtvrtou kategorií, jedná se o zranění, které vyžaduje operaci, podání transfuze nebo konzultace s lékařem specialistou, pokud se jedná např. o zlomeninu nebo koagulopatii. Pátou kategorií je smrt v důsledku zranění způsobených pádem (Miertová, 2019).

V mezinárodních analytických a statistických studiích i v mezinárodní odborné literatuře se tyto jevy označují jako nežádoucí situace. V anglickém originálním označení jako Adverse Events nebo též ve zkrace AEs. Nežádoucí příhody v kontextu lékařské a ošetrovatelské péče o pacienty způsobují významný podíl morbidit a mortality, a proto je snaha se jim vyhnout, nebo je alespoň snížit či minimalizovat tato existující rizika (Lerdal, 2019).

Řešení těchto nežádoucích situací jsou pro poskytovatele zdravotních služeb prioritou. Z doložených informací vyplývá, že téměř polovině pádů pacientů lze předejít. Aby toho bylo možné dosáhnout, je třeba navrhnout systémy ošetřovatelské a lékařské péče, které mají usnadnit účinné provádění procesů a činností multidisciplinárních týmů v péči o jednotlivé pacienty (Lerdal, 2019).

Melin (2018) konstatuje, že nežádoucí účinky, které se vyskytují v nemocničním prostředí i v rámci ambulantní péče, mají pády významný dopad na zdravotní stav pacientů, protože je to do určité míry specifický typ nežádoucí události, který odráží systémová selhání organizačních struktur a procesů i navazujících činností personálu poskytovatelů zdravotních služeb. Analytické studie se zabývaly problémovými událostmi a kazuistikami jednotlivých pacientů a dosavadní výsledky ukázaly, že v evropském srovnání mají pády v zařízeních poskytovatelů zdravotnických služeb v rámci akutní péče náklady v rozsahu až 13 % na jejich řešení v rámci ročních příjmů těchto poskytovatelů zdravotních služeb. Uváděná míra pádů pacientů se pohybuje v rozmezí od 1,3 do 8,9 pádu/1000 hospitalizačních dnů v nemocnicích akutní péče. Je přitom nutné zdůraznit, že až 30 % z těchto pádů vedou k vážnému zranění pacientů. I když pády nemusí vždy vyvolat vážné poškození zdraví pacienta, existují jednotlivé případy, které vyžadují zásah v důsledku bolesti a utrpení způsobených pacientovi a příbuzných i blízkých osob ve vztahu k pacientovi. Náklady způsobené samotnými pády pacientů jsou uváděny ve výši 0,85 % až 1,5 % celkových výdajů na zdravotní péči v jednotlivých evropských zemích podle statistik Eurostatu za poslední dva roky. Komparativně srovnatelné jsou náklady na řešení pádů pacientů v USA, Austrálii nebo ve Velké Británii (Melin, 2018).

Podle Světové zdravotnické organizace (2019) jsou tyto finanční prostředky doplněny relevantními náklady na poškození zdraví hospitalizovaných osob a nedůvěru ve zdravotnický systém, a proto by měli poskytovatelé zdravotních služeb usilovat o eliminaci pádů, kterým se lze vyhnout, a které je možné procesy a činnostmi nastavenými u poskytovatelů zdravotních služeb účinně řešit (WHO, 2019). Z odborné literatury vyplývá, že pádem trpí lidé s omezenou pohyblivostí, změněným zdravotním stavem i svého vědomí, pokročilým věkem a smyslovými deficity (Holmerová, 2014).

Pokud je přítomno několik rizikových faktorů současně, je riziko mnohem vyšší, a to by měl lékařský i ošetrovatelský personál v péči o jednotlivé pacienty zohlednit. Mnoho aktuálních analytických studií o pádech se shoduje na tom, že posouzení jejich četnosti a identifikace rizikových faktorů pomáhá těmto pádům předcházet a případně je také efektivně snižovat. Pro standardizaci činností a procesů je proto nutné systematizovat jejich přehled, který by měl zahrnovat podpůrné programy a intervence, které jsou zaměřeny na hospitalizované pacienty. Standardizace procesů a činností snižuje objektivně riziko pádů pacientů až o 30 % (Holmerová, 2014).

Komparativně jsou tyto výsledky srovnatelné jak v rámci EU, tak USA či Velké Británie. Několik dalších výzkumných studií ukázalo, že používání škál k identifikaci pacientů s vysokým rizikem pádu je účinné, neboť se jím dosahuje snížení počtu pádů a snížení počtu zranění, která z nich vyplývají pro pacienty poskytovatelů zdravotnických služeb lůžkové péče, a také v ambulantní části (Pokorná et al., 2019). Severo et al. (2018) konstatuje, že v současných analytických studiích bylo prokázáno, že použití hodnotící škály MORSE k identifikaci pacientů s vysokým rizikem pádu je účinné. Je tomu jak pro ošetrovatelský i lékařský personál. Byla zjištěna také souvislost mezi větším počtem pádů a delším pobytem pacientů v nemocnicích a u poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb (Severo et al., 2018). Lopez-Soto et al. (2016) prokázala, že k většímu počtu pádů dochází u pacientů ve stoje nebo vsedě, při vstupu do místnosti/odchodu z ní a při vstávání nebo vystupování z lůžka. Laguna et al. (2013) dospěl k závěru, že hlavní příčiny pádů spolu souvisejí, a to kromě věku také s předoperačním a pooperačním stavem, neurologickými onemocněními a medikací, což je možné označit za některé interní a externí příčiny pádů (Laguna et al., 2013).

Je také v obecné rovině známo, že pacienti chirurgického oddělení mají vyšší riziko pádu. Ve zkoumaných analytických studiích byl počet pacientů s rizikovým faktorem chirurgického zákroku pětikrát vyšší v intervenční skupině. Navzdory tomu došlo u chirurgických pacientů v intervenční skupině pouze k jednomu pádu, což umocňuje přínos edukačního programu. Také je nutno podotknout souvislost s činnostmi všeobecných sester při preventivních opatřeních vedoucích k zabránění pádu pacientů (Laguna et al., 2013). Podle Quigley et al. (2016) změněný stav vědomí daného pacienta, byl často identifikován v odborných analytických studiích v posledních několika letech (Quigley et al., 2016).

Miake-Lye et al. (2013) vyjadřuje přínos edukačních programů v činnosti všeobecných sester pro pacienty, které zahrnují intervence k identifikaci rizikových faktorů spojených s pády v prostředí akutní péče a lůžkové nemocniční péče. Studie o výskytu pádů v nemocnicích a domovech pro seniory tvrdí, že mnoho pacientů trpí pády, protože se jim nedostává vhodné preventivní péče ze strany ošetrovatelského personálu, což je zřejmě umocněno problémem nedostatku personálních kapacit na tyto činnosti v rámci těchto poskytovatelů zdravotních služeb (Miake-Lye et al., 2013).

Pády v nemocnicích jsou nejčastěji hlášenými nežádoucími událostmi a mohou vést k závažným komplikacím u pacientů, jak již bylo uvedeno výše a jak též uvádí WHO (2019). Pády jsou považovány za závažný problém, protože vedou k finančnímu zatížení poskytovatelů zdravotních služeb, nepohodlí pacientů a ovlivňují kvalitu jejich života tím, že prodlužují hospitalizaci a vyvolávají další lékařské výdaje na vyšetření, operace nebo rehabilitaci. Stejně tak je nutné pro tuto péči využít disponibilní lékařské i ošetrovatelské kapacity, což zvyšuje náklady na lidské zdroje a jejich zajištění, jak uvádí Cangany et al. (2015). Malé a střední nemocnice zlepšují dostupnost zdravotní péče, zvyšují rychlost poskytování akutní péče a slouží jako tzv. páteř systému poskytování zdravotní péče tím, že pacientům poskytují vhodné a rozmanité služby pro jejich zdravotní potřeby. Pády v malých a středně velkých nemocnicích je nutné důsledně monitorovat, protože předchozí analytické studie byly prováděny většinou v nemocnicích v rámci lůžkové péče a jen málo z nich se týkalo malých a středně velkých nemocnic (Miake-Lye et al., 2013).

Podle Jakobi et al. (2017) je z hlediska externích a interních faktorů vhodné zkoumat znalosti o pádech pacientů na lůžku, postoj k pádům pacientů a aktivity v oblasti prevence pádů u všeobecných sester v nemocnicích s více než 150 lůžky, což již bylo obecně uvedeno výše. Množství analytických studií bylo provedeno pouze v geriatrických zařízeních. Malé a středně velké nemocnice se navíc potýkají s problémy, jako je nízké vnímání kultury bezpečnosti pacientů a částečně i řízení kvality, pokud jde o zavádění účinných strategií a postupů ke snížení počtu pádů pacientů na odděleních (Jakobi et al., 2017). Melin (2018) uvádí, že problém řízení kvality u některých poskytovatelů zdravotnických služeb přetrvává i v současné době, a je možné uvést, že tento problém se týká i českého zdravotnického systému (Melin, 2018).

1.2 Úloha všeobecné sestry v prevenci pádu

Všeobecné sestry a další zdravotnický personál by měl klást velký důraz na prevenci pádu a vhodnou edukaci pacientů, aby se pádu předešlo. Ta musí být co nejpřesnější a také by měla být včetně praktické ukázky, aby se pacientům dostala co nejlepší možná edukace. Nejen k tomu napomáhají také škály sloužící k hodnocení rizika pádu. Všeobecná sestra by měla při zjištění možného rizika uskutečnit několik bezpečnostních opatření. Důležité je pacienta edukovat o nutnosti využívání signalizačního zařízení, kterým si přivolá pomoc, například při vstávání z lůžka kvůli doprovodu na toaletu, odstranění nebezpečných věcí a nechaná rozsvícená světla během noci (Cendelínová, 2019).

Cangany et al. (2015) uvádí, že klinická bezpečnost pacientů, i v souvislosti s prevencí jejich pádů při hospitalizaci v zařízeních poskytující zdravotní služby nebo při poskytování ambulantní péče pacientům, je klíčovou složkou kvality poskytované ošetrovatelské a zdravotní péče. Ta se zaměřuje na identifikaci a prevenci rizik v souvislosti s pády pacientů u poskytovatelů zdravotních služeb, jimž jsou pacienti vystaveni ve vztahu k českému zdravotnickému systému (Cangary et al., 2015).

Pro všeobecné sestry je v jejich ošetrovatelské praxi důležité snížení počtu pádů pacientů v důsledku protokolárního pokročilého hodnocení, které zahrnuje specifické vyhodnocování rizika pádů u hospitalizovaných pacientů. Například také s některým typem katétru, a také optimalizaci plánu ošetrovatelské péče tak, aby byl více přizpůsoben těmto zjištěným rizikům (Cabellero et al., 2018).

V návaznosti na výsledky analytických studií, je možné doporučit nejen v nemocnicích zavést postupy systematického hodnocení, který naznačuje, že je možné preventivně předcházet pádům, ale není možné je vždy v plném rozsahu eliminovat (Cabellero et al., 2018). Úloha všeobecných sester, jako specifický interní faktor, se liší v závislosti na personálních konfiguracích a rozhodnutích vedení, ale obecně role všeobecných sester v prevenci pádů zahrnuje podle WHO (2018) provádění a dokumentování screeningu a hodnocení rizika pádu u pacientů.

Dokumentování postupů prevence pádů u konkrétních pacientů, které bylo možné vyhodnotit jako rizikové pacienty v souvislosti s jejich pádem, následně sledování zdravotního stavu pacienta a případných změn v něm (Miertová, 2019).

Důležité je také hlášení pádů i konzultace v rámci multidisciplinárních týmů poskytovatelů zdravotní péče, získávání lékařských ordinací od lékaře podle potřeby i po konzultacích v rámci multidisciplinárních týmů poskytovatelů zdravotní péče. Kontrola nad pacienty osobami v rámci ošetrovatelské péče je například spolupráce a vedení všeobecných sester ve spolupráci s dalšími osobami v ošetrovatelském týmu o jednotlivé pacienty. Vzdělávání pacienta a jeho rodiny v oblasti prevence pádů je majoritně v kompetenci všeobecných sester nebo jimi konkrétně pověřených osob z hlediska ošetrovatelské péče. Obstarávání potřeb pro bezpečný pohyb pacientů (např. francouzské hole, chodítka, signalizační zařízení na lůžko atd.) potřebných k prevenci pádů pacienta, což je úkolem zejména fyzioterapeutů ve spolupráci se všeobecnými sestrami, v některých menších institucích to ale může být jen úkolem a odpovědností všeobecných sester (WHO, 2020).

Je však třeba se i zaměřit na to, proč ne všechny všeobecné sestry dobrovolně využívají dostatečným způsobem tento typ školení a souvisejících edukačních programů, protože na základě dostupných důkazů a výsledků jsou edukační programy pro všeobecné sestry účinné při snižování pádů pacientů. Úroveň vzdělání všeobecných sester je prvkem, který přinesl dostatek důkazů jako faktor, který může umožnit zlepšení výsledků u pacientů s ohledem na prevalenci pádů, jak uvádí Cabellero et al. (2018).

V souhrnu se jako optimální jeví, že všechny všeobecné sestry na nemocničních odděleních s potencionálně zranitelnými pacienty, by měly takovým školením projít, a že by měly být provedeny nové a rozsáhlejší odborné programy a výstupy, které by bylo žádoucí nadále realizovat, a které umožní všeobecným sestram rozšířit si znalosti o této problematice. Podobně je možné považovat za nezbytné prozkoumat nové pokročilé vzdělávací intervence zaměřené na rizika pro pacienty a pro jejich bezpečnost, což umožní zvýšit počet důkazů podporujících účelné vzdělávání a profesního rozvoje všeobecných sester také v ambulantní péči (Melin, 2018).

1.2.1 Vybrané aspekty v prevenci pádu

Provedení posouzení pádu je zásadní součástí prevence pádů. Posouzení rizika pádu se obvykle provádí při přijetí pacienta, po přemístění pacienta na oddělení, po změně úrovně péče nebo stavu pacienta a po pádu (Severo et al., 2014).

Mezi rizikové faktory, které mohou být součástí posouzení pádu, patří zejména věk. Obecně je možné uvést, že s vyšším věkem stoupá riziko pádu, ale také možnosti vážného zranění pacienta. Předchozí pád v anamnéze je důležitý v monitoringu pacienta, ale také v nutnosti jeho edukace v rámci daného oddělení poskytovatelů zdravotní péče a zajištění relevantních preventivních opatření. Nestabilita chůze, kterou je nutné řešit optimálně v rámci multidisciplinárního týmu a zajistit relevantní rehabilitační péči o daného pacienta. Dalším aspektem je inkontinence moči. Je zejména důležité pacienta edukovat, v případě, že je lucidní a je schopen spolupracovat, v opačném případě je nutné zajistit opatření, která působí preventivně a zároveň zajistí bezpečnost daného pacienta (Severo et al., 2014)

Medikace pacienta je specifickým problémem, protože u každého pacienta může mít medikace jiný dopad na jeho fyzické nebo psychické schopnosti. Zde je nutné individuální posouzení s ohledem na každého pacienta. Vybavení pro péči o pacienta lze zajistit ve spolupráci s multidisciplinárním týmem, ale zejména by doporučení a zajištění pomůcek mělo být řešeno s fyzioterapeuty a případně také se sociálními pracovníky, pokud se jedná o tzv. kompenzační pomůcky pro pacienty. Změněný duševní stav je též u každého pacienta vysoce individuální a v těchto případech je většinou nutné zajistit taková opatření, aby si neublížil pacient, a to například formou fixace na lůžku a dalšími opatřeními (Severo et al., 2014). Toto uvádí také Miertová (2019).

Lerdal et al. (2018) uvádí, že univerzální preventivní opatření proti pádu jsou bezpečnostní opatření přijatá ke snížení rizika pádu u všech pacientů bez ohledu na hodnocení jejich rizika. Aby se mohlo předcházet pádům, je nutné dodržovat některá z preventivních opatření. Je důležité umožnit pacientovi seznámit se s jeho nemocničním pokojem, protože pády jsou častější v neznámém prostředí, o to významnější je tato skutečnost u pacientů v seniorském věku s případnými dalšími zdravotními obtížemi, jak již bylo uvedeno (Lerdal et al., 2018). Také je důležité dodržování zásad bezpečné manipulace s pacienty, aby se zajistila bezpečnost personálu i pacientů platí pro všechny zdravotnické zaměstnance, obecně pak pro všechny multidisciplinární týmy v rámci jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Dodržování dalších univerzálních opatření je důležité proti vzniku pádu, která jsou u poskytovatelů zdravotních služeb zavedena v rámci interních bezpečnostních předpisů či předpisů týkajících se kvality poskytované komplexní péče o pacienty (Severo et al., 2018).

Na prevenci pádů pacientů se podílí také personál, jako jsou zejména praktické sestry, či další personál spolupracující s všeobecnými sestrami u vážnějších případů pacientů při poskytování lékařské a ošetrovatelské péče pro tyto pacienty. Tito zaměstnanci vyhodnocují prostředí pacienta z hlediska bezpečnosti při úkonech péče o pacienta. Provádějí úkoly podle plánu péče a předávají si vzájemně informace. Zejména se jedná o výsledky rehabilitační péče a pozitivní či negativní vývoj, jeho zhodnocení i predikce. Podávají informace jakýchkoli změn zdravotního stavu pacienta všeobecné sestře a spolupracují s všeobecnými sestrami při dalších postupech ošetrovatelské péče o daného pacienta WHO (2018).

Dodržování ošetrovatelského procesu podle Severo et al. (2014) představuje posouzení, diagnostiku, plánování, provádění a hodnocení, což v konečném důsledku snižuje riziko pádu pacienta. Dodržování všech těchto kroků zajistí, že jsou dokončena posouzení rizika pádu a všeobecná sestra využije svůj úsudek k adekvátnímu naplánování individuálního plánu prevence pádu každého pacienta (Severo et al., 2014). Spolupráce s multidisciplinárním týmem pomáhá zajistit, aby byly splněny všechny potřeby pacientů, což lze považovat za významnou a důležitou skutečnost v rámci komplexní péče o pacienta u poskytovatelů zdravotních služeb (Bunn et al., 2014).

Vybrané analytické studie také ukazují na výhody použití nástroje pro identifikaci pacientů s vysokým rizikem pádu, který umožňuje všeobecným sestrami mít větší kontrolu nad ošetrovatelskou péčí o tyto pacienty (Bunn et al., 2014).

Všeobecné sestry jsou jako odborníci zodpovědné za provádění hodnocení při přijetí do nemocnice, jsou v optimální pozici pro identifikaci rizikových pacientů a realizaci programů prevence pádů u již identifikovaných rizikových pacientů. Zapojení skupiny odborníků, včetně vedoucích zaměstnanců v multidisciplinárních týmech, do kultury poskytovatelů zdravotních služeb i z hlediska jejich odpovědnosti a zlepšení jejich odborné přípravy v preventivních programech umožňuje dosáhnout velmi pozitivních výsledků pro řešení a eliminaci pádů zejména rizikových pacientů (Severo et al., 2018).

Analytické studie provedené v souvislosti s pády pacientů se shodovaly na prospěšnosti a uplatňování preventivních opatření na základě zjištěného rizika anebo onemocnění (Miake-Lye et al., 2013).

Systematický přehled Aliaga et al. (2018) poukázal na intervence zaměřené na pacienta, navíc přizpůsobené edukaci pacientů ze strany všeobecných sester v rámci jejich činností. Tyto postupy mohou mít potenciál být účinné při snižování počtu pádů u akutních pacientů v nemocnicích (Aliaga et al., 2018)

Pokud se jedná o zavedený proces školení, bylo dle dat zjištěno, že byl účinný při dosahování snížení počtu pádů pacientů, a to ukazuje, že proces hodnocení a zjišťování rizik není vždy optimální. Tato skutečnost má vliv na kvalitu péče a bezpečnost pacientů. Průběžné a pokročilé školení sester je nezbytné. To je v souladu s podobnými studii v různých prostředích. Je také možné uvést, že rozhovory s všeobecnými sestrami, které mají dlouhodobou praxi, ukázaly výstupy. A to takové, že intervence v podobě pokročilého školení zlepšila výsledky a snížila počet nežádoucích událostí, včetně pádů pacientů (Aliaga et al., 2018). Kromě toho je možné uvést, že pokročilá školení pomáhají odhalit pacienty ohrožené pádem, což umožňuje navrhnout specifické strategie ošetrovatelské péče v rámci plánu komplexní péče o pacienty v lůžkové, nemocniční, ale také ambulantní péči ke snížení nebo kontrole rizika. Některé studie také dospěly k závěru, že preventivní vzdělávání například u onkologických pacientů ohrožených pádem může významně snížit riziko pádu, jak specifikuje Kuhlenschmidt et al. (2016).

Uvedené skutečnosti naznačují, že je nutné zlepšit klinickou praxi všeobecných sester prostřednictvím dalšího vzdělávání. Nicméně pro tento účel edukačních programů je možné plánovat nové modely praxe. Ty ovlivňují prvky, jež zvyšují riziko pádů, a to pomocí postupů založených na důkazech, jako je pokročilé a specifické školení v oblasti rizikových hodnocení jednotlivých skupin pacientů. Systematické přehledy potvrzují, že je nutné zvýšit zájem odborníků, protože i tyto intervence z řad odborníků a specialistů mohou snížit riziko pádů u pacientů, jak konstatuje Bunn et al. (2014).

Nemocnice s vysokým vnímáním kultury bezpečnosti pacientů měly nižší míru pádů pacientů než nemocnice, které tuto kulturu nevnímaly. Proto se snahy o zvýšení vnímání kultury bezpečnosti ukázaly jako důležitá otázka pro snížení počtu nehod pacientů včetně jejich pádů, jak uvádí Melin (2018).

Vnímání kultury bezpečnosti pacientů u všeobecných sester v prostředí malých a středně velkých nemocnic je však stále na relativně nízké úrovni, což naznačuje, že existuje rozdíl ve vnímání kultury bezpečnosti pacientů v závislosti na velikosti nemocnice. Je to však jen jeden faktor a je nutné uvést, že u českých poskytovatelů zdravotních služeb je často nedostatek personálních kapacit a množství pracovních činností neumožňuje věnovat se těmto edukačním činnostem (Lopéz Soto et al., 2016)

Další důležitou součástí je signalizační zařízení. Je nutné, aby pacient uměl používat signalizační zařízení zvukovým signálem a umožnit mu, aby předvedl, jak se používá. Pokud bude pacient vědět, jak si přivolat pomoc, bude méně pravděpodobné, že sám vstane z lůžka a případně upadne, nicméně zde je toto opatření limitováno dostatkem personálních zdrojů na oddělení poskytovatelů zdravotní péče (Lerdal et al., 2018). Signalizační zařízení a osobní věci pacienta je nutné mít v dosahu, aby pacient nemusel vstávat a aby na ně dosáhl. Toto je primárně záležitostí všeobecných sester zajistit, případně sanitářů či ošetřovatelů, pokud je má pacient k dispozici (Hronovská, 2012). Signalizační zařízení je vhodné řešit okamžitě, aby pacient nebyl netrpělivý a nepokoušel se o pohyb samostatně, což je také častý důvod, proč na oddělení poskytovatelů zdravotní péče vznikne nějaká problémová situace, kterou je nutné akutně řešit (Hronovská, 2012).

Dále je důležité je zmínit udržování čistých a suchých podlah. Při rozlité tekutiny je nutné ihned přivolat pomocný personál, např. uklízečky nebo sanitáře, mající v pracovních činnostech úklid, což se v rámci poskytovatelů zdravotních služeb realizuje poměrně bez větších problémů. Také udržování podlahy v čistotě a bez předmětů, aby se snížilo riziko, že o ně pacient zakopne. Toto je záležitostí jak všeobecných sester, které mají udržovat dohled nad pořádkem na pokojích pacientů, i v kontextu denních vizit, ale také ostatních zaměstnanců, kteří mají na starosti úklid a všechny činnosti v této souvislosti musí vykonávat řádně a včas. Jasně osvětlení a noční světla usnadňují pacientům viditelnost při chůzi. V případě denní péče je dostatek denního světla, v případě noční péče je to pak vhodné noční osvětlení pro pacienty v kontextu jejich pohybu (Severo et al., 2018).

Nezbytnou součástí jsou také osobní věci pacienta. Např. protiskluzová obuv (boty nebo ponožky) zabrání pacientům v uklouznutí, což je hlavně doporučení pro rodinné příslušníky pacientů po edukaci ze strany všeobecné sestry, případně by poskytovatelé zdravotních služeb měli mít možnost pacientům takovou vhodnou obuv zapůjčit v jejich velikosti (Miertová, 2018).

Dále je důležité se zaměřit na pokoj a jeho hygienické zázemí. Lze doporučit držadla poskytující oporu v pokoji, koupelně a na chodbě a měla by být základním vybavením všech pokojů i sociálních zařízení pro pacienty v rámci lůžkové, ale také ambulantní péče. Když pacient odpočívá, je důležité snížit nemocniční lůžko pro případ pádu a při přesunu lůžko zvednout, usnadní se tak přesuny daného pacienta dle jeho osobních možností. U nemocničních lůžek je nutné mít zajištěné brzdy, aby zůstala na svém místě, což je zvláště důležité při přesunu pacienta na vyšetření, je pak odpovědností všeobecné sestry, ale též ostatních členů ošetrovatelského týmu, aby bylo lůžko při návratu pacienta dostatečně zajištěno. Stejně tak u invalidních vozíků pro pacienty, kteří jsou v klidu, je důležité mít zablokované brzdy (Severo et al., 2018)

1.4 Postup při vzniku pádu

Pokud se všeobecná sestra nachází v místě vzniku pádu, měla by v co nejvyšší možné míře zmírnit následky vzniku pádu. Avšak pokud je to možné, neměla by pacienta sama zvedat, což by mohlo zapříčinit zranění personálu. Pacienta by měla nechat se sesunout s opatrností na zem, přidržit mu hlavu a trup, pak následně zavolat o pomoc. Důležité je posoudit stav pacienta, jeho vědomí, reakce na oslovení a fyziologické funkce. Dále zjistit jaký je rozsah poranění, přivolat lékařskou pomoc a společně s lékařem zahájit ošetření pacienta. Je důležité, aby byl pacient vyšetřen, proto se odesílá na odborná vyšetření. Každý pád by se měl zaznamenat do dokumentace, kam se popisuje celý průběh vzniklého pádu, jeho následků a návrhy preventivního opatření (MZČR, 2020).

Někdy v souladu s psychickými onemocněními je nutné použít u pacientů omezovací prostředky dle ordinace lékaře, které se také musí zapsat do dokumentace a je nutné informovat soud. Před propuštěním pacienta do domácího ošetřování je nutné, aby měl pacient za pomoci ošetrovatelského personálu dostatečný nácvik běžných denních činností (MZČR, 2020).

Je nutné také edukovat rodinné příslušníky či pracovníky přímé obslužné péče v domovech pro seniory nebo pracovníky domácí péče. Při překladu pacienta do domova s pečovatelskou službou, je nutné v překladové zprávě zmínit pád pacienta, jak k němu došlo a s jakými následky (MZČR, 2020).

1.5 Škály sloužící k vyhodnocení pádů

Nástroje k vyhodnocení rizika pádu jsou účinnou metodou k určení rizikových pacientů. Hodnotících škál a testů existuje mnoho, ale žádný není univerzální. Je nutné, aby všeobecné sestry využívaly hodnotící škály již při přijetí pacienta k hospitalizaci a předešly tak pádu. Screening rizika pádu je pro prevenci pádu klíčový (JC, 2018).

1.5.1 Stupnice rizika pádu podle Janice Margaret Morse (MFS)

Mezi hodnotící škály patří MORSE fall scale, která se považuje za nejučinnější v prevenci pádu a je nejvíce využívaná (Horová et al., 2020). Tato škála byla vytvořena pro pacienty s vysokým rizikem vzniku pádu a obsahuje 6 hodnotících rizikových faktorů. První je pád v anamnéze za poslední 3 měsíce, pokud se u pacienta vyskytl, je ohodnocen 25 body, pokud ne je ohodnocen 0 body. Druhým faktorem je přidružená diagnóza, která se ohodnocuje 15 body, pokud není žádná, hodnotí se 0 body. Třetím jsou pomůcky k chůzi (MZČR, 2020).

Pokud pacient používá k chůzi jako pomocný nástroj nábytek, je ohodnocen 30 body, pokud využívá berle, hůl či chodítka, je ohodnocen 15 body. Pokud je pacient ležící nebo mu pomáhá personál, je ohodnocen 0 body. Čtvrtým faktorem je intravenózní terapie, která se hodnotí 20 body, pokud u pacienta není, hodnotí se 0. Pátým faktorem je typ chůze. Pokud je pacient imobilní nebo jeho stav vyžaduje klid na lůžku, hodnotí se číslem 0. V případě, že je chůze slabá, hodnotí se 15 body a jestliže je narušená tak 30 body. Posledním faktorem je psychický stav pacienta. Pokud pacient reálně posuzuje svou schopnost pohybu a je si vědom svých možností, hodnotí se 0 body. Jestliže pacient nereálně posuzuje své schopnosti nebo zapomíná na své omezení, je ohodnocen 15 body. Do 24 bodů je pacient bez rizika, 25–50 bodů značí nízké riziko, 51 a více bodů znamená vysoké riziko pádu (MZČR, 2020).

1.5.2 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou

Další škála je podle Conleyové. Zde se hodnotí rizikové faktory, kterými jsou anamnéza, vyšetření a přímé dotazy pacienta nebo jejich nejbližších. Do anamnézy se řadí DDD, což znamená dezorientaci, demenci a deprese. Pokud pacient má nějakou z diagnóz, hodnotí se třemi body. Věk 65 let a více je ohodnocen 2 body. Dalším bodem je pád v anamnéze, který se také vyskytuje u škály MORSE, zde je ohodnocen 1 bodem. Pobyt prvních 24 hodin nebo překlád na lůžkové oddělení je hodnocen 1. bodem. Také se u této škály hodnotí zrakový či sluchový problém, který se hodnotí taktéž 1 bodem. Poslední z anamnézy je užívání léků, jako jsou diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva a laxantia, které se hodnotí také 1 bodem. Při vyšetření se hodnotí soběstačnost pacienta a schopnost spolupráce. Pokud je pacient úplně soběstačný, hodnotí se 0 body, pokud částečně tak 2 body a pokud je nesoběstačný hodnotí se body 3. Jestliže je schopnost spolupráce bezproblémová, hodnotí se 0 body, pokud částečné tak 1 bodem a když je pacient nespolupracující, hodnotí se 2 body. Otázkami k zjišťování přímým dotazem jsou, zda mívá pacient někdy závratě, pokud ano hodnotí se 3 body (Cetlová et al., 2012).

Další otázkou je noční nucení na močení, pokud ano, hodnotí se 1 bodem. Poslední otázkou za 1 bod je, zda má pacient problém s buzením a následnou neschopností usnout. Výsledek 0–4 body je bez rizika, 5–13 bodů značí střední riziko a 14–19 bodů vysoké riziko, jak zmiňuje Cetlová et al. (2012)

1.3.3 Gaitův funkční test

Tento test se používá k zhodnocení rizika pádu a určení rovnováhy. Je velmi nenáročný jak časově, tak fyzicky. Pacient musí vykonat čtyři úkony. Všeobecná sestra při vyšetření vyzve pacienta, aby se posadil na jednu minutu, poté aby se postavil a půl minuty stál na jednom místě, Dále aby přešel napříč místností a otočil se. Posledním krokem v testu je, aby se pacient otočil a vrátil se zpět k židli, na kterou se následně usadí. Jestliže má pacient s nějakým úkonem problém, nastává riziko pádu. Doporučuje se ještě využít další hodnotící škály k doplnění. Pokud pacient svede všechny kroky, je Gaitův test negativní (Zrubáková, Krajčák, 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové faktory a rizikové skupiny pacientů pro vznik pádu.
2. Zjistit, jaká preventivní opatření realizují všeobecné sestry pro vznik pádu.
3. Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry postupují při vzniku pádu.
4. Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry postupují při propuštění pacienta do domácího ošetřování.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jakým způsobem všeobecné sestry identifikují vnitřní faktory pro vznik pádu?

VO2: Jakým způsobem všeobecné sestry identifikují vnější faktory pro vznik pádu?

VO3: Jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové skupiny pacientů pro vznik pádů?

VO4: Jaká preventivní opatření realizují všeobecné sestry pro vznik pádu?

VO5: Jakým způsobem všeobecné sestry postupují při vzniku pádu?

VO6: Jakým způsobem všeobecné sestry postupují při propuštění pacienta do domácího ošetřování?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část byla tvořena pomocí kvalitativní metody výzkumu. K získání informací byla zvolena technika polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami vybrané nemocnice Jihočeského kraje. Polostrukturované rozhovory se skládaly z konkrétně 30 polouzavřených otázek vztahujících se k cílům bakalářské práce. Žádost o realizaci výzkumného šetření byla předem písemně zaslána na vedení vybrané nemocnice Jihočeského kraje, hlavní sestře, vrchním a staničním sestřám. Následně po schválení vedením (viz Příloha 3) byl výzkum realizován na vybraném interním oddělení. Rozhovory probíhaly s každou všeobecnou sestrou zvlášť na vybraném oddělení jedné z nemocnic Jihočeského kraje. Výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu 2022 do prosince 2022.

Rozhovory byly analyzovány pomocí využití techniky zakotvené teorie, bylo provedeno také kódování, kategorizování, včetně tvoření kategorií, podkategorií a schémat. Všechny informantky písemně souhlasily s nahráváním rozhovorů (viz Příloha 4), které byly následně přepsány do programu Microsoft Word. Informantky byly seznámeny s průběhem rozhovoru a byly ujištěny o zachování anonymity při sběru dat. Rozhovory (viz Příloha 5) trvaly přibližně 30 minut a byly realizovány na denní místnosti sester. První část polostrukturovaných rozhovorů obsahovala identifikační údaje informantek, kde se zjišťoval věk, nejvyšší dosažené vzdělání, doba praxe a doba působení na současném oddělení. Ve druhé části byly informantkám položeny otázky týkající se prevence pádu.

Výzkumný soubor byl tvořen 7 všeobecnými sestrami. Sběr dat byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Osloveny byly sestry se středoškolským či vysokoškolským vzděláním. Všechny všeobecné sestry dobrovolně souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Informantky jsou v práci označeny jako S1–S7. Výzkum nebyl podmíněn věkem a vybrané všeobecné sestry se podílely na ošetřování pacientů. První čtyři otázky obsahují identifikační údaje informantů, které jsou zpracované v tabulce níže. Otázky č. 5 a č. 6 se vztahují k výzkumné otázce č. 1 která zní jakým způsobem všeobecné sestry identifikují vnitřní rizikové faktory pro vznik pádu. Dále k výzkumné otázce č.2 která zjišťuje jakým způsobem všeobecné sestry identifikují vnější faktory pro vznik pádu, se vztahují otázky č. 7 až č. 12.

Jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové skupiny pacientů pro vznik pádu se zabývají otázky č. 13 až č. 15. Dále otázky č. 16 až č. 23 se vztahují k výzkumné otázce č. 3 a ta zní jaká preventivní opatření realizují všeobecné sestry pro vznik pádu. Výzkumná otázka č. 4 je jakým způsobem všeobecné sestry postupují při vzniku pádu, té se týkají otázky č. 24 až č. 27 v polostrukturovaném rozhovoru. Poslední výzkumná otázka se zabývá tím, jakým způsobem všeobecné sestry postupují při propuštění pacienta, to zjišťují otázky č. 28 až č. 30.

3.2 Operacionalizace pojmů

Vnitřní rizikové faktory: se dělí na modifikované a nemodifikované. Modifikovanými se rozumí např. deprese, ztráta rovnováha, riziková farmaka, poruchy sluchu a zraku aj. Nemodifikovanými se rozumí předchozí pád v anamnéze, věk pacienta a přidružená onemocnění (Miertová, 2018).

Vnější rizikové faktory: se dělí taktéž na modifikované a nemodifikované. U vnějších faktorů se jedná o vybavení prostředí jako jsou pokoje či koupelny pacientů či kompenzační pomůcky. Nemodifikovanými faktory se rozumí finanční prostředky (Miertová, 2018).

Preventivní opatření: jedná se o soustavu opatření, jejímž cílem je předcházení různých nežádoucích jevů, jako je např. nemoci či úrazy (Hamplová, 2019).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Všichni informanti jsou označováni pro zachování jejich anonymity jako S1 až S7. Jejich věkové rozmezí se pohybuje mezi 27–45 roky. Z tabulky je také zřejmé že tři informanti mají dokončené středoškolské vzdělání, jeden vyšší odborné a zbylí tři mají dokončené vysokoškolské vzdělání. Působení dotazovaných na daném oddělení se pohybuje od 1,5 roku do 7 let a jejich celková praxe od 2 do 26 let.

Informant	Věk	Doba působení na oddělení	Délka praxe	Nejvyšší dosažené Vzdělání
S1	42	5 let a 9 měsíců	19 let	Střední odborné s maturitou
S2	37	7 let a 6 měsíců	18 let	Střední odborné s maturitou
S3	27	2 roky a 5 měsíců	5 let	Vyšší odborné (DiS.)
S4	27	3 roky	8 let	Vysokoškolské vzdělání (Bc.)
S5	45	1 rok a 6 měsíců	26 let	Střední odborné s maturitou
S6	28	2 roky	2 roky	Vysokoškolské vzdělání (Bc.)
S7	33	7 let	10 let	Vysokoškolské vzdělání (Bc.)

Tabulka 1 Identifikační údaje informantů (Zdroj: autor)

4 Výsledky

4.1 Analýza polostrukturovaného rozhovoru

4.1.1 Analýza v kategorii rizikových faktorů a rizikových skupin

V rámci polostrukturovaného rozhovoru bylo informantům položeno 30 otázek (viz Příloha 7). Výsledky rozhovorů jsou znázorněny pomocí schémat. Pátá otázka se zabývá tím, na **jaké oblasti se všeobecné sestry zaměřují při identifikaci vnitřních rizikových faktorů pádu v souvislosti s onemocněním a zdravotním stavem**. Odpovědi na tuto otázku jsou velmi podobné. Někteří z informantů se zaměřují především na soběstačnost pacienta. To konkrétně zmínili S1, S2, S4, S5 a S7. Odpověď u S3 byla *„Zaměřuji se na typ onemocnění pacienta a jeho celkový zdravotní stav díky dokumentaci kterou mám k dispozici.“*. S1 ještě podotýká, že se zaměřuje na hodnocení bolesti pomocí škály, kterou mají k dispozici. Toto zdůrazňuje i S2 *„Hodnotím bolesti pacienta v souvislosti s jeho onemocněním pomocí škály bolesti při příjmu a pak po týdnu.“*. Informant S4 ještě dodává že se zaměřuje na konkrétní onemocnění a přímo uvedl *„Tak zaměřím se na to, jestli nemá pacient hypotenzi, nebo nějaký kardiovaskulární onemocnění.“*. Hypotenzi zmiňuje také S6, který ještě společně s S7 upozorňuje na riziko vzniklé problémy se zrakem či sluchem. S7 také jako jediný uvádí jako rizikový faktor inkontinenci. Informant S5 konstatuje také předchozí pád *„Taky se zaměřuji na jeho pohyblivost, jestli má někde v dokumentaci z předchozích hospitalizacích nějaký záznam, jestli upadl nebo tak.“*, na což upozorňují i S4 a S6 (viz Schéma 1).

Šestá otázka byla zaměřena, na **jaké oblasti další oblasti se informanti zaměřují při identifikaci vnitřních rizikových faktorů pádu**. Odpovědi na tuto otázku nebyly tolik rozdílné. Pouze S7 zmiňuje rizikové skupiny léčiv *„Tak zjistím, jaké užívá léky. Pokud jsou nějaká riziková, tak pacienta poučím o riziku pádu.“*. Psychický stav zmiňovala většina informantů konkrétně S1, S2, S4, S5 a S6. Informant S1 upozorňuje na to, jak jsou důležité informace o psychickém stavu pacientů *„Mentální stav se dozvíme z dokumentace nebo od lékaře. Tyhle informace jsou pro nás důležité.“*. S4 jako jediný ze všech zmiňuje užívání rizikových psychofarmak *„Už nevím, na co jiného. Asi ještě na mentální stav a psychiatrický léky“* (viz Schéma 1).

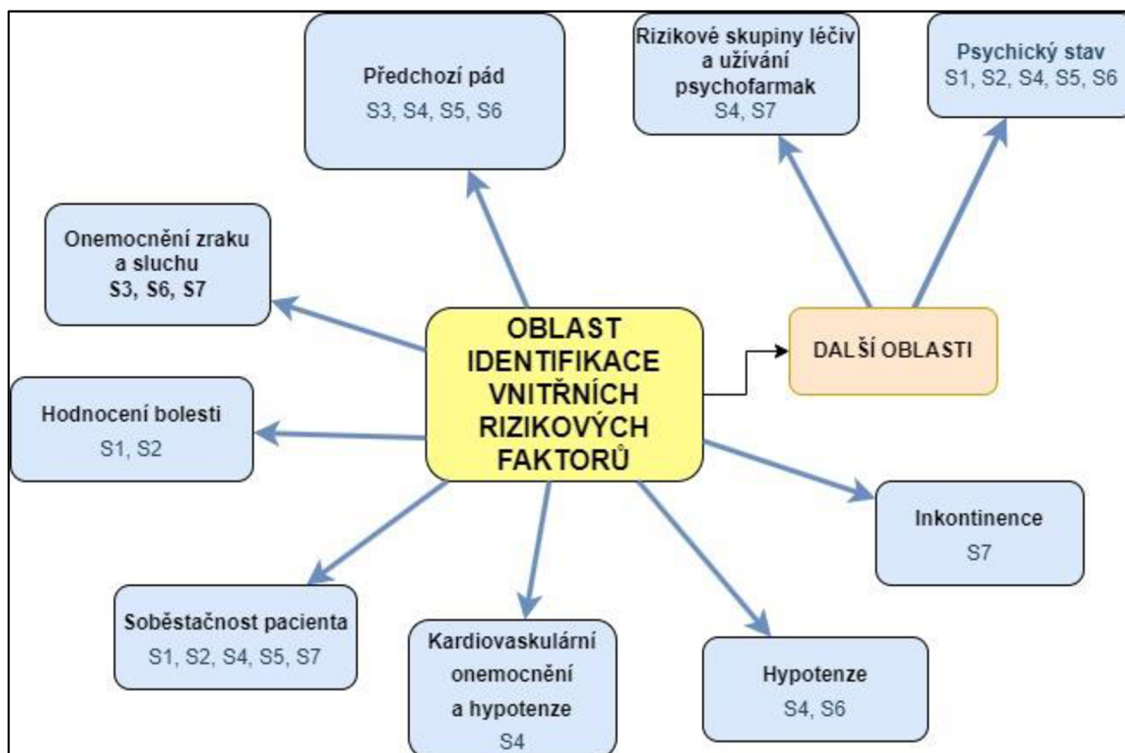


Schéma 1 Oblast identifikace vnitřních rizikových faktorů pro vznik pádu (Zdroj: autor)

Sedmá dotazovaná otázka se zabývá tím, **na jaké oblasti se informanti zaměřují při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s vybavením pokoje.** Konkrétně S1 konstatuje „*Tak třeba na vzdálenost lůžka od WC, když máme pacienta s omezenou soběstačností, snažíme se ho uložit co nejbliž k WC, pokud si zvládá dojít. Taky si dávám pozor, aby měli dorozumivacího zařízení na dosah ruky, ale to u každého pacienta. No a taky se zaměřuji na vzdálenost nočního stolku od lůžka, to už se nám tu taky stalo že pak pacient málem upadl, protože něco hledal.*“. To, aby měl pacient noční stolek co nejbliž lůžku zmiňuje také S2 „*Zaměřuji se na to, aby měl pacient u sebe zvonek a stolek s pitím, pokud se dokáže sám napít a pokud se nesmí zvedat.*“. S4 klade důraz na prostor v pokoji a aby bylo lůžko pacienta co nejbliž u toalety, konkrétně uvádí „*No tak aby když má to chodítko, tak aby se tam dalo projít, aby se dostal prostě na záchod a aby měl to lůžko i daný blízko k té toaletě.*“. S5 ještě dodává „*Tak aby neměl u lůžka nějaký věci, o který by mohl zakopnout. Aby měl polohovací lůžko, no a aby bylo co nejniž nastavený, aby mohl snadno slézt.*“. Polohovací lůžko nastavené co nejniž zmiňuje také S6 a S7. S6 ještě uvedl že edukuje pacienty o užívání pomocných madel v koupelně. S7 se zaměřuje na celkové uspořádání pokoje „*Zaměřuji se na uspořádání pokoje. U nás jsou ty pokoje malé, takže je to horší. Takže aby mu nebránilo nic v bezpečné chůzi.*“.

Podle informanta S3 jsou pokoje zcela vhodné a zmiňuje pouze kamery, konkrétně říká „*U nás jsou všechny pokoje stejně vybavené, až na Jednotku intenzivní péče, tam jsou pacienti pod kamerami. Ale ve všech pokojích nejsou žádné přebytečné věci.*“ (viz Schéma 2).

Další otázka č.8 se zabývá tím, **na jaké oblasti se informanti zaměřují při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s kompenzačními pomůckami.** S2 uvádí, že zjišťuje při přijetí, zda pacient využívá nějaké kompenzační pomůcky, popřípadě mu je zajistí, stejně jako S7. Tuto odpověď zmiňuje také S4 „*No bud' aby s nimi už přišel nebo aby jich bylo na oddělení dostatek.*“, také dodává, že je důležité zvolit vhodné kompenzační pomůcky, čehož se domnívá také S6 a S7. S4 ještě doplňuje, že je vhodné zhodnotit, zda nebude lepší vyměnit kompenzační pomůcky za vhodnější „*A když má pacient berle tak mu řeknu, aby vyzkoušel třeba chodítka, to je vhodnější si myslím a bezpečnější.*“. Na chodítka se také zaměřil informant S6, který upozorňuje na to, aby měli pacienti chodítka vždy při vstávání zabrzděná. Informanti S1 a S6 ještě zmiňují držák na francouzské hole umístěný na lůžku, které na jejich oddělení využívají. S1 také dodává, aby měli pacienti vždy kompenzační pomůcky co nejbliž u sebe „*nebo když má vozík tak jim ho dáváme vždycky úplně k lůžku.*“. to zmiňuje také S3 a S5. S7 ještě dodává vhodné nastavení a používání kompenzačních pomůcek „*Doprovázím pacienta, taky ho s nimi musím naučit. Taky aby je měl správně nastavené, třeba to chodítka, nebo berle.*“ (viz Schéma 2).

Dotazovaná otázka č. 9 se zabývá tím, **na jaké oblasti se informanti zaměřují při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s prostředím - osvětlení, podlahy apod.** Informanti kromě S6 se zmiňují vytírání podlahy. Odpověď S1 byla konkrétně „*Taky když ráno uklízečky vytírají tak pacientům říkáme, aby teď nevstávali, aby neupadli.*“. S1 ještě dodává nutnost kontrolovat, zda nejsou na podlaze nějaké překážky, které by pacientům bránily ve volném průchodu a způsobily pád. To zmiňuje také S3, který ještě upozorňuje na oční onemocnění „*Pokud vím, že má pacient třeba oční onemocnění, vždycky je po domluvě možné nechat rozsvícené světlo. Podlahy kontrolují především paní uklízečky, ale já dohlížím, aby na zemi nebylo nic, co by mohlo způsobit pád.*“. Informanti S1 až S7 kladli důraz na rozsvícení tlumeného světla během noci, pokud s tím pacient souhlasí. Konkrétně S5 uvádí „*V noci mu nechám buď přitěvřeno na záchod, nebo rozsvícené noční světlo, aby tam bez problému trefil, to je na domluvě s pacientem.*“.

Otevřené dveře na noc zmiňuje také S6 „*V noci pacientovi nechám pootevřené dveře na záchod nebo dle domluvy nechám rozsvícené thumené světlo.*“ (viz Schéma 2).

Desátá otázka polostrukturovaného rozhovoru se zaměřuje, **na jaké oblasti se informanti zaměřují při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s léky.** S1 konkrétně říká „*Ujišťuji se, zda pacient zvládne brát léky sám, ale vždycky si je od nich bereme. Rizikové léky nikdy sám nebere, to na ně musím dohlédnout, když jim je dávám. Když podávám léky per os tak kontroloji užívání léků, jestli to jako sami zvládají, aby se to tam pak někde neválelo. No a kontroloji a odškrťávám podané léky v dokumentaci.*“. Při užívání rizikových léčiv na pacienty dohlídá také S2 a S3 který ještě dodává že pacienta který užívá riziková léčiva edukuje o tom, aby zazvonil, pokud by se necítil dobře. S4 a S5 klade důraz na léky na tlak, ten konkrétně uvádí „*No tak změřím vždy tlak, záleží na ordinaci lékaře, většinou je to 2x až 3x denně, podle toho se pak odvíjí medikace, jakou lékař určuje.*“. To uvádí také S6 „*V dokumentaci zjistím, jestli pacient užívá riziková léčiva, jako třeba léky na tlak, diuretika. Na tyhle pacienty zvyšuji dohled.*“ a S7 se toho domnívá taktéž „*Zjistím z dokumentace, jaké léky pacient užívá např. hypnotika, antidepressiva, anxiolytika, hypertonika, opiáty nebo diuretika. Pokud ano, tak zvýším dohled nad pacientem a upozorním ho na to, že se mu může např. zamotat hlavy a mohl by upadnout.*“ (viz Schéma 2).

Další otázka č.11 se týká toho, **na jaké oblasti se informanti zaměřují při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s bezpečností pacienta - obuv, a další** (viz Schéma 2). Všichni z dotazovaných zmiňují vhodnou obuv. S1 říká, že v případě že má pacient nevhodnou obuv, mají na oddělení erární vhodnou obuv s páskem za patou. To zmiňuje také S3, který ještě dodává to, že je důležité komunikovat s rodinou, aby měli pacienti vhodnou obuv nebo pyžamo. Informant S5 si stojí za tím, že je lepší nemít raději žádné boty než kluzké „*Lepší, když už tak jít na boso, když vidím, co si občas přinesou za hroznou obuv.*“. S4 ještě dodává že by pacienti neměli mít teplé kluzké ponožky. Nejvhodnější je protiskluzová obuv, to říká také S3, S4, S5, S6 a S7. Vhodné oblečení zmiňuje také S1, S5, S6 a S2 konkrétně uvádí „*A taky aby neměli moc dlouhé kalhoty, co tu půjčujeme jako erární, tak nesmí být dlouhé, aby pacient neupadl.*“. To také uvádí S7 „*No, aby neměli moc dlouhou košili nebo župan a nezakopli potom.*“ (viz Schéma 2).

Dalším tématem je otázka č.12, která se týká toho, **na jaké další oblasti se informanti zaměřují při identifikaci vnějších rizikových faktorů**. Informant S1 říká „Tady se zaměřuji na míru sebe obslužnosti, když pacient nedokáže něco sám, tak mu vždy řeknu ať si zvoní, že mu pomůžeme, ptáme se taky hned při přijetí na to, co sám zvládá. Také na věk a mentální úroveň, to už jsem říkala. Pak postup nemoci a na osobní anamnézu, ta nám taky hodně řekne.“. S2 ještě dodává poruchu rovnováhy a hypotenzi. S6 uvedl, že pokud má pacient potíže s pohyblivostí, raději zavede permanentní močový katétr a dává pacientům podložní mísu, aby zbytečně nevstával a nevystavoval se riziku pádu. S4 zmiňuje využívání bočnic u lůžka „Jako možná postranice nebo něco takového, nevím, nic jiného mě nenapadá.“. S5 konkrétně zmiňuje „Možná ještě aby nebylo nic ve výškách, co by na pacienta mohlo spadnout a bylo by to následkem pádu. A taky ty stolky, jsou taky takové že snadno o ně pacienti zakopnou. A taky bych ty nejmiň pohyblivý lidi dala co nejbliž k toaletě, a ne k oknu, aby to měli co nejbliž.“. Pouze S2 uvedl, že už ho další oblasti při identifikaci vnějších rizikových pádů nenapadají (viz Schéma 2).

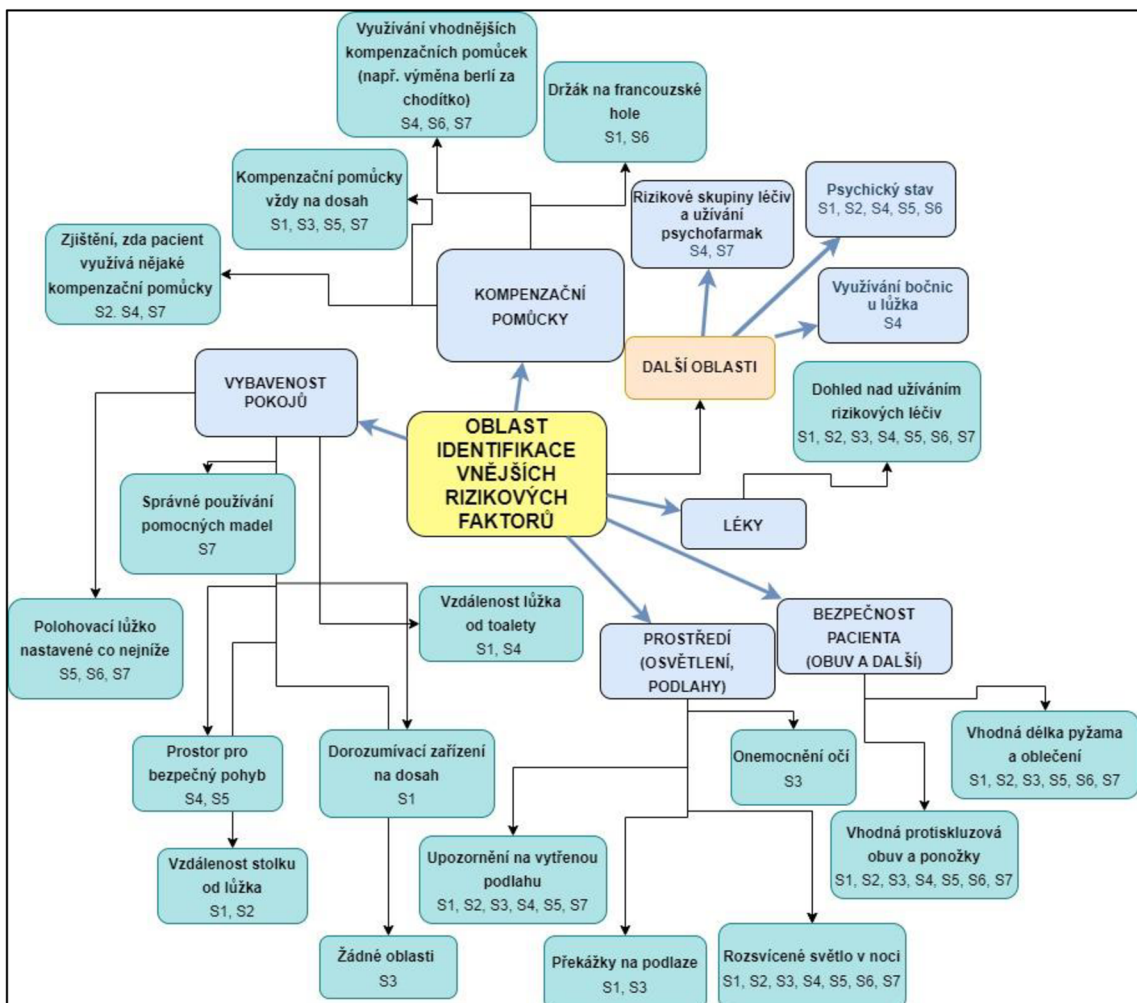


Schéma 2 Oblast identifikace vnějších rizikových faktorů pro vznik pádu
(Zdroj: autor)

Na otázku č.13, která zněla, **jaké škály využíváte při hodnocení rizika pádu** byly odpovědi velice obdobné. S1 konkrétně uvádí „*Máme k dispozici osobní anamnézu a riziko pádu, to vyplňujeme při přijetí vždy u každého pacienta.*“. S2 ještě dodává „*máme v počítači přímo tabulku na hodnocení rizika pádu, to se taky každý týden dělá zas.*“. S7 navíc podotýká „*U nás využíváme riziko pádu v PC a následně tiskneme a vkládáme do dokumentace. Pak ošetřovatelskou anamnézu.*“ Všeobecná sestra S3 zmiňuje konkrétní škálu k hodnocení rizika pádu „*využíváme škálu dle Morseové.*“. S4 ještě dodává „*Máme jednu hodnotící škálu přímo na pád a taky si myslím že tam spadá Barthel test.*“. Toho se domnívá také S5 a S6 (viz Schéma 3).

Dotazovaná otázka č.14 zní, **za jakých okolností zjišťujete riziko pádu.** S1 konkrétně uvádí „*Vždy proběhne rozhovor s pacientem při přijetí, kdy se ptáme, co a jak zvládá sám a co s pomocí a pak pohled na pacienta nám hodně řekne.*“. Zjišťování rizika pádu při přijetí pacienta na oddělení uvedli také S2, S4 a S6. Informant S5 ještě dodává „*Pokaždé když se pacient přijímá, tak se ho ptáme, co bere a nebere a jak se pohybuje. Popřípadě se pobavíme s rodinou, jak to měl doma s pohybem.*“. Důležitost rozhovoru s rodinou pacienta zmiňuje také S2. S3 uvádí ve své odpovědi ještě předchozí pád pacienta „*Podle anamnézy, podle toho, co bere za léky, předchozího pádu nebo podle rozhovoru s pacientem.*“. S7 také zmiňuje předchozí pád pacienta, a ještě konkrétně dodává „*Když je starší 65 let. Když má kompenzační pomůcky. Ale vyplňujeme to u každého při přijetí a propuštění. Když má nějaký hendikep. amputaci a pokud užívá opiáty. A jestli měl předchozí pád v anamnéze.*“ (viz Schéma 3).

Otázka č.15 se zaměřuje na to, **jakým způsobem a kdy probíhá přehodnocení rizika pádu.** S1 odpověděl „*Pokud se zdravotní i mentální stav pacienta změní, vyplňujeme znovu hodnocení rizika pádu. Ale i když ne, tak pravidelně jednou týdně musíme udělat nový záznam v počítači.*“. To stejné zmiňují také ostatní dotazované všeobecné sestry. S3 zmiňuje vznik pádu „*taky když u pacienta nastane pád.*“. S6 také ještě dodává „*nebo při propuštění pacienta.*“ (viz Schéma 3).

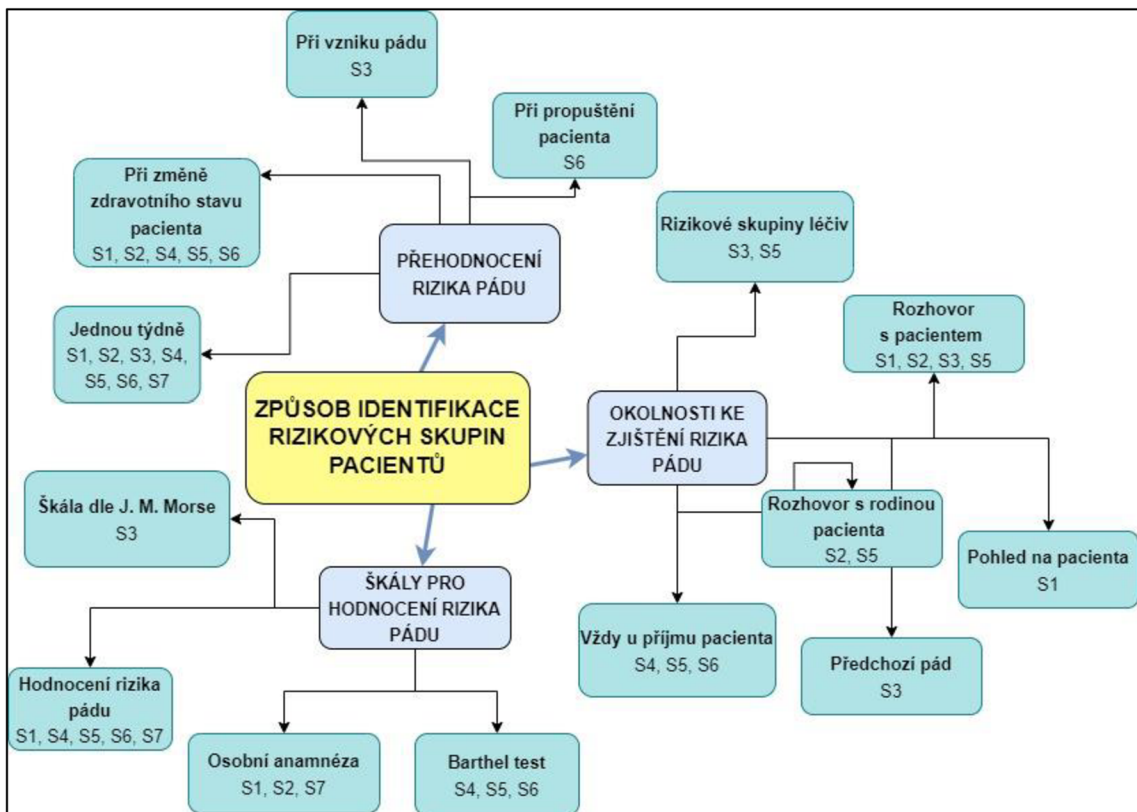


Schéma 3 Způsob identifikace rizikových skupin pacientů (Zdroj: autor)

4.1.2 Analýza v kategorii preventivních opatření pádu

Otázka č.16 zní, **jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti identifikace pacienta.** S1 odpověděla „No třeba ještě identifikační náramky, aby byli čitelný, kontrolujeme je vždy ve středu a pak děláme záznam v dokumentaci.“. Naopak odpověď S2 byla „U nás pacienty nemáme nijak označený jako je třeba na jiných odděleních.“. S3 odpověď uvádí, že si předávají informace až poté co vznikne pád a následně ho zaznamenávají do dokumentace. S4 ještě ve své odpovědi dodává „Děláme u každého pacienta k jeho jménu na tabuli vykřičníky. A taky je to zaznamenané v dokumentaci, tam se taky vykřičníky píšou.“. To zmiňuje také S5 „Jak máme tabuli se jmény, tak se tam k jménu píše vykřičník, abychom věděli.“. Taky je to v dokumentaci.“. Odpověď S7 také zmiňuje uvedené symboly a konkrétně říká „Dle hodnocení rizika pádu označím vykřičníkem na tabuli se jmény a zaznamenáváme to i do dokumentace do ošetřovatelského plánu každý den.“. Odpověď S6 byla velmi odlišná od ostatních, ten uvedl, že pacientovi zakáže vstávat z lůžka a zvedne mu postranní madla u lůžka.

Navíc ještě dodává „*Pokud je to neklidný pacient tak ho zakurtuju. Hlavně aby měl zvoneček blízko u sebe.*“. Tato odpověď je spíše vázána k otázce, která se týká úpravy lůžka (viz Schéma 4).

Další dotazovaná otázka č.17 zní, **jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti kompenzačních pomůcek**. S1 přímo uvádí „*Vždycky musí mít pacient kompenzační pomůcky blízko sebe, jak jsem říkala máme speciální držáky na hole a když mají vozík tak ho dáváme vždycky do nejbliž k lůžku. Je to vždycky o domluvě a taky jak je pacient zvyklý. Snažím se vždycky mu vyhovět.*“. Kompenzační pomůcky na dosah ruky zmiňuje také S2, a ještě dodává, aby pacientovi kompenzační pomůcky nebránili ve volném průchodu. Tuto odpověď uvádí také S3, a ještě vyzdvihuje bezpečnost pacienta „*Dohlížím na to, aby měl pacient všechny kompenzační pomůcky u sebe, ale aby se následně pacient o tyto pomůcky nezranil.*“. K tomu S5 uvádí, aby to měl pacient co nejbliž k toaletě a koupelně. S4 ještě konkrétně dodává „*Tak aby uměl používat ty kompenzační pomůcky.*“. S6 ještě dále upozorňuje na dostatek kompenzačních pomůcek na pracovišti „*No musím zjistit, jestli máme dostatek kompenzačních pomůcek.*“. a ještě dodává „*Taky jestli jsou všechny funkční.*“. Odpověď S7 je „*správné zvolení kompenzačních pomůcek. Aby s nimi pacient uměl manipulovat.*“ (viz Schéma 4).

Jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti edukace pacienta byla otázka č.19. S1 konkrétně uvádí „*Ověřuji si vždycky jestli je pacient informovaný. Ptám se, jestli všemu rozuměl nebo když dávám souhlas s vyšetřením tak jestli něco chce ještě vědět a jestli mu lékař vše vysvětlil. No a když ne tak se pokusím sama co nejvíc pacientovi říct.*“. Odpověď S2 uvádí, že pacienta vždy edukuje, aby si sám zazvonil, pokud má zhoršenou pohyblivost. S3 ještě dodává „*Pacienta informujeme už při přijetí, také samozřejmě zodpovídám všechny otázky, co pacient má během celé hospitalizace.*“. Všeobecná sestra S4 konkrétně odpovídá „*Tak aby byl seznámený s tím, že nesmí sám vstávat z lůžka, aby tam měl to signalizační zařízení, aby si prostě zazvonil na sestru.*“. To říká také S5, který zmiňuje, že pacienta upozorní, aby vždy zazvonil, než aby mu vznikl nějaký úraz. Informant S7 také zmiňuje signalizační zařízení, a ještě dodává „*Pokud se s pacientem dá domluvit, tak ho poučím slovně, jak předejít pádu a že má využívat signalizační zařízení, pokud by cokoliv potřeboval. Pokud ne, tak využijeme postranice u lůžka.*“. Odpověď u S6 zní „*Pacienta poučím, o riziku pádu.*“.

K tomu ještě informant zmiňuje, že pokud je pacient zmatený či dezorientovaný, přiklání se k možnosti využít kurty, samozřejmě po předchozí domluvě s lékařem. Také zmínil léky na uklidnění (viz Schéma 4).

Další z dotazovaných otázek č.20 zní, **jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti úpravy lůžka a vybavení pokoje** (viz Schéma 4). S1 odpovídá „*Vždycky aby měl pacient čisté lůžko. Taky abychom měli dostatek lůžkovin, s tím máme někdy problém. Taky čistá podlaha a sucho v koupelně. Taky využívám možnost použití postranních zábran, někteří soběstační pacienti to i vyžadují na noc, aby nespádli.*“.

Informant S2 konstatuje, že klade důraz na to, aby měl vždy pacient upravené lůžko a aby měl při sobě vždy své osobní věci, které ale nesmí bránit ve volném průchodu pacienta, aby nevznikl pád. S5 také konstatuje „*Dávám prostě pryč ty zbytečné věci z cesty, když zabraňují volnému pohybu toho pacienta. A taky aby měl upravený lůžko, aby se nějak nezamotal do těch lůžkovin a pak si něco neudělal, a hlavně aby měl tu postel teda nejniž.*“. S3 konkrétně uvádí „*Pokud je pacient rizikový, vždy používám postranice, pokud je schopný vše potřebné mu dám do blízké vzdálenosti, aby nenastal pád.*“. Postranní zábrany u lůžka zmiňuje S7 a ještě dodává „*Aby měl u sebe stoleček s pitím a osobními věcmi. A nejlépe ho uložíme blízko ke koupelně, aby zbytečně nemusel chodit daleko.*“. S3 odpovídá obdobně „*Pokud je pacient rizikový, vždy používám postranice, pokud je schopný vše potřebné mu dám do blízké vzdálenosti, aby nenastal pád.*“. Informant S4 ještě dodává „*No, aby měl tu hrazdičku, aby se mohl sám zvednout. Aby na tom záchodě byly ty vyvýšený sedáky a taky madla.*“. S6 ve své odpovědi uvádí, že taktéž využívá hrazdičku a postranní zábrany u lůžka (viz Schéma 4).

Otázka č.21 zní, **jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti úpravy prostředí**. S1 konkrétně uvádí „*Větráme pokoj, v zimě alespoň několikrát za den a když je hezky, tak mají otevřená okna většinu času.*“. Také ještě zmiňuje, že je nutné, aby měli pacienti své osobní věci na dosah, a vždy se na to pacientů ptá. Také ještě dodává „*Řeknu ať kdyžtak zazvoní, že mu pomůžu vyndat věci ze skříně.*“. S3 také uvádí že pacientům větrá pravidelně pokoje a ještě sděluje „*Pacientům pravidelně uklízíme osobní věci a nepotřebné věci.*“. K tomu S2 dodává „*Záleží na pacientovi, podle něho pak upravíme prostředí ještě více. Třeba ho uložíme blíž k záchodu, aby nemusel jít dlouhou cestu.*“. S4 dále doplňuje „*Aby nebyla kluzká podlaha. Taky aby neměl pacient v cestě nějaký překážky.*“.

To ve své odpovědi zmiňuje také S5, S6 a S7, který konkrétně uvádí „*Tak zajistím, aby se mu nikde nepovalovali věci, o které by mohl zakopnout.*“ (viz Schéma 4).

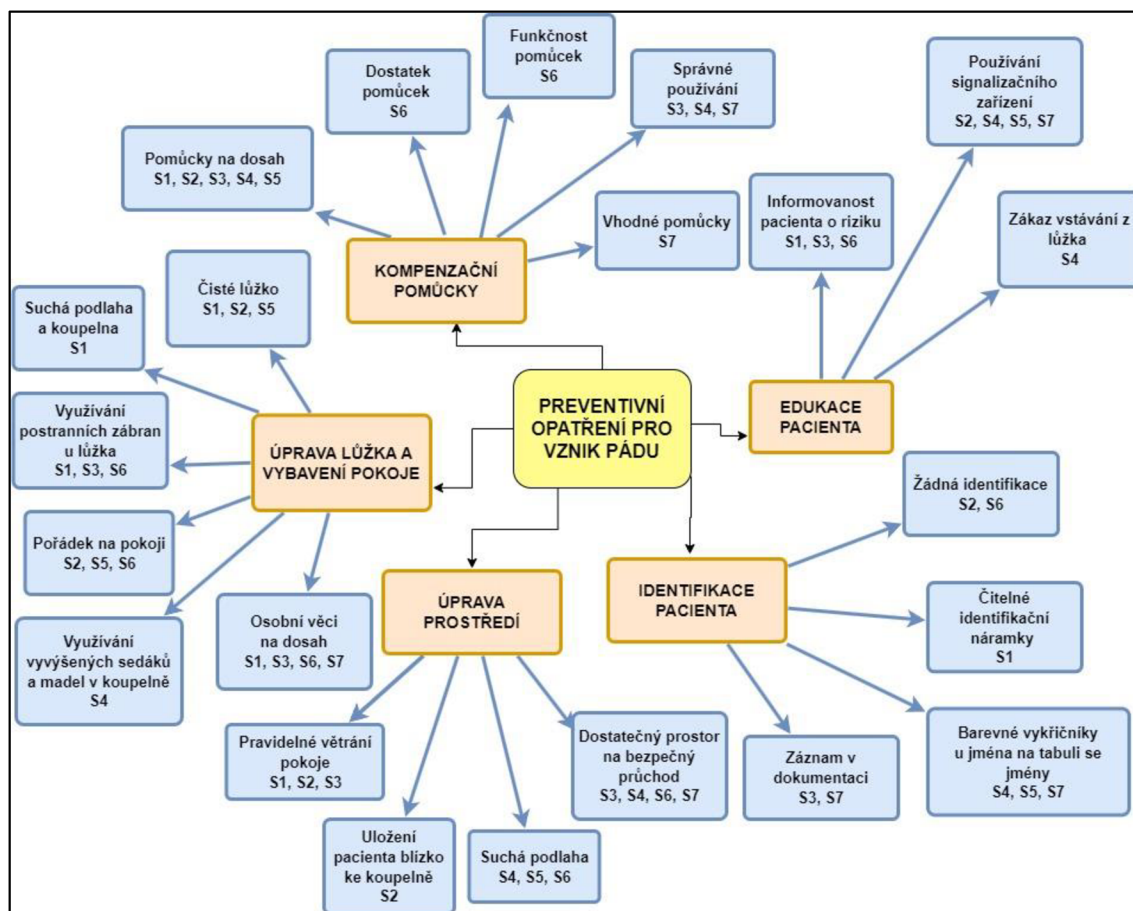


Schéma 4 Preventivní opatření pro vznik pádu (Zdroj: autor)

Další dotazovaná otázka č.22 v rámci rozhovoru zní, **jak na Vašem oddělení probíhá předávání informací o rizikových pacientech v rámci ošetřovatelského týmu.** Vzhledem k tomu, že získávání informací probíhalo pouze na jednom z interních oddělení, jsou odpovědi, jež vyplynuli z této zodpovězené otázky velice podobné. Odpověď staniční sestry, která je označena S1 je konkrétně „*Na našem oddělení probíhá ranní a večerní předávání služby sester a ráno následně také všech lékařů.*“

Já jako staniční sestra se účastním obou ranních předání, a informace následně všem předávám.“. Ta se liší od ostatních odpovědí tím, že jakožto staniční sestra se účastní také lékařského předávání informací, které poté předává i ostatním pracovníkům ošetřovatelského týmu. S2 uvádí „*Ráno máme předávání směny se staniční sestrou a večer už jen mezi denní a noční sestrou.*“. To říká také S6, S7 a S3 který konkrétně uvádí „*Ráno a večer před začátkem následující směny máme předávání.*“. Odpověď informanta S5 je „*No, když je předání pacienta, tak si to řekneme, že tam to riziko je.*“.

Informant S4 ještě jako jediný dodává, že předání informací mezi zdravotním personálem neprobíhá pouze ústně, konkrétně uvádí *„Řeknu při předání směny, že má pacient riziko pádu a že nemá nikam chodit sám. Nebo je to taky zaznamenaný v dokumentaci a na tabuli se jmény, myslím ty vykřičníky.“* (viz Schéma 5).

Další dotazování otázka č. 23 se týká stále předávání informací a konkrétně zní, **jak na Vašem oddělení probíhá předávání informací o rizikových pacientech v rámci ostatních zdravotnických pracovníků.** S1 přímo odpovídá *„Edukujeme sanitárky, ošetřovatelky a sanitáře o změnách a předáváme informace o pacientech, tím pověřuji zodpovědnou sestru nebo to dělám sama jako staniční sestra. Taky ale jsou u nás zodpovědní a ptají se na různé informace o pacientech sami.“*. Informant S2 také zmiňuje, že informace o rizikových pacientech předává ošetřovatelkám a sanitářům buď sám nebo sama staniční sestra. S3 dodává, že záleží, o jakou informaci se jedná, to rozhodne, kdo informaci předá *„Sanitáře a ošetřovatelky informujeme my nebo staniční sestra, záleží, o jaké informace se jedná.“*. S4 pohotově uvádí *„Řeknu jim to ústně a oni si to k sobě zaznamenají.“*. To dodává také S5, který mimo jiné ještě dodává *„nebo to mají na té tabuli se jmény, pro kontrolu. U nás se ale vždy ptají, kdo může vstávat a kdo ne, hlavně na JIPce.“*. S6 ještě konkrétně zmiňuje *„popřípadě napíšeme na jejich seznam se jmény pacientů.“*. Informant S7 se shoduje s těmi odpověďmi, že předává informace pouze ústní formou (viz Schéma 5).

Otázka č. 24 je poslední z otázek které se vztahují k výzkumnému cíli č. 4 a zní, **jaká další preventivní opatření realizujete na vašem oddělení v souvislosti s rizikovými skupinami pacientů.** S1 přímo zmiňuje dohled nad pracovníky úklidu *„Například dohledem nad prací uklízeček, aby udržovaly čisté a suché podlahy a aby říkali pacientům, aby nevstávali, když je mokrá podlaha.“*

Taky uklízečky musí používat varovné žluté kužely.“. Také ještě jednou zmiňuje, jak jsme mohli zjistit již v otázce která se týkala prevence pádu v souvislosti s úpravou prostředí a vybavení pokoje, uklizený pokoj pacienta *„Také minimalizujeme nadbytečné věci na pokojích. Za to si ručí sestra, která má daný úsek na starosti.“*. Odpověď informanta S7 je odlišná a konkrétně dodává *„No asi když je možnost tak rizikového pacienta uložíme na monitorovaný pokoj, ale máme jen jeden, takže to nejde často. Takže asi jen zvýšený dohled.“*. S3 zmiňuje jako preventivní opatření také omezovací prostředky *„Někdy je nutné preventivní opatření jako jsou kurty, to využíváme u neklidných pacientů, vždy se ale snažíme nejdříve domluvit.“*

Tuto odpověď má také informant S4 „*No použití omezovacích prostředků, když už není jiná možnost.*“. Ostatní informanti tedy konkrétně S2, S5 a S6 neuvedli žádnou oblast na kterou by se ještě zaměřovali v souvislosti s rizikovými skupinami pacientů (viz Schéma 5).

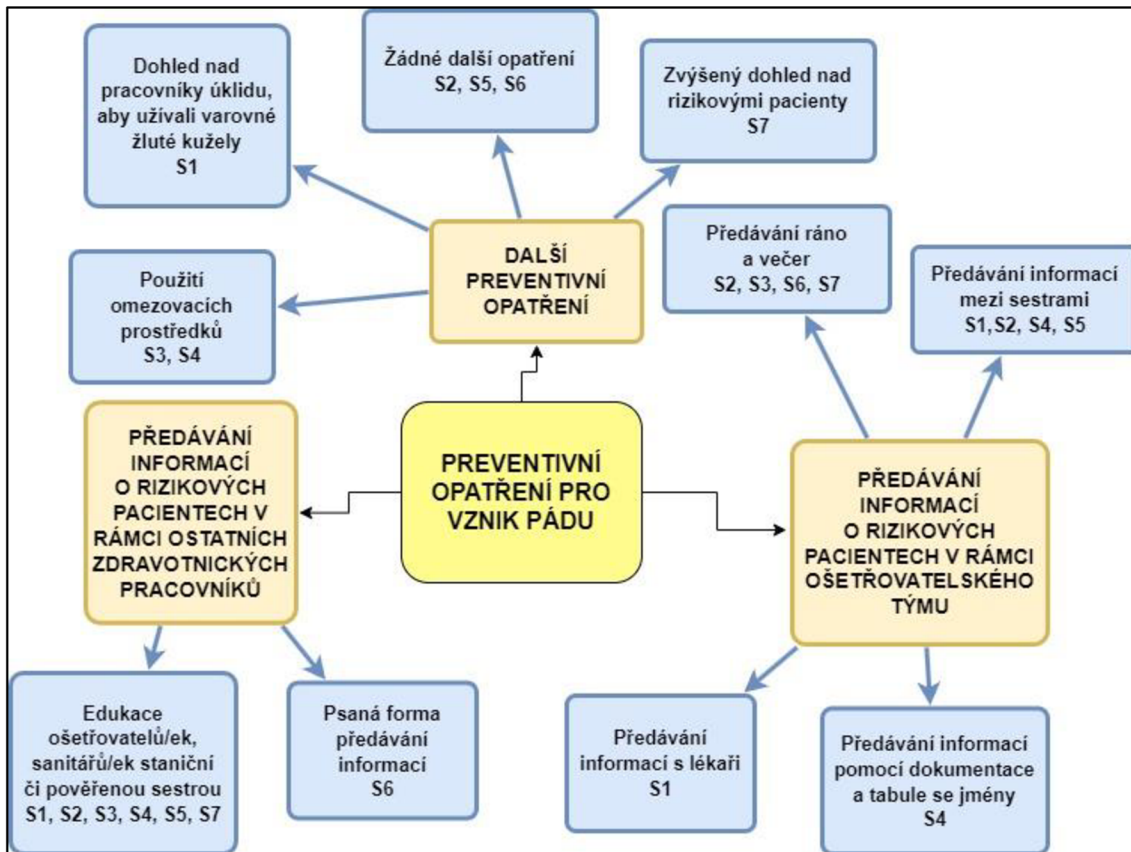


Schéma 5 Preventivní opatření pro vznik pádu (Zdroj: autor)

4.1.3 Analýza v kategorii postupu při vzniku pádu

Otázka č. 25 je první z otázek, která se vztahuje k výzkumnému cíli č.5 konkrétně zní, **na jaké oblasti se informanti zaměřují při ošetření pacienta po pádu (z pohledu všeobecných sester).** Informant S1 klade důraz na komunikaci mezi sestrou a lékařem, konkrétně uvádí „*Tady se zaměřuji na komunikaci s lékařem, která je hodně důležitá. ke zjištění celkového stavu pacienta.*“ Komunikaci zmiňuje také S3, který ještě doplňuje, že vždy měří fyziologické funkce. Na dalším postupu už se domlouvá ale s lékařem. Fyziologické funkce měří také S1 a také dodává „*následně plním ordinace lékaře. Každý pád se musí zaznamenat vytvořením formuláře, nežádoucí událost a taky je důležité řádné vedení dokumentace, a aby o události byli všichni informováni.*“.

Odpověď S2 je taková, že vždy po pádu událost oznámí lékaři a změní fyziologické funkce. Dále ještě přímo uvádí „Po vyšetření lékařem se následně společně domluvíme na dalším postupu, vyšetření a ošetření.“. Informant S4 konkrétně uvádí „Urcitě nejdřív zkontroluji, jestli někde nekrvácí, hlavně určitě hlavu, jestli ho něco nebolí, taky nějaké odřenininy jako stržený kůže a tak, taky ještě jako jestli je při vědomí.“. S7 přímo říká „Pacienta zvedneme, zkontroluji, jestli nemá někde nějaké zranění, hlavně na hlavě.“. Také zmiňuje, že s pacientem vede rozhovor o tom, kam se udeřil a zda ho něco bolí. Následně hned informuje lékaře, který rozhodne, jaký bude další postup. Uvádí, že nejčastěji se jedná o radiologické vyšetření. Okamžitou kontrolu pacienta provádí také S5 a navíc dodává „Když upadne, tak ho dáme nahoru zeptám se, kde ho bolí a co ho bolí. Zavolám lékaře, který pak rozhodne, jestli se pošle na RTG nebo se zavolá traumatolog na konzilium.“. To zmiňuje také S6, který zavolá ihned lékaře a provede kontrolu pacienta „Pacienta prohlédneme, jestli někde nekrvácí. Pak se většinou pošle na RTG vyšetření. Pak musí být u pacienta zvýšený dohled. Nejlépe ho uložit na monitorovaný pokoj.“ (viz Schéma 5).

Další dotazovaná otázka č. 26 zní, **jakým způsobem informanti zaznamenávají vznik pádu**. S1 odpovídá „Pád zapisujeme do dokumentace a do PC jako mimořádnou událost, kterou následně vytiskneme a vkládáme do dokumentace.“. S2 dodává „musíme popsat vznik, svědky atd.“. Na této odpovědi se shodli i ostatní informanti S2, S3, S4, S5, S6 a S7 (viz Schéma 5).

Jaké oblasti zapisujete do zdravotnické dokumentace při pádu pacienta je dotazovaná otázka č. 27. Odpovědi na tuto otázku byly také velice podobné.

S7 přímo uvedl že zaznamenává „Kdy pád vznikl, kde vznikl. Kdo u toho byl, jak se to stalo, pokud nám to pacient je schopný sdělit.“. S6 uvedl „Zapisujeme tam dobu, kdy došlo k pádu. Kde pád vzniknul. Kdo u toho byl a kdo nás upozornil.“. S1 odpovídá „Stav vědomí, fyziologické funkce, ošetření zranění pacienta, ošetřovatelská dokumentace v PC. Všechno musí být zaznamenáno a vloženo v dokumentaci.“. S4 ještě uvádí „pak napíše ještě doktor zápis za sebe.“. S5 ještě dodává, že do záznamu zaznamenává to, zda se a popř. kam se pacient uhodil. Odpovědi u informantů S2 a S3 byly totožné s ostatními. S2 dodává že provádí také kontrolu stavu vědomí a fyziologických funkcí, dále přímo konstatuje, že zjišťuje „jak se to stalo, kdy a kdo to viděl, jak jsme pacienta ošetřili, a to je asi vše.“ (viz Schéma 5).

Otázka č. 28 se zaměřuje na to, **jakým způsobem informanti zjišťují příčinu vzniku pádu**. S1 konkrétně odpovídá „*Vždycky se ptáme ostatních pacientů z pokoje, jak to vzniklo a proč. Nebo když pád nastane na chodbě tak se ptáme pacientů nebo personálu co to viděli.*“. Informant S1 také uvádí, že se zamýšlí nad logickými důvody a momentálním stavem pacienta. Přímou uvádí „*Tím myslím třeba, že měl pacient nějakou překážku nebo že je to důsledek jeho psychického onemocnění a pak už řeším, jak tomu předejít. Protože to se pak zmatení pacienti snaží odcházet z lůžka furt.*“. Informant S2 uvedl že někdy je možné předpokládat, že u daného pacienta může pád nastat. Zmiňuje, že je většinou důvodem jejich zdravotní stav, dále dodává že „*Pokud se to ale stane náhle u někoho, zjišťujeme informace u dalších pacientů z pokoje.*“. Dále S3 konstatuje „*Zjistím příčinu buď od pacienta samotného nebo od ostatních pacientů, nebo z kamerového systému, pokud pád vznikl na JIP.*“. K tomu S4 dodává „*No buď je to tak že pacient nezavonil, když se někam vydal, nebo zjistím že o něco zakopl. Taky zjistím, jestli není mokrá podlaha.*“. Informant S4 také zjišťuje pomocí rozhovoru s pacientem, zda se mu nezamotala hlava, popřípadě se poradí s dalšími pacienty na pokoji. S5 také konkrétně uvádí, „*Pokud je při vědomí, tak se zeptám jeho.*“. Dále ale uvádí, že pokud pacient při vědomí není, tak se zeptá spolupacienta. K tomu ještě dodává „*Nic jiného asi nelze. Ještě na JIPce je možné to vidět na kamerách, a taky poslední pokoj č.9, tam dáváme ty rizikový pacienty a máme je pod dohledem.*“. S6 stručně odpovídá, že se zeptá pacienta, zda je to možné a následně se snaží pohledem zjistit, co by mohlo pád zapříčinit. S7 uvádí, že zjišťuje příčinu pouze pomocí ostatních pacientů na pokoji (viz Schéma 5).

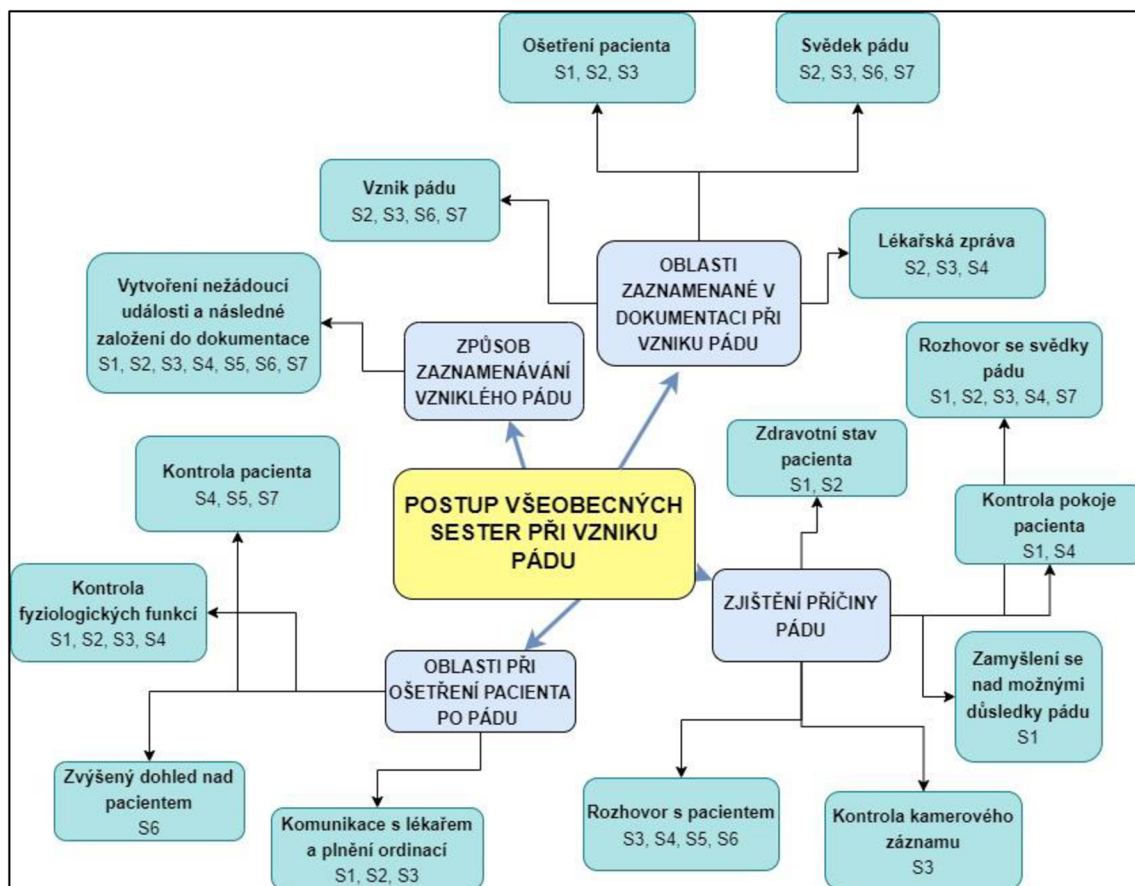


Schéma 5 Oblast postupu při vzniku pádu (Zdroj: autor)

4.1.4 Analýza v kategorii propuštění pacientů po pádu

Otázka č. 29 se vztahuje k poslední výzkumné otázce a konkrétně zní, **jak informant postupují při propuštění pacienta po vzniklém pádu**. Odpověď S1 je „Při poškození pacienta ho edukuji o ošetřování vzniklých ran a o riziku dalšího vzniku pádu, takže aby na sebe byl opatrný a používal kompenzační pomůcky.“. Informant S2 také uvádí „Pacientovi nebo jeho rodině vysvětluji, jak pečovat o rány a aby využíval kompenzační pomůcky.“. S3 edukuje pacienty, aby požádal o pomoc rodinu, konkrétně odpovídá „Pacienta edukuji, jak si má ošetřovat rány a aby vše hlásil rodině nebo komukoliv jinému.“. K tomu S4 konstatuje nutnost doprovodu při propuštění „Určitě musí jít s doprovodem, nesmí jít sám anebo se mu napiše převozní sanita. Aby měl prostě dohled.“. To zmiňuje také S7. Informant S5 stručně odpovídá, že pacienta poučí o tom, aby si dával větší pozor při chůzi. Totožnou odpověď má i informant S6 (viz Schéma 6). Otázka č. 30 také v souvislosti s dimisí rizikových pacientů zní, **v jakých oblastech informanti edukují pacienta či rodinné příslušníky při propuštění v souvislosti s pádem**.

S1 přímo říká „Rodinu vždy edukuji, že je nutný zvýšený dohled nad pacientem, o eliminaci vnějších a vnitřních rizik pádu. Rodina je v tomhle dost významná.“. S2 také uvádí „Hlavně asi v tom, aby rodina na pacienta dohlížela a on používal kompenzační pomůcky, aby nevznikl další pád.“.

Informant S3 se k těmto odpovědím přidává „Rodině zdůrazním, že u pacienta vznikl pád, a aby na pacienta dohlíželi a se vším mu pomohli.“. Se svou odpovědí se přidává i informant S4 který zjišťuje, jak se pacient pohyboval doma a rodinné příslušníky vždy upozorňuje na vzniklý pád při hospitalizaci. Klade důraz na to, aby byla rodina správně edukována o tom, že pacient musí mít zvýšený dohled a že je nutná dopomoc při chůzi. Konkrétně dodává „Zedukuju je, jak ho mají zvedat, nebo jak mu to ukazovat, jak se má zvedat. A jak tomu mají předejít a že mají používat kompenzační pomůcky.“. Informant S5 ještě také dodává „No rodině řeknu, že upadl, že s tou pohyblivostí je na tom bídne a aby prostě zvýšili tu pozornost k tomu pacientovi. Ale tohle většinou řeší lékař. A taky řeknu, jak pečovat o ty vzniklé rány, pokud jsou nějaké.“. S7 ještě konstatuje, že pacienta edukuje o tom, aby byl při chůzi opatrný a nevstával moc rychle, natož pokud užívá nějaká riziková léčiva. Odpověď u informanta S6 je shodná (viz Schéma 6).

Poslední otázka č. 31 se zaměřuje na to, **jaké oblasti uvádí do ošetřovatelské dokumentace v souvislosti s pádem pacienta při propuštění**. Odpověď S4 je „Nevím o tom, že by se to někde konkrétně zapisovalo. Děláme znovu tu škálu, ale tam se o tom pádu nepíše, jen to riziko je tam vidět. Takže už nikam. Je to tam ale zaznamenané, že upadl.“. K tomu S5 dodává „Jen znovu vyplňuji v počítači riziko pádu, Bartel a ošetřovatelskou anamnézu, která se pak dává i do dokumentace, která se přikládá k nežádoucí události.“. Také informant S3 uvádí že při propuštění vyplňuje ošetřovatelskou anamnézu a riziko pádu, kam vzniklý pád znovu zaznamenává. Taktéž S2 odpovídá shodně „Po propuštění dělám v počítači zase hodnocení rizika pádu, to se vytiskne a vloží zas do dokumentace.“. Informant S7 odpovídá, že pád zaznamenává pouze při vzniku pádu a k tomu dodává „Pak už se dělá jen znovu hodnocení rizika pádu a ošetřovatelská dokumentace, kde je to zaznamenané.“. Informant S6 uvádí, že pád je zaznamenaný v dokumentaci papírové i počítačové. V případě další hospitalizace je tedy vedený záznam o pádu. Také dodává, že dále pád nikam neuvádí.

S1 ještě dodává „Vyplňuji edukační složku a zaznamenávám v jaké oblasti jsme pacienta či rodinu edukovali. To následně zase vkládáme do dokumentace.“ (viz Schéma 6).

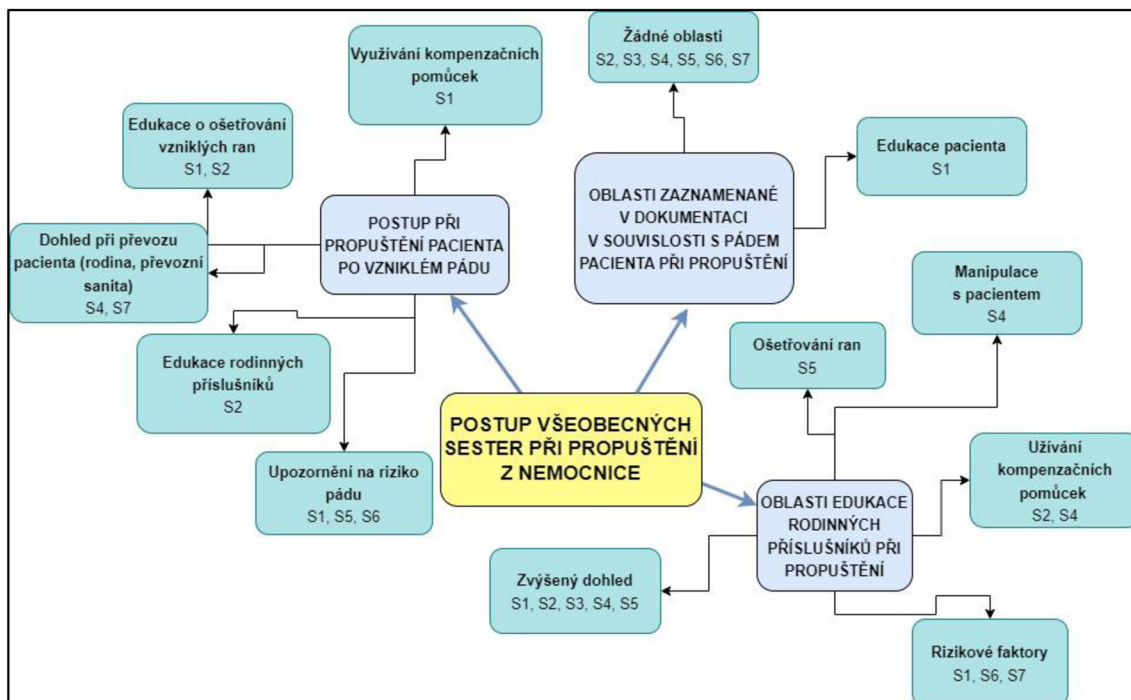


Schéma 6 Postup všeobecných sester při propuštění z nemocnice (Zdroj: autor)

5 Diskuse

Téma bakalářské práce Prevence pádu z pohledu všeobecné sestry vychází převážně z Národních ošetřovatelských postupů Ministerstva zdravotnictví České republiky. Hlavní struktura teoretické části vychází přímo z Věstníku MZČR z národního ošetřovatelského postupu prevence pádu a postup při zranění způsobených pády (MZČR, 2020). Téma mělo stanovené celkem čtyři výzkumné cíle. Cíle byly formulovány do šesti výzkumných otázek, které byly následně zodpovídaný všeobecnými sestrami vybraného interního oddělení pomocí polostrukturovaných dotazníků.

První oblast se zaměřuje na identifikaci rizikových faktorů a rizikové skupiny pacientů pro vznik pádu. Informanti se mnohdy shodovali v odpovědích, to považují za důležité. Zaměřují se převážně na soběstačnost pacienta, dále na zdravotní stav a onemocnění pacienta, to považují jako pozitivní. Miertová (2019) uvádí, že je důležité se zaměřit také na věk a pohlaví pacienta, což nezmnínil nikdo z dotazovaných informantů. MZČR (2020) ještě klade důraz na nadváhu pacientů, poruchy kognitivních funkcí, chování a také zmiňuje onemocnění pohybového aparátu. Dle mého názoru jsou všechny tyto oblasti velmi důležité při identifikaci vnitřních rizikových faktorů. V dalších odpovědích se informanti kromě S7 shodli na tom, že se zaměřují mimo jiné také na psychický stav pacienta, což uvádí také Hronovská (2012). S4 a S7 jako další oblast uvedli rizikové skupiny léčiv a užívání psychofarmak, což by se mohlo vztahovat k odpovědi ostatních informantů.

Z odpovědí lze usoudit, že se informanti zaměřují nejen na fyzický stav pacienta, ale i jeho duševní zdraví. To je pozitivní zjištění. S1 jako jediný uvedl, že má pacient mít dorozumivací zařízení na dosah ruky, což považují za nejdůležitější z oblastí. Toto také uvádí MZČR (2020). Dle S5, S6 a S7 je vhodné, aby bylo polohovací lůžka pacienta nastaveno co nejnižší, což považují za další důležitý faktor. Informanti S4 a S6 také kladou důraz na uklizený prostor pro bezpečný pohyb po pokoji. K tomu se ještě S1, S2 a S4 zaměřují na to, aby měli pacienti stůl s osobními věcmi blízko lůžka a také aby byli riziková pacienta uloženi blízko koupelny. To uvádí také MZČR (2020), které ještě dodává, že je důležité, aby bylo lůžko a stůl zabrzděné. Z těchto odpovědí lze usoudit, že se dotazovaný personál opravdu při ukládání pacientů zamýšlí nad rizikovými faktory což je pozitivní zjištění.

Také bylo pozitivně zjištěno, že informanti, kromě S6 se shodují v tom, že je nutné pacienty edukovat o možném pádu při vytírání. K tomu ještě S1 a S3 dodávají, že je nutné odstranit překážky na podlaze. To zmiňuje také Miertová (2019). S3 jako jediný zmiňuje onemocnění očí, to udává také Tiefenbachová (2014) ve svém výzkumu. K tomu informanti uvedli, že je vhodné nechat pacientům rozsvícené tzv. noční světlo, pro lepší orientaci, to je pozitivní zjištění. Informanti se shodují ve svých odpovědích, kdy uvádí, že je vhodné, aby měli pacienti vhodnou protiskluzovou obuv a ponožky.

Další oblast se zabývá tím, jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové skupiny pacientů pro vznik pádu. MZČR (2020) uvádí, že škála Morse Fall Scale, je jedna z nejčastěji využívaných škál. Dále ale uvádí to, že je na každém zaměstnavateli, jaké škály ve svém zařízení volí. S tímto se shoduje odpověď S3, které také zmiňuje škálu Morse. S1, S4, S5, S6 a S7 využívají škálu zhodnocení rizika pádu, kterou mají na svém pracovišti, jedná se tedy o škál dle Conleyové upravené Juráskovou (Cetlová et al., 2012). Tiefenbachová (2014) ještě dodává, že je možné pády zhodnotit pomocí škály Joint Commission on Accreditation. Je tedy zřejmé, že každý z informantů využívají nějakou škálu k vyhodnocení rizika pádu. Dle mého názoru by se ale měli odpovědi shodovat, vzhledem k tomu, že osobní anamnéza žádné riziko pádu nevyhodnocuje, to hodnotím jako negativní zjištění.

Další oblast se týká toho, za jakých okolností informanti zjišťují riziko pádu. S1 odpovídá, že stačí pouhý pohled na pacienta. Informanti S3 a S7 odpovídají, že se zaměřuje na předchozí pád v anamnéze, to uvádí také MZČR (2020). S1, S2, S3 a S5 uvádějí, že absolvují přímo rozhovor s pacientem, ohledně jeho soběstačnosti. K tomu S2 a S5 dodávají, že je důležitý rozhovor také s rodinou. S3 a S5 uvedli, že zjišťují riziko při užívání rizikových léčiv. Z uvedených odpovědí tedy vyplývá, že S1 až S7 zjišťují riziko pádu. MZČR (2020) ale dodává, že by se přehodnocení mělo dělat také při překladi pacienta na jiné oddělení, což nikdo z dotazovaných nezmínil. Na základě kvalitativního výzkumu bylo zjištěno, že pouze S3 riziko přehodnocuje po již vzniklém pádu, to hodnotím jako kritickou oblast. Dalo by se ale z odpovědí chápat, že S1, S2, S4, S5 a S6, kteří odpověděli, že přehodnocují při změně zdravotního stavu, zahrnují také vzniklý pád. S1 jako jediný z dotazovaných, klade důraz na využívání identifikačních náramků, které mají být především čitelné. S3 a S7 udávají, že píšou barevné vykřičníky do dokumentace.

S7 ještě společně s S4 a S5 dodávají, že barevné vykřičníky píšou také na identifikační tabuli se jmény pacientů. Informanti S2 a S6 uvádí, že nerealizují žádná preventivní opatření v oblasti identifikace pacientů. Bunn et al. (2014) uvádí, že vybrané analytické studie znázorňují výhody při identifikaci pacientů, které všeobecným sestřám umožňují mít větší kontrolu při ošetrovatelské péči o pacienty.

Další oblast se zaměřuje na prevenci pádu. V odpovědi, že by pacienti měli mít všechny své kompenzační pomůcky na dosah ruky se shodují S1, S2, S3, S4 a S5. Informant S6 uvádí, že je důležité, aby na oddělení byl dostatek potřebných kompenzačních pomůcek a ještě dodává, aby byl kladen důraz na jejich funkčnost, to je velmi kladné zjištění. S3, S4 a S7 zmiňují také správné používání kompenzačních pomůcek. Toto uvádí také MZČR (2020) které říká, že je nutné pacienty edukovat o správném využívání kompenzačních pomůcek.

S tím souvisí další zkoumaná oblast, která se týká prevence v oblasti edukace pacienta. S1, S3 a S6 uvedli, že je nutné, aby byl pacient dostatečně informovaný o možném riziku pádu. Dále S2, S4, S5 a S7 kladou důraz na využívání signalizačního zařízení, bez jakýchkoliv obav z obtěžování personálu. Lerdal et al. (2018) uvádí, že pokud bude pacient správně používat signalizační zařízení, je mnohem menší pravděpodobnost, že sám bude vstávat z lůžka a následně upadne. S4 jako jediný uvádí, že rovnou pacientům zakáže vstávání z lůžka. To dle mého názoru ale není vždy vhodné, vzhledem k omezování pacientů, záleží samozřejmě na celkovém stavu pacienta.

Další oblast se zabývá preventivním opatřením v oblasti úpravy lůžka. S1 uvádí, že je nutné, aby byly suché podlahy. MZČR (2020) zmiňuje, že je vhodné využívat výstražné kužele, pokud je podlaha mokrá. K tomu ještě společně s S2 a S5 uvádí, aby pacienti měli suché lůžko a nebyli nuceni k tomu, aby si díky tomu sami upravovali své nepohodlí. S2, S4 a S6 ještě dodávají, že je nutné, aby pacienti měli na pokojích řádně uklizeno. Severo et al. (2018) uvádí, pořádek na pokojích je především záležitostí všeobecné sestry, která by na pořádek měla dohlížet. K tomu S1, S3 a S6 dodávají nutnosti využívání postranních zábran u lůžka, ale zároveň ještě uvádí společně s S7, že i přesto je nutné, aby vždy pacienty měli své osobní věci na dosah ruky. S4 ještě uvádí, že je vhodné využívat vyvýšené sedáky na toaletě a používání madel v koupelně. MZČR (2020) klade důraz na to, aby madla byla vhodně instalována na dosah ruky pacientů.

U preventivního opatření v oblasti úpravy prostředí se odpovědi shodovali. S4, S5 a S6 znovu zmiňují důležitost suchých podlah. S3, S4, S6 a S7 uvádí, aby pacienti měli dostatečný prostor na bezpečnou chůzi po oddělení.

K tomu S2 dodává, že pokud je možno, aby byli rizikový pacienti uloženi blízko koupelny. S1, S2 a S3 ještě dodávají, aby byli pokoje pacientů pravidelně větrány. MZČR (2020) uvádí, pokud možno, aby se na pokojích udržovala příjemná teplota pro pacienty. Při rozhovoru s informanty jsem ale zjistila, že teplota se v nemocnici řídí centrálně, proto v tomto zdravotním zařízení poskytovatelů péče není možné si teplotu samostatně regulovat, což považuji jako nevýhodu.

U oblasti předávání informací S1 jako jediný, vzhledem k tomu že uvádí že je na pozici staniční sestry, říká, že si informace předává s lékaři. K tomu společně s S2, S4 a S5 uvádí, že si informace předávají následně mezi sestrami. S2, S3, S6 a S7 zmiňují, že si informace předávají při předávání směny, tedy vždy ráno a večer. Janáčková (2015) uvádí, že vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem je základem pro poskytování kvalitní péče o pacienty. S4 jako jediný uvádí, že si informace předávají pomocí dokumentace či tabuli se jmény, to hodnotím jako kladné zjištění. Informanti, až na S6 uvedli, že mezi ostatním zdravotnickým personálem, jako jsou především ošetrovatelé/ky, či sanitáři/ky, probíhá předávání informací o rizikových pacientek především slovně staniční či pověřenou sestrou. Pouze S6 uvedl, že předávání informací probíhá psanou formou. V oblasti preventivního opatření u rizikových skupin pacientů S7 uvádí zvýšený dohled nad rizikovými pacienty. S3 a S4 uvedli využívání omezovacích prostředků. S2, S5 a S6 se shodují na tom, že už nerealizují žádná další preventivní opatření.

Další oblast se zabývá tím, jak všeobecné sestry postupují při vzniku pádu. S1, S2, S3 a S4 se shodují na tom, že kontrolují fyziologické funkce pacienta. S4, S5 a S7 uvedli, že pacienta po pádu pravidelně kontrolují. K tomu S6 dodává, že nad pacientem drží zvýšený dohled. S1 uvádí, že vytváří dokumentaci nežádoucí události, což považuji za odpověď vhodnou spíše pro následující otázku. K tomu společně s S2 a S3 kladou důraz na důležitost komunikace s lékařem a plnění jeho ordinací. Vše ze zmíněných odpovědí uvádí ve svém Věstníku také MZČR (2020). V oblasti zaznamenávání pádu do dokumentace informanti S1, S2 a S3 uvedli fyziologické funkce. S2, S3, S6 a S7 uvádí, že zaznamenávají to, jak pád vznikl, kde pád vznikl a kdy pád vznikl. S1, S2 a S3 uvádí, že zaznamenávají ošetření pacienta po pádu. K tomu ještě dodává S2, S3 a S4 že se do dokumentace zaznamenává také lékařská zpráva.

Dále S2, S3, S6 a S7 uvedli, že zaznamenávají svědka u pádu pacienta, pokud nějaký je. MZČR (2020) dodává, že je nutné také zaznamenat do dokumentace nápravná opatření po vzniklém pádu.

V oblasti zjištění příčiny pádu informanti S1, S2, S3, S4 a S7 uvedli, že příčinu pádu zjišťují pomocí rozhovoru se svědky pádu, pokud nějací jsou. K tomu S3, S4, S5 a S6 dodávají, že zjišťují příčinu rozhovorem přímo s pacientem, pokud to lze. S1 a S2 uvedli, že příčinu zjistí dle zdravotního stavu pacienta. K tomu S1 a S4 dodávají, že provádí kontrolu pokoje pacienta ke zjištění příčiny. S1 ještě dodává, že se zamýšlí nad možnými důsledky pádu. S3 ještě uvedl kontrolu kamerového systému, pokud se zrovna jedná o pokoj s monitorovacím zařízením.

V oblasti propuštění pacienta informanti S1 a S2 pacienta edukují o ošetřování vzniklých ran. S1, S5 a S6 pacienty upozorňuje na možné riziko dalšího pádu. S2 ještě dodává, že edukuje rodinné příslušníky, k čemuž se ale vztahuje další z podotázek. S1 zmiňuje využívání kompenzačních pomůcek. S4 a S7 kladou důraz na důležitost dohledu nad pacientem při převozu, buď s rodinnými příslušníky či převozní sanitou. MZČR (2020) ještě dodává, že v případě, že je pacient z domova důchodců či z jiných podobných domovů poskytovatelů zdravotní péče, je nutné uvést do překladové zprávy vzniklý pád, jak vznikl a vzniklé následky, pokud nějaké jsou. Také uvádí to, že je nutné s pacientem nacvičit běžné denní činnosti, před propuštěním do domácí péče.

V části edukace pacienta a rodinných příslušníků S1, S2, S3, S4 a S5 uvádí, že rodinné příslušníky edukují ohledně nutnosti zvýšeného dohledu nad pacientem. Dále S1, S6 a S7 uvedli, že rodinu edukují v oblasti rizikových faktorů pádu. S2 a S4 kladou důraz na edukaci v oblasti správného využívání vhodných kompenzačních pomůcek. S4 ještě dodává, že provádí edukaci rodiny v oblasti manipulace s pacientem. S5 také uvádí, že je nutná edukace v oblasti ošetřování ran, pokud nějaké pacient v důsledku pádu má. MZČR (2020) ještě dodává, že je vhodné předčasně rodinu či pracovníky přímé obslužné péče edukovat o přípravě domácího prostředí pro pacienta.

V oblasti propuštění pacienta, pouze S1 uvádí, že do dokumentace zaznamenává oblasti edukace pacienta. Ostatní z informantů neuvedli žádnou oblast, kterou by do dokumentace uváděli. MZČR (2020) ale dodává, že je vhodné zapisovat do ošetřovatelské dokumentace návrh preventivního opatření.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem prevence pádu z pohledu všeobecné sestry a je rozdělena na dvě části, kdy první část je teoretická a druhá výzkumná. Teoretická část se zabývá charakteristikou pádu, úlohou všeobecné sestry, prevencí pádu a postupem po vzniklém pádu. Výzkumná část byla tvořena kvalitativní metodou výzkumu. Celkem byli stanoveny čtyři výzkumné cíle práce. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry jednoho z interních oddělení vybrané nemocnice Jihočeského kraje. Prvním výzkumným cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové faktory a rizikové skupiny pacientů pro vznik pádu. Cíl byl splněn. Druhým cílem bylo zjistit, jaká preventivní opatření všeobecné sestry realizují pro vznik pádu. I v tomto případě nutno podotknout, že jsou dotazované všeobecné sestry zkušené v oblasti prevence pádu. Třetím cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry postupují při vzniku pádu. Z odpovědí na otázky vztahující se k tomuto cíli je zřejmé, že jako tým pracují podobným způsobem a také to, že jsou jejich zkušenosti v oblasti postupu při vzniku pádu na velmi kvalitní úrovni. Posledním cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry postupují při propuštění pacienta do domácího ošetřování. I v tomto případě se ukázalo, že všeobecné sestry dokážou postupovat velmi zkušeně.

Dle výsledků jsou stanovené výzkumné cíle splněné. Výzkum probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů a lze říci, že všeobecné sestry daného interního oddělení mají mnoho zkušeností s prevencí pádu u pacientů. Dle výsledků je zřejmé, že v problematice pádů mají všeobecné sestry tohoto oddělení zkušenosti. Je nutné konstatovat, že se jedná o výsledky kvalitativního výzkumu, a nelze tedy výsledky považovat za jednotné v celkové populaci všeobecných sester. Dle výzkumného šetření by bylo vhodné, aby zdravotnický personál měl více možností vzdělávání v oblasti prevence pádu, např. prostřednictvím kurzů.

Tato bakalářská práce může být přínosná pro všechny všeobecné sestry na různých odděleních vzhledem k tomu, že problematika pádu je rozšířená na všech odděleních poskytovatelů zdravotní péče. Také pro management kvality a pro studenty zdravotnických oborů. Výstupem z bakalářské práce je připravený článek k publikaci v odborném periodiku.

7 Seznam literatury

- 1) ALIAGA, B. et al., 2018. Prevalencia de pacientes con alto riesgo de caídas en un servicio médico-quirúrgico de un hospital universitario. *Revista Médica de Chile.* **146(7)**, 862–868. DOI 10.4067/s0034-98872018000700862.
- 2) AMBLER, Z., 2012. Neurologické problémy ve starším věku. *Postgraduální medicína.* **14(2)**, 201–206. ISSN 1212-4184.
- 3) BERKOVÁ, M., BERKA, Z., 2018. Pády: významná příčina morbidity a mortality seniorů. *Vnitřní lékařství.* **64(11)**, 1076–1083. ISSN 0042-773X.
- 4) BRÍMOVÁ, P., 2018. Problematika pádů ve Fakultní nemocnici Brno. *Florence.* **14(6)**, 25–27. ISSN 1801-464X.
- 5) BUNN, F., et al., 2014. Preventing falls among older people with mental health problems: A systematic review. *BMC Nurs.* **13(1)**, 4–8. DOI 10.1186/1472-6955-13-4.
- 6) ALIAGA, B. et al., 2018. Prevalencia de pacientes con alto riesgo de caídas en un servicio médico-quirúrgico de un hospital universitario. *Revista Médica de Chile.* **146(7)**, 862–868. DOI 10.4067/s0034-98872018000700862.
- 7) CABALLERO, V., et al., 2018. Elementos esenciales de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria y su influencia en la calidad del cuidado. *Enfermería Clín.* **28(1)**, 27–35. DOI 10.1016/j.enfcli.2017.07.008.
- 8) CANGANY, M., et al. 2015. Bedside Nurses Leading the Way for Falls Prevention: An Evidence-Based Approach. *Crit. Care Nurse 2015.* **35(2)**, 82–84. DOI 10.4037/ccn2015414.
- 9) CENDELÍNOVÁ, I., 2019. Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Florence.* **10(4)**, 16–17. ISSN 2570-4915.
- 10) CETLOVÁ, L., et al., 2012. *Hodnoticí a měřicí škály pro nelékařské profese.* Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 122 s., ISBN 978-80-87035-45-0.
- 11) HAJDUCHOVÁ, H., et al., 2017. Prevence pádů hospitalizovaných pacientů – intervenční programy. *Geriatric a Gerontologie.* **6(3)**, 117–122. ISSN 1803-6597.

- 12) HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
- 13) HRONOVSKÁ, L., 2012. Závratě, instabilita a pády ve stáří. *Interní medicína*. **14**(12), 470–472. ISSN 1212-7299
- 14) HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0
- 15) HOROVÁ, J., et al. 2020. *Hodnocení rizika pádů*. *Medicína pro praxi*. **17**(3), 200–202. ISSN 1214-8687
- 16) JACOBI, L., et. al., 2017. Epidemiologie und Vorhersage des Sturzrisikos von Patienten in der akutstationären Versorgung: Analyse von Routinedaten eines Universitätsklinikums. *Z. Evidenz Fortbild. Qual. Gesundh.* **120**(17), 9–15. DOI 10.1016/j.zefq.2016.12.006
- 17) JANÁČKOVÁ L., 2015. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 2.vyd. Brno: Masarykova univerzita. 111 s. ISBN 978-80-210-4330-6.
- 18) JAROŠOVÁ, D., et al., 2016. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 144 s., ISBN 978-80-247-5426-0.
- 19) KALVACH, Z. et al., 2012. *Křehký pacient a primární péče*. 2. vyd. Praha: Grada, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 20) KUDLOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014*. 584 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- 21) KUHLENSCHMIDT, M. L. et. al., 2016. Tailoring Education to Perceived Fall Risk in Hospitalized Patients with Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *Clin. J. Oncol. Nurs.* **20**(1), 84–89. DOI 10.1188/16.CJON.84-89.
- 22) FLEKSHER, D., 2016. Fall risk prevalent in elderly. *Cleveland Jewish News*. **20**(2). 1–3. ISSN 0009-8825.
- 23) LERDAL, A. et al., 2018. Risk Study Research Group. Associations between patient symptoms and falls in an acute care hospital: A cross-sectional study. *J. Clin. Nurs.* **27**, 1826–1835. DOI 10.1111/jocn.14364.

- 24) LUZIA, M. de F., et al., 2014. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **22**(2), 262–268. DOI 10.1590/0104-1169.3250.2411.
- 25) LÓPEZ-SOTO, P.J. et. al., 2016. Temporal Patterns of In-Hospital Falls of Elderly Patients. *Nurs. Res.* **65**(6), 435–445. ISSN 1682-3141.
- 26) MIAKE-LYE. et al., 2013. Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2013. **5**(2), DOI 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005.
- 27) MELIN, C.M., 2018. Reducing falls in the inpatient hospital setting. *Int. J. Evid. Based Health.* **16**(1), 25–31. DOI 10.1097/XEB.0000000000000115.
- 28) MIERTOVÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovateľskej praxi u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0850-3.
- 29) MZČR, 2020. Národní ošetrovateľský postup – Prevence pádu a postup při zranění způsobených pády. In: *Věstník MZČR*. Částka 2. 104–113. ISSN 7607-6020-003.
- 30) POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-2619-4.
- 31) POKORNÁ, A. et. al., 2019. *Metodika sledování nežádoucí události PÁD u Agentur domácí zdravotní péče (ADP)* [online]. [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/ADP_metodika_pad_plna_vever.pdf.
- 32) SEVERO, I.M., et al., 2014. Risk Factors for Falls in Hospitalized Adult Patients: An Integrative Review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **48**(3), DOI 10.1590/S0080-623420140000300021.
- 33) SEVERO, I.M., et al., 2018. A predictive model for fall risk in hospitalized adults: A case-control study. *J. Adv. Nurs.* **75**(3), 563–572. DOI 10.1111/jan.13882.
- 34) SVOBODOVÁ, D., 2013. Sledování pádu u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. *Florence*. **9**(6), 23–32. ISSN 1801-464X.
- 35) SHAW, B., CLAYDON, V., 2013. *The relationship between orthostatic hypotension and falling in older adults*. **24**(1). DOI 10.1007/s10286-013-0219-5.

- 36) TIEFENBACHOVÁ, P., 2014. *Prevence pádů u seniorů a rizikové faktory v domácím prostředí*. Ostrava. Diplomová práce. LF OU.
- 37) THE JOINT COMMISSION. 2018. National Patient Safety Goals. [online]. *The Joint Commission* [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx.
- 38) ÚZIS, 2019. [online]. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí – Metodika Nežádoucí událost PÁD* [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Pad_metodika_plna_verze.pdf.
- 39) VOSÁTKA, J. et al., 2019. Riziko pádu u pacientů užívajících léčiva ovlivňující centrální nervový systém pohledem klinického farmaceuta. *Praktické lékařství*. **19**(4), 218–222. ISSN 1801-2434.
- 40) WHO, 2019. Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente. 72. a Asamblea Mundial de la Salud. *WHO: Ginebra..* [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf?ua=1.
- 41) WHO, 2018. Falls. *WHO: Geneva, 2018*. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
- 42) ZELENÍKOVÁ, R., et al., 2015. Intervence v prevenci pádů seniorů v institucích: přehledová studie. *Praktický lékař*. **95**(1), 20–30. ISSN 0032-6739.
- 43) ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada, 2016. 466 s. ISBN 978-80-247-5229-7.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Stupnice pádů dle Morseové

Příloha 2: Hodnocení rizika pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou)

Příloha 3: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Příloha 4: Souhlas informantů

Příloha 5: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 6: Odborný článek připravený k publikaci do časopisu

Příloha 1 Stupnice pádů dle Morseové

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	Ne Ano	0 25	
2.	Přidružená diagnóza	Ne Ano	0 15	
3.	Pomůcky k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek		0 15 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	Ne Ano	0 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		0 10 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		0 15	

<p>Celkové skóre</p> <p>0 není riziko pádu < 25 nízké riziko 25-45 střední riziko > 45 vysoké riziko</p>
--

Obrázek 1 Stupnice pádu dle Morseové (Zdroj: MZČR, 2020)

Příloha 2 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou)

<i>Zhodnocení rizika pádu u pacienta – součást ošetřovatelské anamnézy</i> <i>Podle Conleyové – upravila Jurásková (2006)</i> Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza		
DDD (dezorientace, demence, deprese) – 3 body		
věk 65 let a více – 2 body		
pád v anamnéze – 1 bod		
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové oddělení – 1 bod		
zrakový / sluchový problém – 1 bod		
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia) – 1 bod		
Vyšetření		
<i>Soběstačnost</i>		
Úplná – 0 bodů		
Částečná – 2 body		
Nesoběstačnost – 3 body		
Schopnost spolupráce		
Spolupracující – 0 bodů		
Částečně spolupracující – 1 bod		
Nespolupracující – 2 body		
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)		
Míváte někdy závratě? – 3 body		
Máte v noci nucení močit? – 1 bod		
Budíte se v noci a nemůžete usnout? – 1 bod		
Celkem		
0–4 body*	5–13 bodů*	14–19 bodů*
Bez rizika	Střední riziko	Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Obrázek 2 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové (upraveno Juráskovou)
(Zdroj: MZČR, 2020)

Příloha 3 Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování BP

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Ošetrovatelství/ Všeobecná sestra

Jméno a příjmení studenta/studentky: Kateřina Pavelková

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): pavelk03@zsf.jcu.cz, +420720118727

Název zdravotnického zařízení: Nemocnice České Budějovice a.s.

Oddělení: Gastroenterologické oddělení

Název práce: Prevence padu z pohledu všeobecné sestry

Výzkumné otázky:

VO1: Jakým způsobem všeobecné sestry identifikují vnitřní faktory pro vznik padu?

VO2: Jakým způsobem všeobecné sestry identifikují vnější faktory pro vznik padu?

VO3: Jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové skupiny pacientů pro vznik padu?

VO4: Jaka preventivní opatření realizují všeobecné sestry pro vznik padu?

VO5: Jakým způsobem všeobecné sestry postupují při vzniku padu?

VO6: Jakým způsobem všeobecné sestry postupují při propuštění pacienta do domácího ošetřování?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Pro metodiku bude využito kvalitativní výzkumné řešení s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor budou tvořit všeobecné sestry vybraného oddělení nemocnice v Jihočeském kraji. Počet polostrukturovaných rozhovorů bude záviset na teoretické saturaci.

Předpokládané výstupy:

Bakalářská práce bude sloužit pro všeobecné sestry a poskytovatele zdravotních služeb. Výstupem z bakalářské práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno: Mgr. MARTIN KRAUSE, Ph.D. Podpis: [Podpis]

Vyjádření kompetentních osob zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/respektuji.

Jméno: Mgr. HANA DOHNALOVÁ Podpis: [Podpis]

Jméno: Mgr. KATEŘINA ŠTRAYTOVÁ Podpis: [Podpis]

Jméno: Mgr. ŠARLA FENCLOVÁ Podpis: [Podpis]

Obrázek 3 Ukázka žádosti o provedení výzkumu ve vybrané nemocnici (Zdroj: autor)

Příloha 4 Souhlas informantů

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu jako respondent

Dobrý den,

V souvislosti se zpracováním mé bakalářské práce na téma Prevence pádu z pohledu všeobecné sestry bych Vás tímto chtěla požádat o udělení souhlasu s účastí na výzkumné části jako respondent. Vaše účast je dobrovolná, a pokud by Vám byla kterákoliv z otázek nepříjemná, můžete odmítnout odpovědět nebo rozhovor předčasně ukončit bez udání důvodu. Výzkum bude realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

Celé výzkumné šetření bude elektronicky zaznamenáváno pomocí diktafonu na mobilním telefonu a následně mnou zpracovááno. Údaje, které by mohly vést k Vaší identifikaci, budou důsledně anonymizovány, tj. změněny nebo vynechány. Připojeným podpisem stvrzujete, že rozumíte výše uvedeným informacím a souhlasíte s nimi.

Připojeným podpisem stvrzujete, že rozumíte výše uvedeným informacím a souhlasíte s nimi.

v Ústí dne 1.12.2022

 podpis

Obrázek 4 Ukázka souhlasu studentů s účastí na výzkumu (Zdroj: autor)

Příloha 5 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Kolik je Vám let?
2. Jaká je Vaše doba působení na Vašem oddělení?
3. Jaká je délka Vaší praxe?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Na jaké oblasti se zaměřujete při identifikaci vnitřních rizikových faktorů pádu v souvislosti s onemocněním a zdravotním stavem?
6. Na jaké oblasti další oblasti se zaměřujete při identifikaci vnitřních rizikových faktorů pádu?
7. Na jaké oblasti se zaměřujete při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s vybavením pokoje?
8. Na jaké oblasti se zaměřujete při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s kompenzačními pomůckami?
9. Na jaké oblasti se zaměřujete při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s prostředím (osvětlení, podlahy)?
10. Na jaké oblasti se zaměřujete při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s léky?
11. Na jaké oblasti se zaměřujete při identifikaci vnějších rizikových faktorů pádu v souvislosti s bezpečností pacienta (obuv, a další).
12. Na jaké další oblasti se zaměřujete při identifikaci vnějších rizikových faktorů?
13. Jaké škály využíváte při hodnocení rizika pádu?
14. Za jakých okolností zjišťujete riziko pádu?
15. Jakým způsobem probíhá
16. Jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti identifikace pacienta?
17. Jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti kompenzačních pomůcek?
18. Jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti edukace pacienta?
19. Jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti úpravy lůžka a vybavení pokoje?
20. Jaká preventivní opatření realizujete pro vznik pádu v oblasti úpravy prostředí?
21. Jak na vašem oddělení probíhá předávání informací o rizikových pacientech v rámci ošetřovatelského týmu?
22. Jak na vašem oddělení probíhá předávání informací o rizikových pacientech v rámci ostatních zdravotnických pracovníků?
23. Jaká další preventivní opatření realizujete na vašem oddělení v souvislosti s rizikovými skupinami pacientů?
24. Na jaké oblasti se zaměřujete při ošetření pacienta po pádu (z pohledu všeobecných sester)?
25. Jakým způsobem zaznamenáváte vznik pádu?
26. Jaké oblasti zapisujete do zdravotnické dokumentace při pádu pacienta?
27. Jakým způsobem zjišťujete příčinu vzniku pádu?
28. Jak postupujete při propuštění pacienta po vzniklém pádu?
29. V jakých oblastech edukujete pacienta či rodinné příslušníky při propuštění v souvislosti s pádem?
30. Jaké oblasti uvádíte do ošetřovatelské dokumentace v souvislosti s pádem pacienta při propuštění?

Obrázek 5 Ukázka polostrukturovaného rozhovoru (Zdroj: autor)

Příloha 6 Odborný článek připravený k publikaci do časopisu

Prevence pádu z pohledu všeobecné sestry v ošetrovatelské praxi

Fall prevention from the general nurse's point of view in nursing practice

SOUHRN

Cíl: Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové faktory v kontextu s pády pacientů, jaká preventivní opatření využívají v prevenci pádu, jak postupují při vzniku pádu a jakým způsobem postupují při propuštění pacienta do domácí péče.

Metodika: Data byla získávána kvalitativní metodou výzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl zaměřen na všeobecné sestry vybrané nemocnice Jihočeského kraje na standardním interním oddělení. Realizace výzkumu probíhala od listopadu do prosince roku 2022.

Výsledky: Z výsledků je pravděpodobné, že všeobecné sestry z interních oborů mají s prevencí pádů pacientů velké zkušenosti, ale je vhodné, aby byly všichni pracovníci poskytovatelů zdravotních služeb pravidelně školeni. Je třeba podotknout, že se jedná o výsledky kvalitativního výzkumu, a proto nelze výsledky považovat za jednotné napříč celou populací všeobecných sester.

Závěr: Na základě výsledků výzkumného šetření je vhodné, aby zdravotnický personál měl více možností se vzdělávat v oblasti prevence pádů, například prostřednictvím kurzů a také využíval nejrůznější preventivní opatření související se vznikem pádu.

KLÍČOVÁ SLOVA

nežádoucí událost – pád – prevence pádu – rizikové faktory – všeobecná sestra

SUMMARY

Aim: The main objective of this research was to find out how general nurses identify risk factors, what preventive measures they use to prevent a fall, how they proceed when a fall occurs, and what the procedure is for discharging a patient to home care.

Method: Data were obtained using a qualitative method using semi-structured questionnaires. The research was focused on general nurses of selected hospitals in the South Bohemian Region. The research was carried out from November to December 2022.

Obrázek 6 (Zdroj: autor)

Results: From the results, it is likely that general internal medicine nurses have a lot of experience in preventing patient falls, but it is advisable that all health service provider workers are regularly trained. It should be noted that these are the results of qualitative research, and therefore the results cannot be considered uniform across the entire population of general nurses.

Conclusion: According to the research investigation, it is advisable for medical staff to have more educational opportunities in the field of fall prevention, for example through courses.

KEY WORDS

adverse events – fall – fall prevention – risk factors – nurse

ÚVOD

Pády lze charakterizovat různými způsoby, MZČR například definuje že „pád je situace, při níž se pacient/ošetřovaná osoba neplánovaně ocitne na podlaze (nebo na jiném níže uloženém vodorovném povrchu) ať již s poraněním anebo bez poranění pacienta/ošetřované osoby.“ (1). Všechny nežádoucí události by se měly zaznamenat do dokumentace, včetně všech okolností, které v důsledku pádu nastaly. Při vzniku pádu je důležité, aby zdravotnický personál dokázal situaci adekvátně řešit (2).

Pády jsou nejčastější nežádoucí událostí, která vzniká u poskytovatelů zdravotních služeb. Příčiny pádu mohou být vnitřní (např. mdloby) a vnější (např. kluzké podlahy) (3). Nejohroženější skupinou jsou geriatrickí pacienti, ale také pacienti se zrakovým onemocněním, pacienti s onemocněním pohybového aparátu nebo pacienti užívající návykové látky (4). Pád může mít za následek zranění, může také u pacientů zanechat mimo fyzické újmy i psychické následky (5). Pády jsou také velkým problémem pro poskytovatele zdravotních služeb, vzhledem k tomu, že následná péče o pacienty s pádem tvoří finanční zátěž pro poskytovatele zdravotních služeb. Proto je dle zjištěných informací v mnoha institucích prováděna monitorace pádu na pracovištích a následně jsou tvořeny analytické studie. Ty následně mají za úkol zlepšování prevence pádu u poskytovatelů zdravotních služeb (6). Všeobecné sestry by měli klást důraz na prevenci pádu. Je důležité pacienty edukovat o využívání signalizačního zařízení (1).

Systematický přehled dle Aliaga et al. (7) ukazuje na pozitivní intervence zaměřené na edukaci pacienta, ze strany všeobecných sester v rámci jejich edukačních činností. K prevenci pádu je také vhodné využívat škály k hodnocení rizika pádu (8).

Obrázek 7 (Zdroj: autor)

Na prevenci pádu se podílí také ostatní zdravotnický a nezdravotnický personál, jako jsou praktické sestry, ošetřovatelé/ky, sanitář/ky aj. (9). Analytické studie provedené v souvislosti s pády pacientů se shodovaly na prospěšnosti a uplatňování preventivních opatření na základě zjištěného rizika anebo onemocnění (6). Důležité je také zmínit, že v České republice Ministerstvo zdravotnictví vydalo Národní ošetřovatelský postup: Prevence pádů a postup při zranění způsobených pády, který kromě jiného obsahuje důležité intervence v rámci poskytování ošetřovatelské péče (1).

METODIKA

Výzkum byl realizován pomocí kvalitativní metody výzkumu. Pro získání informací byla zvolena technika polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami ve vybrané nemocnici v Jihočeském kraji. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z 30 polouzavřených otázek souvisejících s cíli výzkumu a informace vychází z relevantních zdrojů, včetně MZČR. Každá všeobecná sestra byla dotazována samostatně na vybraných odděleních nemocnice v Jihočeském kraji. Výzkum probíhal od listopadu do prosince 2022. Všichni informanti a poskytovatel zdravotních služeb poskytli písemný souhlas s realizací výzkumu a s nahráváním rozhovorů. Všem informantům byla během sběru dat zaručena anonymita. Jednotlivé rozhovory byly následně přepsány do programu Microsoft Word a následně byly analyzovány pomocí využití techniky zakotvené teorie. V rámci analýzy bylo provedeno kódování, kategorizování, včetně tvoření kategorií, podkategorií a schémat. Rozhovory s informanty trvaly přibližně 30 minut a probíhaly za stejných podmínek. Výzkumný soubor byl tvořen 7 všeobecnými sestrami. Sběr dat byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Osloveny byly všeobecné sestry.

VÝSLEDKY

V rámci první části bylo zjišťováno, jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové faktory a rizikové skupiny pacientů pro vznik pádu. Z uvedených výsledků bylo zjištěno, že se informanti zaměřují na oblast předchozího pádu u pacienta, a to už jak pád v domácím prostředí, či pád u poskytovatelů zdravotních služeb. Jako další oblast informanti uvedli, že se zaměřují na onemocnění zraku a sluchu či hodnocení bolesti. Dále bylo zjištěno, že se informanti zaměřují i na inkontinenci moče, kardiovaskulární onemocnění a hypotenzi. Jako další oblast identifikace byla zjištěna soběstačnost pacienta či psychický stav pacienta.

Obrázek 8 (Zdroj: autor)

Informanti také kladli důraz, zda pacienti užívají rizikové skupiny léčiv a psychofarmak. Další oblast se zabývala identifikací vnějších rizikových faktorů. Bylo zjištěno, že se zaměřují na vyhodnocení využití kompenzačních pomůcek, jako např. výměnu holí za bezpečnější chodítko a aby měli kompenzační pomůcky vždy na dosah ruky. V oblasti léků informanti uvedli, že je nutný dohled nad užíváním rizikových léčiv. V oblasti bezpečnosti pacientů jako je např. obuv atd. informanti uvedli, že je nutné, aby měl pacient vhodně dlouhé pyžamo či oblečení. Všichni informanti se také shodli na tom, že je vhodná protiskluzová obuv či ponožky. V oblasti prostředí jako je osvětlení, podlahy atd., se informanti také zaměřují na zjištění, zda pacient nemá oční onemocnění. Informanti se shodli na tom, že v tomto případě je vhodné, nechávat pacientům rozsvícené noční světlo na pokoji. Jako další oblast identifikace bylo zjištěno, že se informanti zaměřují na překážky na podlaze a také že je nutné pacienty upozornit na vytřenou podlahu. U oblasti vybavenosti pokoje, informanti poukazují na nutnost správného používání pomocných madel v koupelně a také aby pacienti s rizikem pádu byli uloženi blízko toalety, a aby měli prostor pro bezpečný pohyb.

V oblasti identifikace rizikových skupin pacientů se informanti shodli na tom, že přehodnocení rizika pádu probíhá jednou týdně. Pouze S3 uvedl, že přehodnocení probíhá při vzniku pádu. Informanti se také shodují na tom, že přehodnocení probíhá při změně zdravotního stavu pacienta. S6 odpověděl, že riziko přehodnocuje při propuštění pacienta. Další kategorie se zabývá okolnostmi ke zjištění rizika pádu. Informanti uvedli, že informace zjišťuje vždy u přijetí pacienta k hospitalizaci. Dále bylo zjištěno, že informanti provádí rozhovor s pacientem, že do okolností zahrnují i rizikové skupiny léčiv a také využívají rozhovor s rodinou pacienta. V oblasti škál k hodnocení pádu bylo zjištěno, že informanti využívají hodnocení rizika pádu. Jeden informant uvedl jako hodnotící škálu J. M. Morse, také byl zmíněn Barthel test.

V rámci druhé části bylo zjišťováno, jaká preventivní opatření realizují všeobecné sestry pro vznik pádu. V kategorii kompenzačních pomůcek informanti kladli důraz na to, aby měl pacient vždy pomůcky na dosah a aby byly kompenzační pomůcky funkční. V kategorii úprava lůžka a vybavení pokoje byla uvedena suchá podlaha a aby bylo lůžko pacienta vždy čisté. Informanti také uvedli využívání postranních zábran u lůžka. Informanti také kladou důraz na pravidelné větrání pokoje a dostatečný prostor pro bezpečný průchod. V kategorii identifikace pacienta se dva informanti zabývají záznamem v dokumentaci pacientů či čitelností identifikačních náramků.

Obrázek 9 (Zdroj: autor)

V kategorii edukace pacienta se informanti shodli na používání signalizačního zařízení a důležitosti edukace pacienta o riziku pádu. Další oblast se zabývá preventivním opatřením vzniku pádu. V oblasti předávání informací o rizikových pacientech v rámci ošetrovatelského týmu informanti uvedli, že předávání informací probíhá ráno a večer mezi všeobecnými sestrami. Další kategorie se zabývá předáváním informací o rizikových pacientech v rámci ostatních zdravotnických pracovníků. Zde se informanti shodli na odpovědi, že ošetrovatel/ky a sanitáře/ky informuje buď staniční či pověřená všeobecná sestra. Také bylo uvedeno, že předávání informací probíhá psanou formou. Poslední kategorie se zabývá dalšími preventivními opatřeními. Bylo zjištěno, že informanti kladou důraz na dohled nad pracovníky úklidu v používání varovných kuželů a používání omezovacích prostředků.

V rámci třetí části bylo zjišťováno, jakým způsobem všeobecné sestry postupují při vzniku pádu. Postup všeobecných sester při vzniku pádu zahrnuje čtyři podkategorie. První z nich jsou oblasti při ošetření pacienta po pádu. Bylo zjištěno, že se informanti zaměřují na fyziologické funkce, také že celkově kontrolují pacienta. Byl uveden také zvýšený dohled nad pacientem a následná komunikace s lékařem. V kategorii, jakým způsobem všeobecné sestry zaznamenávají vzniklý pád, se dotazovaní shodují na vytvoření nežádoucí události a její následné založení do dokumentace. Další kategorie zní, jaké oblasti jsou zaznamenány v dokumentaci při vzniku pádu. Bylo zjištěno, že se zaznamenává ošetření pacienta, vznik pádu, svědek pádu a informace z lékařské zprávy. Další kategorie se zabývá zjištěním příčiny pádu. Informanti dále uvedli, že se zaměřují na zdravotní stav pacienta, rozhovor se svědky pádu a kontrolu pokoje pacienta.

V rámci poslední části bylo zjišťováno, jakým způsobem všeobecné sestry postupují při propuštění pacienta do domácího ošetřování. Tato oblast obsahuje 3 podkategorie. První z nich se zabývá postupem při propuštění pacienta po vzniklém pádu. Informanti uvedli, že edukují pacienta o ošetřování vzniklých ran, včetně edukace rodinných příslušníků, dále že pacienta upozorňují na riziko dalšího pádu. Také bylo zjištěno, že pacient musí mít vždy dohled při převozu domů, např. rodinou či převozní sanitou. Další kategorií jsou oblasti zaznamenané v dokumentaci v souvislosti s pádem pacienta při propuštění. Zde se informanti shodují na tom, že nezaznamenávají žádné oblasti. Poslední kategorií je oblast edukace rodinných příslušníků při propuštění. Zde informanti uvedli, že kladou důraz na zvýšený dohled nad pacientem rodinou, důslednou edukaci rodinných příslušníků a o užívání kompenzačních pomůcek.

Obrázek 10 (Zdroj: autor)

DISKUZE

Toto téma vychází především z Národních ošetrovatelských postupů Ministerstva zdravotnictví České republiky. První oblast se zaměřuje na identifikaci rizikových faktorů a rizikové skupiny pacientů pro vznik pádu. Odpovědi informantů byli velmi podobné. Je zřejmé, že se informanti zaměřují na soběstačnost pacienta a jeho momentální zdravotní stav. Nikdo z informantů nezmínil jako důležité se zaměřit na věk a pohlaví, jak doporučuje Miertová (3). Dále se uvádí nadváha, poruchy kognitivních funkcí, onemocnění pohybového aparátu či chování pacienta (1). Tyto oblasti lze hodnotit jako velmi důležité aspekty v prevenci pádu. Informanti se shodují na tom, že je důležitý i psychický stav pacienta (10). Je tedy pozitivní zjištění, že se všeobecné sestry nezaměřují pouze na fyzický stav pacienta ale i na duševní zdraví.

Další oblast se zabývala tím, jakým způsobem všeobecné sestry identifikují rizikové skupiny pacientů pro vznik pádu. MZČR uvádí škálu dle Morseové, to zmínil také jeden z informantů, což je pozitivní zjištění. MZČR (1) ale ještě dodává, že každý z poskytovatelů zdravotních služeb si může škály volit dle svého uvážení. Informanti ve svých odpovědích také zmiňovali škály dle Conleyové či Joint Commission on Accreditation. Z odpovědí tedy vyplývá, že každý z informantů nějakou škálu využívá, avšak lze hodnotit negativně to, že se odpovědi informantů liší. V tomto kontextu je důležité zmínit, že výzkum byl tvořen na vybraném oddělení nemocnice, proto by měly být odpovědi všeobecných sester shodné. Další oblast se zabývá tím, za jakých okolností informanti zjišťují riziko pádu. Zde byly odpovědi také rozporuplné, to lze hodnotit jako negativní zjištění. Bylo zjištěno, že pouze jeden z informantů přehodnocuje riziko pádu po vzniku pádu. Pouze dva informanti uvedli, že se zaměřují i na předchozí pád v anamnéze, to uvádí také MZČR (1).

Další oblast se zabývá prevencí pádu. Pět informantů uvedlo, že by pacient měl mít kompenzační pomůcky blízko sebe, k tomu ještě MZČR (1) dodává, že je nutné, aby byl pacient adekvátně edukován o správném používání. Další oblast se zabývá prevencí v oblasti edukace pacienta. Všichni z informantů uvedli, že je nutné, aby byl pacient edukován o riziku pádu a aby měl vždy u sebe signalizační zařízení. Lerdal et al. (11) klade důraz na to, že pokud pacient bude využívat signalizační zařízení, sníží se tak pravděpodobnost vzniku pádu. Jeden z informantů uvedl, že pacientům zakazuje vstávání z lůžka. Ovšem toto řešení není vždy vhodné a dokáže naopak riziko zvýšit. Preventivní opatření v oblasti úpravy lůžka je další zkoumanou oblastí.

Někteří informanti uvedli, že je důležité, aby měli pacienti vždy čisté lůžko, aby pak nevzniklo riziko pádu z důvodu, že si sami lůžko budou upravovat pacienti. To lze považovat za důležité (11). MZČR (1) kromě jiného klade důraz na využívání varovných kuželů. Někteří informanti také uvedli, že je nutné, aby bylo na pokoji pacientů uklizeno. K tomu Severo et al. (12) dodává, že je to především úkolem všeobecné sestry, aby na uklizený pokoj dohlédla. V oblasti zjištění příčiny pádu bylo dle odpovědí zjištěno, že se informanti zaměřují také na svědky pádu, což lze považovat za pozitivní zjištění. Dva informanti ještě dodávají kontrolu pokojů pacienta ke zjištění možné příčiny.

V oblasti propuštění pacienta informanti uvedli, že pacienta edukují o ošetřování ran a také na dalším možném riziku pádu. MZČR (1) také uvádí, že je nutné do překladové zprávy, pokud je pacient přeložen do institucí poskytujících sociální služby (jako jsou domovy pro seniory aj.), jak pád vznikl a vzniklé následky. V oblasti edukace rodinných příslušníků se informanti shodovali v odpovědích, že je nutné rodinu informovat o nutnosti zvýšeného dohledu nad pacientem a také o správném využívání kompenzačních pomůcek. V oblasti propuštění pacienta uvedl jeden z informantů, že do dokumentace zaznamenává oblasti edukace pacienta. Ostatní informanti neuvedli žádnou oblast.

ZÁVĚR

Dle výsledků byly výzkumné cíle splněné a je zřejmé, že všeobecné sestry daného interního oddělení mají zkušenosti v prevenci pádu. Je nutné podotknout, že se jedná o výsledky kvalitativního výzkumu, a nelze tedy výsledky považovat za jednotné v celkové populaci všeobecných sester. Dle výzkumného šetření by bylo doporučeno, aby zdravotnický personál měl více možností vzdělávání v oblasti prevence pádu, např. prostřednictvím kurzů a dbal na nejrůznější preventivní opatření v oblasti pádů pacientů.

LITERATURA

- 1) MZČR, 2020. Národní ošetrovatelský postup – Prevence pádů a postup při zranění způsobených pády. In: *Věstník MZČR*. Částka 2. 104–113. ISSN 7607-6020-003.
- 2) KALVACH, Z. et al., 2012. *Křehký pacient a primární péče*. 2. vyd. Praha: Grada, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 3) MERTOVIÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0850-3.

- 4) SVOBODOVÁ, D., 2013. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. *Florence*. **9**(6), 23–32. ISSN 1801-464X.
- 5) SEVERO, I.M., et al., 2014. Risk Factors for Falls in Hospitalized Adult Patients: An Integrative Review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **48**(3), DOI 10.1590/S0080-623420140000300021.
- 6) MIAKE-LYE, et al., 2013. Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2013. **5**(2), DOI 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005.
- 7) ALIAGA, B. et al., 2018. Prevalencia de pacientes con alto riesgo de caídas en un servicio médico-quirúrgico de un hospital universitario. *Revista Médica de Chile*. **146**(7), 862–868. DOI 10.4067/s0034-98872018000700862.
- 8) CENDELÍNOVÁ, I., 2019. Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Florence*. **10**(4), 16–17. ISSN 2570-4915.
- 9) WHO, 2018. Falls. *WHO: Geneva, 2018*. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
- 10) HRONOVSKÁ, L., 2012. Závratě, instabilita a pády ve stáří. *Interní medicína*. **14**(12), 470–472. ISSN 1212-7299
- 11) LERDAL, A. et al., 2018. Risk Study Research Group. Associations between patient symptoms and falls in an acute care hospital: A cross-sectional study. *J. Clin. Nurs.* **27**, 1826–1835. DOI 10.1111/jocn.14364.
- 12) SEVERO, I.M., et al., 2014. Risk Factors for Falls in Hospitalized Adult Patients: An Integrative Review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **48**(3), DOI 10.1590/S0080-623420140000300021.

Obrázek 13 (Zdroj: autor)

9 Seznam použitých zkratek

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
CT	počítačová tomografie
ČAS	Česká asociace sester
EU	Evropská unie
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
RTG	radioizotopový termoelektrický generátor
tj.	to znamená
tzv.	takzvaný
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization