



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Problematika pádů v domovech se zvláštním režimem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Žaneta Resóová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Problematika pádů v domovech se zvláštním režimem“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské 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 2.5.2019

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, trpělivost, ochotu a cenné rady.

Problematika pádů v domovech se zvláštním režimem

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na pády a jejich problematiku v domovech se zvláštním režimem. Cílem bylo zmapovat intervence a opatření, které se uplatňují v prevenci pádů pacientů/klientů v domovech se zvláštním režimem. Dalším cílem bylo zjistit nejčastější příčiny a okolnosti pádů pacientů/klientů a názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů a jejich řešení v domovech se zvláštním režimem.

Práce byla rozdělena do dvou částí. V první teoretické části jsou popsány základní pojmy gerontologie, geriatrie a funkční geriatrické hodnocení. Dále se zde nachází podrobný popis problematiky pádů, který obsahuje syndrom instability s pády, fenomenologii a etiologii pádu, prevenci pádu, komplikace pádu a ošetrovatelskou péči po pádu. V další kapitole je popsán domov se zvláštním režimem, jeho specifika a zásady ošetrovatelské péče o člověka s demencí.

V druhé části této práce se nachází empirická část. Výzkum probíhal metodou kvalitativního výzkumu, pomocí dotazování a pozorování. S ohledem na cíle bylo vytvořeno 13 otázek pro polostrukturovaný rozhovor. Rozhovorů se zúčastnilo deset sester a čtyři pečovatelé z pěti domovů se zvláštním režimem. Získaná data byla následně zpracována pomocí otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Bylo vytvořeno sedm kategorizačních skupin z rozhovorů a čtyři kategorizační skupiny z pozorování.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejčastější preventivní opatření ve všech zařízeních jsou kompenzační pomůcky, sledování zdravotního stavu pacientů/klientů a upravené prostředí. Nejčastější příčinou pádů pacientů/klientů v domovech se zvláštním režimem je zdravotní stav seniorů, špatný odhad fyzických možností, zmatenost a neklid. Názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů v domovech se zvláštním režimem je, že demence má významný vliv na vznik pádů. Dále je důležitá individualita každého pacienta/klienta. Celkově z výzkumu vyplynulo, že k pádům dochází i přes veškerá opatření. To může mít spojitost s častým onemocněním kognitivních funkcí u pacientů/klientů v domovech se zvláštním režimem. Vhodná by byla i větší informovanost o problematice pádů veškerého personálu.

Klíčová slova

demence; domov se zvláštním režimem; pády; prevence; příčiny

The issue of falls in special-purpose homes

Abstract

This bachelor thesis is focused on the falls and their problems in special-purpose homes. The aim was to map out the interventions and measures that are applied to prevent falls of patients/clients in special-purpose homes. Another aim was to find out the most frequent causes and circumstances of patients/clients falls and the opinion of nursing staff on the issue of falls and their solution in special-purpose homes.

The work was divided into two parts. The first, theoretical part, describes the basic concepts of gerontology, geriatrics and the comprehensive geriatric assessment. Furthermore, there is a detailed description of falls, which includes the instability syndrome with falls, the phenomenology and etiology of the fall, the fall prevention, the fall complications and the nursing care after the fall. The next chapter describes special-purpose homes, their specifics and the principles of nursing care for people with dementia.

The second part of this work is the empirical part. The research was carried out by qualitative research, by questioning and observation. In view of the objectives, 13 questions were created for the semi-structured interview. Ten nurses and four carers from five special-purpose homes attended the interviews. The obtained data were then processed using open coding, by the method pencil and paper. Seven categorization groups from interviews and four categorization groups from observation were created.

The results of the research show that the most common preventive measures in all facilities are compensatory aids, monitoring health status and the modified environment in special-purpose homes. The most frequent cause of falls of patients/clients in special-purpose homes is the state of health of the elderly, poor estimation of physical possibilities, confusion and restlessness. The opinion of nursing staff on the issue of falls in special-purpose homes is that dementia has a great impact on the falls and the individuality of each patient/client is important. Overall, research has shown that falls occur despite all the measures and may be related to the frequent cognitive disease that the patients/clients often suffer from. It would also be appropriate to raise the awareness of all staff about the problematics.

Key words

dementia; causes; falls; prevention; special-purpose home

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Gerontologie a geriatrie.....	9
1.2 Stáří a stárnutí	10
1.2.1 Involuční změny a stařecká křehkost.....	11
1.3 Funkční geriatrické hodnocení.....	12
1.3.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření.....	13
1.3.2 Specializované části CGA	14
1.4 Geriatrický syndrom instability s pády	16
1.5 Pády.....	17
1.5.1 Rozdělení pádů dle fenomenologie.....	18
1.5.2 Rozdělení pádů dle etiologie.....	19
1.5.3 Prevence pádu	21
1.5.4 Sestra jako edukátor i edukant	24
1.5.5 Následná péče po pádu	25
1.5.6 Komplikace pádu	26
1.6 Domov se zvláštním režimem.....	27
1.6.1 Ošetrovatelská péče o člověka s demencí.....	28
2 Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použité metody ve výzkumném šetření.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 Výsledky výzkumného šetření	32
4.1 Identifikační údaje sester (S1-S10)	32
4.2 Identifikační údaje ošetrovatelů (P1-P4).....	33
4.3 Seznam kategorizačních skupin z rozhovorů se sestrami	34
4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami	34

4.5	Seznam kategorizačních skupin z rozhovorů s pečovateli.....	47
4.6	Výsledky rozhovorů s pečovateli.....	47
4.7	Výsledky pozorování v DZR.....	52
5	Diskuze.....	56
	Závěr.....	63
	Seznam literatury.....	65
	Seznam příloh.....	72
	Seznam zkratk.....	75

Úvod

Tématem této bakalářské práce je problematika pádů v domovech se zvláštním režimem. Pády a jejich problematika jsou aktuálním tématem ve zdravotnictví. Určují kvalitu a ekonomickou nákladnost poskytované péče. Dále pády prodlužují délku hospitalizace a zvyšují náročnost péče o pacienty/klienty po pádu. V domovech se zvláštním režimem se ošetřující personál stará převážně o seniory s kognitivním deficitem. Zhruba 90 % seniorů v těchto zařízeních trpí demencí v různých stádiích. Pády jsou tímto onemocněním ještě více komplikovány a demence je jeden z rizikových faktorů pádu. I přes veškerá preventivní opatření se pády v těchto domovech stávají. Přesto je důležité uplatňovat veškerá preventivní opatření a situaci nepodceňovat.

Teoretická část této práce se bude zabývat problematikou pádů seniorů v domovech se zvláštním režimem. Budou popsány základní informace o geriatrii a geriatrickém vyšetření. Stěžejní budou informace o geriatrickém syndromu instability s pády, o fenomenologii a etiologii pádu, preventivních opatřeních a intervencích, dále o komplikacích pádů a následné péči po pádu. Bude popsán a charakterizován domov se zvláštním režimem a ošetrovatelská péče o člověka s demencí.

Cíle práce jsou zmapovat intervence a opatření, které se uplatňují při prevenci pádů klientů v domovech se zvláštním režimem, dále zjistit nejčastější okolnosti a příčiny pádů klientů v domovech se zvláštním režimem a posledním cílem bude zjistit názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů a jejich řešení v domovech se zvláštním režimem. S ohledem na cíle práce byly vytvořeny výzkumné otázky, kterými jsou: Jaké intervence a opatření se uplatňují při prevenci pádů klientů v domovech se zvláštním režimem, jaké jsou nejčastější okolnosti a příčiny pádů klientů v domovech se zvláštním režimem a jakou úlohu zastává ošetrovatelský personál v problematice pádů klientů v domovech se zvláštním režimem. Dále jakým způsobem probíhá monitoring pádů klientů v domovech se zvláštním režimem a jakým způsobem probíhá zhodnocení příčin pádů a hledání preventivních opatření v domovech se zvláštním režimem.

1 Současný stav

1.1 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie je vědní obor zabývající se stárnutím a stářím, nebo také problematikou starých lidí a jejich života. Zaměřuje se na specifické potřeby starších lidí, zefektivňování a zkvalitňování života starší populace (Kalvach et al., 2004). Hlavními cíli gerontologie jsou uchovávání zdraví, zajištění kvalitního (Németh et al., 2009) a aktivního života a udržení funkčních procesů po celou dobu až do vysokého věku (Malíková, 2011). Gerontologii můžeme rozdělit do tří hlavních částí: gerontologie experimentální, sociální a klinická.

Gerontologie experimentální je vědní proud, který se zaměřuje na samotný proces stárnutí a na jeho vlivy (Németh et al., 2009). Zabývá se stárnutím živého organismu až na úrovni buněčné a molekulární a klade si otázky, proč a jak živé organismy stárnou (Kalvach et al., 2004).

Druhým odvětvím je gerontologie sociální, která se soustředí na vztah mezi starým člověkem a společností. Dále na potřeby starého člověka v souvislosti se společností a také na stárnutí populace a od tohoto se odvíjející pozitivní i negativní vliv na společnost (Kalvach et al., 2004). Zkoumá také opačný jev, kterým je tlak společnosti na stárnoucího člověka a vliv sociální a společenský na samotný proces stárnutí. Svou činnost zaměřuje na prevenci v oblasti stáří, udržování soběstačnosti a zdravého životního stylu (Malíková, 2011).

Třetí částí je geriatrie neboli gerontologie klinická. „*Geriatric je samostatný medicínský obor, který se zabývá zdravotním a funkčním stavem starých lidí*“ (Kalvach a Mikeš, 2004, s. 49). V ČR je považován za samostatný obor od roku 1982. Topinková (2005) uvádí, že geriatrie vychází ze znalostí a dovedností v oblasti diagnostiky a terapie nemocí ve stáří a rozpoznávání geriatrických rizik. Dále geriatrie klade důraz na soběstačnost a fyzickou zdatnost, které v době nemoci vedou ke kvalitnějším a rychleji viditelným výsledkům léčby a ošetrovatelské péče (Topinková, 2005). Kalvach et al. (2008) zdůrazňují, že středem celé geriatrie je všeobecná interna, která zasahuje do dalších vědních oborů, především do neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace či ošetrovatelství. Hlavním nástrojem geriatrie je funkční geriatrické vyšetření. Zde se hodnotí starší pacienti/klienti z komplexního pohledu. Znamená to, že je pacient/klient nejen vyšetřován ze somatického pohledu, ale také se klade veliký

význam na zjišťování soběstačnosti, sebepečce a na psychické a sociální aspekty (Weber, 2007).

1.2 Stáří a stárnutí

Stáří a stárnutí je jedna z životních etap, které se mnozí z nás dočkají. Stárnutí je fyziologický proces, který je nevratný, nezastavitelný a časově neurčitelný. Postihuje postupem času všechny orgány v lidském těle. Stárnoucí organismus se tak složitěji a méně úspěšně přizpůsobuje podmínkám vnitřního a zevního prostředí. Dochází ke zhoršení funkčnosti orgánů a jejich patologiím (Topinková, 2005). Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. K ovlivnění dochází také z vnějšího prostředí, kde se jedinec nachází, a jaký měl doposud svůj životní styl. K problémům v oblasti somatické, psychické a sociální dochází většinou až po 75 roce života a častěji u žen (Weber, 2007).

V současné době můžeme stáří rozdělit podle kalendářního věku do tří skupin. První skupinou jsou mladí senioři od 65 do 74 let. Starší senioři, u kterých dochází ke změnám funkční zdatnosti a odlišným průběhům nemocí, se nachází v rozmezí od 75 do 84 let. Nad 85 let jsou velice staří senioři, u kterých se vyskytují problémy se soběstačností a zabezpečeností (Malíková, 2011). Také se hovoří o biologickém věku, který může být velice odlišný od kalendářního věku. Hodnotí se parametry biologického a psychického rozvoje, jejich vyzrálost a opotřebení. Může se jednat i o pocitový věk, který záleží na subjektivních pocitech jedince. Nedá se nijak změřit a má význam pro hodnocení výkonnosti či způsobilosti k činnosti nebo přímo k lékařskému výkonu (Čeledová et al. 2016).

S rozvojem medicíny a pokročilé techniky dochází k dlouhověkosti a stárnutí populace. Je to proces, který mění strukturu celé populace a dochází ke geriatrizaci medicíny. Stárnutí se stává pozvolným, životní podmínky jsou stále zlepšovány a lékařská a ošetrovatelská péče je dostupnější. Důvodem stárnutí populace je také pokles porodnosti. Geriatrizace medicíny znamená zvyšování počtu seniorů mezi všemi léčenými pacienty/klienty (Weber, 2007).

1.2.1 Involuční změny a stařecká křehkost

U stárnoucí populace si lze povšimnout charakteristických změn. Nepřehlédnutelným rysem ve stáří je involuce, což znamená pokles množství funkčního parenchymu v jednotlivých orgánech. Od involuce se odvíjí funkčnost orgánů, což napomáhá k rozvoji dalších charakteristických rysů. Mezi další patří snížení tělesné výkonnosti, zhoršená regenerace, tolerance zátěže a rozvoj jedné nebo více chorob (Weber, 2007).

Dle Nemétha et al. (2009) se involuční změny týkají všech systémů v organismu. U kardiovaskulárního systému se lze setkat se zvyšováním krevního tlaku, s ortostatickou hypotenzí, která má velikou souvislost s rizikem pádu. Cévy ztrácí pružnost a dochází k ateroskleróze. U respiračního systému častěji dochází k chronickým zápalům plic, zhoršuje se výměna plynů a klesá výkon respiračních svalů. Trávicí systém je také podstatně ovlivněn. Dochází ke ztrátě dentice, snižuje se produkce trávicích šťáv a funkčnost hladké svaloviny. Také dochází k inkontinenci, a to i u urogenitálního systému. Další významné změny probíhají u pohybového systému, kde se ztrácí svalová síla, dochází k osteoporóze a tuhnutí svalů a kloubů. Smyslové orgány jsou také postiženy, dochází ke zhoršení zraku i sluchu. Stáří je doprovázeno ještě mnoha dalšími problémy.

Pojem geriatrická křehkost, nebo také z anglického jazyka frailty, je důležitou součástí geriatricke. Křehkost je také chápána jako rizikovost pacienta/klienta a hraje důležitou roli v ošetrovatelské péči. Nesmí se zanedbat a musí se včas identifikovat (Neméth et al. 2009). „*Je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, úbytkem svalové hmoty (sarkopenií) v důsledku dekoncionace, úbytkem kostní hmoty (osteoporózou) a sníženou pevností kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, popřípadě i poruchou imunity a kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti*“ (Topinková, 2005, s. 9). Dle Čevely et al. (2014) je geriatrická křehkost také definována jako určité negativní symptomy, které snižují úroveň zdraví, působí na pohodu člověka, zasahují do jeho sociálních rolí a ovlivňují běžné aktivity denního života a soběstačnost. S křehkostí souvisí také disabilita, „*kteřá charakterizuje trvalou ztrátu určitých funkcí, případně jejich deficit. V geriatrickém ošetrovatelství tímto fenoménem trpí senior, který nemůže samostatně vykonávat činnost charakteristickou pro svůj věk*“ (Hudáková et al. 2014, s 1.). Pro příklad Mlýnková (2011) uvádí pád seniora, při kterém může dojít k fraktuře, následně k omezení sebepečce a soběstačnosti a dochází k závislosti na pomoci druhých lidí. Předcházení rozvoji geriatrické křehkosti

se může docílit prevencí a eliminací chorob, zvýšením zdatnosti, odolnosti, přizpůsobivosti, čímž může být myšleno zlepšení stravovacích návyků, rehabilitace, zvýšení mobility, svalové síly či psychická podpora. Také je vhodná úprava prostředí, používání kompenzačních pomůcek a sociální podpora (Čevela et al. 2014).

Nejčastější symptomy geriatrické křehkosti jsou únava, pokles mobility, příjmu potravy, od kterého se odvíjí malnutrice a dehydratace. Dále zpomalení chůze, instabilita s častými pády a s tím související zlomeniny, které se vyskytují v důsledku ztráty kostní hmoty a minerálů z kostí. K velice závažným symptomům patří imobilita, imobilizační syndrom, inkontinence, deliriantní stavy či pokles zájmu o okolí (Kalvach et al. 2008).

1.3 Funkční geriatrické hodnocení

„Funkční geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assessment, dále jen CGA) je možné charakterizovat jako multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých seniorů s cílem vypracovat celkový plán pro léčení a dlouhodobé sledování“ (Kuckir et al. 2016, s. 11). CGA vychází ze standardního klinického vyšetření a diagnostiky. Také zahrnuje větší komplexnost a interdisciplinaritu (Kalvach et al., 2004). Je tedy rozsáhlejší a zabere více času než u běžného dospělého člověka. Způsobuje to jeho zásah do více odvětví medicíny a také rozsáhlost týmu, který by měl na CGA pracovat. O CGA se může také říci, že se pohybuje na všech úrovních Maslowovy pyramidy a zahrnuje všechny potřeby člověka (Jett a Touhy, 2010). CGA napomáhá také určit geriatrické syndromy starších pacientů/klientů, napomáhá rozvoji cílené léčby a tím zlepšuje funkčnost a kvalitu života seniora (Milta, 2017).

Hlavními cíli CGA je zlepšení zdravotního a funkčního stavu seniora, zpomalení nástupu chorob, omezení jejich komplikací, zlepšení kvality života a zamezení zbytečné, neefektivní a nepotřebné zdravotnické léčbě či péči (Neméth et al., 2009). Mezi složky CGA lze zařadit všeobecné složky, které jsou skoro stejné jako u dospělého jedince a liší se přístupem k nemocnému nebo v zaměření a interpretaci nálezu. Je to klinické vyšetření, tedy anamnéza a fyzikální vyšetření. Dále se CGA dělí na specializovanou část, která zahrnuje vyšetření stoje, chůze a rovnováhy, hodnocení nutričního stavu pacienta/klienta, hodnocení psychických funkcí, hodnocení

kineziologické, hodnocení soběstačnosti a výkonosti, hodnocení sociálních souvislostí a kvality života (Kalvach et al., 2008).

1.3.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

V dnešní medicíně se říká, že pokud je dobře vypracovaná anamnéza, máme už polovinu diagnózy. Pacient/klient také často svou diagnózu přímo sděluje, aniž by to tušil. Anamnéza je základem, který by neměl být odbyt. Od anamnézy se odvíjí celý proces diagnostiky a léčby. U starších nemocných se může vyskytovat problém. Pacient/klient může mít tolik potíží, že na některé zapomene nebo je bere jako samozřejmost. Také lze vidět problém u pacienta/klienta s neurologickými involučními změnami. Na anamnestický rozhovor je potřeba dostatek času, často dochází k pozdějšímu rozvzpomínání a pacient/klient sděluje informace postupně (Krajčík, 2008).

Anamnéza a anamnestický rozhovor by neměl být pouhé sepisování údajů a informací o zdravotním stavu pacienta/klienta či o událostech v předchorobí, ale měl by to být interaktivní proces, který zahrnuje verbální i non-verbální komunikaci (Kalvach et al., 2008). Díky projevům chování je umožněno diagnostikovat problematiku v chování, hodnotí se pacientova/klientova soběstačnost a sebezpečí, se zaměřením na jeho upravenost nebo zda přišel sám či s doprovodem (Kalvach et al., 2004).

U anamnestického rozhovoru je zásadní dbát na jeho podmínky. Vybírá se vhodné prostředí, které respektuje intimitu pacienta/klienta a nebude ničím rušeno. U geriatrických pacientů/klientů se musí používat zásady komunikace, a to především u pacienta/klienta se smyslovými, fatickými nebo kognitivními potížemi (Kalvach et al., 2008). Pokud sbíraná data od pacienta/klienta nejsou kompletní, a to z důvodu onemocnění, lékař či sestra se obrací na jiné zdroje důležitých údajů, kterými je rodina, předešlé zdravotní údaje či od jiných zdravotnických nebo sociálních pracovníků (Németh et al., 2009).

U geriatrického pacienta/klienta je důležité hodnotit všechny funkční změny, které nemocný prodělal a postřehl. Jedná se o zhoršení smyslů a jeho kompenzační pomůcky, které používá, dále zhoršení mobility, ztuhlost kloubů, zhoršení paměti či výskyt pádů. Mnohdy se lze setkat s nepřesnými informacemi od geriatrických pacientů/klientů, kteří trpí afázií či demencí. Údaje se mohou zpřesnit pomocí různých vizuálních škál.

Například u významné bolesti, která upozorňuje na vážnější onemocnění (Kalvach et al., 2004).

Fyzikální vyšetření navazuje na anamnestický rozhovor a je důležitou součástí celého CGA. Dbá se na kvalitu vyšetření a pravidla komunikace se seniory. Může se stát, že vážné onemocnění, např. demence, nemusí být rozpoznáno nebo díky špatnému sluchu, zraku či depresím falešně diagnostikováno (Krajčík, 2008). Středem zájmu je funkční zdatnost. Dbá se na posouzení a popis změn nejen morfologických, ale i funkčních. Potřeba je hodnotit stabilitu a chůzi, popisují se podrobně pacientova/klientova onemocnění nebo také jaký rozsah udělá senior v pohybu kloubu (Kalvach, 2004).

1.3.2 Specializované části CGA

Hodnotnou součástí CGA jsou specializovaná vyšetření. Některá jsou již obsažena ve fyzikálním vyšetření a lze je zařadit do obou částí. Jedná se o vyšetření stoje a chůze nebo také nutričního stavu geriatrického pacienta/klienta (Kalvach et al., 2008). Do specializované části se dále řadí hodnocení soběstačnosti, mobility, kognitivních a senzorických funkcí, hodnocení emotivity, nálady a motivace, hodnocení kvality života, bolesti, rizika vzniku dekubitů a rizika pádu (Kuckir et al., 2016).

Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti se v současné době běžně využívá při hospitalizaci, ale i v domácí péči a je součástí dokumentace (Pokorná et al., 2013). Samotný pojem soběstačnost znamená schopnost člověka samostatně vykonávat obvyklé potřeby v daném prostředí. Podílejí se na ní dva faktory. Prvním faktorem je funkční zdatnost člověka, která je fyzická a psychická, a také zahrnuje dovednosti a znalosti, které mohou chybět u člověka s demencí. Druhým faktorem je náročnost prostředí. Povaha daného prostředí, náročnost a bezpečnost určují zaměření a rozsah ucelené rehabilitace a podílí se na potřebě ústavní péče. Velmi často lze soběstačnost zachovat pouze vhodnou úpravou prostředí (Kalvach et al., 2008).

Poruchy soběstačnosti nejčastěji vznikají v důsledku nějakého onemocnění. Velice často se jedná o následek chronických a progredujících onemocnění, geriatrických syndromů či postižení. Obvykle nejdříve dochází k omezení instrumentálních aktivit denního života, kam patří schopnost mobility prostřednictvím dopravních prostředků, provést drobné nákupy, vykonávat domácí práce nebo hospodaření s penězi (Kuckir et al., 2016). Pro sledování úrovně omezení těchto aktivit je velice užitečný test

instrumentální všedních činností (Instrumental Activities of Daily Living, dále jen IADL), (Weber a Kubešová, 2011).

K poruchám základní soběstačnosti a základních denních aktivit dochází při zhoršení zdravotního stavu, chronickém onemocnění a u geriatrických syndromů. Lidé s těmito poruchami potřebují stálou péči v oblasti základních potřeb a zdravotní péči v důsledku závažných změn zdravotního stavu (Holmerová, 2013). Ke sledování stavu základní soběstačnosti a aktivit se využívá test základních všedních činností (Activities of Daily Living, dále jen ADL) (Weber a Kubešová, 2011). Dále Weber a Kubešová (2011, s. 1384) uvádějí, kdy je testy vhodné používat: „*U osob nad 75 let se provádí průběžně 1krát za 1 – 2 roky a u osob nad 75 let, kteří jsou hospitalizováni, se provádí vždy při přijetí do nemocničního zařízení*“. Testy je vhodné dále provádět v průběhu onemocnění, při zhoršování v rámci progresu nevléčitelného onemocnění nebo naopak při zlepšování v průběhu léčby a rehabilitace. Dalším důležitým pravidlem při hodnocení soběstačnosti pomocí testů je způsob, jakým test bude vyplněn. Sestra musí hodnotit objektivně na základě pozorování a znalosti pacienta/klienta, a nikoliv vyplňovat test jako dotazník (Kuckir et al., 2016).

Hodnocení mobility úzce souvisí se soběstačností a sebedpěčí. Mobilita je projev činnosti nervového a muskuloskeletárního systému. Jedná se o aktivní fyzický pohyb jedince, který umožňuje přemísťování z místa na místo, a také je určitým projevem fyzické zdatnosti. Úroveň mobility vystihuje kvalitu života jedince. Ve stáří dochází k mnoha projevům, které mobilitu mění k imobilitě. Ovlivňujícími faktory jsou věk pacienta/klienta, úroveň svalové síly, kloubní pohyblivost, aktuální psychický a fyzický stav, únava a prostředí (Kuckir et al., 2016). Stav mobility se zjišťuje pomocí pozorování seniora, fyzikálního vyšetření nebo se využívá Get up and Go Test (Pokorná, 2013).

Hodnocení kognitivních funkcí je další součástí speciální části CGA. Kognitivní funkce je schopnost jedince umožňující vnímat prostředí, ve kterém se nachází, svět kolem něj a zároveň vnitřní psychické stavy. Člověk je využívá při přemýšlení, mluvení nebo při učení. Kognitivní funkce také umožňují porozumět mluvené řeči a vyjadřování (Rusina et al., 2014). K rozpoznání poruchy kognitivních funkcí lze použít jednoduché metody, jako je rozhovor a pozorování. K nejpřesnější metodě patří neuropsychologická (Kuckir et al., 2016). Ke zhodnocení stavu kognitivních funkcí lze využít i mnoho screeningových testů. Nejznámějším a zároveň nejpoužívanějším testem je Mini-Mental State Examination (dále jen MMSE). Jedná se o krátkou škálu mentálního stavu neboli

Folsteinův test. Odhaluje kognitivní deficit, a také slouží jako primární indikátor stupně Alzheimerovy choroby. Standartní test hodnotí ve 30 položkách orientaci, krátkodobou paměť, výbavnost, pozornost, řeč, obratnost a zručnost, poznávací funkce, čtení, psaní a počítání. Každá položka je hodnocena 1 bodem a maximální počet bodů je 30. Hodnota MMSE v rozmezí 24-18 bodů určuje lehkou demenci, 17-6 určuje středně těžkou demenci a hodnota pod 6 určuje pokročilou demenci. Počet bodů ovlivňují během dne faktory, jako je únava nebo celkový stav pacienta/klienta. Hodnocení kognitivních funkcí pomocí testu MMSE má být prováděno pravidelně, což umožňuje dlouhodobější sledování změn v kognitivních funkcích (Pokorná, 2013).

Zjišťování rizika pádu je také důležitou součástí CGA. Pádem jsou ohroženi všichni senioři a mělo by se dbát na jeho zjišťování a prevenci. Následky bývají v podobě lehkých oděrek, těžšího zranění, ale i ohrožení seniora na životě. Sestra by měla provádět hodnocení při každém přijetí pacienta/klienta do zdravotnického zařízení či při změnách zdravotního stavu pacienta/klienta. Nejznámější škálou je modifikovaná škála dle Conleyové. Zjišťují se zde rizikové faktory pro vznik pádu (Kalvach et al., 2008).

1.4 Geriatrický syndrom instability s pády

S ohledem na zaměření této práce věnujeme syndromu instability s pády více pozornosti. Se syndromem instability úzce souvisí problematika pádů. Ve zdravotnickém zařízení se jedná o nežádoucí událost, která může poškodit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Zájmem zdravotnického zařízení je zajištění bezpečného prostředí pro pacienta. Velkým cílem jsou také minimální ekonomické ztráty, které jsou navyšovány péčí o pacienta po pádu a prodloužení hospitalizace (Pospíchal a Jedlinská, 2013).

Syndrom instability znamená poruchu koordinace způsobující nejistotu při chůzi, závratě a pády (Kubešová a Polcarová, 2011). Pády jsou spojené se zvyšující se morbiditou a mortalitou, vyššími ekonomickými náklady a umístěním seniora do zařízení pro dlouhodobou péči (Bielaková et al., 2014). Bielaková a Kubešová (2018) zdůrazňují demografický nárůst počtu starších lidí, a proto je pro ně důležité věnovat tomuto tématu pozornost. Instabilita je podmiňována a zároveň ovlivňuje mnoho syndromů a symptomů. Mezi ně patří hypomobilita, deprese, malnutrice,

sarkopenie, decondice či úzkost. S osteoporózou a zlomeninami vytváří syndrom instability s pády závažný komplexní problém (Kalvach et al., 2008).

Geriatrická instabilita má několik základních problémových okruhů. Řadí se mezi ně instabilita podmíněná poruchou receptorové a centrálně analytické části rovnovážného systému, kdy bývá dominantní závrať. Dále instabilita podmíněna poruchou efektorové části rovnovážného a muskuloskeletárního systému, kdy se stává dominantní svalová slabost, pohybová neobratnost a obtíže při hemiparéze po CMP. Mezi další se řadí instabilita, která je podmíněna jinými endogenními příčinami, jako je porucha smyslů. Instabilita může být také ovlivněna vnějšími rizikovými faktory, které k pádu přispívají. Mezi ně patří nevhodná obuv, nevhodná úprava prostředí a další bariéry. Poslední je instabilita, která je kombinována předchozími příčinami (Kalvach et al., 2008).

1.5 Pády

„Pád je možno charakterizovat jako změnu polohy člověka, která končí kontaktem těla se zemí. Pád může být doprovázen poraněním či poruchou vědomí“ (Bielaková et al., 2014, s. 25). Zhruba 40 % seniorů trpí pocity nestability a závratí a 25 % seniorů nad 65 let trpí opakovanými pády (Kubešová a Polcarová, 2011). Dle Williamse et al. (2014) více než 50 % seniorů utrpí poranění, mezi nejčastější patří zlomeniny krčku stehenní kosti, subdurální hematom a jiná nitrolební poranění. Až 62 % poranění vede k transportu na urgentní příjem a z tohoto počtu zhruba 5 % poraněných seniorů je následně hospitalizováno. Bielaková a Kubešová (2018) připomínají, že se nesmí myslet pouze na časně komplikace a zranění, ale také na pozdní komplikace, které mohou být velkým problémem a mohou vést k rozvoji imobilizačního syndromu a až ke smrti. Dle Holmerové et al. (2014) jsou pády jednou z nejčastějších příčin ztráty soběstačnosti seniora.

Schuler et al. (2010, s. 215) uvádí, že *„pád není osudovou příhodou, ale důsledkem rizikových faktorů, z nichž mnoho může být zmírněno léčbou“*. Důležité je zabránit vzniku dalších pádů, popřípadě snížit nebezpečí poranění při dalším pádu (Schuler et al., 2010).

1.5.1 Rozdělení pádů dle fenomenologie

Pády lze dělit dle fenomenologie. Podle mechanismu vzniku, kterým došlo k pádu se rozlišují pády zhroucením, kdy senior náhle ztrácí při chůzi či stojí svalový tonus a poté padá k zemi. Důvodem může být cerebrální problém, nejčastěji je to projev epilepsie či ischemie mozku, a dále extracerebrální problém, kterým je ortostatická hypotenze či kardiální synkopa. Důležité je při pádu zhroucením pátrat po příčině, která může být na první pohled zjevná, avšak někdy se musí bádát delší dobu s využitím elektroencefalografie (dále jen EEG), elektrokardiografie (dále jen EKG) či měření krevního tlaku (Kalvach et al., 2008).

Dále se rozlišují pády skácením, které se vyskytují při těžkých poruchách rovnováhy, obvykle bez obranných reflexních pohybů. Mají za následek těžké úrazy, které jsou způsobeny pádem (Hronovská, 2012). Mohou být způsobeny lézí mezencefalu, putamen nebo talamu (Bielaková et al., 2014). Dle Kalvacha et al. (2008) mohou být způsobeny také ischemií nebo hemoragií částí mozku, chorobnými stavy narušující propriocepci či vestibulárními lézemi.

Dále se rozeznávají pády zakopnutím, které směřují dopředu a senior obvykle padá na předpažené ruce. Tyto pády taktéž mívají za následek vážná zranění (Hronovská, 2012). Příčinou může být distální slabost, spasticita nohy nebo šoupání nohou při Parkinsonově chorobě. Pacient dostatečně nezvedá nohy a zakopává palcem či špičkou chodidla o nevhodný povrch podlahy či o překážku (Kalvach et al., 2008).

Pády způsobené zamrznutím jsou podobné pádům při zakopnutí. Směřují dopředu a důvodem je takzvané přilepení chodidla k podlaze a následné pokračování těla v pohybu (Kalvach et al., 2008). Pacient/klient během chůze nezvedá končetinu a nedochází k dalšímu kroku (Hronovská, 2012). Dle Kalvacha et al. (2008) se rozlišuje i varianta pádu, kterou je festinace. Pacient/klient se při zárazu dolních končetin naklání dopředu a snaží se krátkými krůčky tzv. „cupitáním“ vyrovnat těžiště, ale nakonec padá. Dle Kalvacha et al. (2011) je příčinou neurologické onemocnění jako je Parkinsonova choroba.

Dále jsou pády, které jsou atypické, nediferencované a nemohou se zařadit do žádné skupiny. Příčinou se stává senzorický či kognitivní deficit (Bielaková et al., 2014), například demence, při které se vyskytuje nepozornost či nepřizpůsobení se podmínkám a složitosti terénu nebo poruchy muskuloskeletárního systému (Kalvach et al., 2008). Tento vztah mezi zvýšeným výskytem pádů u pacientů/klientů s kognitivním deficitem potvrdili Kosse et al. (2015) ve svém výzkumu. Kosse et al.

(2015) také zaznamenali zvýšený výskyt pádů seniorů s kognitivním deficitem, kteří navíc trpí poruchou pohyblivosti a užívají nevhodné léky, které zvyšují riziko pádu.

Pády dále může způsobit uklouznutí pacienta/klienta na nebezpečném povrchu. Tuto situaci pacient/klient nemohl předvídat. Nepozornost u člověka může být i prostá a nemusí se vyskytovat jen u demence (Kalvach et al., 2011). Zvláštním a závažným podtypem jsou pády, které nemají souvislost se stojem a chůzí. Patří mezi ně pád ze sedu, pád z lůžka (Kalvach et al., 2008) či pády z usedání nebo při vstávání (Kalvach et al., 2011).

1.5.2 Rozdělení pádů dle etiologie

Pády lze dělit také dle etiologie. Rozlišují se pády z vnitřních a zevních příčin. Tyto příčiny mohou být zároveň i jako rizikové faktory a při výskytu 4 a více faktorů vzrůstá pravděpodobnost upadnutí až na 70 % (Hegyí a Krajčík, 2010). Pády z vnitřních příčin se dle Bielakové et al. (2014) podílejí na 70-75 % všech pádů a vyskytují se u onemocnění kardiovaskulárních, jako je ortostatická hypotenze, synkopy, arytmie či infarkt myokardu. Dále u neuromotorických poruch, kterými jsou svalové slabosti, poruchy chůze, Parkinsonova choroba, CMP, hemodynamické poruchy či epilepsie. Dále mezi vnitřní příčiny patří psychiatrická onemocnění, změny pohybového aparátu, porucha sluchu a rovnováhy, poruchy zraku, metabolické poruchy či mikční poruchy (Hronovská, 2012).

Pády ze zevních příčin se podílejí zhruba na 25-30 % všech pádů. Způsobují mechanické pády nejčastěji při uklouznutí na kluzkém povrchu, zakopnutí o překážku na podlaze, při chůzi po schodech a při nebezpečných aktivitách. Většina pádů vzniká v domácím prostředí a nejčastěji v koupelně, kde se odehraje zhruba 50 % pádů. V nemocničním prostředí je uváděn samotný pokoj pacienta jako nejčastější místo (Bielaková et al., 2014). Vybíhalová et al. (2013) uvádějí, že k pádům také nejčastěji dochází při vstávání seniora z lůžka a při nejisté chůzi. Velice často mechanické pády vznikají díky špatnému vybavení domácnosti či pokoje, ale také díky špatné obuvi. Prevence vzniku těchto pádů může být vhodná úprava prostředí a bezbariérový přístup (Čevela et al., 2014).

Za vnější příčinu pádu lze považovat vliv poruch kognitivních funkcí. Například při poruše paměti, která vede k nejistotě a úzkostnosti. Dále poruchy orientace, kdy dochází ke znejistění nemocných šerem, tmou a nastává bloudění. Při častých

poruchách úsudku a myšlení chybí racionální úsudek a nemocný nedokáže rozlišit nebezpečnou situaci od normálu. Dále mohou vznikat poruchy pozornosti a motivace. Nastává neschopnost provést činnost jako celek a dochází ke snížení schopností odolat rušivým momentům. Všechny tyto poruchy mohou vést k poruchám chůze a k pádům (Matějková, 2015).

Vnější příčinou je také podávání některých medikamentů. Fick et al. (2015) uvádějí vylepšená Beersova kritéria potenciálně nevhodných léků, kterými jsou antihistaminika, spasmolytika, antitrombotika, alfa-1 blokátory, centrálně působící alfablokátory, antiarytmika, tricyklická antidepresiva, antipsychotika, benzodiazepiny, některá perorální antidiabetika, myorelaxancia, diuretika, sedativa či vazodilatancia (Fick et al., 2015). Antipsychotika jsou při neúnosných a ohrožujících psychotických projevech pacienta/klienta s AD poměrně často využívána (Prokopová, 2018). Dle Holmerové et al. (2014) dochází až k nadužívání a dlouhodobému podávání. Studie ukázala, že až 43,6% pacientů/klientů dlouhodobě nadužívá antipsychotika (Holmerová et al., 2014).

Bor et al. (2017) ve svém výzkumu potvrdili zvýšené riziko pádů při polyfarmakoterapii, kdy se podává více léků současně. Ty na sebe mohou působit a navzájem se negativně ovlivňovat. Dále Bor et al. (2017) uvádějí riziko pádu při nezávislém užívání tří aktivních látek, kterými jsou pantoprazol, vinpocetin nebo trimetazidin, a jako třetí rizikový faktor uvedli věk nad 80 let (Bor et al., 2017). Mezi základní léčbu AD patří farmakoterapie dvěma skupinami látek, kterými jsou inhibitory acetylcholinesterázy (IChE) a antagonisty glutamátových receptorů (memantin). Nežádoucí účinky těchto látek zvyšují riziko pádu a pacienti/klienti se musí sledovat (Prokopová, 2018). Mezi nejčastější nežádoucí projevy medikamentů při pádech patří ortostatická hypotenze, zmatenost, ospalost nebo extrapyramidový syndrom (Wooten, 2012).

Dalšími rizikovými faktory je věk seniora, kdy se riziko zvyšuje od 65 roku života (Bielaková a Kubešová, 2018). Velice významným faktorem je samotný pád pacienta/klienta. Pokud má pacient/klient zaznamenaný pád v anamnéze, riziko je dvakrát až třikrát vyšší. Strach je také důležitým faktorem, který může pád ovlivnit a také k němu významně přispívá (Morse, 2009). Dle Pospíchala a Jedlinské (2013) dalším rizikovým faktorem je svalová dekonidice. Pacient se stává celkově slabším a nezvládá překonat určité situace, které kdysi zvládal. Svalovou sílu lze měřit a je také vhodná pro screening rizika pádu při hospitalizaci (Pospíchal a Jedlinská, 2013).

1.5.3 Prevence pádu

Prevence pádů je ve zdravotnictví velice důležitý pojem. Je zapotřebí kombinovat mnoho preventivních opatření dohromady, aby se navzájem propojovala a podporovala. Prvním preventivním opatřením by mělo být hodnocení soběstačnosti a rizika pádu. Veliký význam má CGA, které zahrnuje hodnocení soběstačnosti pomocí ADL a IADL, celkové fyzické aktivity, chůze a rovnováhy (Hudáková, 2014). Dle Nemétha et al. (2011) je při CGA důležité hodnocení funkčního stavu nebo také disability, které ovlivňují celkové schopnosti seniora. Nejeftivnější je použití měřících nástrojů, které jsou schopny identifikovat mnoho rizikových faktorů. Sestra by měla provádět screening rizika pádu při přijetí pacienta/klienta do péče a při zhoršení stavu pacienta/klienta (Jarošová et al., 2014). Dle Bórikové a Tomagové (2016) je nejpoužívanější Morse Fall Scale, Hendrich Fall Risk Model či STRATIFY. Dále se setkáváme s testem hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové a s testem pro stanovení rizika pádu podle Conleyové. Testy jsou velice jednoduché a spolehlivé (Kozáková, 2016).

Mezi další důležitá preventivní opatření patří intervence. Dle Zeleníkové et al. (2015) patří k nejeftivnějším multifaktoriální intervence, které významně předhání jednotlivé intervence. Využití jedné intervence nevykazuje tak velikou efektivitu v prevenci pádů, jako využití více intervencí najednou. Je to tím, že většina pádů je způsobena více rizikovými faktory (Zeleníková et al., 2015). Multifaktoriální intervence se soustředí na každý rizikový faktor a tvoří tak komplex intervencí (Bielaková et al., 2018).

Výběr intervencí by se měl řídit podle rizikových faktorů, které se u každého liší. Důležité je také zohlednit zdravotní stav seniora. Vybírají se intervence dle fyzické zdatnosti a kognitivního zdraví (Jarošová et al., 2014). Mezi intervence patří cvičení, které dle Jarošové et al. (2014) samotné nemá veliký vliv, avšak dle Zeleníkové et al. (2015) pravidelné cvičení zvyšuje svalovou sílu, zlepšuje rovnováhu a tím snižuje riziko vzniku pádů. Mezi cvičení se řadí balanční cvičení ve stoje, které probíhá vždy jednu minutu ve stoje na jedné noze a opakuje se třikrát denně. Toto cvičení má významný vliv na prevenci pádů a je vhodné pro spolupracující pacienty/klienty s dobrou pohyblivostí (Zeleníková et al., 2015).

U pacientů/klientů s demencí dochází k postupnému zhoršování pohyblivosti. Lze pozorovat zhoršenou koordinaci pohybů a obtížné vykonávání činností související s jemnou motorikou. Dochází ke zhoršování schopnosti poznávání a rozlišování vjemů. Zásadou je cvičení dovedností, které jsou alespoň z části zachovány (Suchá a Holmerová, 2016).

Pro pacienty/klienty s pokročilým kognitivním deficitem a sníženou pohyblivostí jsou vhodná jednoduchá cvičení. Velice snadné a nenáročné je pohybování se do rytmu hudby. Tato aktivizace by mohla zabránit úbytku svalové hmoty a také by se uplatnila muzikoterapie (Holmerová a Studnická, 2015). Pro člověka s demencí mohou být dále vhodné dynamické cviky, které jsou také jednoduché a snadno napodobitelné. V pokročilých fázích demence nemocný přestává rozumět pokynům a dochází k nepochopení (Suchá a Hátlová, 2012). Měly by se volit cviky co nejvíce názorné a jednoduché, které často napodobují denní činnost. Cvičení by také nemělo být dětské a mělo by mít důstojnou formu, která odpovídá věku a schopnostem pacienta/klienta (Suchá a Holmerová, 2016). Důležité a vhodné je, aby člověk s demencí viděl na cvičitele a také na ostatní cvičící seniory. Nejefektivnější je cvičení v kruhu s oporou na židli. Senior získává větší jistotu, že cviky zvládne. Cviky by se měly stát rituálem a neměly by se často přidávat nové. Ideální čas cvičení je 30 minut denně, pokud to podmínky dovolí (Suchá a Hátlová, 2012).

Vhodné je zařadit také jinou pohybovou aktivitu, než je vlastní cvičení. V domovech se zvláštním režimem by se mohlo uplatňovat zařazení běžných denních aktivit, jako je zametání, drobný úklid či prostírání. Nemělo by se zapomínat na procházky mimo areál zařízení. Rozšířená jsou i venkovní hřiště pro seniory, které by mohli lidé s demencí také navštěvovat za doprovodu pečovatelských pracovníků. Pro pacienty/klienty, kteří mají problémy s pohyblivostí je možno zařídit jiné pohybové aktivity, které plní funkci zábavy, ale i pohybu. Mohou to být například různé varianty kuželek nebo pétanque, které lze hrát i v sedě na vozíku (Suchá a Holmerová, 2016).

Další vhodnou intervencí je posouzení lékového režimu pacienta/klienta. Senioři užívající léky s vysokým rizikem nebo více léků dohromady a tím mají zvýšené riziko pádu. Doporučeno je užívání léků co nejvíce minimalizovat s vhodnou redukcí, a také pacienty/klienty pečlivě monitorovat a více sledovat. Je důležité, aby sestra aktivně hledala vedlejší a nežádoucí účinky léků a mohla včas zasáhnout (Jarošová et al., 2014).

Další intervencí je podávání vitamínu D, který snižuje riziko vzniku zlomenin po pádu. Při dlouhodobém podávání vitamínu D je počet zlomenin zhruba o 20 %

menší, než u podávání vápníku a placebo (Jarošová et al., 2014). Zeleníková et al. (2015) uvádějí také podávání multivitaminu jednou denně. Ten obsahuje vitamín D3 a kalcium, které spolu významně snižují riziko pádů a zlomenin.

Úprava prostředí je také významnou intervencí v prevenci pádů. Špatné vybavení prostředí, kde se pacient/klient nachází a žije, přispívá mnohonásobně k pádům. Vybavení by mělo být bezbariérové a naprosto bezpečné, podlahy by měly být z neklouzavého povrchu. Na podlaze by neměly být koberečky, o které pacient/klient může zakopnout. Součástí vybavení by měla být místa k odpočinku, zábradlí či madla na stěnách. Důležité je dostatečné osvětlení místností, vhodné je i výrazné označení vyvýšených míst či schodů. Stabilita nábytku, o který se mnoho seniorů opírá, je také naprosto důležitá. Pád může způsobit lehký a nestabilní nábytek. Vše by mělo být lehce přístupné, s co nejmenším počtem překážek pro seniora. Spojitost s prostředím má i vhodná obuv pacienta/klienta. Je důležité, aby obuv byla pevná s neklouzavou podrážkou. Pantofle, které seniori velice často nosí právě proto, že jsou volné, jsou velice nevhodné a nadměrně zvyšují riziko pádu (Čevela et al., 2014).

Zeleníková et al. (2015) uvádějí další z mnoha intervencí, které riziko pádu mohou snižovat a minimalizovat poranění po pádu. Mohou se využívat nízká lůžka, která snižují počet a závažnost poranění po pádu. Dále používání chráničů kyčlí neboli hip protektorů, které opět samotné nemají vliv na prevenci pádu, ale mají vliv na prevenci zlomenin při pádu. Na podobném principu jsou založeny Hip´Safe Airbag pro seniory. Jsou určeny k ochraně seniora před zlomeninou krčku stehenní kosti. Při pádu se sami rozvinou, a to ještě před dopadem na tvrdou zem. Navíc jsou estetičtější než chrániče kyčlí (Zeleníková et al., 2015). Zajímavá je i olfaktorická stimulace ve formě levandulových náplastí, které v malém množství snížily počet vzniklých pádů. Čichová stimulace pozitivně působí na část mozkové kůry a může zlepšovat rovnováhu (Sakamoto et al., 2012).

Důležitou prevencí je i ovlivnění onemocnění, které pád vyvolalo či rehabilitace, která je po pádu vhodná a umožňuje rychlejší rekonvalescenci seniora a zachování mobility. Vhodné je i používání kompenzačních pomůcek, jako jsou hole a chodítka, která jsou nejlepší čtyřbodové pro lepší stabilitu a rozložení váhy. Vhodné pomůcky jsou dále mechanický vozík, pomůcky v koupelně či na toaletě ve formě vyvýšeného záchodu či dioptrické brýle při senzorickém deficitu (Bielaková et al., 2018).

Mezi další preventivní opatření se řadí používání ochranných prostředků fyzických. Tato opatření by se měla využívat pouze u některých pacientů/klientů po hlubší úvaze

a prozkoumání. Mezi nejčastěji užívané prostředky patří postranice lůžka. Ty zabraňují spadnutí seniora z postele při jeho pohybu. Jejich nadměrné užívání u nevhodných pacientů/klientů s demencí může naopak zvýšit riziko pádu. Lidé s kognitivním onemocněním mohou být neklidní, v noci se často budí a v posteli nevydrží. Nevhodné je používání postranic u samostatně chodících pacientů/klientů. Pokud mají zjištěné riziko pádu, jako kompromis se doporučuje používat postranici zvednutou jen na jedné polovině (Jarošová et al., 2014).

U lidí s pokročilou demencí, u kterých se vyskytuje imobilita, lze využít jen některá opatření, jako jsou tlakový senzor v lůžku či vložení matrace pod postel, která zmírní zranění při pádu. Dále opět používání postranic nebo využití lehátka s vícebodovými pásy či vestičky, které seniora jistí a zamezují jeho spadnutí. Sestra musí pacient/klienta s demencí více kontrolovat a zvýšit dohled nad seniorem (Zeleníková et al., 2015).

1.5.4 Sestra jako edukátor i edukant

Všeobecná sestra, ale i ostatní zdravotnický personál, má nejdůležitější roli v prevenci pádů. S pacientem/klientem je nejčastěji v kontaktu právě sestra. Edukace jako intervence se uplatňuje ve dvou rovinách. Rozlišuje se edukace pacientů/klientů ošetrovatelským personálem a edukace ošetrovatelského personálu. Edukace pacientů/klientů nebo také rodiny je vhodná intervence, která zmírňuje strach z pádu a zlepšuje vnímanou sebedůvěru pacienta/klienta (Jarošová et al., 2014).

V první edukační fázi by sestra měla zhodnotit edukanta a posoudit jeho potřeby, deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních postojů ke svému zdraví. *Pacient s kognitivním deficitem má ztíženou možnost edukace, přitom jeho roční incidence pádu se pohybuje kolem 60 %* (Matějková, 2015). Sestra musí znát zdravotní stav pacienta/klienta a musí vědět, zda pacient/klient netrpí kognitivním deficitem, jestli pochopí předávané informace a dokáže se na ně soustředit a zapamatovat si je. U pacienta/klienta s vyšším stupněm demence edukace ztrácí význam a uplatňuje se ještě u seniorů s prvním stupněm demence. V domovech se zvláštním režimem se pacienti/klienti s žádným či mírným kognitivním deficitem nevyskytují vůbec nebo v malém měřítku. Na tyto seniory se nesmí zapomínat a je vhodné u nich využít více prvků prevence. U seniorů s mírným deficitem vznikají velice často poruchy paměti, proto je dobré edukaci opakovat vícekrát a vše připomínat (Juřeníková, 2010).

Sestra může poskytnout informace pacientovi/klientovi nebo rodině psanými či verbálními způsoby tak, aby byly pro seniora výstižné a hlavně srozumitelné. Témata běžně obsažena v edukaci seniorů a jejich rodin jsou edukace ohledně rizika pádu, otázek bezpečí, omezení v činnostech a edukace o pozvolných změnách poloh. Dále sestra musí zajistit orientaci seniora v prostředí, aby věděl, kde se nachází lůžko, koupelna s toaletou či signalizace. Mezi další témata, které sestra využívá při edukaci jsou informace o následcích pádů, nejlepší strategie při neschopnosti vstát nebo první pomoc po pádu. Sestra nesmí zapomenout edukovat pacienta/klienta o důležitosti zachování mobility, aktivity a o prevenci a léčbě osteoporózy (Jarošová et al., 2014). Vhodná jsou také individuální sezení s fyzioterapeutem, který určí vhodné techniky ke cvičení a rekonvalescenci. Přínosné jsou i konzultace s ergoterapeutem, který doporučí kompenzační pomůcky s ohledem na závažnost rizika pádu seniora (Zeleníková et al., 2015).

Dle Jarošové et al. (2014) je důležité do prevence zařadit i edukaci zdravotnického personálu ohledně prevence pádů a zranění způsobených pády. Dle Zeleníkové et al. (2015) edukace spočívá v proškolení zdravotnického personálu o problematice pádů, o posouzení rizika pádu, o rizikových faktorech a preventivních opatřeních. Dle Jarošové et al. (2014) by se dále edukace sester měla zaměřovat na podporu bezpečné mobility, hodnocení zdravotního stavu seniora po pádu či zvýšený dohled nad seniory. Také Jarošová et al. (2014, s. 41) uvádějí, že by *„edukace ohledně prevence pádů a zranění způsobených pády měla být obsažena v kurikulu ošetrovatelství a kontinuálním vzdělávání“*.

1.5.5 Následná péče po pádu

Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské a lékařské péče po pádu je významná multidisciplinární spolupráce mezi sestrou a lékařem. Pokud k pádu došlo, je důležité zajistit bezpečí a ošetření seniora, a také zjistit všechny okolnosti pádu. U pacienta/klienta hned po pádu sestra zjišťuje možná zranění a hodnotí základní životní funkce (Hronovská, 2012). Důležité je vyloučit akutní traumata, popřípadě zajistit základní životní funkce při ohrožení (Bielaková et al., 2014). Dále sestra zjišťuje místo a čas, kdy k pádu došlo, potíže před pádem, například závrať a točení hlavy, pocit na zvracení, palpitace či ztrátu vědomí (Hronovská, 2012). Sestra nesmí zapomínat

získávat důležité informace i od pasivních účastníků pádu. Ti mohou poskytnout informace, které si samotný pacient/klient po pádu nepamatuje (Bielaková et al., 2014).

Po pádu by sestra měla zkontrolovat krevní tlak v leže i v sedě a puls. S lékařem sestra provede orientační neurologické vyšetření například pro CMP a u diabetiků zkontroluje hladinu glykemie (Hronovská, 2012). U každého pacienta/klienta je velice důležité provést i vyšetření chůze. Poruchy chůze jsou významným rizikovým faktorem pro vznik pádu. Do celkového vyšetření se řadí i CGA, které zahrnuje vyšetření soběstačnosti nebo rovnováhy.

Pokud došlo k život ohrožujícímu zranění pacienta/klienta, sestra volá rychlou záchrannou službu. Pokud došlo ke zranění a je nutno pacienta/klienta pozorovat či vyšetřit, sestra zajistí převoz do nemocnice, nejčastěji na traumatologické oddělení. Povinností ošetřovatelského personálu je také řádně zapsat pád do dokumentace dle standardů a nahlásit ho, jako mimořádnou událost (Mlýnková, 2011).

1.5.6 Komplikace pádu

Svobodová (2013) uvádí, že pády patří k nejčastějším příčinám úrazů a smrti u seniorů nad 65 let. Následkem pádů mohou vzniknout časně a pozdní komplikace, které ovlivní život seniora a mohou vést k nezvratným následkům. Mezi komplikace nejčastěji patří poranění, jako jsou zlomeniny především krčku stehenní kosti, Collesova zlomenina předloktí, kompresivní zlomeniny obratlů a lebky (Bielaková et al., 2014). Pravděpodobnost, že dojde ke zlomenině se zvyšuje také při osteoporóze kostí (Kalvach et al., 2011).

Dále je velmi časté pohmoždění měkkých tkání, které bývá lékaři podceňováno. Při něm dochází k akutním bolestem a k přechodné ztrátě soběstačnosti. Velice často dochází k podchlazení a dehydrataci následkem nemožnosti se postavit. Seniori zůstávají ležet delší dobu bez možnosti pohybu. Tato situace může nastat i u soběstačných seniorů, kteří nemají dostatečnou sílu k postavení. K tomuto problému většinou dochází u seniorů, kteří bydlí sami a pomoc může přijít až za dlouhou dobu. Při dlouhodobé neměnné poloze se může projevit až kompartment syndrom nebo renální selhání. Závažným důsledkem může být také nitrolebeční krvácení, které vzniká při úderu do hlavy a seniora ohrožuje na životě. Je nutné, aby sestra pravidelně sledovala všechny potíže a nově vznikající příznaky (Kalvach et al., 2008).

Do pozdních komplikací lze zařadit rozvoj imobilizačního syndromu, což „je soubor negativních důsledků inaktivity na lidský organismus“ (Kubešová a Weber, 2011, s. 1391). Vzniká při upoutání na lůžko a omezeném pohybu (Kalvach et al., 2008). Dále mohou vznikat dekubity následkem snížené pohyblivosti, kterým sestra předchází důsledným polohováním pacienta/klienta a péčí o jeho pokožku. Seniora může ohrožovat také pneumonie, vnik tromboembolické nemoci nebo ztráta soběstačnosti (Bielaková et al., 2014).

Součástí komplikací pádů může být vznik deprese a úzkosti, které mohou přicházet při opakovaných pádech. Deprese a úzkost následně ovlivňují seniora v jeho aktivitách (Kalvach et al., 2008). Při ztrátě soběstačnosti a opakovaných pádech dochází k umístění seniora do dlouhodobé ústavní péče. Seniori se nacházejí v jiném, cizím prostředí mezi novými lidmi. Změna prostředí bývá většinou nedobrovolná a pro seniory velice stresující (Hrozenková a Dvořáčková, 2013). Další komplikace se může objevit ve formě strachu. Jedná se o závažný fenomén buď v souvislosti se zkušeností s pády nebo bez zkušeností s pády. Pokud k pádu ještě nedošlo a strach z pádu se vyskytl, může souviset s nízkým sebevědomím či s pocitem špatného zdraví. Strach může dále vyvolat pocit nestability či špatného zraku. Dochází k omezování aktivit a úmyslnému snížení pohyblivosti. Sestra by měla zajistit patřičnou psychologickou pomoc. Vhodná může být i edukace pacienta/klienta (Kalvach et al., 2008).

1.6 Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem a jeho služby jsou vymezeny v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. Domov se zvláštním režimem slouží pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Dále osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Tito lidé vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dále zákon o sociálních službách ustanovuje základní činnosti, kterými jsou poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Dále pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti. Poskytuje se i pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., díl 3).

Služba je poskytována za úhradu sociálních služeb a má čtyři hlavní části: platby uživatelů sociálních služeb, příspěvky na péči dle zákona o sociálních službách, státní dotace a příjmy z veřejného zdravotního pojištění (Herman et al., 2008).

V domovech se zvláštním režimem je průměrný věk seniora 82 let. Až 91 % uživatelů je postiženo kognitivním deficitem, z toho skoro 50 % trpí těžkou demencí. Tito lidé mají prokazatelně vyšší potřebu odborné zdravotnické a rehabilitační péče. Čím hlubší je kognitivní deficit a porucha soběstačnosti, tím více jsou senioři závislí na poskytování péče (Holmerová et al., 2014).

Provozní řád domova se zvláštním režimem obsahuje obecné podmínky provozu, nařízení dle hygienických norem a popis mimořádných událostí či technických záležitostí, které se od domova pro seniory neliší. Odlišnosti se nacházejí v údajích o zajištění bezpečnosti klientů, způsob zajištění dohledu nad klienty nebo režim dne. Dále se v provozním řádu nacházejí informace o pohybu klientů v zařízení, odlišnosti v zajištění zdravotní péče a vedení dokumentace klientů. V řádu jsou také uvedeny metody aktivizace klientů, metody psychoterapie či socioterapie, návštěvní řád a organizace propustek (Malíková, 2011).

1.6.1 Ošetřovatelská péče o člověka s demencí

Syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování je již v mírném stádiu nepříznivý. Ovlivňuje involuční pokles potenciálu zdraví, rozvoj geriatrické deteriorace a křehkosti. Pro tento syndrom je typické snadné vyprovokování delirantního stavu a vznik demence (Kalvach et al., 2008). Mohou se vyskytovat poruchy chování, sestra pozoruje agitovanost, apatii, bloudění, poruchy orientace či zmatenost (Hermanová, 2008).

Jiráček (2009, s. 11) charakterizuje demence jako „*poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí*“. Kognitivní funkce zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím a cílené chování. Poruchy nacházíme také v oblasti pozornosti, tvorbě a porozumění řeči a vnímání (Jiráček, 2009). Jedná se o neurodegenerativní onemocnění a příčina vzniku demence není jasná. Demence je způsobena metabolickými a strukturálními změnami neuronu, který ztrácí svou funkci. Existuje mnoho druhů neurodegenerativního onemocnění, z nichž je nejčastější Alzheimerova choroba, zhruba 65 % všech demencí (Rusina et al., 2014).

Příznaky a projevy demence lze dělit na behaviorální a psychologické. Behaviorální příznaky na pacientovi lze pozorovat. Sestra může zaznamenat neúčelné bloudění, kladení stejných otázek, hromadění věcí nebo kulturně nepřiměřené chování. Dále sestra může pozorovat nadávky, vulgarity, agresivitu vůči věcem a osobám. Do psychologických příznaků se řadí úzkost, deprese, apatie, halucinace či bludy (Kalvach et al., 2004). Léčba je jen udržující, spočívá v podání farmakoterapie. Dle ordinace lékaře sestra podává pacientům/klientům nootropika, blokátory cholinesterázy, antidepresiva, hypnotika a další. Vhodná je i aktivační léčba, trénink kognitivních funkcí a léčba dalších onemocnění (Rusina et al., 2014).

Úlohou a hlavním cílem ošetrovatelského personálu je zajistit všechny základní biologické potřeby člověka s demencí. Důležité je, aby sestra odlišila stupně demence a zjistila, které potřeby nemohou být uspokojovány. Zdravotnický personál by neměl uspokojovat více potřeb, než je třeba a neprovádět činnosti za pacienta/klienta. Nemocný, nejčastěji s Alzheimerovou chorobou, postrádá soběstačnost. Sestra velice často nachází deficit v oblasti vyprazdňování, hygieny, stravování, pohybu či oblékání. Velikou bariérou mezi pacientem/klientem a sestrou může být komunikace. Při těžké demenci je schopnost dorozumívání se s pacientem/klientem velice malá. Sestra by se měla snažit porozumět nemocnému a využívat prvky non-verbální komunikace (Hanzlíková et al., 2007).

Ošetrovatelská péče by měla být poskytována řádně kvalifikovaným a edukovaným personálem. Vhodná terapie pro pacienty/klienty s demencí je muzikoterapie, arteterapie či prvky bazální stimulace, které dokáží pacienta/klienta uklidnit nebo naopak nabudit (Topinková, 2005).

Za velice důležité opatření se považuje zajištění ochrany a bezpečí pacienta/klienta. Napomocť může úprava prostředí tak, aby bylo bezpečné a jednoduché. Pro bezpečnost seniorů se využívají signalizační zařízení a kompenzační pomůcky. Ošetrovatelský personál by měl zajistit pravidelný režim dne. Změny by měly být minimální, protože denní rutina napomáhá udržovat zachovalé funkční schopnosti. Pacientům/klientům by měla být zajištěna fyzická aktivita během dne (Topinková, 2005).

Důležitá je také týmová práce personálu, jak lékařů, tak i sester a pracovníků v sociálních službách. Péče o člověka s demencí je velice náročná a riziková v ohledu vyhoření. Spolupráce by měla být také s rodinou pacienta/klienta. Potřeba je edukace rodiny v oblasti komunikace a základní ošetrovatelské péče pro případ, že si rodina bude chtít pacienta/klienta vzít na několik dní domů (Malíková, 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat, jaké intervence a opatření se uplatňují při prevenci pádů klientů v domovech se zvláštním režimem.

Cíl 2: Zjistit nejčastější okolnosti a příčiny pádů klientů v domovech se zvláštním režimem.

Cíl 3: Zjistit názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů a jejich řešení v domovech se zvláštním režimem.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké intervence a opatření se uplatňují při prevenci pádů klientů v domovech se zvláštním režimem?

VO2: Jaké jsou nejčastější okolnosti a příčiny pádů klientů v domovech se zvláštním režimem?

VO3: Jakou úlohu zastává ošetrovatelský personál v problematice pádů klientů v domovech se zvláštním režimem?

VO4: Jakým způsobem probíhá monitoring pádů klientů v domovech se zvláštním režimem?

VO5: Jakým způsobem probíhá zhodnocení příčin pádů a hledání preventivních opatření v domovech se zvláštním režimem?

3 Metodika

3.1 Použité metody ve výzkumném šetření

Empirická část naší bakalářské práce na téma „Problematika pádů v domovech se zvláštním režimem“ byla zpracována strategií kvalitativního výzkumu. Pro sběr dat byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru metodou dotazování. Dále byla využita metoda přímého pozorování, které bylo nezúčastněné. Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější podobou rozhovoru. Vyžaduje náročnější technickou přípravu, zahrnující vytvoření určitého schématu, které je pro výzkumníka závazné (Miovský, 2006). Dovoluje však měnit pořadí nebo formulaci pokládaných otázek tak, aby výzkumník získal všechna potřebná data. Je umožněno také přikládat doplňující a ověřující otázky, čímž je vytvářen přirozenější rozhovor (Reichel, 2009).

Rozhovor tvořilo 14 otázek (Příloha 1). Odpovědi respondentů byly během rozhovoru zapisovány. Pozorování probíhalo nezúčastněně, vždy za chodu oddělení. Pro pozorování byl vytvořen záznamový arch (Příloha 2). Rozhovory a pozorování probíhaly v pěti domovech se zvláštním režimem Jihočeského a Moravskoslezského kraje, během celého měsíce března 2019. Všechny zařízení udělily souhlas s provedením výzkumu. Výzkumné šetření se uskutečňovalo přímo na oddělení domova se zvláštním režimem, v denní místnosti nebo na sesterně za klidných a příjemných podmínek, vždy pouze s jedním členem personálu. Rozhovory byly následně přepsány do elektronické podoby.

Získané informace z rozhovorů byly zpracovány metodou otevřeného kódování, pomocí techniky zvanou tužka a papír. Bylo vytvořeno 7 kategorizačních skupin z rozhovorů a 4 kategorizační skupiny z pozorování, do kterých byla rozdělena analyzovaná data.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal z deseti sester a ze čtyř ošetřovatelů, pracujících v domovech se zvláštním režimem. Výběr respondentů byl záměrný. Všichni respondenti byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce, s otázkami rozhovoru a byli poučeni o své anonymitě při zpracování dat. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas. Rozhovory s dotazovanými trvaly většinou 20 minut při jejich volné chvíli během pracovní doby.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje sester (S1-S10)

Tabulka 1 obsahuje základní identifikační údaje sester, které pracují v domovech se zvláštním režimem. V tabulce je uveden věk sester, vzdělání sester, celková délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe v DZR.

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

Sestra	Věk	Vzdělání	Celková délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe v DZR
S1	24 let	SŠ	3 roky	2 roky
S2	28 let	VŠ	5 let	1 rok
S3	37 let	VŠ	12 let	3 roky
S4	52 let	SŠ	22 let	2 roky
S5	40 let	SŠ	15 let	3 roky
S6	26 let	VOŠ	3 roky	1 rok
S7	50 let	SŠ	20 let	3 roky
S8	51 let	SŠ	25 let	5 let
S9	47 let	VŠ	18 let	4 roky
S10	30 let	VŠ	8 let	3 roky

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

V tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje dotazovaných sester, kterých bylo celkově deset. V tabulce 1 a dále v textu jsou sestry označovány jako S1 – S10. Nejmladší sestrou je sestra S1, které je 24 let a nejstarší sestrou je S4, které je 52 let. Ve vzdělání sester nejvíce převažuje středoškolské vzdělání označené jako SŠ. Časté vzdělání je i vysokoškolské, které mají čtyři sestry z deseti a v tabulce 1 je označeno jako VŠ. Pouze jedna sestra má vyšší odborné vzdělání, označené jako VOŠ. Celková délka praxe sester ve zdravotnictví je v rozmezí od 3 do 25 let. Délka praxe sester v domovech se zvláštním režimem je v rozmezí od 1 do 5 let.

4.2 Identifikační údaje ošetřovatelů (P1-P4)

Tabulka 2 obsahuje základní identifikační údaje ošetřovatelů, kteří pracují v domovech se zvláštním režimem. V tabulce je uveden věk ošetřovatelů, jejich vzdělání, celková délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe v DZR.

Tabulka 2 Identifikační údaje pečovatelů

Pečovatel	Věk	Vzdělání	Celková délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe v DZR
P1	44 let	SOU	10 let	3 roky
P2	32 let	SŠ	3 roky	3 roky
P3	34 let	SŠ	5 let	2 roky
P4	38 let	SŠ	15 let	2,5 roku

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

V tabulce 2 jsou uvedeny identifikační údaje dotazovaných pečovatelů. Věkové rozmezí pečovatelů se nachází mezi 32 až 44 lety. Ve vzdělání pečovatelů převažuje středoškolské s maturitou. Pouze jeden pečovatel má vystudované střední odborné učiliště, označené jako SOU. Celková délka praxe pečovatelů ve zdravotnictví je od 3 do 15 let. Délka praxe pečovatelů v domovech se zvláštním režimem je od 2 do 3 let.

4.3 Seznam kategorizačních skupin z rozhovorů se sestrami

1. Preventivní opatření

- a) Úprava prostředí
- b) Zdravotní stav a jeho kompenzace
- c) Ochranná opatření
- d) Jiná preventivní opatření

2. Příčiny a okolnosti pádů

- a) Zdravotní stav

3. Místo vzniku pádů

4. Péče po pádu

5. Monitoring pádů

6. Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření

7. Názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů

4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami

Kategorie 1: Preventivní opatření

V této kategorii bylo zjišťováno, jaká preventivní opatření se uplatňují v domovech se zvláštním režimem. Tato kategorie byla pro větší přehlednost rozčleněna do několika podkategorií, kterými jsou upravené prostředí, zdravotní stav a jeho kompenzace, ochranná opatření a jiná preventivní opatření, která nelze zařadit do žádné podkategorie.

a) Úprava prostředí

Tato podkategorie zahrnuje několik základních kódů, které se týkají úpravy prostředí, vybavení či různých pomůcek. Nejčastější odpovědi sester byly madla a zábradlí. Tuto odpověď uvedly sestry S4, S5, S6, S7 a S9. S5 ve své odpovědi uvedla: „U nás máme mnoho kompenzačních pomůcek, madla v koupelnách a na záchodě a na chodbách jsou zábradlí.“ Sestra S7 také uvádí: „Na chodbě je zábradlí a v koupelně madla.“ Další nejčastější odpovědi sester bylo dostatečné osvětlení nebo noční světlo.

Sestra S7 ještě dodala: „*Myslím, že jsou i dostatečně osvětlené chodby.*“ Osvětlení mělo ve své odpovědi ještě sestry S1, S4 a S10. Snížené lůžko uvedla pouze sestra S1 a S4. Sestra S1 navíc uvádí stereotypní prostředí: „*Dále taky stereotypní prostřední, snížené lůžko nebo používáme postranice.*“ Signalizační zařízení se také objevilo v odpovědích sester častěji. Signalizaci uvedly sestry S1, S4, S7, S8. Například sestra S8 na otázku týkající se prevence odpověděla: „*Na každém pokoji nebo záchodě máme signalizační zařízení a klienti si mohou v případě potřeby kdykoliv zazvonit.*“ Zajímavou odpověď uvedla sestra S5, která se týká využívání matrace u postele klienta a chráničů. Sestra S5 odpověděla: „*Vlastně u někoho využíváme i chrániče a u někoho matrace pod postelí.*“ Na dodatečnou otázku S5 odpověděla: „*No chrániče na hlavu, aby se klient nezranil, protože docela často padá a tohle je už spíše prevence zranění.*“ Dvě sestry S6 a S7 dále uvedly i odpočinkový prostor. Ten se nacházel ve všech DZR, ale uvedly ho pouze sestry S6 a S7. Například sestra S6 uvedla: „*Máme tady upravené prostředí, madla na záchodě a koupelně, odpočinkový prostor, aby si mohli sednout, když už nemůžou.*“ Dle sester S1, S3 a S4 je vhodná i kvalitní obuv. Sestra S4 řekla: „*Dále vhodnou obuv, signalizační zařízení a taky dobré osvětlení nebo snížené lůžko.*“ Odpovědi všech sester S1-S10 jsou uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 3 Úprava prostředí

Úprava prostředí	
Madla a zábradlí	S4, S5, S6, S7, S9
Osvětlení a noční světlo	S1, S4, S7, S10
Signalizační zařízení	S1, S4, S7, S8
Obuv	S1, S3, S4
Chrániče	S5, S6
Snížené lůžko	S1, S4
Matrace u postele	S5
Stereotypní prostředí	S1

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

b) Zdravotní stav a jeho kompenzace

Podkategorie zdravotní stav a jeho kompenzace se týká otázky, zaměřenou na prevenci. Tato podkategorie obsahuje několik kódů, mezi které patří sledování a znalost zdravotního stavu klienta, úprava medikace, pravidelný spánkový režim, vyhodnocení rizika pádu a hydratace. Většina sester uvedla ve svých odpovědích, že sledují zdravotní stav klientů. Mezi tyto sestry patří S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9 a S10. Například sestra S2 ve své odpovědi uvedla: „*Vytváříme individuální plán, hodnotíme riziko pádů a sledujeme zdravotní stav klienta.*“ Stejnou odpověď měla i sestra S10, která navíc ještě uvedla jako jediná pravidelný spánkový režim: „*Zhodnocení zdravotního stavu, dopomoc, podpora smyslů nebo kompenzační pomůcky při pohybu a pravidelný spánkový režim.*“ Tři sestry S1, S7 a S10 ve svých odpovědích uváděly úpravu nebo sledování medikace. Sestra S7 řekla: „*Snažíme se také s lékařem konzultovat všechny léky a sledujeme jejich nežádoucí účinky nebo příliš velký útlum.*“ Další odpověď, kterou uvedly dvě sestry S1 a S5, je zajištění pitného režimu nebo hydratace. Sestra S5 ve své odpovědi uvádí: „*Tady je podle mě nejdůležitější všimnout si zdravotního stavu klientů, zajištění dohledu během celého dne a dostatečný pitný režim, i když je to někdy hodně těžké.*“ Sestra S1, která také uvedla ve své odpovědi dostatečnou hydrataci, navíc ještě uvedla jako jediná odpověď týkající se krevního tlaku. Sestra S1 odpověděla: „*Taky sledujeme medikaci nebo tlak, který se snažíme udržet v normálu, a nebo pokud u někoho víme, že trpí změnami tlaku nebo ortostatickou hypotenzí, tak na něj nespěcháme a čekáme, až se tlak srovná.*“ Sestra S1 společně se sestrou S2 odpověděly, že hodnotí riziko pádu. Sestra S1 odpověděla takto: „*Hodnotíme riziko pádů vždy při příchodu nového klienta.*“ Přehled odpovědí sester je uveden v tabulce 4.

Tabulka 4 Zdravotní stav a jeho kompenzace

Zdravotní stav a jeho kompenzace	
Sledování zdravotního stavu	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9, S10
Medikace	S1, S7, S10
Hodnocení rizika pádů	S1, S2
Hydratace	S1, S5
Pravidelný spánkový režim	S10
TK	S1

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

c) Ochranná opatření

V této podkategorii zařazeny ochranná opatření, která mají význam v prevenci pádů a zajišťují větší bezpečnost klientů. Tato kategorie obsahuje dva kódy. Jsou to postranice nebo také zábrany a fixační pásy v sedačkách nebo na vozíku. Celkem sedm sester (S1, S3, S5, S7, S8, S9, S10) se se svou odpovědí shodlo, že používají postranice. Například sestra S5 ve své odpovědi uvedla: „Využíváme i postranice.“ Sestra S7 odpověděla: „*My používáme postranice jen po domluvě s rodinou, lékařem nebo se samotným klientem v rámci možností.*“ Dále sestra S8 uvedla: „*U některých i postranice, ale se souhlasem samozřejmě.*“ Sestra S10 také odpověděla: „*Postranice také využíváme, ale buď na přání pacienta nebo na doporučení lékaře.*“ Sestra S3 ve své odpovědi uvedla: „*Dále madla, vybavení lůžka a pokoje.*“ Na doplňující otázku sestra S3 řekla: „*Tím myslím postranice, které zvedáme buď jen napůl nebo úplně.*“ Zábrany uvedla i sestra S9, která zároveň ve své odpovědi uvádí, že v DZR využívají i fixační pomůcky. Odpověď od sestry S9 byla: „*Dál taky fixační pomůcky, ale musí být se souhlasem rodiny či opatrovníka. Totéž platí pro zábrany.*“ Fixační pásy v sedačkách či lehátkách uvedla i sestra S7 a S8. Sestra S7 odpověděla: „*Také pár klientů využívá sedačky s pásy, které je jistí a nespadnou z nich. Jsou i polohovatelná.*“ Dále sestra S8 uvedla: „*Využíváme tu i fixační pásy v lehátkách u těch, kteří jsou hodně neklidní.*“ Všechny odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 5.

Tabulka 5 Ochranná opatření

Ochranná opatření	
Postranice a zábrany	S1, S3, S5, S7, S8, S9, S10
Fixační pomůcky nebo pásy	S7, S8, S9

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

d) Jiná preventivní opatření

V této podkategorii jsou obsaženy taková preventivní opatření, která nelze zařadit ani do jedné z předešlých podkategorí. Patří zde kompenzační pomůcky, zvýšený dohled, edukace a individualita člověka. Všech deset sester mělo ve své odpovědi uvedeny kompenzační pomůcky, jako vozíky, berle nebo třeba brýle. Například sestra S2 uvedla: „*Používáme tu různé pomůcky k té chůzi nebo k přesunu klienta.*“ Dále sestra S5 taktéž odpověděla: „*U nás máme mnoho kompenzačních pomůcek, madla*

v koupelnách, na záchodě a na chodbách jsou zábradlí.“ Sestra S6 ve své odpovědi uvedla, že využívají vozíky nebo hůlky: „*Také hodně kompenzačních pomůcek, jako jsou vozíky nebo hůlky.*“ Dále sestra S8 ještě uvedla i brýle: „*Rozhodně to tady všechno nevyjmenuji, ale určitě jsou to kompenzační pomůcky pro chůzi. Mohou to být i vozíky či brýle při senzorickém deficitu.*“ Podporu smyslů ve své odpovědi uvedla i sestra S10: „*Taky podporujeme smysly v rámci brýlí nebo naslouchátek a snažíme se využívat kompenzační pomůcky při pohybu.*“ Podstatně hodně sester ve své odpovědi uvedlo, že praktikují zvýšený či neustálý dohled. Tuto odpověď měly sestry S1, S3, S5, S6, S7 a S9. Například sestra S5 odpověděla: „*Snažíme se poskytovat dostatečný dohled.*“ Taktéž odpověděla sestra S9: „*Vždy se snažíme opravdu klienty sledovat a dohlížet na ně.*“ Ve své odpovědi zvýšený dohled uvedly i sestry S1 a S3, které do své odpovědi dodaly ještě edukaci klientů. Sestra S1 odpověděla takto: „*U někoho noční světlo a signalizace a stálý dohled a edukace.*“ Sestra S3 ve své odpovědi týkající se dohledu a edukace uvedla: „*Edukace klientů v rámci mezí a velice důležité sledování klientů.*“ Edukaci klientů ještě odpověděly sestry S4 a S10. Sestra S4 odpověděla, že se snaží o edukaci pouze u některých klientů: „*Snažíme se u některých klientů o stálou edukaci.*“ Sestra S10 k edukaci řekla následující: „*Snažíme se o edukaci, ale ovšem v rámci chápání.*“ Objevily se i takové odpovědi, které byly zaměřené na individualitu klienta. Celkem se objevily u čtyř sester (S1, S2, S3, S4). Sestra S1 na otázku odpověděla, že prevence je u všech individuální. Odpověď sestry S1 byla: „*Preventivní opatření jsou u každého vysoce individuální.*“ Například sestra S3 ve své odpovědi uvedla, že má každý klient svůj individuální plán: „*V rámci individuálního plánování má každý klient dle svých potřeb určitá opatření nebo pomůcky.*“ Zajímavou odpověď uvedla sestra S4, která řekla: „*Mnoho záleží na klientovi samotném. Liší se, když klient špatně vidí nebo slyší, když je po CMP, trpí demencí nebo Parkinsonovou chorobou. Prevence je prostě na míru.*“ Přehled všech odpovědí se nachází v tabulce 6.

Tabulka 6 Jiná preventivní opatření

Jiná preventivní opatření	
Kompenzační pomůcky	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
Dohled	S1, S3, S5, S6, S7, S9
Edukace	S1, S3, S4, S10
Individualita	S1, S2, S3, S4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 2: Příčiny a okolnosti pádů

Do kategorie 2 byly zařazeny odpovědi na otázku, která se zaměřovala na příčiny, které mohou pád způsobovat a na okolnosti pádů, které mohou přispět ke vzniku pádu. Odpovědi sester se často shodovaly, ale zároveň lišily. Analýzou vzniklo několik kódů a jedna podkategorie. Do podkategorie byl zařazen zdravotní stav klientů nebo jejich onemocnění.

a) Zdravotní stav a onemocnění

Podkategorie zdravotní stav a onemocnění byla vytvořena pro časté odpovědi sester týkajících se zdravotního stavu klientů, dekompenzace onemocnění či vzniku onemocnění. Nejčastější odpovědi sester byl zdravotní stav klienta nebo zhoršení stavu. Odpověď se objevila u sester S1, S3, S4, S6, S7 a S8. Například sestra S3 odpověděla: *„Také při zhoršení zdravotního stavu klienta a podcenění sil.“* Sestra S8 ve své odpovědi nejprve uvedla, že pády vznikají kdykoliv a všude: *„Nemyslím si, že by to bylo nějak určené. Prostě vznikají všude a kdykoliv.“* Následně ještě dodala odpověď ke zdravotnímu stavu: *„Mohlo by to být tedy jejich onemocnění, zhoršení stavu nebo podcenění situace.“* Další odpovědi zapadající do této kategorie byla ztráta rovnováhy. Tato příčina napadla pouze dvě sestry S6 a S10. Sestra S10 odpověděla takto: *„Uklouznutí, ztráta rovnováhy a nebo zmatenost.“* Ztrátu rovnováhy uvedla ještě sestra S6, jejíž odpověď jako jediná obsahovala navíc špatnou mobilitu klienta. Sestra S6 řekla: *„Ztráta rovnováhy, a hlavně špatná mobilita klienta.“* Společnou odpověď měly i sestry S1 a S4, které uvedly epileptický záchvat. Odpověď sestry S4 zároveň obsahovala zmínku o onemocnění nervové soustavy: *„Při omezení po CMP, při parkinsonismu, Huntingtonově chorobě nebo epilepsii.“* Sestra S1 uvedla také epileptické záchvaty, a navíc se v její odpovědi objevilo postižení motoriky a slabost

klienta. Sestra S1 odpověděla: „Zdravotní stav klientů, postižení motoriky, neodhadnutí svých možností a celková slabost. Dále při epileptických záchvatech.“ Poslední odpovědi zařazenou do podkategorie zdravotní stav a onemocnění je změna krevního tlaku. Sestra S7 odpověděla: „Také snížení tlaku. Mnoho klientů má kardiovaskulární potíže.“ Všechny odpovědi sester jsou pro lepší přehled uvedeny v tabulce 7.

Tabulka 7 Zdravotní stav a onemocnění

Zdravotní stav a onemocnění	
Zdravotní stav/zhoršení stavu	S1, S3, S4, S6, S7, S8
Ztráta rovnováhy	S6, S10
Epileptický záchvat	S1, S4
Špatná mobilita	S6
Postižení motoriky	S1
Slabost	S1
Onemocnění nervové soustavy	S4
Změna TK	S7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Do kategorie 2 byly dále zařazený odpovědi sester, které se týkají příčin a okolností pádů pacientů/klientů. Bylo vytvořeno dalších osm kódů, kterými jsou psychický stav klienta, vstávání/zvedání, uklouznutí, zakopnutí, obuv, vliv setmění/noci, adaptace a alkohol. Odpověď k psychickému stavu uvedlo všech deset sester. Například sestra S1 odpověděla, jako jedna z mnoha, že u klientů dochází ke špatnému odhadu svých fyzických možností, což dává za příčinu demenci. Sestra S1 uvedla: „Často jsou to klienti trpící demencí bez náhledu na své fyzické možnosti. Pády hodně způsobují psychická onemocnění nebo špatná obuv.“ Dále podobně odpověděly i sestry S2, S3, S4, S8 a S10. Častou odpovědí sester ohledně psychického stavu byla zmatenost. Tu ve své odpovědi uvedly sestry S3, S5, S9 a S10. Sestra S3 zmatenost ve své odpovědi uvedla takto: „Všimla jsem si, že nejčastěji dojde k pádu, když je klient zmatený a nedokáže předvídat.“ Sestra S5 také odpověděla zmatenost, a navíc ještě dodala neklid: „Myslím, že vliv na to určitě má i zhoršená dezorientace při demenci a celkový a celkový neklid.“ Neklid se objevil i v odpovědích sester S2, S4, S6 a S7. Sestra S6

neklid ve své odpovědi uvedla: „*A také když jsou více neklidní.*“ Dále sestra S4 odpověděla: „*Dále neklid, který může být způsobený demencí.*“ Podle sester pády vznikají často při vstávání nebo zvedání se nejčastěji z vozíku či sedačky. Tuto příčinu uvedly sestry S1, S2, S5 a S7. Sestra S1 odpověděla: „*Při nezajištěném invalidním vozíku nebo při přesunu z něj.*“ Dále sestra S5 navíc odpověděla, že pády nejčastěji vznikají při usazování či přesezení: „*Určitě nejčastěji při usazování, přesezení nebo vstávání klientů.*“ Podobnou odpověď měla i sestra S7: „*Také často sjedou z vozíku nebo když se přesouvají z místa na místo.*“ Dále sestra S7 odpověděla, že se často pády dějí v noci: „*Často se stávají při neklidu klienta, když je změna tlaku nebo i úplněk a noc.*“ Stejně odpověděly sestry S5, S6 a S10. Zajímavou odpověď ke vzniku pádů v noci měla sestra S10: „*Nejčastěji pády u nás vznikají v noci, když je pacient rozespalý a nerozsvítí si lampičku.*“ Dále ještě sestra S10 řekla, že pády vznikají díky uklouznutí: „*Způsobuje je i uklouznutí, ztráta rovnováhy a nebo zmatenost.*“ Uklouznutí jako příčinu uvedla i sestra S2, která zároveň odpověděla, že pády způsobuje zakopnutí a špatné obutí. Sestra S2 odpověděla: „*Je to špatné obutí, uklouznutí na mokřém povrchu nebo zakopnutí.*“ Zakopnutí a špatnou obuv v odpovědi měly ještě sestry S4 a S5. Sestra S4 uvedla: „*Dále pokud má klient špatné nebo nemá vůbec obuté boty, když neodhadne vzdálenost nebo většinou zakopne.*“ Dále ještě sestra S4 tvrdila, že pád může způsobit požití alkoholu: „*Požítí alkoholu, což se stalo výjimečně a snad jednou.*“ Velice zajímavou a výstižnou odpověď měla sestra S9, která řekla, že jsou pády ovlivněny při adaptaci nového klienta. Sestra S9 odpověděla takto: „*Nejčastěji při adaptaci nového klienta. Přicházejí do nového prostředí a častokrát do mnohem větších prostorů, než byl jejich byt.*“ Všechny názory a postřehy sester jsou uvedeny v tabulce 8.

Tabulka 8 Příčiny a okolnosti pádů

Příčiny a okolnosti pádů	
Špatný odhad fyzických možností	S1, S2, S3, S4, S8, S10
Obuv	S1, S2, S3, S4, S5
Neklid	S2, S4, S5, S6, S7
Zmatenost	S3, S5, S9, S10
Noc	S5, S6, S7, S10
Vstávání/zvedání	S1, S2, S5, S7
Zakopnutí	S2, S4, S5
Uklouznutí	S2, S10
Adaptace	S9
Alkohol	S4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 3: Místo vzniku pádu

Kategorie 3 obsahuje popis odpovědí na otázku, která se zaměřuje na místo vzniku pádu. Sestry jako nejčastější místo vzniku pádu uvedly osm míst a prostorů. Tím vzniklo šest kódů: pokoj, chodba, koupelna, záchod, zahrada a kdekoliv. Mezi nejčastější místo podle sester je pokoj a chodba. Sestry S1, S4, S6, S7, S8, S9 a S10 tvrdily, že pády velice často vznikají přímo na pokoji klienta. Současně mnoho sester tvrdilo, že pády vznikají také na chodbách oddělení. Například sestra S4 odpověděla: „*Nejčastěji při přesouvání z vozíku na chodbách či pokojích.*“ Sestra S6 odpověděla velmi podobně: „*Nejčastěji na pokoji nebo na chodbě.*“ Dále sestra S8 uvedla: „*Může to být na pokoji nebo na chodbě.*“ Odpovědi sester se moc nelišily, i sestra S9 odpověděla stejně: „*Na pokoji nebo chodbě.*“ Další častou odpovědí sester byla, že k pádům dochází kdekoliv. Tímto stylem odpověděly sestry S1, S2, S3 a S8. Sestra S1 odpověděla: „*Kdekoliv v zařízení, jako jsou pokoje, chodba, jídelna či společenská místnost.*“ Sestra S3 také uvedla, že kdekoliv v zařízení: „*Podle mého to nebude určité místo. Vznikají všude po celém zařízení.*“ Sestra S2 také uvedla podobnou odpověď, ke které ještě dodala, že pády vznikají na zahradě: „*Všude v zařízení, na zahradě.*“ Koupelnu, jako časté místo vzniku pádu, určily čtyři sestry (S5, S6, S7, S10). Sestra S6 odpověděla: „*V koupelně také vznikají, i když jsou zde madla.*“ Sestra S5 ve své odpovědi uvedla také koupelnu a zároveň jako jediná dotazovaná sestra uvedla i záchod:

„Na záchodě a celkově v koupelně nebo na dlouhé chodbě.“ Nejčastější místa vzniku jsou pro větší přehlednost uvedeny v tabulce 9.

Tabulka 9 Místo vzniku pádů

Místo vzniku pádů	
Pokoj	S1, S4, S6, S7, S8, S9, S10
Chodba	S1, S4, S5, S6, S7, S8, S9
Kdekoliv	S1, S2, S3, S8
Koupelna	S5, S6, S7, S10
Záchod	S5
Zahrada	S2

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 4: Péče po pádu

Čtvrtá kategorie se věnuje péči po pádu. Sestry odpovídaly na otázky, jako postupují po pádu a jak probíhá vyšetření klienta. Z odpovědí sester vzniklo pět kódů, které se zaměřují na zhodnocení stavu klienta, první pomoc a ošetření, transport do nemocnice, zjištění okolností a sepsání události a v neposlední řadě pozorování klienta. Sestry odpovídaly dost podobně a navzájem se doplňovaly. Naprosto se shodly ve skutečnosti, že nejprve zhodnotí stav klienta a změří fyziologické funkce. Tato odpověď zazněla u všech sester. Sestra S2 uvedla: „*Zhodnotí a změří se vitální funkce, glykemie, saturace, vše dle zranění a stavu klienta.*“ Dále sestra S5 odpověděla: „*Měříme fyziologické funkce, stav vědomí, tlak nebo cukr. Zjišťujeme, jestli klienta, jestli něco klienta nebolí, jestli nekrvácí a tak dále.*“ Také sestra S6 odpověděla podobně: „*Určitě vždy změřím krevní tlak a glykemii. Pořádně ohledám klienta, jestli nemá odřeniny, zlomeniny a krvácení. U klientů s těžší demencí pozoruji nonverbální projevy a prohmatám místa, která by mohla být zraněná.*“

Druhou důležitou odpověď týkající se poskytnutí první pomoci a ošetření. Takto odpověděly sestry S1, S2, S3, S5, S6 a S10. Sestra S1 odpověděla jednoduše: „*Poskytnu první pomoc nebo ošetření.*“ Sestra S3 ve své odpovědi uvedla: „*Pokud došlo ke zranění, poskytnu první pomoc nebo zavolám lékaře, který provede vyšetření.*“ Častější odpovědí bylo zavolání rychlé záchranné služby nebo transport do nemocnice.

RZS uvedlo všech deset sester. Například sestra S7 řekla: „*Pokud je stav klienta vážný, volám RZS.*“ Sestra S4 se také vyjádřila: „*Vždy se volá prvotně sestra, pokud u toho není. Ta zhodnotí situaci a zavolá lékaře nebo RZS. Případně klient odjíždí k vyšetření do nemocnice.*“ Dále po pádu sestry zjišťují okolnosti a zapisují vzniklou událost. Sestra S10 odpověděla: „*Po shlednutí zdravotního stavu hledáme příčinu a zapisuje se pád jako mimořádná událost.*“ Sestry na otázku ještě odpověděly, že klienta v případě minimálního poranění pozorují. Pozorování uvedly sestry S5, S6, S7, S9 a S10. Například sestra S5 odpověděla: „*Klienta neustále pozorujeme, jestli se u něj neprojeví nějaké komplikace.*“ Souhrnný přehled odpovědí je zobrazen v tabulce 10.

Tabulka 10 Péče po pádu

Péče po pádu	
Zhodnocení zdravotního stavu	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
Transport do nemocnice/RZS	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
První pomoc/ošetření	S1, S2, S3, S5, S6, S10
Zjištění okolností/sepsání pádu	S1, S3, S5, S7, S10
Pozorování	S5, S6, S7, S9, S10

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 5: Monitoring pádů

Pátá kategorie je zaměřena na monitorování pádů, jejich zapisování či sledování. Zahrnuje pět kódů: ošetrovatelské dokumentace, protokol o pádu nebo mimořádná událost, denní hlášení, individuální plán a informování rodiny. Zapisování pádu do ošetrovatelské dokumentace uvedly sestry S1, S2, S3, S4, S5, S8, S9 a S10. Například sestra S8 odpověděla: „*Pád zaznamenáme do dokumentace.*“ Sestra S5 uvedla, že pády zapisují do dokumentace a také do denního hlášení: „*Vždy po pádu vše zaznamenáme do dokumentace klienta, vše zapíšeme do počítače a do denního hlášení.*“ Stejně odpověděla i sestra S7: „*Napíšeme to do hlášení a do počítače.*“

Druhou častou odpovědí sester bylo sepsání mimořádné události nebo protokolu o pádu. Všechny deset sester sepisuje tyto dokumenty po pádu klienta. Například sestra S9 k této otázce řekla: „*Sepisujeme protokol o pádu a pád ještě zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace.*“ Sestra S10 uvedla: „*Sepíše se mimořádná událost a pád se také zapíše do sociální a zdravotní dokumentace.*“ V odpovědi sestry S3 zaznělo i

sepsání pádu do individuálního plánu: „*Také sepíšeme protokol o pádu a vše zapisujeme do individuálního plánu.*“ Stejně odpověděly i sestry S1, S2 a S4. Všechny odpovědi jsou seřazeny a přehledně zapsány v tabulce 11.

Tabulka 11 Monitoring pádů

Monitoring pádů	
Protokol o pádu/MU	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
Ošetrovatelská dokumentace	S1, S2, S3, S4, S5, S8, S9, S10
Individuální plán	S1, S2, S3, S4
Denní hlášení	S5, S7

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 6: Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření

V této kategorii byly zjišťovány informace o hodnocení příčin pádů a hledání preventivních opatření. Kódováním odpovědí vzniklo pět kódů: Porady v týmu, konzultace s lékařem, komunikace s klientem, pozorování klienta a vytvoření krizového plánu. Všech deset dotazovaných sester odpovědělo, že v jejich zařízení probíhají porady v týmu. Například sestra S2 uvedla: „*Diskutujeme v pracovním týmu.*“ Podobně odpověděla i sestra S5: „*Také komunikuje mezi naším pracovním týmem.*“ Příčiny a prevenci konzultuje s lékařem sestra S3, S4 a S9. Sestra S9 odpověděla: „*Také s lékařem na vizitě nebo mezi naším pracovním týmem.*“ Probíhá také komunikace či rozhovor s klientem. Takto hledají příčiny sestry S5 a S10. Sestra uvedla, že se také vypracovává krizový plán sloužící jako prevence: „*Bud' je příčina jasně patrná a nebo probíhá rozhovor s pacientem, pokud je to možné a také se pád konzultuje v rámci týmu. Dále se vypracovává krizový plán pro případné předcházení dalších pádů.*“ Informace sestry také získávají pozorováním klienta. Pozorování ve své odpovědi měly sestry S6 a S8. Sestra S8 pozorování ve své odpovědi uvedla takto: „*Popřípadě klienta sledujeme.*“ Odpovědi sester jsou zaznamenány v tabulce 12.

Tabulka 12 Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření

Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření	
Porady v týmu	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
Konzultace s lékařem	S3, S4, S9
Komunikace s klientem	S5, S10
Pozorování	S6, S8
Krizový plán	S10

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 7: Názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů

Poslední kategorie vznikla analyzováním otázek, které zjišťovaly názory ošetrovatelského personálu na problematiku pádů v domovech se zvláštním režimem. Všechny sestry mají zkušenosti s pády v jejich zařízení. Názorem sestry S1 je, že vše je individuální a u některých klientů nepomáhá nic. Sestra S1 řekla: „*Preventivní opatření jsou u každého vysoce individuální. U některých klientů bez náhledu na své fyzické možnosti nepomáhají žádná opatření.*“ Podle sestry S2 kvalita péče spolu s prevencí roste nahoru: „*Preventivní opatření jsou přínosné pro kvalitu péče.*“ Sestra S5 se vyjádřila také k individualitě a k souvislosti pádů s demencí: „*V našem zařízení je veliký počet klientů s demencí, a tedy i hodně pádů. Vše je individuální.*“ Sestra S5 ještě dodala: „*Prevence přináší minimalizaci pádů.*“ Velice zajímavý názor měla sestra S7, která by chtěla do praxe zavést znovu síťová lůžka: „*Pro neklidné klienty s těžkou demencí by byla vhodná ta síťová lůžka. Podle mého názoru by měli v posteli volný pohyb a zároveň by byli jištěni před pádem na zem. Chtěla bych do praxe opět zavést síťová lůžka.*“

4.5 Seznam kategorizačních skupin z rozhovorů s pečovateli

1. Preventivní opatření
2. Příčiny a okolnosti pádů
3. Místo vzniku pádů
4. Péče po pádu
5. Monitoring pádů
6. Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření
7. Názor ošetřovatelského personálu na problematiku pádů

4.6 Výsledky rozhovorů s pečovateli

Kategorie 1: Preventivní opatření

První kategorie byla zaměřena na preventivní opatření a jejich využití v praxi. Odpovědi pečovatelů vytvořily čtyři kódy: úprava prostředí, kompenzační pomůcky, zvýšený dohled a ochranná opatření. Úpravu prostředí zmínili ve svých odpovědích všichni pečovatelé. Například pečovatel P1 uvedl: „*Jestli se to počítá, tak jsou madla na záchodě i ve sprše a na chodbě zábradlí.*“ Dále pečovatelka P3 odpověděla jednoduše: „*No tak základem jsou správné boty a dobré prostředí.*“ Pečovatelka P3 ještě dodala: „*Také všude máme signalizační zařízení.*“ Pečovatelka S4 také odpověděla: „*Zábradlí nebo madla.*“ Pečovatel P2 odpověděl nejrozsáhleji: „*Máme tady i upravené prostředí. Vím, že jsou madla v koupelně a zábradlí na chodbě. Osvětlené jsou všechny prostory a někomu nezhasínáme i v noci, aby dobře viděl. Jo a v každém sprchovém koutu je i podložka proti uklouznutí.*“ Často respondenti uváděli kompenzační pomůcky. Například pečovatel P1 uvedl: „*Ty berle a vozíky.*“ Pečovatel P3 odpověděl: „*Tady máme několik chodítek, vozíků, hodně klientů používá berličky.*“ Všichni pečovatelé také ve své odpovědi uvedli zvýšený dohled. Například pečovatel P3 řekl: „*Nenecháváme klienty samotné.*“ I pečovatel P4 uvedl: „*Také dostatek personálu a zvýšený dohled.*“ Tři pečovatelé se vyjádřili k ochranným pomůckám. Pečovatel P1 ve své odpovědi uvedl postranice: „*Využíváme i postranice u ležících klientů.*“ Pečovatelky P3 a P4 k postranicím dodaly i fixační pásy na sedačkách. Pečovatelka P3

odpověděla takto: „*Používáme taky postranice u ležících klientů. U neklidných máme lehátka s fixačními pásy.*“ Odpovědi všech pečovatelů jsou roztrženy v tabulce 13.

Tabulka 13 Preventivní opatření

Preventivní opatření	
Úprava prostředí	P1, P2, P3, P4
Kompenzační pomůcky	P1, P2, P3, P4
Zvýšený dohled	P1, P2, P3, P4
Ochranná opatření	P1, P3, P4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 2: Příčiny a okolnosti pádů

V této kategorii byly zjišťovány nejčastější příčiny a okolnosti pádů podle pečovatelů. Odpovědi pečovatelů byly různé, čímž vzniklo šest kódů: zdravotní stav/onemocnění, dezorientace a neklid, únava, podcenění sil a noc. Pečovatelé ve svých odpovědích nejčastěji zmiňovali zhoršení zdravotního stavu, projev onemocnění a zároveň vliv dezorientace a neklidu. Například pečovatel P2 vše uvedl v jedné větě: „*Dezorientace, nějaké onemocnění nebo zhoršení stavu.*“ Pečovatelka P3 odpověděla: „*Nějaké to onemocnění, zhoršení stavu a neklid. Asi i zvýšení zmatenosti.*“ Pečovatel P1 a pečovatelka P3 přikládali k příčině pádu i únavu. Pečovatelka P3 ve své odpovědi uvedla únavu a zároveň podcenění sil: „*Nejčastěji to může být při podcenění sil nebo při jejich únavě a neklidu.*“ Pečovatel P2 se vyjádřil i k samotě klientů: „*Určitě je to nejčastěji, když jsou sami na pokoji.*“ Nakonec pečovatel P2 dodal: „*A podcenění sil.*“ Podobně odpověděl i pečovatel P1: „*Většinou když jdou sami po chodbě nebo jsou sami na pokoji.*“ Pečovatel P1 společně s pečovateli P2 a pečovatelkou P4 vyzorovali, že k pádům dochází v nočních hodinách. Pečovatel P1 odpověděl: „*A taky převážně k večeru nebo v noci.*“ Pečovatelka P4 uvedla: „*Nejčastěji v noci, když jsou více dezorientováni.*“ V tabulce 14 jsou přehledně uvedeny všechny odpovědi respondentů.

Tabulka 14 Příčiny a okolnosti pádů

Příčiny a okolnosti pádů	
Dezorientace/neklid	P1, P2, P3, P4
Zdravotní stav	P2, P3, P4
Noc	P1, P2, P4
Podcenění sil	P2, P3
Samota	P1, P2
Únava	P1, P3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 3: Místo vzniku pádů

Třetí kategorie se zajímá o místo, kde nejčastěji k pádům dochází. Pečovatelé ve svých odpovědích nejčastěji uváděli pokoj, chodbu, koupelnu a vozík. Tím vznikly čtyři kódy. Všichni pečovatelé se shodli, že nejčastěji k pádu dochází na pokoji klienta. Dále častou odpovědí pečovatelů byla chodba. Pouze pečovatel P1 uvedl, že pády vznikají také v koupelně nebo při přesunu klienta z vozíku: „*Na tom pokoji nebo na chodbě. Ale i v koupelně. Také při přesunu z vozíku nebo při vstávání.*“ Pečovatelka P4 uvedla pouze pokoj a chodbu: „*Na chodbě nebo na pokoji.*“ Pečovatele P2 také napadl pouze pokoj a dlouhá chodba, jako nejčastější místo vzniku: „*Na tom pokoji a nebo na dlouhé chodbě, když neodhadnou situaci.*“ Pečovatelka P3 nejprve řekla, že pády vznikají všude. Poté dodala, že podle ní nejvíce k pádům dochází na pokoji: „*Myslím, že snad všude. Ale opravdu nejvíce na pokoji.*“ Nejčastější míst vzniku jsou uvedeny v tabulce 15.

Tabulka 15 Místo vzniku pádů

Místo vzniku pádů	
Pokoj	P1, P2, P3, P4
Chodba	P1, P2, P4
Koupelna	P1
Vozík	P1
Kdekoliv	P3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 4: Péče po pádu

Ve čtvrté kategorii bylo zjišťováno, jaká péče probíhá u klienta po jeho pádu z pohledu pečovatele. Všichni pečovatelé odpovídali podobně a jejich odpovědi se lišili velmi málo. Všichni pečovatelé uvedli, že hned po pádu klienta volají sestru. Dále také všichni pečovatelé hodnotí stav klienta a provedou ohledání. Třetí odpovědí, kterou uvedli všichni pečovatelé bylo zavolání rychlé záchranné služby či transport do nemocnice. Například pečovatel P2 uvedl zavolání sestry, zhodnocení stavu klienta a navíc řekl, že sestřičky měří tlak a popřípadě probíhá pozorování klienta: „Zavolám sestřičku nebo lékaře, pokud je na oddělení. Měří se tlak i cukr a já hlavně klienta prohlédnu, jestli se vážně nezranil. Pokud je to vážné, volá se RZS a nebo se posílá do nemocnice na vyšetření, třeba na rentgen. Popřípadě se pozoruje celý den a nechá se v klidu.“ Pečovatelka P3 také uvedla, že po pádu klienta přivolá sestru, zhodnotí stav, zavolají RZS nebo se zajistí převoz do nemocnice, a navíc si vzpomněla, že probíhá hledání příčin a zapisování pádu: „Přivolám sestru, poskytnu první pomoc a pokud není potřeba, tak klienta ohledám, zkontroluju, jestli nemá zranění. Pokud je zranění vážné, voláme RZS a nebo se zařídí převoz do nemocnice. Také se snažíme zjistit, proč k pádu došlo. Jako jestli třeba nedošlo k záchvatu nebo příhodě nebo k infarktu. Také se vše zapisuje a řeší.“ Všechny odpovědi pečovatelů jsou přehledně uvedeny v tabulce 16.

Tabulka 16 Péče po pádu

Péče po pádu	
Přivolání sestry	P1, P2, P3, P4
Zhodnocení stavu/ohledání	P1, P2, P3, P4
RZS/transport do nemocnice	P1, P2, P3, P4
Pozorování	P2, P4
Hledání příčin, sepsání události	P3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 5: Monitoring pádů

V této kategorii bylo zjišťováno, jak dokumentují vzniklé pády. Z odpovědí pečovatelů vznikly tři kódy: Protokol o pádu, mimořádná událost a dokumentace. Pečovatele P1 a P2 odpověděli, že událost zapisují jako mimořádnou. Pečovatel P1 odpověděl: „Sepíše se mimořádná událost.“ Pečovatel P2 odpověděl rozvinutější větou:

„Sepíše se mimořádná událost. Tam se zapíší všechny okolnosti pádu, jak vznikl, co všechno se stalo atd. A potom ještě něco sestřičky zapisují, ale to my už neděláme.“ Pečovatelky P3 a P4 ve své odpovědi uvedly, že pád sepisují formou protokolu o pádu. Pečovatelka P4 uvedla: „Pišeme protokol o pádu.“ Pečovatelka P3 také uvedla protokol o pádu a navíc, že se pády zapisují i do dokumentace: „Vše se zapíše do dokumentace a sepíšeme protokol o pádu.“ V tabulce 17 je uveden přehled odpovědí pečovateli.

Tabulka 17 Monitoring pádů

Monitoring pádů	
Mimořádná událost	P1, P2
Protokol o pádu	P3, P4
Dokumentace	P3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 6: Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření

V této kategorii bylo zjišťováno, jak se v DZR hledají příčiny a preventivní opatření pádů. Všichni pečovatelé odpověděli, že na jejich oddělení hledání probíhá v rámci týmu a komunikace mezi ním. Pečovatel P1 odpověděl váhavě: „Asi komunikujeme mezi sebou.“ Pečovatelka P4 také odpověděla jednou větou: „Hledáme je sami a bavíme se o tom mezi sebou.“ Pečovatel P2 také uvedl komunikaci v týmu a také porady v týmu: „No většinou se bavíme mezi sebou nebo na našich poradách, které jsou každý den.“ Pečovatelka P3 navíc ještě ke komunikaci v týmu uvedla i hledání příčin a prevence pozorováním klienta: „To nevím, asi tím, že vše řekneme mezi sebou a také klienta sledujeme po delší dobu.“ Způsoby hledání příčin a preventivních opatření pádů jsou uvedeny v tabulce 18.

Tabulka 18 Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření

Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření	
Komunikace v týmu	P1, P2, P3, P4
Porady v týmu	P2
Pozorování klienta	P3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 7: Názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů

Poslední sedmá kategorie se zaměřuje na názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů v DZR. Všichni pečovatelé mají zkušenosti s pády. Pečovatelka P3 navíc připisuje vznik pádů demenci: „*U nás se přes veškerá opatření pády stávají a nejde jim ničím zabránit. Jsou tu prostě klienti s demencí.*“ Například pečovatel P1 také připisuje pády demenci a zároveň špatné medikaci: „*Tady na našem patře máme dost lidí s demencí. To myslím má vliv určitě veliká, a ještě když jsou špatně zaléčení a moc utlumení. Pády jsou tu opravdu často a někdy nestačíme ani mrknout a už jsou na zemi.*“ Dále pečovatel P1 dodává: „*Myslím, že by pomohlo více rehabilitace a klienti by více chodili a měly by více sil.*“ Pečovatel P2 si také myslí, že demence hraje v problematice pádu velikou roli: „*Moje zkušenosti jsou takové, že jsou pády pořád nečekané a nepředvídatelné situace. Určitě to tak někdy není, ale u lidí s demencí je to tak většinou.*“ Pečovatel P2 vidí i řešení situace: „*Chtěl bych víc zaměstnanců, protože by byl dohled všude a myslím, že by hned bylo méně pádů.*“ Pečovatel P4 nakonec uvedl velice zajímavou a potěšující odpověď: „*Pády tady máme a obzvlášť u některých klientů s demencí tomu nelze zabránit. V preventivních opatřeních vidím pozitivní význam a určitě by se měla dodržovat a uplatňovat i u demenčních klientů. Vždycky to má smysl.*“

4.7 Výsledky pozorování v DZR

Pozorovací záznam tvořily čtyři kategorie, které byly zaměřeny na prevenci pádů. Kategorie jsou: úprava prostředí, využívání kompenzačních pomůcek, kontrola/dohled a využívání ochranných opatření. Kategorie jsou podrobněji popsány v následujících odstavcích. Pozorování se uskutečňovalo v pěti domovech se zvláštním režimem. Tyto domovy mají označení DZR1, DZR2, DZR3, DZR4 a DZR5.

Kategorie 1: Úprava prostředí

V této kategorii byla sledována úprava prostředí, kde se klienti nejčastěji pohybují a žijí. Byla hodnocena úprava koupelen, zda jsou přítomna madla, zvýšené sedátko na toaletu, přístup do sprchy nebo druh podlah. Byla pozorována celková velikost prostorů a chodeb, dále osvětlení a dostatečný odpočinkový prostor. Hodnotily se i zbytečné překážky pro klienty a zabezpečení schodiště a jiných nevhodných prostorů pro klienty.

Všechna zařízení měla dostatečný počet madel v koupelnách a na záchodě. Měli také protiskluzové podložky ve sprchách. Některé podlahy v koupelnách nebyly protiskluzové, čím bylo zvyšováno riziko pádu. V DZR3 nebylo vyhovující uspořádání chodeb, který byly příliš dlouhé, tmavé a na některých místech vyvýšené, což tvořilo riziko pádu. Kompensaci tvořilo dostatek odpočinkového prostoru ve formě laviček a sedaček. Odpočinkový prostor měly všechny DZR. Ve všech zařízeních byly na chodbách zábradlí a dostatečné osvětlení ve všech místnostech. Také všechna zařízení měla zabezpečený vstup na schodiště buď ve formě zámku na klíč, kódovým zámkem nebo čipem. Překážky na chodbách či v pokojích se nevyskytovaly vůbec. Všude byl dostatek místa pro pohyb. Všechny výsledky pozorování prostředí jsou uvedeny v tabulce 19.

Tabulka 19 Úprava prostředí

Pozorování	DZR1	DZR2	DZR3	DZR4	DZR5
Madla/zábradlí	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Protiskluzové podložky	ANO	ANO	NE	NE	ANO
Protiskluzové podlahy	NE	ANO	ANO	NE	ANO
Osvětlení	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Velikost chodeb	Vyhovující	Vyhovující	Nevyhovující	Vyhovující	Vyhovující
Odpočinkový prostor	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Překážky	NE	NE	NE	NE	NE
Zabezpečení	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 2: Využívání kompenzačních pomůcek

Druhá kategorie byla zaměřena na kompenzační pomůcky a jejich využívání. Pozorování se zaměřovalo na druhy pomůcek a jejich počet, jak jsou využívány a jestli jsou využívány správně.

Ve všech zařízeních se nacházely kompenzační pomůcky. Nejvíce kompenzačních pomůcek bylo ve formě invalidních vozíků. Vozíky byly využívány poměrně ve velké

míře, což má souvislost s velkým počtem nesoběstačných klientů. Dále někteří klienti ve všech zařízeních využívali hole a berle k podpoře chůze nebo rolátory, které sloužily také k podpoře stoje a chůze. U některých klientů se smyslovým deficitem se využívaly brýle a naslouchátka. Kompenzační pomůcky se využívaly přiměřeně k míře soběstačnosti klienta. Pro větší přehlednost jsou získaná data uvedena v tabulce 20.

Tabulka 20 Využívání kompenzačních pomůcek

Pozorování	DZR1	DZR2	DZR3	DZR4	DZR5
Vozík	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Berle/ hole	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Rolátory	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Brýle	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Naslouchátka	ANO	ANO	ANO	NE	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 3: Kontrola a dohled

Třetí kategorie obsahuje výsledky pozorování, které bylo zaměřeno na dostatečný dohled a kontrolu klientů.

Ošetrovatelský personál ve všech zařízeních se snažil o maximální kontrolu a dohled. Kontrola klientů na pokojích ve všech zařízeních probíhala v častých intervalech. Také se ve všech DZR během dne klienti shromažďovali ve společenských místnostech či jídelnách, kde byl dohled neustálý. Personál se také pravidelně střídal během přestávek na oběd. Při ranních hygienách a při pravidelných koupáních byl dohled a dopomoc samozřejmostí. Výsledky pozorování jsou uvedeny v tabulce 21.

Tabulka 21 Kontrola a dohled

Pozorování	DZR1	DZR2	DZR3	DZR4	DZR5
Dohled na pokojích	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Dohled na spol. místnostech	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 4: Využívání ochranných opatření

Poslední kategorie bylo sledováno využívání ochranných pomůcek ve formě postranic a fixačních pásů v sedačkách.

Všechny zařízení využívaly postranice a zábrany u postelí, jako prevenci pádů. Všichni klienti měli zvednutou postranici jen při spánku v noci a poledním odpočinku. V DZR1, DZR3 a DZR4 využívali u některých klientů vícebodové fixační pásy v sedačkách či lehátkách. V DZR1 při nutnosti využití fixačních pásů museli i improvizovat. Měli nedostatek křesel s fixačními pásy a využívali deky, ze kterých vytvořili pásy. Klienti byli bezpečně a možná i šetrněji fixováni, oproti pravým fixačním pásům, které jsou součástí sedaček. Ty jsou také bezpečné, ale snadněji se mohou zařezávat do kůže pacientů/klientů. Všechny výsledky z pozorování jsou uvedeny v tabulce 22.

Tabulka 22 Využívání ochranných opatření

Pozorování	DZR1	DZR2	DZR3	DZR4	DZR5
Postranice	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Fixační pásy	ANO	NE	ANO	ANO	NE

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku pádů v domovech se zvláštním režimem. Byly vytvořeny tři hlavní cíle bakalářské práce. Prvním cílem bylo zmapovat intervence a opatření, které se uplatňují při prevenci pádů pacientů/klientů v domovech se zvláštním režimem. Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny a okolnosti pádů klientů v DZR. Posledním cílem bylo zjistit názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádu a jejich řešení v DZR.

Pro výzkumné šetření byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor a pozorování, které probíhalo v pěti domovech se zvláštním režimem v Jihočeském a Moravskoslezském kraji. Výzkumný soubor tvořilo deset sester a čtyři pečovatelé. Analýzou rozhovorů, které měly 13 předem připravených otázek, vzniklo sedm kategorizačních skupin. Pro pozorování byly vytvořeny čtyři kategorizační skupiny.

První kategorie byla nazvána „Preventivní opatření“. V rámci výzkumného šetření bylo cílem zjistit, jaká preventivní opatření se uplatňují v DZR. Odpovědi sester byly velice rozmanité, proto musely být vytvořeny čtyři podkategorie vztahující se k prevenci pádu. Podkategorie zabývající se úpravou prostředí obsahovala osm stejných odpovědí uvedené v tabulce 3. Nejčastěji sestry uváděly madla nacházející se v koupelnách a na záchodech a dále zábradlí na chodbách. Častou odpovědí bylo i osvětlení nebo signalizační zařízení, které je také určitou úpravou prostředí. Dále sestry ve svých odpovědích uváděly používání chráničů, sníženého lůžka či matrace u postele. Správně odpověděla i sestra S1, která ve své odpovědi uvedla, že pro prevenci je důležité stereotypní prostředí.

Podobně odpovídali i pečovatelé, jejichž odpovědi jsou uvedeny v tabulce 13. Všichni čtyři uvedli odpověď, která se týkala úpravy prostředí. Výsledky pozorování uvedené v tabulce 19 potvrdily výroky sester a pečovatelů. Prostředí ve všech DZR bylo dostatečně upravené až na výjimky. Dle našeho názoru v DZR 3 bylo zvláštní uspořádání chodeb, které bylo matoucí a znamenalo zbytečné riziko pro pacienty/klienty a v koupelnách DZR1 a DZR5 nebyly protiskluzové podlahy. Výsledky výzkumného šetření se shodují s Čevelou et al. (2014), kteří uvádějí zásady upraveného prostředí, které má být bezbariérové. Podlahy by měly být protiskluzové a na podlahách by neměly být překážky či koberečky. Součástí by měla být místa k odpočinku, která se

také vyskytovala ve všech zařízeních. Dále Čevela et al. (2014) uvádí, že nábytek by měl být stabilní, vše by mělo být řádně označeno, včetně schodiště.

Do druhé podkategorie, která se týká preventivních opatření, byl zařazen zdravotní stav pacientů/klientů. Výsledky jsou obsaženy v tabulce 4. Důležitou prevencí bylo podle sester sledování zdravotního stavu seniorů. Tuto odpověď uvedlo osm sester z deseti. Studenski a Wolter (2010) zahrnují mezi důležitá preventivní opatření pádů u lidí s kognitivním deficitem znalost celkového stavu pacienta/klienta a dovednost předvídat potřeby seniorů. Touha po dosažení těchto potřeb, jako je toaleta, jídlo, pití či úleva od bolesti, může pacienta/klienta dovést do neklidu a tím může dojít k pádu (Studenski a Wolter, 2010). Stejně odpověděla i sestra S9, pro kterou toto opatření má největší význam. Odpovědi sester se týkaly i úpravy medikace či hodnocení rizika pádu. Westerlind (2019) ve své studii uvádí, že je důležité aplikovat preventivní opatření. Jedním z nich je pravidelné sledování a přehodnocování medikace, která má dle studie vliv na vznik pádů. Dále Americká geriatrická společnost doporučuje jako první krok v prevenci zhodnotit riziko pádu pacienta/klienta a zhodnotit všechny rizikové faktory (Kenny et al., 2011). Sestry ve svých odpovědích také uváděly dostatečnou hydrataci pacienta/klienta. Dle Martínkové a Botíkové (2010) je dobrá životospráva a dostatečný pitný režim součástí prevence pádu.

Třetí podkategorie v tabulce 5 obsahuje ochranná opatření, do kterých se řadí postranice lůžka a fixační pásy v sedačkách. Postranice dle výsledků pozorování obsažených v tabulce 22 využívají všechny DZR. Potvrdily to i sestry a pečovatelé, kteří postranice uvedli ve svých odpovědích. Jarošová et al. (2014) uvádí, že postranice u lůžka by se nejlépe neměly využívat vůbec. Zvážit by se mělo používání postranic jen ve specifických situacích či na přání pacienta/klienta. Vhodné je zvedání postranic jen napůl, což je dle Jarošové et al. (2014) bezpečnější. Zvednutou postranicí jen na jedné polovině uvedla jedna sestra S3, která řekla, že postranice zvedají buď napůl nebo celé.

Do ochranných opatření lze zařadit i fixační pásy v sedačkách. Mají bezpečnostní funkci při převozu pacienta/klienta na sedačce či vozíku. Dle výzkumného šetření Cetlové a Kafkové (2011), které proběhlo v Havlíčkobrodské nemocnici bylo zjištěno, že bezpečnostní pásy ve vysoké míře eliminují pády a zvyšují pocit bezpečí pacienta/klienta. Dále také umožňují menší soustředění a dohled na pacienta/klienta, aby nepřepadl ze sedačky (Cetlová a Kafková, 2011). Při rozhovorech fixační pásy uvedly tři sestry a tři pečovatelé. Zvyšují bezpečnost obzvláště u velice neklidných

pacientů/klientů. Vždy k jejich užívání v DZR mají souhlasy buď od rodiny, opatrovníka nebo lékaře.

Čtvrtou podkategorii vztahující se k prevenci pádu byla preventivní opatření, která nelze zařadit do žádné ze tří podkategorii a jsou obsažena v tabulce 6. Martínková a Botíková (2010) považují za důležité opatření neustálý dohled u rizikových pacientů/klientů, pravidelná kontrola seniorů na pokojích, společenských místnostech či na zahradách. Zvýšený dohled a kontrolu pacientů/klientů uvedlo šest sester z deseti a tři pečovatelé ze čtyř. Při pozorování uvedeno v tabulce 21 ve všech DZR byl dohled dostatečný. Probíhaly pravidelné kontroly na pokojích a na společenských místnostech byl dohled neustále. Dále Martínková a Botíková (2010) uvádějí, že dle stupně demence lze využít i edukaci seniorů. Edukaci v odpovědi měly čtyři sestry, které dodaly, že klienty edukují pouze v rámci chápání a jejich možností. Edukace by měla být zaměřena také na ošetrovatelský personál. Jensen a Padilla (2011) uvádějí ve své studii edukaci zdravotnického personálu. Zkoumáním několika studií bylo potvrzeno, že edukace personálu o problematice, a především o prevenci pádů snižuje počet vzniklých pádů u seniorů s demencí (Jensen a Padilla, 2011). Bielaková a Kubečová (2018) zařadily mezi efektivní intervence pomůcky pro chůzi. S tímto tvrzením se shodují všechny sestry i pečovatelé. Využívání kompenzačních pomůcek k chůzi potvrdilo i pozorování v tabulce 20, kdy bylo zjištěno, že v DZR se využívají vozíky, sedačky, hůlky, berle, chodítka, ale i brýle a naslouchátka.

Kategorie č. 2 shrnutá v tabulkách 7, 8 a 14 byla nazvána „Příčiny a okolnosti pádů“. Dle Bielakové et al. (2014) lze příčiny pádů rozdělit na vnější a vnitřní příčiny. Vnější příčiny jsou vlivy prostředí. Pacient/klient může zakopnout o překážku nebo uklouznout na nevhodném povrchu. S tím souhlasí i několik sester, které ve své odpovědi uvedli uklouznutí nebo zakopnutí, jako příčinu pádu. Hronovská (2012) popisuje vliv prostředí více do hloubky. Nejčastější příčinou může být dle Hronovské (2012) vybavení pokoje a ostatních prostorů. Tím je myšleno například špatné osvětlení, mokrá podlaha, vlhké dlaždičky v koupelně či kabely elektrospotřebičů. Další příčinou může být špatná obuv, kterou jsou pantofle nebo boty na podpatku. Největší nebezpečí pro seniory představují schody, vyvýšená místa, malé stoličky či židle. Nejrizikovější u schodů je první a poslední (Hronovská, 2012). Bielaková et al. (2014) dále popisují vnitřní příčiny. Pád může být důsledkem akutního a chronického onemocnění různých systémů. Například onemocnění pohybového aparátu, které uvedly dvě sestry.

Onemocnění kardiovaskulárního aparátu a jeho projevy se taktéž objevovali v odpovědích sester. Pro příklad uváděly změnu tlaku či ortostatickou hypotenzi.

Bielaková et al. (2014) uvádějí i psychiatrická onemocnění, mezi něž patří i demence. Pacienti/klienti s kognitivními poruchami se v převaze nacházejí v DZR. Pospíchal a Jedlinská (2013) ve své práci uvádějí, že psychický stav a rozpoložení pacienta/klienta má vliv na vznik pádu. Potvrzuje to i švédská studie, jejímž cílem bylo zjistit rizikové faktory u lidí s demencí. Pellfolk et al. (2009) zjistili, že nejčastěji pádům předcházela úzkost a zmatenost. To si myslí i dotazované sestry a pečovatelé. Dle nich pády způsobuje neklid a zmatenost, psychické onemocnění a s tím související špatný odhad svých fyzických možností. Sestra S9 si jako jediná myslí, že pády může ovlivňovat adaptace pacienta/klienta na nové a neznámé prostředí. Její názor je pravdivý. To potvrzují i Dostálová a Nahodilová (2011) ve svém článku, ve kterém tvrdí, že senioři se zhoršenou adaptací neboli geriatrickým maladaptacním syndromem jsou pádem více ohroženi. Utvvrzuje to i Hronovská (2012) ve svém článku, ve kterém se uvádí, že u seniorů se často zhoršená schopnost adaptace na nové podmínky projevuje pády.

Ve třetí kategorii s názvem „Místo vzniku pádu“ bylo zjišťováno, kde k pádům nejčastěji dochází. Odpovědi sester a pečovatelů byly velmi podobné a jsou shrnuty v tabulkách 9 a 15. Nejčastěji uváděli jako místo vzniku pokoj a chodbu v zařízení. Toto potvrzuje i studie Vybíhalové et al. (2013), ve které se uvádí jako nejčastější místo vzniku pádů pokoj pacienta/klienta. Dle sester k pádům často dochází i v koupelnách a na toaletě. Čtyři sestry mají zkušenost, že k pádům dochází kdekoliv v zařízení.

Čtvrtá kategorie nese název „Péče po pádu“ a je shrnuta v tabulkách 10 a 16. Sestry a pečovatelé v této kategorii odpovídaly na otázky, které byly zaměřeny na péči po pádu a vyšetření pacienta/klienta po pádu. V práci Bielakové et al. (2018) je považováno za důležité důkladné vyšetření, vyloučení akutního traumatu a zajištění vitálních funkcí. Dále se provádí fyzikální vyšetření, kdy se měří krevní tlak, hodnotí se neurologické funkce či chůze. S tím se ztotožňovalo všech deset sester. Ve svých odpovědích uváděly zhodnocení zdravotního stavu, dále transport do nemocnice nebo dle ohrožení života přivolání RZS. Šest sester z deseti také odpovědělo, že po pádu poskytnou případně první pomoc nebo ošetření. Všeobecné povinnosti ošetřovatelského personálu jsou uvedeny v metodice nežádoucí události-pád. Pokorná et al. (2017) zde uvádí, ošetřovatelský personál musí posoudit stav vědomí, zkontrolovat základní životní funkce. Pokud u pacienta/klienta nastane dechová zástava, je nutno zahájit KPR a volat

RZS. Nutné je zajistit bezpečí pacienta/klienta, o každém pádu informovat lékaře, vše zaznamenat do zdravotnické dokumentace a do formuláře pro nežádoucí událost (Pokorná et al., 2017). Dále také pět sester ihned po pádu zjišťuje okolnosti a zapisuje pád jako mimořádnou událost. Zjišťování okolností a příčin ihned po pádu a jejich následovné zaznamenání uvádí také Jarošová et al. (2014). Neodkladné posouzení zajišťuje aplikování preventivních opatření co nejdříve po pádu (Jarošová et al., 2014).

V páté kategorii, která byla nazvána „Monitoring pádů“, se zjišťovalo, jak probíhá zaznamenávání a monitorování pádů v DZR. Odpovědi respondentů jsou obsaženy v tabulkách 11 a 17. Mlýnková (2011) ve své publikaci uvádí, že povinností ošetrovatelského personálu je řádně zapisovat vzniklé pády do dokumentace dle vlastních standardů zařízení. Důležité je pád nahlásit jako mimořádnou událost. Zapisují se také všechny okolnosti pádů, zda existuje nějaký svědek či za jakých podmínek k pádu došlo. Zapisují se také vzniklá zranění a komplikace pádu (Mlýnková, 2011). Všech deset sester sepíše protokol o pádu nebo mimořádnou událost. Do nich zapisují všechny náležité informace, které uvedla Mlýnková (2011) ve své publikaci. Osm sester dále uvedlo, že pád zapisují do dokumentace pacientů/klientů. Pouze čtyři sestry tvoří individuální plán pacienta/klienta a zaměřují se na hledání preventivních opatření.

Dle Pokorné et al. (2017) je nutné zaznamenat vše do zdravotnické dokumentace pacienta/klienta, pád zapsat do formuláře pro nežádoucí události. V zápisu musí obsahovat údaje pacienta/klienta, čas a popis události, popis poskytnuté péče a hodnoty vitálních funkcí. Dále je nutné zjistit příčiny pádu a eventuelně provést opatření zabráňující opakování pádu (Pokorná et al., 2017).

V kategorii č. šest, která byla pojmenována „Zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření“, bylo zjišťováno, jak probíhá hodnocení příčin pádu pacienta/klienta v DZR. Dále se šestá kategorie zaměřovala na hledání preventivních opatření pádů. Všechny výsledky šesté kategorie jsou obsaženy v tabulce 12 a 18. Již ve čtvrté kategorii se objevovaly odpovědi sester, které se vztahují také k šesté kategorii. Sestry hned po pádu zjišťují a hodnotí okolnosti pádu a sepisují událost. Takto odpovědělo pět sester z deseti. Stejně odpověděla i jedna pečovatelka ze čtyř, která uvedla, že se ihned po pádu snaží zjistit, proč k němu došlo. Dle Pokorné et al. (2017) je důležité a nezbytné provést důslednou kořenovou analýzu, která má odhalit nedostatky a aplikovat nápravná opatření.

Sestry ve svých odpovědích nejčastěji uváděly, že zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření probíhá ve formě porad v týmu a komunikací mezi veškerým

personálem. Dále fungují konzultace s lékařem většinou v rámci vizit pacientů/klientů, s čímž je propojeno informování lékaře o pádu. Pokorná et al. (2017) považuje informování lékaře za nutnost i v případě, že nedošlo ke zranění. Sestra musí oznámit lékaři každý pád bez ohledu na následky pádu (Pokorná et al., 2017). Sestry dále provádí pozorování pacienta/klienta a snaží se o rozhovor s pacientem/klientem. Sestry S8 a S10 odpověděly, že je často příčina pádu jasná a preventivní opatření se nehledá složitě. Čtyři sestry tvoří individuální plánování pro pacienta/klienta a jedna sestra tvoří krizový plán, který slouží pro prevenci dalších pádů.

Jarošová et al. (2014) uvádějí správné postupy sledování po pádu pacienta/klienta. Nemělo by se zapomínat na interprofesionální komunikaci, konzultaci a analýzu. Sledovat a zaznamenávat by se měly okolnosti obklopující pád a měly by se stanovit přispívající faktory, které k pádu vedly. Zajistit by se mělo sledování pacienta/klienta a komunikace s pacientem/klientem.

Poslední sedmá kategorie byla nazvána „Názor ošetřovatelského personálu na problematiku pádů“. V této kategorii se zjišťoval názor sester a pečovatelů. Všechny dotazované sestry i pečovatelé mají zkušenosti s pády na jejich oddělení v DZR. Veliký význam v uplatňování preventivních opatření vidí sedm sester. Dle odpovědí sester prevence pádů nejčastěji snižuje počet vzniklých pádů, zlepšuje kvalitu ošetřovatelské péče a snižuje riziko pádu. Sestry S1, S2 a S5 si myslí, že pády jsou zcela individuální a vše záleží na pacientovi/klientovi. Každý pacient/klient má své potřeby a jeho zdravotní a psychický stav se liší. Dalším názorem dvou sester S1 a S10 je, že u některých pacientů/klientů nepomáhají žádná opatření. Pokorná et al. (2017) ve své práci uvedli, že nelze očekávat, že nebude docházet k žádným pádům. Pády se stávají i přes veškerá opatření (Pokorná et al., 2017).

Zajímavý je názor čtyř sester, které vidí spojitost pádů s demencí. Dle sester jsou lidé s demencí automaticky ve větším riziku pádu, díky kognitivnímu deficitu. S tímto tvrzením souhlasí i studie od Kobayashi et al. (2009), která prokázala demenci s kombinací nestabilní chůze za rizikový faktor pádu, který se může vícekrát opakovat. Dalším zajímavým názorem byla síťová lůžka. Sestra S7 si vzpomněla na kdysi používaná síťová lůžka, která jsou dnes velkým omezením. Vidí v nich přínos. Podle sestry S7 by byla vhodná pro pacienty/klienty, kteří jsou příliš neklidní a trpí postižením kognitivních funkcí. Měly by volný pohyb a zároveň by byli jištěni před pádem na zem. Dle Rusiny et al. (2010) může být neklid způsoben například náhlou dekompenzací demence vlivem DM či ICHS, infekcí či prostou dehydratací. Dále může být neklid

způsoben bolestí při omezené pohyblivosti, strachem nebo stresem (Rusina et al., 2010). Proto není vždy od věci se zamyslet nad tím, co neklid způsobuje a rozmyslet si používání omezovacích a ochranných prostředků.

Preventivní opatření určitě mají veliký vliv na eliminaci pádů. V DZR se velikou překážkou stává právě demence. V DZR jsou pacienti/klienti s demencí zhruba z 90 %. Dle výsledků výzkumného šetření se v DZR uplatňují především kompenzační pomůcky, ochranná opatření a dohled.

Myslím si, že úplná eliminace pádů není v domovech se zvláštním režimem dosažitelná. I přes ochranná opatření, která pacienti/klienti často dokáží překonat a přes dohled k pádům dochází. Dle mého názoru by mohlo pomoci navýšení počtu personálu. Toto by mohlo pomoci především u pacientů/klientů, kteří jsou neklidní a samotná sestra či pečovatel je nedokáží zvládnout. Další krůčkem ke snížení počtu pádů by mohlo být vzdělávání ošetrovatelského personálu, a to především pečovatelů, kteří mají menší znalosti o problematice pádů.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou pádů v domovech se zvláštním režimem. V DZR se nachází veliké procento pacientů/klientů s poruchami kognitivních funkcí neboli demencí. Pokud dojde k pádu seniora, může dojít k mnoha komplikacím. Jedná se například o zranění způsobená pádem, vedoucí ke ztrátě soběstačnosti a mobility. Pád ve zdravotnickém zařízení je nežádoucí událostí, která snižuje kvalitu poskytované péče a kvalitu života seniora.

Byly stanoveny tři cíle bakalářské práce. Prvním cílem bylo zmapovat intervence a opatření, která se uplatňují při prevenci pádů v DZR. Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější okolnosti a příčiny pádů klientů v DZR. Třetím cílem bylo zjistit názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů a jejich řešení v DZR.

Z výzkumného šetření pro první cíl vyplývá, že nejčastěji užívanou a neefektivnější intervencí je využívání kompenzačních pomůcek. Ty uvedli všichni respondenti. Sledování zdravotního stavu pacientů/klientů a jeho kompenzace je také dle sester účinné a efektivní. Dále sestry i pečovatelé často uváděli úpravu prostředí v DZR. To potvrdilo i nezúčastněné pozorování. Ve všech DZR se na rizikových místech, jako je koupelna a toaleta, nacházela madla. Dále na chodbách byla zábradlí pro větší oporu seniorů. Postranice, zábrany a fixační pomůcky byly také často uváděny v odpovědích respondentů. Dle některých sester a pečovatelů u seniorů s demencí zabránění vzniku pádu a jsou neefektivnější.

Druhým cílem bylo zjistit nejčastější okolnosti a příčiny pádů. Z výzkumného šetření vyplývá, že za pád je zodpovědný zdravotní stav pacientů/klientů, popřípadě zhoršení zdravotního stavu. Dále často k pádům dochází, když senioři přecení své fyzické možnosti a nemají potřebnou sílu k přesunu či chůzi. K pádům může přispívat i nevhodná obuv, zmatenost a neklid.

Posledním cílem bylo zjistit názor ošetrovatelského personálu na problematiku pádů a jejich řešení v DZR. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny sestry i pečovatelé mají zkušenosti s pády pacientů/klientů. Některé sestry si myslí, že demence má veliký vliv na vznik pádu. U některých pacientů/klientů díky demenci nepomáhají žádná preventivní opatření. V odpovědích sester párkrát zazněla i individualita pacienta/klienta. Záleží na potřebách seniora a u každého pacienta/klienta se uplatňuje jiný přístup.

Celkově mají sestry a pečovatelé četné zkušenosti s problematikou pádů. Dle výzkumného šetření sestry mají větší povědomí o problematice pádů než ošetřovatelé. Jejich důležitou rolí je prevence pádů a poskytování následné péče po pádu. Dále také zajišťují bezpečí pacientů/klientů. Vzdělávání ošetřujícího personálu by dále pozitivně vedlo ke snížení rizika pádu.

Seznam literatury

- 1) BIELAKOVÁ, K., KUBEŠOVÁ, H., 2018. Závratě a pády jako častá symptomatologie kardiovaskulárního postižení ve vyšším věku. *Kardiologická revue – Interní medicína*. 20(1), 44-46. ISSN 2336-288x.
- 2) BIELAKOVÁ, K., et al., 2014. Prevence a management instability a pádů u geriatrických pacientů. *Geriatric a gerontologie*. 3(1), 25-28. ISSN 1805-4684.
- 3) BOR, A., et al., 2017. Medication use and risk of falls among nursing home residents: a retrospective cohort study. *Int J Clin Pharm*. 39, 408-415. doi.org/10.1007/s11096-017-0426-6.
- 4) BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., 2016. Posudzovanie rizika pádu u hospitalizovaných pacientov – komparatívna štúdia. In: BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. 16-17 s. ISBN 978-80-7464-826-7.
- 5) CETLOVÁ, L., KAFKOVÁ, M., 2011. Bezpečnostní pás jako prevence pádu pacienta v nemocnici Havlíčkův Brod, *Florence*, Praha: Armbit Media. 7(7-8), 8-9. ISSN 1801-464X.
- 6) ČEVELA, R., et al., 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
- 7) ČELEDOVÁ, L., et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
- 8) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 2006. [online]. [cit. 2019-01-12]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 37, s. 1257 - 89. ISSN 1211 – 1244. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>.
- 9) DOSTÁLOVÁ, B., NAHODILOVÁ, H., 2011. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení. *Zdravotnictví a medicína*. [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>.

- 10) FICK, D., M., et al., 2015. Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *American Geriatrics Society*. 63(11), 2227-46. doi: 10.1111/jgs.13702.
- 11) HANZLÍKOVÁ, A., et al., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- 12) HEGYI, L., KRAJČÍK, Š., 2010. *Geriatría*. Bratislava: Herba. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6
- 13) HERMAN, J., et al., 2008. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: T.I.G.E.R. 159 s. ISBN 978-80-7013-477-1.
- 14) HOLMEROVÁ, I., STUDNICKÁ, E., © 2015. *Alzheimerova choroba: Jak pečovat o nemocného v pokročilém stadiu demence* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/jak-pecovat-o-nemocneho-v-pokrocilem-stadiu-demence/>.
- 15) HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. Rizika a nevýhody podávání antipsychotik v dlouhodobé péči u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 15(2), 58-61. ISSN 1803-5272.
- 16) HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 202 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
- 17) HOLMEROVÁ, I., et al. 2013. Strategie české alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatría a gerontologie*. Praha: Česká lékařská společnost. 2(3), 158-164. ISSN 1805-4684.
- 18) HRONOVSKÁ, L., 2012. Závratě, instabilita a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 14(12), 470-472. ISSN 1212-7299.
- 19) HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- 20) HUDÁKOVÁ, A., et al., 2014. *Prevence pádů a disability*. *Sestra*. 24(5), 30-32. ISSN 1210-0404.

- 21) JAROŠOVÁ, D. et al., 2014. *Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých*. [online]. RNAO. Ostrava: Lékařská fakulta. [cit. 2019-01-12]. 85 s. Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>.
- 22) JENSEN, L. E., PADILLA, R. 2011. Effectiveness of interventions to prevent falls in people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy*. 65, 532-540. doi 10.5014/ajot.2011.002626.
- 23) JETT, K., F., TOUHY, T., A., 2010. *Ebersole and Hess gerontological nursing and healthy aging*. 3. vydání. St. Louis: Mosby Elsevier. 483 s. ISBN 978-0-323-05701-1.
- 24) JIRÁK, R., et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- 25) JOHANIDESOVÁ, S., 2014. Neuropsychologické vyšetření u neurodegenerativních onemocnění. In: RUSINA, R. et al., *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. 252 s. ISBN 978-80-204-3300-8.
- 26) JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 27) KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 28) KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Galén. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 29) KALVACH, Z., et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Galén. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- 30) KENNY, R., A., et al., 2011. Sum mary of the updated AGS/BGS clinical practice guideline for prevention of falls in older person. *J Am Geriatr Soc*. 59(1), 148-157. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
- 31) KOBAYASHI, N., et al., 2009. Severity of dementia as a risk factor for repeat falls among the institutionalized elderly in Japan. *Nursing and Health Sciences*. 11(4). s. 388-396. ISSN 1442-2018.

- 32) KOSSE, N., et al., 2015. Factors related to the high fall rate in long-term care residents with dementia. *International Psychogeriatrics*. 27(5), 803-814. doi:10.1017/S104161021400249X.
- 33) KOZÁKOVÁ, R., 2016. *Hodnocení rizika pádů u seniorů*. [online]. [cit. 2018-12-16]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EicobvF1WiMy5n1jOGfwopQ/?query=hodnocen%ED%20rizika%20p%E1du&serp=1>.
- 34) KRAJČÍK, Š. 2008. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrici*. Bratislava: Charis. 192 s. ISBN 978-80-88743-72-9.
- 35) KUCKIR, M. et al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.
- 36) MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 319 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 37) MARTINKOVÁ, J., BOTÍKOVÁ, A., 2010. Prevence pádů u pacienta s Alzheimerovou chorobou. *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství: Sborník příspěvků*. Opava: Slezská univerzita, s. 178-180. ISBN 978-80-7248-607-6.
- 38) MATĚJKOVÁ, A., 2015. *Pád jako časný příznak Alzheimerovy choroby*. [online]. Pardubická nemocnice: Geriatrické centrum, [cit. 2019-04-7]. 37 s. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000288.pdf?seek=1444989342>.
- 39) MILTA, O., 2017. The Rapid Geriatric Assessment: A Quick Screen for Geriatric Syndromes. *Missouri Medicine*. 114 (2), 101-104. ISSN 0026-6620.
- 40) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 41) MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 42) MORSE M., J., 2009. *Preventing Patient Falls*. 2. vydání. New York: Springer Publishing Company. 169 s. ISBN 978-0-8261-0389-5.

- 43) NÉMETH, F., et al., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 190 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- 44) OPAVSKÝ, J., 2011. *Bolest v ambulatní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf. 349 s. ISBN 978-80-7345-247-6.
- 45) PELLFOLK, T., et al., 2009. Risk factors for falls among residents with dementia living in group dwellings. *Int Psychogeriatr.* 21(1), 187-194. <https://doi.org/10.1017/S1041610208007837>.
- 46) POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatel'ství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- 47) POKORNÁ, A., et. al., 2017. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí- Metodika nežádoucí událost PÁD*. [online]. Praha: UZIS. [cit. 2019-04-9]. 40 s. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_plna_verze_metodiky\(1\).pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_plna_verze_metodiky(1).pdf).
- 48) POSPÍCHAL, J., JEDLINSKÁ, M., 2013. Přítomnost vybraných rizikových faktorů pádu u hospitalizovaných geriatrických pacientů. *Praktický lékař.* 93(1), 23-25. ISSN 0032-6739.
- 49) PROKOPOVÁ, I., 2018. Farmakoterapie Alzheimerovy demence a přidružených neuropsychiatrických symptomů – 1. část. *Psychiatrie pro praxi.* 19(1), 7-10. ISSN 1803-5272.
- 50) PROKOPOVÁ, I., 2018. Farmakoterapie Alzheimerovy demence a přidružených neuropsychiatrických symptomů – 2. část. *Psychiatrie pro praxi.* 19(2), 58-63. ISSN 1803-5272.
- 51) REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 52) RUSINA, R., et al., 2010. Léčba pokročilé demence-paliativní přístup. *Neurologie pro praxi.* 11(1), 16-19. ISSN 1803-5280.
- 53) RUSINA, R. et al., 2014. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. 252 s. ISBN 978-80-204-3300-8.

- 54) SAKAMOTO Y, et al., 2012. Fall prevention using olfactory stimulation with lavender odor in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 60(6). 1005-1011. ISSN 1532-5415.
- 55) SCHULER, M., et al., 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- 56) STRYJA, J., 2008. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum. 199 s. ISBN 978-80-86256-60-3.
- 57) STUDENSKI, S., WOLTER, L., 2010. Instability and falls. In: *Free medical textbooks*. [online]. [cit. 2019-4-23]. Dostupné z: <https://medtextfree.wordpress.com/2010/10/01/chapter-19-instability-and-falls/>.
- 58) SUCHÁ, J., HÁTLOVÁ, B., 2012. *Pohybové aktivity pro pacienty s demencí* [online]. Praha: Pfizer [cit. 2019-02-24]. 27 s. Dostupné z: <http://www.vzpominkovi.cz/data/files/pohybove%20aktivity.pdf>.
- 59) SUCHÁ, J., HOLMEROVÁ, I., 2016. Psychomotorická terapie u seniorů s demencí. *Tělesná kultura*. 39(1), 35-39. ISSN 1803-8360.
- 60) SVOBODOVÁ, D., 2013. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. *Florence*. 9(6), 23-32. ISSN 1801-464X.
- 61) TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- 62) VYBÍHALOVÁ, L. et al., 2013. Problematika pádů ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 23(10), 11-12. ISSN 1210-0404.
- 63) WEBER, P., 2007. Geriatricie. In: DÍTĚ, P., et. al., *Vnitřní lékařství*. 2. vydání. Praha: Galén, s. 509-522. ISBN 978-80-7262-496-6.
- 64) WEBER, P., KUBEŠOVÁ, H., 2011. Geriatricie. In: SOUČEK, M., et al., *Vnitřní lékařství, 2 díl*. Praha: Grada. s. 1375-1400. ISBN 978-80-247-2110-1.
- 65) WESTERLIND, B., 2019. *Geriatric aspects of frail nursing home residents: A Swedish cohort study*. Sweden: LiU-Tryck. 88 s. ISBN 978-91-7685-101-2.

66) WILLIAMS B., A., et al., 2014. *Current diagnosis and treatment: Geriatric*. 2. vydání. New York: McGraw-Hill Professionals. 551 s. ISBN 978-0-07-179208-0.

67) WOOTEN, J., M., 2012. Pharmacotherapy Considerations in Elderly Adults. *South Med J*. 105 (8), 437-444. ISSN 0038-4348.

68) ZELENÍKOVÁ, R., et al., 2015. Intervence v prevenci pádů seniorů v institucích: přehledová studie. *Praktický lékař*. 95(1), 20-30. ISSN 0032-6739.

Seznam příloh

Příloha 1 – seznam otázek pro ošetrovatelský personál

Příloha 2 – záznamový arch pro pozorování

Příloha 1 – seznam otázek pro ošetrovatelský personál

- 1) Jaké jsou Vaše zkušenosti s problematikou pádů?
- 2) Jaké znáte preventivní opatření v prevenci pádů?
- 3) Jaká preventivní opatření aplikujete u pacientů/klientů v prevenci pádů?
- 4) Jaké jsou dle Vás nejefektivnější preventivní opatření pádů?
- 5) Jak postupujete po pádu klienta?
- 6) Jak na Vašem oddělení probíhá následné vyšetření klienta po pádu?
- 7) Vypozoroval/a jste, při jaké situaci či kdy pády nejčastěji vznikají?
- 8) Vypozoroval/a jste, kde k pádům nejčastěji dochází?
- 9) Co podle Vás nejčastěji pády způsobuje?
- 10) Jak zaznamenáváte vzniklé pády?
- 11) Jak na Vašem oddělení probíhá hledání příčin pádů?
- 12) Jaký vidíte význam v uplatňování preventivních opatřeních pádů?
- 13) Co byste chtěl/a zlepšit či doplnit ve vašem zařízení ohledně problematiky pádů?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Příloha 2 – záznamový arch pro pozorování

Úprava prostředí (podlahy, madla, osvětlení, odpočinková místa, velikost chodeb -> co nevyhovuje)	
Zabezpečení schodiště a jiných rizikových míst (ano/ne)	
Překážky (ano/ne)	
Kompenzační pomůcky (ano/ne), (jaké)	
Kontrola a dohled (dostatečný/nedostatečný)	
Postranice (ano/ne)	
Fixační pásy (ano/ne)	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Seznam zkratek

DZR/SPH – domov se zvláštním režimem/special-purpose home

CGA – funkční geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assessment)

IADL – test instrumentálních všedních činností (Instrumental Activities of Daily Living)

ADL – test základních všedních činností (Activities of Daily Living)

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

CMP – cévní mozková příhoda

EEG – elektroencefalografie

EKG – elektrokardiografie

AD – Alzheimerova demence

SŠ – střední škola

VŠ – vysoká škola

VOŠ – vyšší odborná škola

SOU – střední odborné učiliště

RZS – rychlá záchranná služba

MU – mimořádná událost

NU – nežádoucí událost

KPR – kardiopulmonární resuscitace