

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

PÁDY A ÚRAZY VE VYŠŠÍM VĚKU

Falls and injuries in elderly

Pavλίna Medlíková

Bakalářská práce

2013

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Pavlína Medlíková
Osobní číslo: Z09000124
Studijní program: B5341 Ošetrovateľství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Pády a úrazy ve vyšším věku
Zadávací katedra: Ústav zdravotnických studií

Zásady pro vypracování:

Cíle:

1. Zmapovat četnost pádů v Oblastní nemocnici Jičín, a.s.

2. Zjistit, jaké znalosti mají nelékařští zdravotničtí pracovníci o preventivních opatřeních při předcházení pádů.

Východiska:

Tématem bakalářské práce je problematika pádů a úrazů u starších pacientů v Oblastní nemocnici Jičín a.s.. Cílem práce je analyzovat příčiny a okolnosti pádů u pacientů vyššího věku na jednotlivých odděleních a zjistit, zda je možné tyto pády ještě nějakým způsobem redukovat.

Dalším cílem práce je pomocí dotazníku určeného pro nelékařské zdravotnické pracovníky zjistit, jaké znalosti mají o této problematice a jaká preventivní opatření používají.

Výzkumné předpoklady:

1. Nejvíce pádů a úrazů u pacientů vyššího věku se vyskytuje v Oblastní nemocnici Jičín, a.s. na interním oddělení

2. Nejčastěji dochází u pacientů k pádům v ranních hodinách.

3. V Oblastní nemocnici Jičín a.s. pracují nelékařští zdravotničtí pracovníci dle standardu týkajícího se pádů a úrazů.

Metoda:

kvantitativní

Technika:

analýza dokumentů, dotazník

Místo a čas výzkumu:

12/2011-2/2012 Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

Vzorek:

1. Nelékařští zdravotničtí pracovníci Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

2. Rozbor dat o sledování pádů v Oblastní nemocnici Jičín, a.s.

Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek a 10 grafů

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Joint Commission Resources. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, vydala Grada Publishing, a.s. 2007, 172 s ISBN 978-80-247-1715-9

ŠKRLA, P. Především neublížit : Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. 1. vydání, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005, 162 s ISBN 80-7013-419-4

MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s. 2006, 264 s ISBN 80-247-1399-3

ADAMS, B., HAROLD, C. E. editoři Sestra a akutní stavy od A do Z. 1. vydání Praha 1999, 488 s, ISBN 80-7169-893-8

DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., Kapesní průvodce zdravotní sestry. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s. 1996, 576 s, ISBN 80-71-69-294-8

Joint Commission International. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s. 2004, 288 s, ISBN 80-247-0629-6

Spojená akreditační komise České republiky. Národní akreditační standardy pro nemocnice. 2. vydání, účinné od 1.9.2009, vydala SAK ČR společně s nakladatelstvím TIGIS, spol.s.r.o., 2008 ISBN 978-80-903750-6-2

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Alena Jiroudková
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 15. září 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2012

prof. Dr. Ing. Eduard Kříž
rektor



doc. MUDr. Jaroslav Němec, Ph.D.
ředitel



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Číslo akademických studií

Studentka
Pavla MEDLÍKOVÁ
209000124
Přátelství 124
507 11 Valdice

Vyřizuje: Ing. Lenka Kozáková/485 353 774

V Liberci dne 14. června 2012
Č.j.: 12/8518/0379-02

Vyřídění k žádosti o ponechání tématu a prodloužení odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 6. 6. 2012, zaregistrované pod č.j.: 12/8518/0379-01, Vám sděluji, že souhlasím s ponecháním tématu bakalářské práce „Pády a úrazy ve vyšším věku“ a zároveň souhlasím s prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2013.

S pozdravem

doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



ŽÁDOST

Jméno: MEDLÍKOVÁ Pavlína
Ročník: 3. Osobní číslo: 209000424 Datum narození: 8.2.1997
Studijní obor: Biotechnologie ☒ Prezenční studium ☐ Kombinované studium
Adresa trvalého bydliště: Prácheň 124, Votavice 507 11
Adresa určená pro doručování: Prácheň 124, Votavice 507 11
Číslo telefonu: 723 347 229 E-mail: pavlina.medlikova@ctmbrn.cz

Důvodnění

Žádám o prodloužení termínu ukončení
bakalářského práce do 30.6.2013 "Přidání úrovně
a výšiny sílu" a pracovní úmístí.

Medliková
Mgr. Ing. Jana Medliková

v Liberci 6.6.2012

datum

Medliková

podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDRĚNÍ ŮSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

Inflema
11.6.2012 YLP

Rozhodnutí rektora:

P r o h l á š e n í

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména §60- školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Děkuji prim. MUDr. Aleně Jiroudkové za metodickou pomoc, odbornou konzultaci, za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Poděkování patří také PhDr. Janě Kučerové (manager kvality péče) za umožnění přístupu k potřebným datům a dále zdravotnickým pracovníkům Oblastní nemocnice Jičín a.s. za čas, který strávili nad vyplněním dotazníků, které jsem použila pro mou bakalářskou práci.

A určitě ne na posledním místě patří poděkování mé rodině a přátelům za jejich podporu během celého studia.

Anotace

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část obsahuje definování pojmů pády a úrazy, stáří a stárnutí, dále rizikové faktory pro pády, příčiny pádů, následky pádů a prevence pádů.

Praktická část práce se zaměřuje na dva cíle. Prvním cílem je zmapování celkového počtu pádů, rozděleného dále dle věku, oddělení a následků pádů v Oblastní nemocnici Jičín a.s.. Druhým cílem je zjistit, jaké vědomosti o problematice pádů a úrazů mají zdravotničtí pracovníci v Oblastní nemocnici Jičín a.s.

Klíčová slova: pády, úrazy, vyšší věk, stáří, stárnutí,

Annotation

Bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part contains the definition of terms falls and injuries, old age and aging, risk factors of falls as well as causes, consequences and prevention of falls.

The practical part of the thesis focuses on two aims. The first aim is to monitor the total number of falls divided by age, consequences and department of falls in the Regional Hospital Jičín a.s.. The second aim is to determine what knowledge about the issue of falls and injuries have medical employee's in the Regional Hospital Jičín a.s.

Key words: falls, , injuries, old age, age, aging

OBSAH

1.	ÚVOD.....	12
2.	STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	13
2.1	CHARAKTERISTIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	13
2.2	DEFINICE STÁRNUTÍ.....	14
2.3	DEFINICE STÁŘÍ	14
2.3.1	<i>Členění věkových kategorií ve stáří.....</i>	<i>14</i>
2.3.2	<i>Změny způsobené stářím</i>	<i>15</i>
2.4	VLIV FUNKČNÍ ZDATNOSTI NA KVALITU ŽIVOTA SENIORŮ	18
2.4.1	<i>Kategorie funkční zdatnosti seniorů dle Spirdusové.....</i>	<i>18</i>
2.5	KLADNÝ VLIV PRAVIDELNÉ POHYBOVÉ AKTIVITY	19
3.	PROBLEMATIKA PÁDŮ	20
3.1	DEFINICE PÁDŮ	20
3.2	RIZIKOVÉ FAKTORY PRO PÁDY.....	21
3.2.1	<i>Demografické a anamnestické údaje:.....</i>	<i>21</i>
3.2.2	<i>Diagnózy nebo onemocnění</i>	<i>21</i>
3.2.3	<i>Léky.....</i>	<i>22</i>
3.2.4	<i>Vlivy prostředí.....</i>	<i>23</i>
3.3	KLASIFIKACE PÁDŮ	23
3.4	FENOMENOLOGIE PÁDŮ	24
3.5	PŘÍČINY PÁDŮ.....	25
3.6	NÁSLEDKY PÁDŮ.....	27
3.7	HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU	28
3.8	POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ	29
3.9	PREVENCE PÁDŮ	30
4.	PROBLEMATIKA ÚRAZŮ	32
4.1	PORANĚNÍ HLAVY A MOZKU	32
4.2	PORANĚNÍ HRUDNÍKU A BŘICHA	33
4.3	PORANĚNÍ POHYBOVÉHO ÚSTROJÍ	33
5.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	36
5.1	CÍL VÝZKUMU	36
5.2	METODIKA VÝZKUMU	37
5.2.1	<i>Zdroje odborných poznatků.....</i>	<i>37</i>
5.2.2	<i>Charakteristika výzkumného vzorku</i>	<i>37</i>

5.2.3	<i>Použitá metoda šetření.....</i>	37
5.2.4	<i>Realizace šetření.....</i>	38
5.3	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA.....	38
5.4	ČETNOST PÁDŮ V OBLASTNÍ NEMOCNICI JIČÍN.....	56
5.4.1	<i>Srovnání pádů v letech 2011 a 2012.....</i>	65
5.5	DISKUZE:.....	68
5.5.1	<i>Cíle práce.....</i>	68
5.5.2	<i>Výzkumné předpoklady.....</i>	72
6.	ZÁVĚR.....	74
	SEZNAM LITERATURY	75
	SEZNAM TABULEK	77
	SEZNAM GRAFŮ.....	78
	PŘÍLOHY	79

Seznam zkratek

tj	- to je
např.	- například
RHB	- rehabilitace
EKG	- elektrokardiograf
EEG	- elektroencefalograf
apod.	- a podobně
tzv.	- tak zvané
a.s.	- akciová společnost
č.	- číslo
ARIP	anesteziologicko- resuscitační- intenzivní- péče
tzn.	- to znamená

1. Úvod

Pády představují ve věkové kategorii seniorů a chronicky nemocných pacientů nejčastější a současně nejrizikovější mimořádnou událost komplikující hospitalizaci. U seniorů vedou pády k závažnějším komplikacím než u mladších pacientů. [1, str. 7]

Pády u starších osob představují závažný problém, který významně zhoršuje kvalitu života. Je třeba věnovat pozornost prevenci těchto pádů na odděleních nemocnic, ale i v domácí péči seniorů. Pobyt seniora ve zdravotnickém zařízení patří ke stresující události v jeho životě. Náhle se ocitá v neznámém a pro něj rizikovém prostředí. Vysoký věk, pobyt v neznámém prostředí, snížená schopnost adaptace, polymorbidita, užívání některých skupin léků, to vše jsou faktory, které vedou ke zvýšenému riziku pádu. Tato mimořádná událost může způsobit poranění, prodloužit hospitalizaci a zkomplikovat základní onemocnění. Výskyt pádů se ve zdravotnickém zařízení sleduje z hlediska zvyšování kvality péče a stává se tak jedním z indikátorů kvality. Pády a úrazy pacientů způsobují také problémy zdravotníkům a zdravotnickým zařízením v hodnocení kvality ošetrovatelské péče. I toto je důvodem, proč je velmi důležité zabývat se ve zdravotnických zařízeních problematikou pádů a úrazů. Věnovat pozornost především prevenci, analyzovat příčiny a okolnosti vzniku pádů a následujícím opatřením.

Pracuji na jednotce intenzivní péče interního oddělení v Oblastní nemocnici v Jičíně a s pády u hospitalizovaných pacientů se setkávám často. Téma pády a úrazy ve vyšším věku jsem si vybrala proto, že tato problematika je dle mého názoru velmi aktuální a je nezbytné se jí zabývat v souvislosti se zvyšováním bezpečnosti a kvality ošetrovatelské péče.

2. Stáří a stárnutí

2.1 Charakteristika stárnutí a stáří

Stáří není nemoc. Je plynulým přechodem v rámci celého života.[20, str. 20]. Je to normální a nevyhnutelná část ve vývoji každého člověka. Stárnutí je proces, který probíhá již od narození. Je pochopitelné, že lidé chtějí žít dlouho a po celou dobu chtějí být zdraví a nezávislí na pomoci druhých. [17, str. 10]

U každého člověka probíhá proces stárnutí na všech orgánech, ale nestárnou najednou. Ani stárnutí tělesné a duševní neprobíhá současně. [15, str. 174] Stárnutí je individuální proces, který probíhá u každého jedince odlišně.

Období stárnutí a stáří je všeobecně chápáno negativně a s obavami. Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolím a ztráta možnosti seberealizace. Tyto obavy vedou často ke strachu z ponížení, ztráty respektu, důstojnosti, především při ztrátě soběstačnosti. Tyto obavy jsou mnohdy zbytečné, jelikož uvedené problémy nejsou pravidlem a pokud stáří probíhá fyziologicky, nemusí k nim vůbec dojít. Rozlišujeme dva typy stárnutí: stárnutí fyziologické a stárnutí patologické.

- **Fyziologické stárnutí** - probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození po zánik. (Vokurka, Hugo, 1998, s. 318)
- **Patologické stárnutí** - může se projevovat různými způsoby. Může docházet k předčasnému stárnutí, kdy kalendářní věk neodpovídá věku funkčnímu. Patologické stárnutí se také projevuje větší ztrátou soběstačnosti. [13, str. 14]

Stáří a stárnutí může být plnohodnotným a pozitivním úsekem života. Každý člověk by měl vyrovnaně přijímat svůj věk, umět vyplnit volný čas aktivitami, které mu přinášejí radost a uspokojují jeho psychosociální potřeby, užívat si třetí etapy života. Lidé v této životní etapě, by se měli snažit přizpůsobit životní styl a nebránit se

změnám, které vyžaduje jejich funkční zdatnost a zdravotní stav. Tyto změny by měly přijímat s klidem a vyrovnaností.

2.2 Definice stárnutí

Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická. (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 13)

2.3 Definice stáří

Haškovcová (1990, s. 58) charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou v až v pozdějším věku.

2.3.1 Členění věkových kategorií ve stáří

Věk je důležitým ukazatelem a je považován za jednu ze základních charakteristik člověka. Zejména ve stáří však věkový údaj nemá dostatečnou hodnotu. Věkové kategorie jsou rozděleny několika způsoby.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení:

- 65-74 let senescence (počínající, časné stáří)
- 75-89 let senium (neboli kmetství, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost)

V současné době je hodně rozšířené členění stáří dle Mühlpachra (2004):

- 65-74 let mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
 - 75-84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh chorob)
 - 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)
- [13, str. 14-16]

Dle statistického hodnocení délky lidského života se používá:

- Kalendářní věk- podle něho je člověk tak starý, kolik let uplynulo od jeho narození
- Biologický věk- ukazuje míru opotřebení organismu a vyjadřuje se hodnotami úbytku jednotlivých tělesných a duševních funkcí

Kalendářní věk je daný, biologický věk nelze přesně stanovit. Současnou realitou je pokračující demografické stárnutí populace a prodlužující se střední délka života. Osob starších 65 let v dnešní době přibývá. [15, str. 174] (aktuálně 15,1%) Je to dáno mimo jiné zvýšenou dostupností zdravotnické péče, ekonomickou situací a celkovým vývojem civilizace.

2.3.2 Změny způsobené stářím

Změny ve stáří jsou projevem biochemických změn, které jsou zakódované v molekule DNA každé buňky. Dochází ke změnám fyzickým, psychickým a sociálním. [15, str. 175]

Změny způsobené stářím probíhají u každého jedince odlišně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem. Postihují tělesné tkáně a orgány. Jednotlivé orgánové systémy zaznamenávají oslabení a zpomalení svých dosavadních funkcí. V. Pacovský (1994) rozlišuje tři typy funkčních změn:

- Úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové

- Vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci
- Zpomalení většiny funkcí [6, str. 19]

2.3.2.1 Tělesné změny ve stáří

Tělesné změny způsobené přibývajícím věkem postihují všechny tkáně a orgány. Hlavní roli zde hraje atrofie, především atrofie svalová.

Pohybový systém

Výška těla se snižuje, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají, ubývá kostní hmoty. Vazivo je méně pružné, chrupavky tuhnou a to zejména v kloubech. Dochází k úbytku svalové hmoty a tím k poklesu svalové síly. Pohyby starých lidí jsou pomalejší, kosti řídnou a stávají se křehčími, čímž vzniká vysoké riziko úrazů s následnými frakturami.

Kardiopulmonální systém

Ve stáří se snižuje funkce plic, klesá vitální kapacita plic. Srdce přečerpává menší množství krve a tím dochází ke snížení průtoku ostatními životně důležitými orgány. Stěny cév ztrácí pružnost, jsou tenčí, dochází ke kornatění cév s důsledky postihující celý organismus.

Trávicí systém

Snížená svalová síla a peristaltika způsobuje pokles motility tlustého střeva, což se projeví chronickou zácpou, která bývá ve stáří velmi častá. Může být i příčinou bolestí v oblasti bederní páteře.

Pohlavní orgány a vylučovací systém

Dochází k poklesu pohlavní činnosti, u muže se snižuje potence, u ženy přichází klimakterium. U žen se objevuje pokles dělohy, což vede často k inkontinenci, muži trpí často zbytněním prostaty. Klesá pružnost a kapacita močového měchýře.

Kožní systém

Atrofie kůže ve stáří je způsobená stárnutím kůže, především koria. Kůže ztrácí pružnost a ztenčuje se. Tvoří se vrásky, v souvislosti s ubýváním podkožního tuku a degenerací pojiva, vlasy šediví a řídnou. Kůže je tenká, nepružná, kožní turgor bývá snížený.

Nervový systém

Mezi projevy stárnutí nervového systému patří postupující ubývání počtu neuronů. Dochází k nerovnoměrnému úbytku neuronů. Z nervového systému je nejvíce postižen centrální řídicí orgán- mozek. [6, str. 20-21]

2.3.2.2 Psychické změny ve stáří

Jedná se zejména o změny v poznávacích schopnostech (vnímání, paměť, pozornost, myšlení, představy). Dochází ke snížení schopnosti adaptace na nové situace a podmínky, staří lidé si zakládají na svých zvycích a stereotypech. Senioři mívají často pocity méněcennosti a neužitečnosti. Ve stáří se mění pořadí hodnot, potřeb a cílů. [15, str. 176]

2.3.2.3 Sociální změny ve stáří

K hlavním změnám v sociální oblasti v období stáří patří: odchod do penze a s ním spojená změna životního stylu, osamělost, finanční obtíže, snížený kontakt s okolím. [7, str. 12]

2.4 Vliv funkční zdatnosti na kvalitu života seniorů

S civilizačním rozvojem se výrazně zlepšuje zdatnost seniorů. Tělesná zdatnost znamená zvládat běžné denní činnosti bez mimořádné únavy. Na kvalitu života má tělesná zdatnost zásadní vliv.

2.4.1 Kategorie funkční zdatnosti seniorů dle Spirdusové

Elitní senioři – žijí zcela samostatně, jsou schopni mimořádných výkonů, problémem může být nedostatek příležitosti k uplatnění svých dovedností.

Fit senioři – také žijí samostatně, zvládají např. život na odlehle samotě, pravidelně se věnují sportovním aktivitám, např. golfu nebo tenisu.

Nezávislí senioři - zvládají běžné problémy v nenáročných podmínkách (např. bydlení v bytech. Nepotřebují pomoc, jsou nezávislí, ale nemají funkční rezervy, při zátěži u nich dochází k selhávání (úraz, operace, stres).

Křehcí senioři – vykazují nízkou zdatnost, odolnost a adaptabilitu i k běžné zátěži. Lehce a často opakovaně se funkčně dekompenzují a/nebo se dostávají do obtížných situací například pády a s nimi spojené komplikace. Je zapotřebí zajistit jim pomoc rodiny nebo sociální služby. Vhodné je zajištění dostupnosti tísňové linky.

Závislí senioři – vyžadují stálou pomoc rodiny nebo sociální služby Jsou schopni zvládnout vlastní sebeobsluhu, potřebují pomoc v pohybu mimo byt.

Zcela závislí senioři – potřebují trvalý dohled při základních úkolech běžného života. Jedná se hlavně o seniory s pokročilým stadiem demence a imobilní pacienty, kterým je nezbytné poskytnout kompletní ošetrovatelskou péči.

Umírající senioři – vyžadují ucelenou paliativní péči [18, str. 14-15]. Především je potřeba těmto pacientům zajistit dostatečnou důstojnost, analgezii a kompletní ošetrovatelskou péči.

2.5 Kladný vliv pravidelné pohybové aktivity

Pravidelná pohybová aktivita má bezesporu pozitivní vliv na kvalitu života seniora. Zlepšuje funkci srdce a cév, snižuje zvýšené hodnoty cholesterolu a krevního tlaku, udržuje tělesnou hmotnost. Podporuje činnost imunitního systému, zlepšuje látkovou výměnu, pomáhá redukovat vlivy stresu, zvyšuje psychickou odolnost a výkonnost. Preventivně působí proti předčasnému nástupu tělesných a duševních poruch, zvyšuje pocit sebejistoty a důvěry ve vlastní síly.

Pravidelné cvičení snižuje riziko pádu. Projeví se jistější a rychlejší chůzí, delším krokem, větší svalovou silou, stabilitou, vyšší odolností proti externím vlivům. Důležitá je také snaha o trénování rovnováhy. Cvičení může i u nejstarších seniorů vést ke zlepšení rovnováhy a tak i ke zlepšení kvality chůze. Rovnováha a síla spolu těsně souvisejí, a proto intenzita cvičení musí být taková, aby alespoň částečně zvýšila svalovou sílu a tím preventivně působila proti atrofii svalů. Pravidelná pohybová aktivita také působí pozitivně na psychiku seniorů, při fyzické aktivitě dochází k vyplavování endorfinů, které způsobují dobrou náladu, pocity štěstí a tlumí bolest. [14, str. 67] Doporučují se pravidelné procházky 3-5 kilometrů denně, turistika nebo například plavání 30 minut týdně. Pohybová aktivita závisí na fyzických možnostech každého seniora.

3. Problematika pádů

Ve zdravotnických zařízeních jsou pády považovány za mimořádnou událost, která může mít pro geriatrického pacienta vážné následky. Pády pacientů mohou být zaviněny nesprávným vyhodnocením rizika pádu, pochybením zdravotníků, nesprávně stanovenou diagnózou, ale také nedostatečnou supervizí samotných pacientů.[2, str. 111]

Problematika pádů by měla být jedním z předních zájmů, která by zdravotnická zařízení měla brát v úvahu. Dle statistik jsou pády nevýznamnější mimořádnou událostí v nemocnicích. Pády nezpůsobují pouze úrazy, ale působí také negativně na mobilitu pacientů, fyzické i duševní zdraví, soběstačnost a kvalitu života. Pády a jejich následky mohou prodloužit hospitalizaci a zvýšit riziko dalších pádů.[1, str. 9]

Cílem zdravotnického zařízení by měla být snaha co nejvíce eliminovat počet pádů, identifikovat rizikové pacienty, informovat je o nutnosti preventivních opatření, edukovat pacienty i jejich rodinné příslušníky o problematice pádů, získat si jejich důvěru a spolupracovat s nimi.

I přes veškerou snahu zdravotníků k pádům přesto dochází a je povinností zdravotnických zařízení minimalizovat následky pádů, zajistit důsledné vyšetření a ošetření pacienta postiženého pádem a každý pád důkladně zdokumentovat.[3]

3.1 Definice pádů

V současné době nebyla přijata jednotná definice pádů, proto pády zůstávají definovány a také hlášeny různými způsoby. Je ale velmi důležité, aby každé zdravotnické zařízení mělo svoji definici pádu a tak mohlo přesně a soustavně sledovat a hodnotit získaná data. Zde jsou některé z uznávaných definic:

- Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze.

- Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo nižším povrchu (se svědkem), nebo takovou událost oznámí (bez svědků). Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou, jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat.
- Událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta nebo části jeho těla na zemi nebo na jiné podložce, která je níže než pacient.
- Mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.

Poté, co zdravotnické zařízení přijme svoji definici pro pády, je nutné, aby ji přijala všechna oddělení zdravotnického zařízení a řídila se jí. To je nezbytné k tomu, aby byly pády řádně hlášeny a mohly být analyzovány.[1, str. 21]

3.2 Rizikové faktory pro pády

3.2.1 Demografické a anamnestické údaje:

- věk nad 65 let,
- pády v anamnéze,
- strach z pádů,
- délka pobytu ve zdravotnickém zařízení.

3.2.2 Diagnózy nebo onemocnění

Zvýšené riziko pádů hrozí pacientům, s některou z níže uvedených diagnóz nebo jejich kombinací.

- srdeční arytmie
- tranzitorní ischemické ataky
- cévní mozkové příhody

- Parkinsonova nemoc
- delirium
- demence
- onemocnění pohybového aparátu,
- nejistá chůzí
- snížená svalová síla dolních končetin
- sarkopenie
- hypoglykemie
- zlomeniny v anamnéze
- ortostatická hypotenze
- inkontinence moče nebo stolice
- poruchy zraku nebo sluchu
- závratě
- dehydratace
- nesprávné použití kompenzačních pomůcek

3.2.3 Léky

Významnou roli v příčině pádu hraje také farmakologická terapie. Většina seniorů užívá několik lékových skupin současně, a proto je důležité vždy zvážit nutnost užívání těchto léků. [19, str. 129] Mezi hlavní rizikové skupiny, které se mohou podílet na vzniku pádu patří:

- diuretika
- antiarytmika
- antihypertenziva
- antidepressiva
- antidiabetika
- nesteroidní protizánětlivé léky
- neuroleptika
- psychotropní látky
- sedativa

- vazodilatancia
- analgetika
- hypnotika
- laxativa
- polyfarmakoterapie

3.2.4 Vlivy prostředí

Nelze podceňovat ani vliv prostředí, ve kterém se pacient pohybuje. Velice důležité je seniora, kterého přijímáme do zdravotnického zařízení seznámit s prostředím. Adaptace na nové prostředí je individuální a je třeba mu věnovat patřičnou pozornost. Každého pacienta informujeme o všech případných překážkách, důležité je seznámení se signalizačním zařízením, které má pacient stále na blízku a také důkladné seznámení pacienta s prostředím. Mezi hlavní rizikové faktory lze bezpochyby zahrnout:

- Špatně zvolená obuv
- Rozmístění a tvar nábytku (výška židlí a lůžek)
- Špatné osvětlení
- Kluzká podlaha, různé koberečky, předložky
- Vybavení koupelny (chybějící madla, příliš nízké nebo naopak vysoko umístěné vybavení koupelny) [1, str. 73, tabulka]

3.3 Klasifikace pádů

Pro lepší pochopení příčin pádů můžeme použít různé klasifikační metody, které jsou založeny na faktorech fyziologických a faktorech prostředí. Dle americké výzkumné pracovnice Janice Morse můžeme pády rozdělit na:

Náhodné pády - znamenají neúmyslné upadnutí pacienta. Pacient může zakopnout či uklouznout a upadnout v důsledku selhání pomůcek nebo díky faktorům prostředí, jako je například rozlitá tekutina na podlaze.

Nepředvídatelné fyziologické pády - jsou takové, kdy fyzická příčina pádu není součástí pacientova rizikového faktoru pro pád. Pád je způsoben stavem, jenž nemohl být do doby pádu předvídan - např. mdlobou, epileptickým záchvatem nebo patologickou zlomeninou krčku.

Předvídané fyziologické pády - se stávají pacientům, které řadíme na stupnici rizika pádů jako riziková. Mezi kritéria hodnocení rizika pádů patří: pád v anamnéze, zhoršená chůze, nevhodné pomůcky k chůzi, porucha duševních funkcí.

Podle J. Morse je přibližně 14% nemocničních pádů náhodných, 8% nepředvídaných a zbývající jsou předvídané fyziologické pády. [1, str. 23]

3.4 Fenomenologie pádů

Pády zhroucením - postižený náhle ztrácí svalový tonus a klesá k zemi. Příčiny můžeme rozdělit na cerebrální (epilepsie, kataplexie, tranzientní ischemická ataka, náhlý vzestup nitrolebního tlaku při uzavěru likvorových cest) a extracerebrální (ortostatická hypotenze, kardiální synkopa). U těchto pádů bývá příčina zjevná již z odebrané anamnézy, pokud ne, je nutná monitorace EKG (Holter), krevního tlaku, popřípadě EEG.

Pády skácením - příčinou těchto pádů je těžká porucha rovnováhy, člověk padá „jako kláda“ chybí obranné reflexy, často jsou spojeny se zraněním.

Pády zakopnutím – pády zakopnutím směřují obvykle dopředu, na předpažené ruce. Bývají způsobeny zakopnutím palcem nebo špičkou nohy o povrch podlahy nebo o nějakou překážku, kterou se nepodařilo při pohybu těla vpřed překročit. Příčinou může být distální slabost nebo spasticita nohy, které nedovolí provést dostatečnou dorziflexi v kotníku. Další příčinou těchto pádů tvoří poruchy chůze vyznačující se drobnými šoupavými kroky. Tato chůze je typická u Parkinsonovy choroby. Pacient nedostatečně zvedá chodidlo od podlahy a zakopne tak o sebemenší nerovnost.

Pády zamrznutím – podobně jako pády zakopnutím směřují pády zamrznutím dopředu. Příčinou je záraz končetiny v průběhu chůze, kdy noha zůstane „přilepena“ k podlaze, ale tělo pokračuje dopředu, aniž by došlo ke kompenzačnímu vykročení.

Nediferencované pády – u některých pádů se nepodaří fenomenologické zařazení pro jejich atypický ráz. Jejich příčinou je často nepozornost nebo nepřizpůsobení chůze podmínkám terénu ze strany seniora. Tyto pády se často objevují u pacientů s demencí nebo s ložiskovými lézemi frontálních či parietálních laloků. S dalším rozvojem onemocnění se časem může vyvinout některý z typických vzorců pádu. [4, str. 179]

3.5 Příčiny pádů

Na vzniku pádu se podílí mnoho faktorů. Je třeba vždy zvážit všechna možná rizika, která mohou vést ke vzniku pádu a snažit se je ovlivnit. Znalost příčin pádů je velmi důležitá v jejich prevenci. Pokud sestra zná dobře rizika, která zvyšují předpoklad pádu, může některá tato rizika eliminovat a tím předcházet výskytu pádů a úrazů u pacientů.

Příčiny pádů můžeme rozdělit na dvě základní skupiny, a to pády z vnitřních příčin a pády z vnějších příčin.

Endogenní příčiny pádů

Na pádech z vnitřních příčin se podílí hlavně celkový stav pacienta. Velkou roli zde hrají choroby vyskytující se častěji ve stáří. Jsou to kardiovaskulární choroby, především ortostatická hypotenze, hypertenze, synkopa, srdeční selhávání, arytmie, dále diabetes mellitus, neurologická a cerebrovaskulární onemocnění, jako jsou cévní mozkové příhody, epilepsie, neuropatie, ateroskleróza mozkových cév, Parkinsonova choroba. Gastrointestinální potíže, urogenitální potíže, psychiatrické poruchy, poruchy zraku a sluchu.

Exogenní příčiny pádů

Mezi vnější příčiny vzniku pádů řadíme především pády způsobené nevhodným přizpůsobením okolí pacienta. Tato rizika můžeme snadněji ovlivnit a odstranit. Do pádů z vnějších příčin můžeme zahrnout:

Nevhodnou obuv – u všech pacientů s poruchami chůze je nezbytná pevná a bezpečná obuv. Naprosto nevhodná je chůze na podpatcích, chůze s rozvázanými tkaničkami, obuv bez pevné paty, sešlapané boty nebo nevhodně zvolená velikost bot. Správná obuv je velice důležitá v prevenci vzniku pádů.

Nebezpečný povrch – především kluzký povrch v koupelně, ve vaně, kluzké podlahové krytiny, prahy, ale také náledí. Dále pak shrnovací povrch, kdy příčinou pádů jsou různé koberečky, rohožky apod.. Prevencí těchto pádů je vybavení koupelen protiskluzovými podlahami a záchytnými madly, koberce by měly být na pevno přidělané k podlaze, nejlépe by měly podlahu pokrývat celou, tedy ode zdi ke zdi.

Překážky – v domácím prostředí jsou to zejména prahy, přípojné kabely elektrických spotřebičů, nevhodně rozmístěný nábytek, venku jsou častou překážkou obrubníky, schody, v nemocnicích pak hlavně nezabrzdné noční stolky a další vybavení pokoje. Samozřejmě by měla být bezbariérová úprava prostředí, v němž se senioři pohybují.

Léky a alkohol – Působení alkoholu je častou příčinou pádů a následných úrazů i v mladším věku. Může se jednat jak o chronický alkoholismus, kdy dochází k častým neuropatiím a svalovým atrofiím, tak o akutní ebrietu. Z léků, které zvyšují riziko pádu patří především:

- Léky navozující útlum- psychofarmaka, včetně anxiolytik, hypnotik, a centrálně působících antihistaminik. Psychofarmaka také mohou způsobit ortostatickou hypotenzi.
- Antihypertenziva- především pak diuretika, která kromě snížení tlaku zhoršují inkontinenci, nutí nemocné k rychlému vstávání a tím zvyšují riziko vzniku pádu. [5]

3.6 Následky pádů

K nejvýznamnějším problémům, kterým musí čelit zdravotnická zařízení při řešení problematiky pádů patří morbidita, mortalita a finanční náklady spojené s pády a úrazy v nemocnicích i jiných zdravotnických zařízeních. Mezi následky, které se týkají přímo pacienta, je především změna jeho zdravotního stavu způsobená pádem. Pacientovi se prodlužuje doba hospitalizace, stává se závislým na svém okolí a to nepříznivě působí na jeho psychický stav. Další rekonvalescenci mohou prodlužovat obavy a strach z možného dalšího pádu. [1, str. 29]

Zlomeniny a jiná poranění

Nejčastějšími zlomeninami způsobenými pády jsou: fraktura krčku stehenní kosti, Collesova zlomenina předloktí, kompresivní fraktury obratlů. Zlomeniny v důsledku pádů postihují většinou ženy než muže. Je to způsobené vyšším výskytem osteoporózy u žen staršího věku. Časté jsou popáleniny, opařeniny, obávané jsou intrakraniální hematomy. Při pádech dochází ke kontuzím měkkých tkání, či kostřče, které bývají velmi bolestivé a mohou být příčinou dočasné ztráty soběstačnosti.

Nemožnost vstát

Po pádu je senior často neschopen sám vstát. Hrozí podchlazení, popřípadě rabdomyolýza, pokud postižený zůstane dlouhou dobu ležet bez možnosti pohybu. Obzvláště ohrožení nemožností vstát jsou pacienti obézní a pacienti s těžkou osteoartrózou nebo s výraznou svalovou dekondukcí.

Úzkost a deprese

Při opakovaných pádech senioři často výrazně omezují své aktivity, což nepříznivě působí na jejich psychiku a tělesnou kondici. Hlavně osamělí senioři mají obavy z toho, že pokud upadnou, zůstanou dlouho ležet bez pomoci na zemi.

Ztráta soběstačnosti

Opakované pády seniorů patří k nejčastějším příčinám jejich umístění do trvalé ústavní péče.

Následky pádů můžeme rozdělit na časté a pozdní. Mezi časté patří výše uvedené odřeniny, zlomeniny, kontuze a hematomy, mezi pozdní důsledky řadíme vznik částečné nebo úplné imobility pacienta a následky s ní spojené. [5]

3.7 Hodnocení rizika pádu

U každého pacienta je zapotřebí vyhodnotit riziko pádu co nejdříve po přijetí do zdravotnického zařízení a vytipovat ty pacienty, u kterých je toto riziko největší. Všichni členové zdravotnického týmu se musí seznámit s aktuálním rizikem pádu u každého pacienta a všichni pacienti se zvýšeným rizikem pádu, by měli být identifikováni barevným identifikačním štítkem tak, aby bylo zřejmé, že jsou ohroženi vznikem pádu. Toto označení je důležité zejména pro zdravotnický personál, který tak ihned pozná, že pacient je ohrožen pádem a provede náležitá opatření.

Hodnocení rizika pádu by mělo být prováděno opakovaně, v průběhu celé hospitalizace, především pak při jakékoli změně zdravotního stavu pacienta. Důsledné vyhledávání rizikových pacientů přispívá ke snižování mimořádných událostí způsobených pády.

Při hodnocení pacienta se zaměřujeme především na přítomnost rizikových faktorů. K tomu nám slouží různé hodnotící škály a testy. Mezi nejčastěji užívané patří: Gaitův funkční test - určení rovnováhy/prevence pádů¹, Test Stand up and go (vstaň a jdi). [4, str. 99]², Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiho³, Barthelův test základních všedních činností (ADL)⁴, Hodnocení rizika pádu dle Morse⁵, screeningový test na určení rizika pádů.

¹ Příloha č. 1: Gaitův funkční test – určení rovnováhy/prevence pádů

² Příloha č. 2: Test Stand up and go

³ Příloha č. 3 Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiho

⁴ Příloha č. 4: Barthelův test základních všedních činností

⁵ Příloha č. 5: Hodnocení rizika pádu dle Morse

3.8 Použití omezovacích prostředků

Použití omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí.

Omezovací prostředky lze použít po té, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity jiné mírnější postupy, než je použití omezovacích prostředků, například slovní uklidnění a zvýšený dohled zdravotnickým pracovníkem.

Při použití omezovacího prostředku musí být dbáno důstojnosti člověka a jeho soukromí. [16]

Hlavním cílem zdravotnického týmu je zajistit bezpečnost pacienta, dále zajistit klid a bezpečnost ostatních pacientů a ochrana majetku zdravotnického zařízení. Použití omezovacích prostředků je krajním řešením, které působí velkou psychickou zátěž pacientovi, který je omezen a jeho blízkým.

Nežli přistoupíme k použití omezovacích prostředků, musíme nejdříve vyčerpat všechny ostatní možnosti, jak zajistit bezpečnost pacienta. Omezení je indikováno lékařem, nutná je důsledná dokumentace. Omezovací prostředky nelze používat k usnadnění péče o pacienta. Omezovací prostředky můžeme rozdělit na fyzické, mechanické a farmakologické.

Metody vhodné k předcházení použití omezovacích prostředků:

- dostatek pohybových aktivit během dne (způsobí přirozenou únavu), nutné provádět pod dohledem ošetřujícího personálu
- zvýšený počet personálu v péči o neklidné pacienty,
- vyhovující denní režim,
- vhodné prostředí.

Přes veškerou profesionalitu je použití omezovacích prostředků náročný zákrok. V péči o seniory není běžně používáno umístění do terapeutické izolace.

K omezení pohybu pacienta lze použít tyto omezující prostředky:

- fyzické – úchopy, držení rukama, vždy postupujeme šetrně, je nutné personál vyškolit v užití těchto metod a sebeobraně,
- mechanické – omezovací pásy, manžety, síťová lůžka, izolační místnosti, zamčené dveře a všechny další mechanické zábrany bránící volnému pohybu člověka,
- farmakologické – užití uklidňujících léků (neuroleptika, sedativa, antipsychotika). [7, str. 53]

Použití omezovacích prostředků podléhá legislativním předpisům.

3.9 Prevence pádů

Prevence je soubor opatření, která předcházejí mimořádným událostem a jejich následkům. Je to nejúčinnější způsob, jak předcházet pádům a jejich následkům. Cílem prevence je co nejvíce snížit riziko pádů a co nejméně tím omezit aktivity pacienta.

Velmi důležitá je identifikace rizikových pacientů a následné určení stupně jeho ohrožení. Pokud zjistíme, že pacient je ohrožen rizikem pádu, přistoupíme k příslušným opatřením. Tato opatření jsou uvedena ve standartu ošetrovatelské péče každého zdravotnického zařízení.

Nezbytná je edukace pacienta a jeho blízkých, zaměřená na prevenci vzniku pádu. Dále je nutné pacienta seznámit s prostředím poučit o bezpečnostních opatřeních, jako je vhodné vstávání z lůžka, nácvik sedu, chůze a použití signalizačního zařízení. Též je nutné zaměřit se na úpravu prostředí, ve kterém pacient bude pobývat, použití ochranných a kompenzačních pomůcek, zajištění volné cesty například na toaletu, stabilní nábytek (zabrzdná kolečka u nočních stolků atd.), vhodné osvětlení, protiskluzové podlahy. V koupelnách, na toaletách a chodbách by měla být instalována pevná madla, která současně usnadňují vstávání. Důležité je seniora důkladně seznámit s používáním opěrných pomůcek, jako jsou berle, francouzské hole apod. Lékař by měl posoudit nutnost užívání léků zhoršujících stabilitu a rovnováhu. Můžeme také použít chrániče kyčlí, které chrání trochanter při pádu na bok. [4]

Chrániče kyčlí tzv. protektory jsou pro pacienty se zvýšeným rizikem pádu velmi vhodné. Dnes již existují různé varianty, které zohledňují některé problémy uživatelů, jako například spodní prádlo s chrániči kyčlí pro inkontinentní pacienty s pásky na suchý zip. Oblékání i svlékání chráničů vyžaduje dostatek času a často k tomu pacient potřebuje pomoc druhé osoby. Nutné ovšem je, aby byly chrániče dobře nasazeny a mohly tak správně plnit svoji funkci. Je vhodné, používat chrániče i v noci, protože pády v noci při cestě na toaletu jsou velmi časté. Na noc lze použít měkčí variantu chráničů. [8, str. 143]

Velká pozornost by měla být věnována obuvi seniora. Obuv by měla být vhodná, kvalitní, lehká, s pevnou patou či páskem.[9, str. 44]

Pacienti se zvýšeným rizikem pádu by měli být uloženi na pokoji co nejbližší u sesterny, označení identifikačním barevným náramkem. Měli by být častěji kontrolováni jak ve dne, tak i v noci. Důležité je zaznamenání rizika pádu v ošetrovatelské dokumentaci a důsledné upozornění při předávání hlášení.

Součástí sociálního šetření a preventivního programu je také zhodnocení domácího prostředí a identifikování možných rizik v souvislosti se změnami ve vyšším věku. V domácnosti je senior nejčastěji ohrožen pádem při provádění běžných denních činností. [6, str. 145]

4. Problematika úrazů

S narůstajícím věkem pádů přibývá. Dle statistik, jsou pády nejčastější mimořádnou událostí ve zdravotnických zařízeních. V každém roce postihne pád přibližně 20-30% osob ve věku 65-69 let a až 50% osob ve věku nad 85 let. Vyšší výskyt pádů postihuje ženy a to přibližně dvakrát více než muže, hospitalizované pacienty a osoby v dlouhodobé ústavní péči. Riziko pádu také zvyšují akutní a chronická onemocnění.[10, str. 163]

Úrazy jsou nejčastějším následkem pádů a v konečné fázi představují téměř v 50% příčinu smrti.[11, str. 153] Mezi významný faktor, který se podílí na vzniku pádu je věk pacienta. Zranění, které vznikne následkem pádu snižuje soběstačnost pacienta, může vést k imobilizačnímu syndromu i k předčasnému úmrtí. Mezi nejzávažnější úrazy u seniorů, které vzniknou v důsledku pádu řadíme zlomeniny. Jsou to nejčastěji zlomeniny krčku femuru, Collesova fraktura předloktí a kompresivní zlomeniny obratlů.

Další vážné úrazy jsou kraniocerebrální poranění, především subdurální a epidurální krvácení, kontuze a komoce mozku. Dále dochází často k poranění měkkých tkání, převážně kontuzím a odřeninám, které se vyznačují velkou bolestivostí a tím výrazně omezují pacienta. Dalším závažným důsledkem pádů je stres a podchlazení z důvodu dlouhého nuceného setrvání ve vynucené poloze a nemožnosti vstát. [12, str. 354]

4.1 Poranění hlavy a mozku

U seniorů je poranění hlavy a mozku ještě závažnější, než u mladší populace, protože tamponádový efekt je minimální. Neurony nesnesou stejný stupeň poškození, protože mají snížený metabolický celulární statut. Výskyt subdurálního krvácení je daleko častější, než krvácení epidurální. Pokud se však objeví, mívá fatální následky, jestliže není včas diagnostikován a léčen. Pokud po mozkovém poranění trvá bezvědomí u seniora déle než 12 hodin, bývá úmrtnost více než 50%. Obnova mentálních schopností je u seniorů výrazně menší a pomalejší, zlepšení bývá někdy

pozorováno až po 6 měsících po proběhlém úraze. [11, str. 154] Obavy a strach z dalšího pádu mohou vést k depresi a omezení soběstačnosti.

4.2 Poranění hrudníku a břicha

Mezi častá poranění způsobená pádem jsou tupá poranění hrudníku, spojená s frakturami žeber. Za tyto zlomeniny může většinou přítomná osteoporóza. Pneumotorax a hemotorax jsou relativně vzácnější. I přesto může poranění hrudníku vést u starých osob k časně dechové nedostatečnosti a plicní dekompenzaci.

Další poměrně častou komplikací jsou následná onemocnění po tzv. „malém traumatu hrudníku“. Jedná se o pneumonie, dechovou nedostatečnost a důsledky celkové hypoxie poraněného organismu. Z tohoto důvodu jsou nutné hospitalizace a pozorování i u relativně „lehčích traumat“.

Méně častěji se vyskytuje poranění břicha. Je ale o to víc závažnější, jelikož pacienti ve vyšším věku mají snížený práh bolesti a neuvedou možnost břišního poranění, na které lékaře upozorní až zhoršující se celkový stav pacienta. Z parenchymových orgánů jsou nejčastěji poraněna játra a mezenterium. [11, str. 154]

4.3 Poranění pohybového ústrojí

Tato poranění řadíme mezi nejčastější ve vyšším věku, pokud nepočítáme povrchová poranění, jako jsou odřeniny a hematomy. Incidence poranění skeletu je daleko větší u žen, což nepochybně souvisí s vyšší aktivitou a průměrnou délkou života, daleko většímu výskytu osteoporózy. Téměř každou takovou zlomeninu považujeme za patologickou, jelikož k jejímu vzniku je zapotřebí daleko menší síly, než na zdravé kosti. Zlomeniny se u starších osob vyskytují převážně na místech, která jsou nejvíce postižena zmiňovanou osteoporózou. Mezi zcela typická lomná místa řadíme distální

radius, horní konec stehenní kosti, páteř- především v bederním a hrudním úseku a horní konec pažní kosti. [11, str. 154-155]

VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Výzkumná část

5.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části je zmapovat četnost pádů, jejich následky a okolnosti jejich vzniku v Oblastní nemocnici Jičín a.s. Cílem dotazníkového šetření je zjistit jaké znalosti mají nelékařští zdravotničtí pracovníci o preventivních opatřeních v problematice pádů a zda pracují dle standardu pro pády vytvořeném pro Oblastní nemocnici Jičín a.s..

Cíle práce:

1. Zmapovat četnost pádů v Oblastní nemocnici Jičín a.s.
2. Zjistit, jaké znalosti mají nelékařští zdravotničtí pracovníci o preventivních opatřeních při předcházení pádu.

Výzkumné předpoklady:

1. Nejvíce pádů a úrazů u pacientů vyššího věku se vyskytuje v Oblastní nemocnici Jičín a.s. na interním oddělení
2. Nejčastěji dochází u pacientů k pádům v ranních hodinách
3. V Oblastní nemocnici Jičín a.s. pracují nelékařští zdravotničtí pracovníci dle standardu týkajícího se pádů a úrazů

5.2 Metodika výzkumu

5.2.1 Zdroje odborných poznatků

Informace potřebné pro zmapování četnosti pádů v Oblastní nemocnici Jičín a.s. jsem získala od manažera kvality PhDr. Jany Kučerové. Data potřebná pro vytvoření dotazníku jsem získala na základě prostudování odborné literatury a časopisů.

5.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum probíhal v rámci Oblastní nemocnice Jičín a.s.. Celkem bylo osloveno 100 respondentů. Při vyplňování dotazníků byl osloven nelékařský personál, především zdravotní sestry a také pečovatelky. Z tohoto celkového počtu bylo navraceno 76 dotazníků, ze kterých byl po manuální kontrole pro neúplnost vyřazen 1 dotazník. Ke konečnému zpracování bylo použito tedy 75 dotazníků, tedy 75%.

5.2.3 Použitá metoda šetření

Pro zpracování praktické výzkumné části byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu formou analýzy dokumentů a anonymního dotazníku.

Při získávání dat jsem analyzovala dokumenty za rok 2012 týkající se mimořádných událostí souvisejících s pády v Oblastní nemocnici Jičín a.s.. Použitý dotazník obsahuje soubor otázek vytvořených pro získání údajů potřebných pro výzkumné šetření. Dotazník byl zpracován v tištěné podobě, kterou jsem osobně rozdávala na jednotlivá oddělení Oblastní nemocnice Jičín a.s.. Respondenti své odpovědi zaznamenávali do dotazníku pomocí zaškrťování nebo kroužkování. Dotazník obsahuje uzavřené a polozavřené otázky. U polozavřených otázek měli respondenti možnost vypsání své vlastní odpovědi.

Dotazník obsahuje celkem 18 otázek a to:

- 12 uzavřených otázek (otázky č. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15),
- 6 polozavřených otázek (otázky č. 3, 8, 14, 16, 17, 18).

Dotazník byl vypracován samostatně za pomoci vedoucí bakalářské práce Prim. MUDr. Aleny Jiroudkové. Otázky byly zpracovány tak, aby byly jasné, srozumitelné a pochopitelné. Úvodem dotazníku je respondentům objasněn cíl a záměr výzkumného šetření a instrukce k vyplnění a také informace o jejich anonymitě.

Srozumitelnost otázek v dotazníku byla ověřena na 5 respondentech. Nebyly nalezeny žádné nesrovnalosti, a proto byl dotazník dále rozeslán v požadovaném množství.

5.2.4 Realizace šetření

Výzkumné šetření se uskutečnilo v letech 2011 – 2012. Analýza dokumentů probíhala v roce 2012 a 2013, ale potřebná data jsou za celý rok 2011 a 2012. Dotazníkové šetření probíhalo od 1. 12. 2012 do 14. 2. 2013.

5.3 Výsledky dotazníkového šetření a jejich analýza

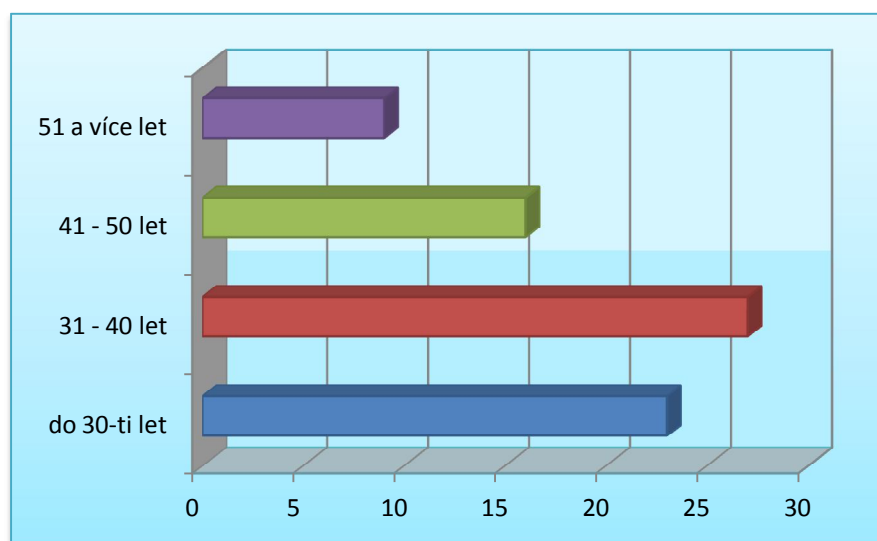
První část otázek se týkala zjištění obecných informací, jako je věk respondenta, délka praxe, vzdělání respondentů a oddělení, na kterém pracují.

Věkové složení

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) tvořilo největší skupinu 27 respondentů (36%) ve věkovém rozmezí 31-40 let. 23 respondentů (31%) bylo ve věku do 30-ti let. Dalších 16 respondentů (21%) bylo analyzováno ve věkové kategorii 41-50 let. Nejméně, 9 respondentů (12%) se zařadilo do věkové kategorie 51 a více let.

Tabulka 1: Věkové složení respondentů

<i>Věková kategorie</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
do 30-ti let	23	31%
31 - 40 let	27	36%
41 - 50 let	16	21%
51 a více let	9	12%
celkem	75	100%



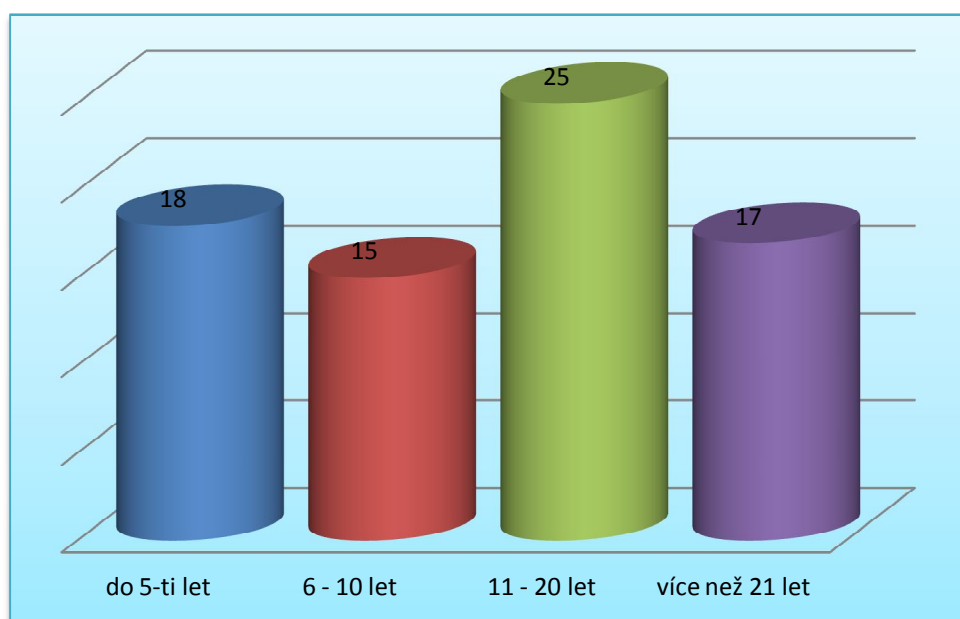
Graf 1: Věkové složení respondentů

Délka praxe

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) uvedlo 25 respondentů (33%), že pracuje ve zdravotnictví 11-20 let. Dále 18 respondentů (24%) pracuje ve zdravotnictví do 5- ti let. Celkem 17 respondentů (23%) se zařadilo do skupiny, která ve zdravotnictví pracuje déle než 21 let. Poslední skupinu tvořili respondenti, kteří ve zdravotnictví pracují 6-10 let. Těchto bylo z celkového počtu dotázaných 15 (20%). Z následující tabulky je tedy patrné, že skupina dotázaných respondentů je poměrně rovnoměrně rozdělená, dle délky vykonávané praxe.

Tabulka 2: Délka praxe

<i>Délka praxe</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
do 5-ti let	18	24%
6 - 10 let	15	20%
11 - 20 let	25	33%
více než 21 let	17	23%
Celkem	75	100%



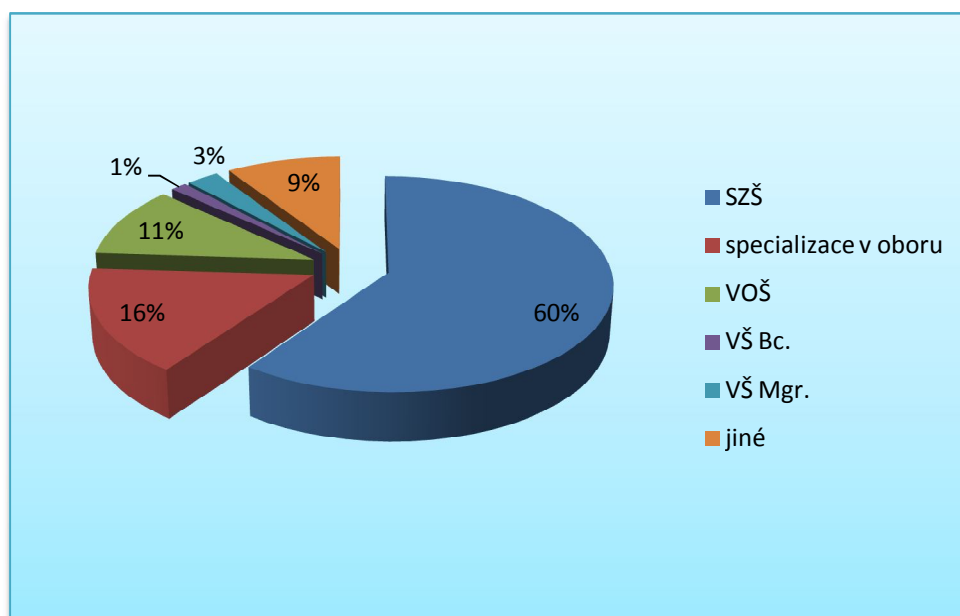
Graf 2: Délka praxe

Nejvyšší dokončené vzdělání

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) tvořila nejpočetnější skupinu 45 respondentů (60%) skupina se středním zdravotnickým vzděláním. Dalších 12 respondentů (16%) uvedli specializaci v oboru. 8 respondentů (11 %) uvedlo jako své nejvyšší dokončené vzdělání vyšší odborné, 1 respondent (1%) ze všech dotázaných uvedl, že má dokončené bakalářské studium. Celkem 2 respondenti (3%) jako své nejvyšší dokončené vzdělání uvedli magisterské. Do kategorie jiné, se zařadilo celkem 7 respondentů (9%). Pokud jde o vzdělání, pak je jeho složení dobře patrné z následujícího grafu.

Tabulka 3: Nejvyšší dokončené vzdělání

<i>Nejvyšší dokončené vzdělání</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
SZŠ	45	60%
specializace v oboru	12	16%
VOŠ	8	11%
VŠ Bc.	1	1%
VŠ Mgr.	2	3%
Jiné	7	9%
Celkem	75	100%



Graf 3: Nejvyšší dokončené vzdělání

V kategorii specializace v oboru odpovědělo celkem 12 respondentů. 6 respondentů je specializováno v oboru ARIP, nebo intenzivní péče, 3 respondenti jsou specialisti v oboru chirurgie, 2 respondenti mají specializované vzdělání v oboru geriatric a 1 respondent má specializaci v oboru klinické onkologie. V kategorii jiné odpovědělo 7 respondentů. Všechny 7 uvedlo, že pracují jako sanitáři(ky).

Pracoviště

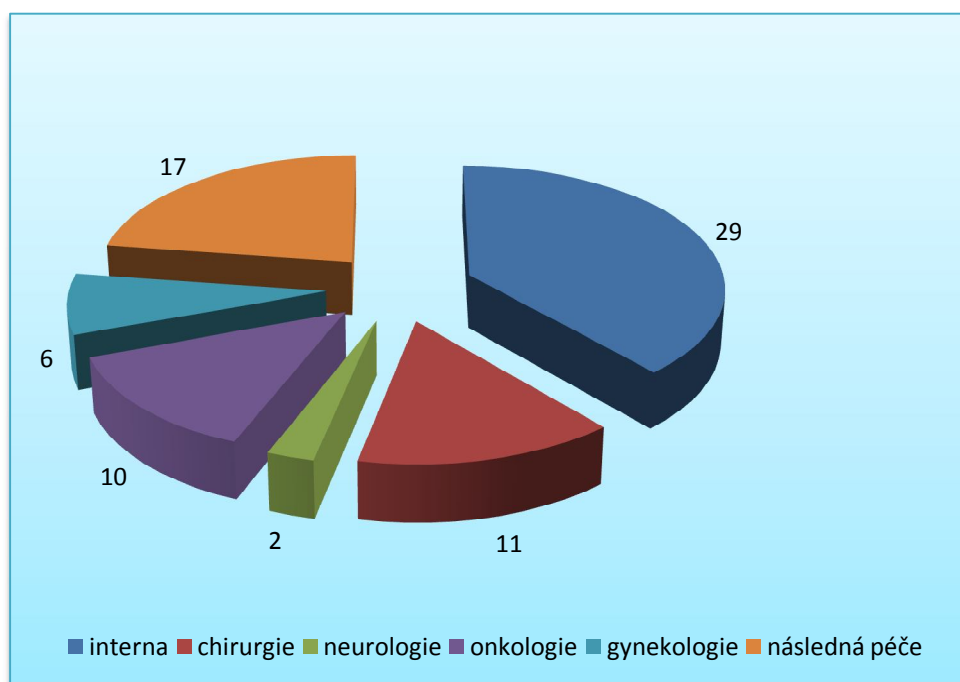
Z celkového počtu 75 respondentů (100%) pracuje nejvíce respondentů 29 (39%) na interním oddělení. Druhou nejpočetnější skupinou respondentů 17 (23%), byli zaměstnanci, kteří pracují na oddělení následné péče. 11 dotázaných (15%) pracuje na chirurgickém oddělení. Na oddělení onkologie pracuje 10 dotázaných (13%). 6

respondentů (8%) uvedlo, že pracuje na gynekologickém oddělení a 2 respondenti (3%) pracují na oddělení neurologie.

Byli osloveni zaměstnanci z různých oddělení, jak je patrné z následujícího grafu, nejvíce odpovídajících pracuje na oddělení interním a oddělení následné péče, neboť tato oddělení patří k největším v Oblastní nemocnici Jičín. Dále byli osloveni pracovníci z oddělení chirurgie, neurologie, onkologie a gynekologie.

Tabulka 4: Na jakém oddělení pracujete

<i>Oddělení</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
interna	29	39%
chirurgie	11	15%
neurologie	2	3%
onkologie	10	13%
gynekologie	6	8%
následná péče	17	23%
celkem	75	100%



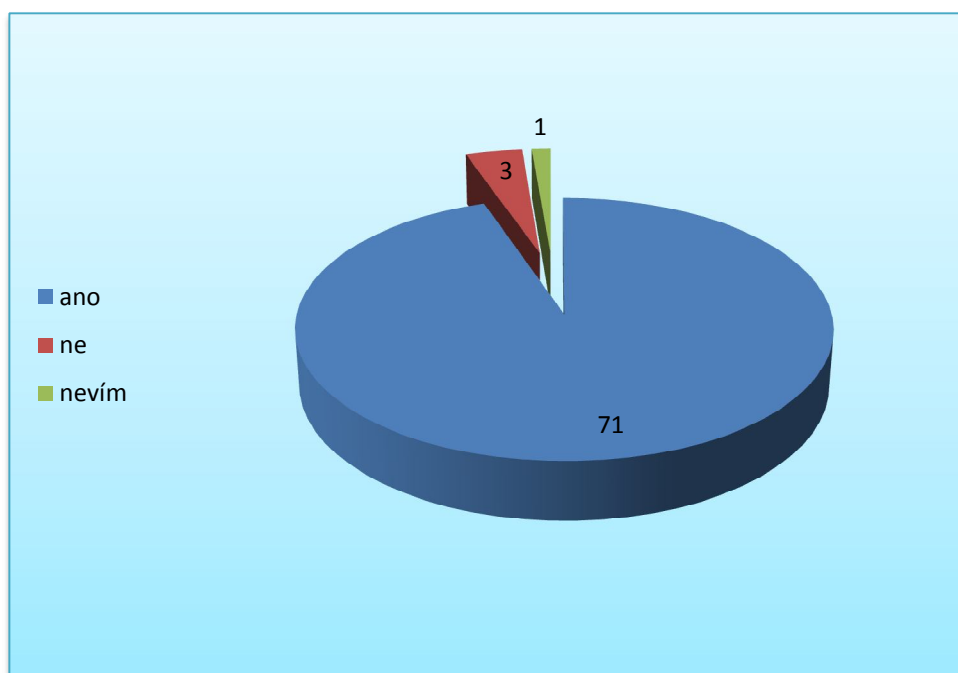
Graf 4: Na jakém oddělení pracujete

Sledovanost pádů

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) odpovědělo na tuto otázku celých 71 respondentů (95%) kladně, 3 respondenti (4%) záporně a 1 respondent (1%) neví, zda na oddělení, kde pracuje, sledují četnost pádů.

Tabulka 5: Sledovanost pádů

<i>Sledujete na Vašem oddělení četnost pádů?</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
ano	71	95%
ne	3	4%
nevím	1	1%
celkem	75	100%



Graf 5: Sledovanost pádů

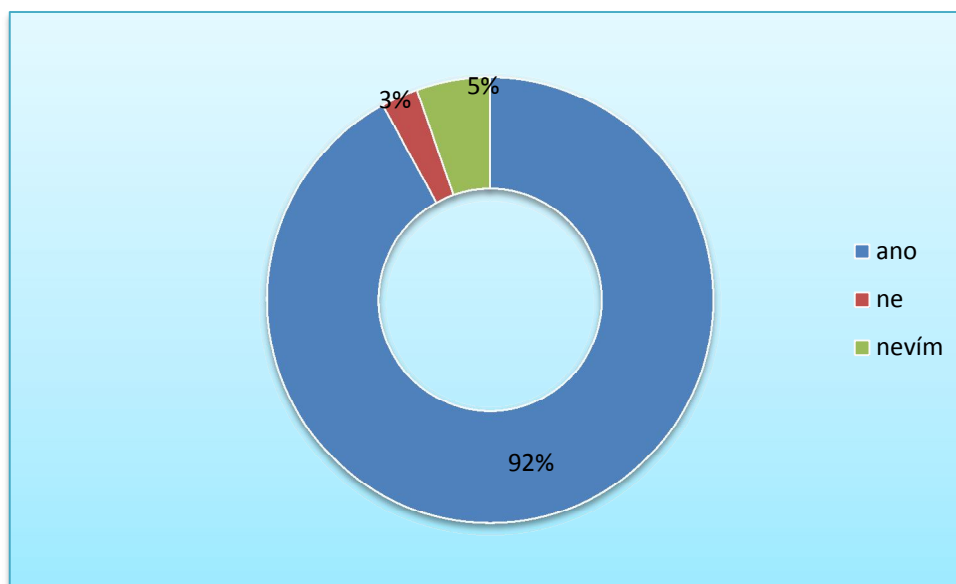
Důležitost sledování problematiky pádů

Z celkového počtu 75 respondentů (100%), si 69 dotazovaných (92%) myslí, že je důležité zabývat se problematikou pádů ve zdravotnických zařízeních. 4 respondenti

(5%) neví, zda je důležité se touto problematikou zabývat a 2 respondenti (3%), označili zápornou odpověď. Nepovažují tedy za nutné zabývat se ve zdravotnictví problematikou pádů.

Tabulka 6: Důležitost sledování problematiky pádů

<i>Důležitost sledování problematiky pádů</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
ano	69	92%
ne	2	3%
nevím	4	5%
celkem	75	100%



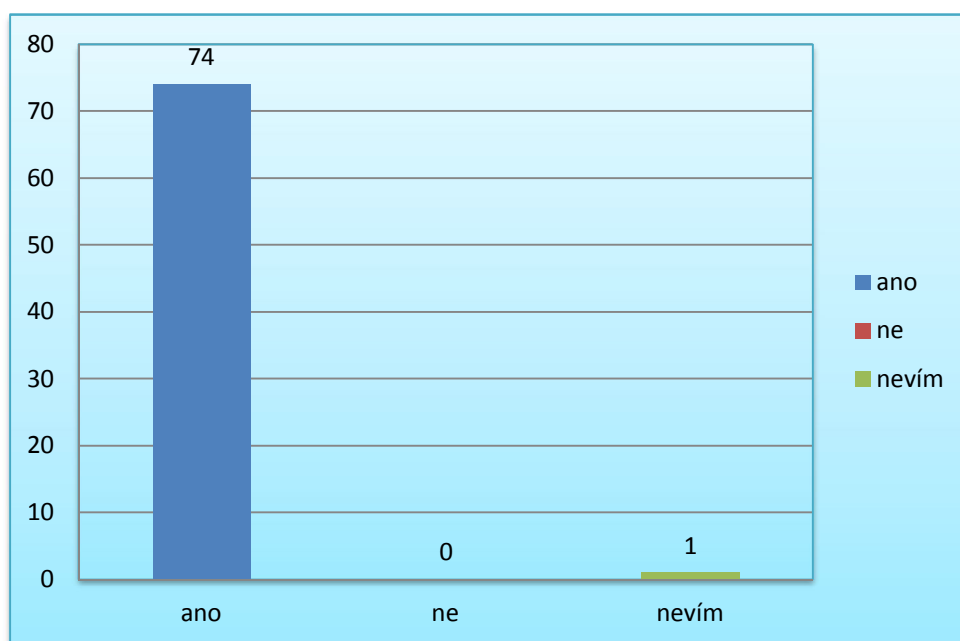
Graf 6: Důležitost sledování problematiky pádů

Využití standardu pro pády

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) naprostá většina, tedy 74 respondentů (99%) odpovědělo, že na svém oddělení pracují podle standardu zabývající se problematikou pádů. 1 respondent (1%) neví, zda se na jeho pracovišti podle tohoto standardu pracuje a žádní respondenti neuvedli, že dle standardu nepracují.

Tabulka 7: Využití standardu pro pády v praxi

<i>Pracujete dle standardu?</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
ano	74	99%
ne	0	0%
nevím	1	1%
celkem	75	100%



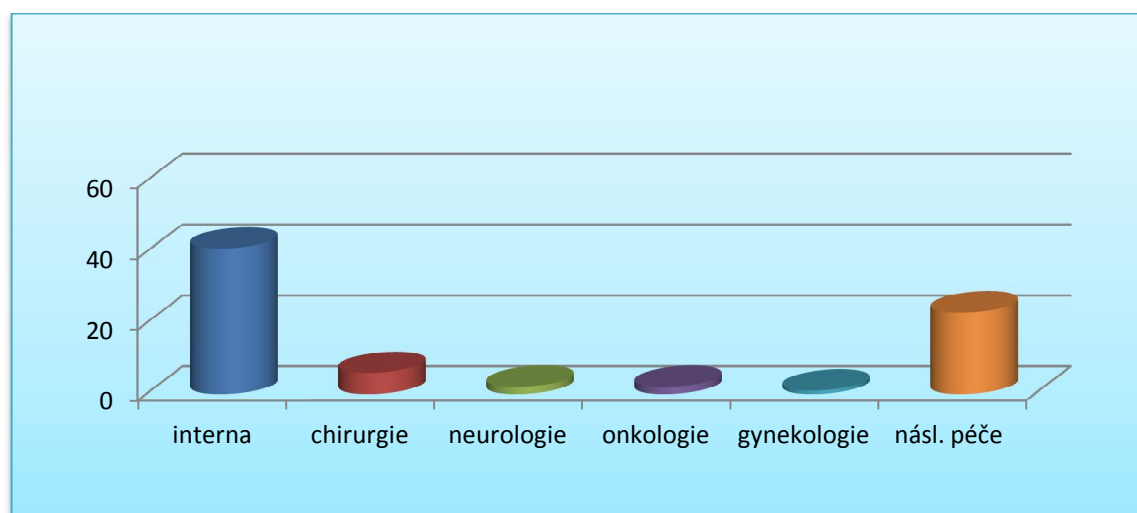
Graf 7: Využití standardu pro pády v praxi

Na kterém oddělení dochází nejčastěji k pádům?

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) uvedlo 41 respondentů (55%), že nejvíce dochází k pádům na interním oddělení. Dále 23 respondentů (31%) uvedlo oddělení následné péče. 6 respondentů (8%) považuje chirurgii za oddělení, na kterém dochází k nejvíce pádům. 2 respondenti (3%) uvedli oddělení neurologie, stejně tak 2 respondenti (3%) uvedli oddělení onkologie. Pouze 1 dotazovaný respondent (1%) zvolil gynekologické oddělení jako oddělení, na kterém dochází nejčastěji k pádům.

Tabulka 8: Oddělení, na kterém dochází nejčastěji k pádům

<i>Oddělení</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
interna	41	55%
chirurgie	6	8%
neurologie	2	3%
onkologie	2	3%
gynekologie	1	1%
následná péče	23	31%
celkem	75	100%



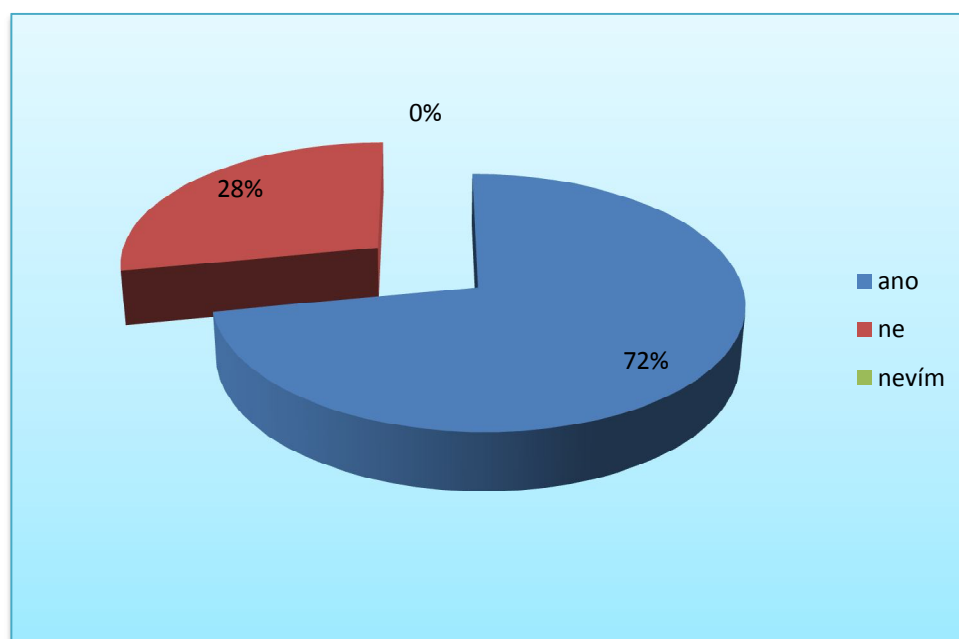
Graf 8: Oddělení, na kterém dochází nejčastěji k pádům

Je možné důsledným dodržováním preventivních opatření předcházet vzniku pádu?

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) zvolilo 54 respondentů (72%) kladnou odpověď. Zápornou odpověď uvedlo celkem 21 respondentů (28%). Žádný z respondentů nezvolil odpověď „nevím“.

Tabulka 9: Lze předcházet pádům při dodržování preventivních opatření

<i>Lze předcházet pádům dodržováním preventivních opatření</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
ano	54	72%
ne	21	28%
nevím	0	0%
celkem	75	100%



Graf 9: Lze předcházet pádům při dodržování preventivních opatření

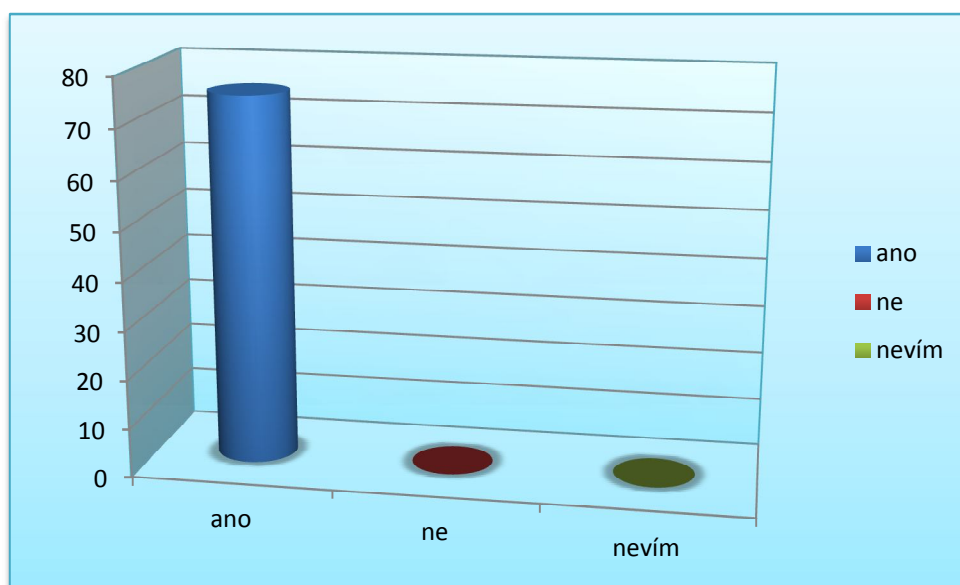
Znáte preventivní opatření používaná ke snížení rizika pádu?

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) , uvedlo všech 75 respondentů (100%) kladnou odpověď. Žádný z respondentů neuvedl, že by neznal nebo nevěděl, jaká jsou preventivní opatření, která vedou ke snížení rizika pádu.

Tabulka 10: Znalost respondentů preventivních opatření

ke snížení rizika pádu

<i>Znáte preventivní opatření ke snížení rizika pádu</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
ano	75	100%
ne	0	0%
nevím	0	0%
celkem	75	100%



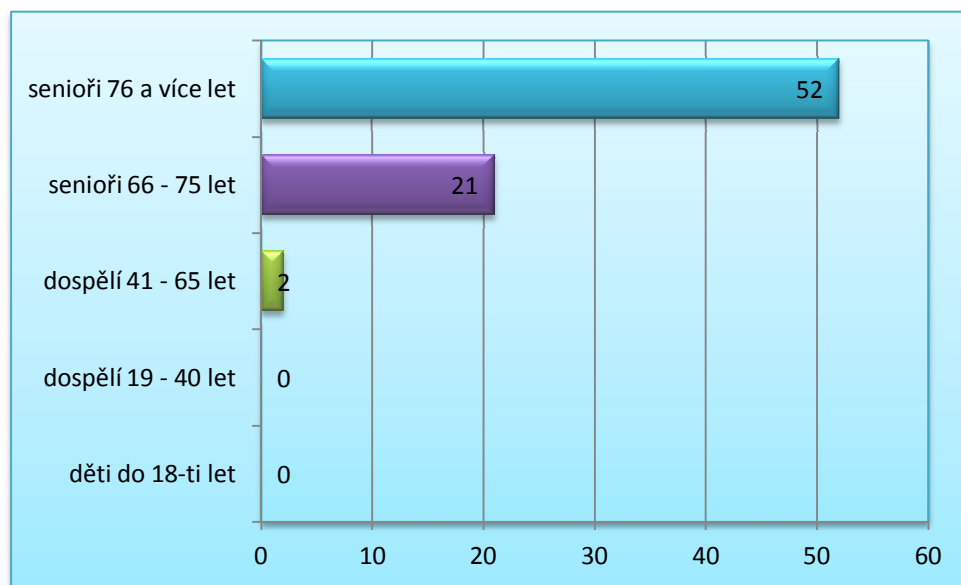
Graf 10: Znalost respondentů preventivních opatření ke snížení rizika pádu

Ve které věkové kategorii podle Vás dochází nejčastěji k pádům?

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) uvedlo 52 respondentů (69%), že nejvíce ohroženou skupinou jsou senioři ve věkové kategorii 76 a více let. Dále pak 21 respondentů (28%) uvedlo jako nejrizikovější skupinu seniory ve věkovém rozmezí 66 - 75 let. Pouze 2 respondenti (3%) se domnívají, že nejvíce k pádům dochází ve věkové kategorii dospělých 41-65 let. Žádný z respondentů neuvedl věkovou kategorii dospělí 19-40 let a kategorii děti do 18-ti let.

Tabulka 11: Věkové kategorie nejvíce ohrožené pádem

<i>Věková kategorie</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
děti do 18-ti let	0	0%
dospělí 19 - 40 let	0	0%
dospělí 41 - 65 let	2	3%
senioři 66 - 75 let	21	28%
senioři 76 a více let	52	69%
celkem	75	100%



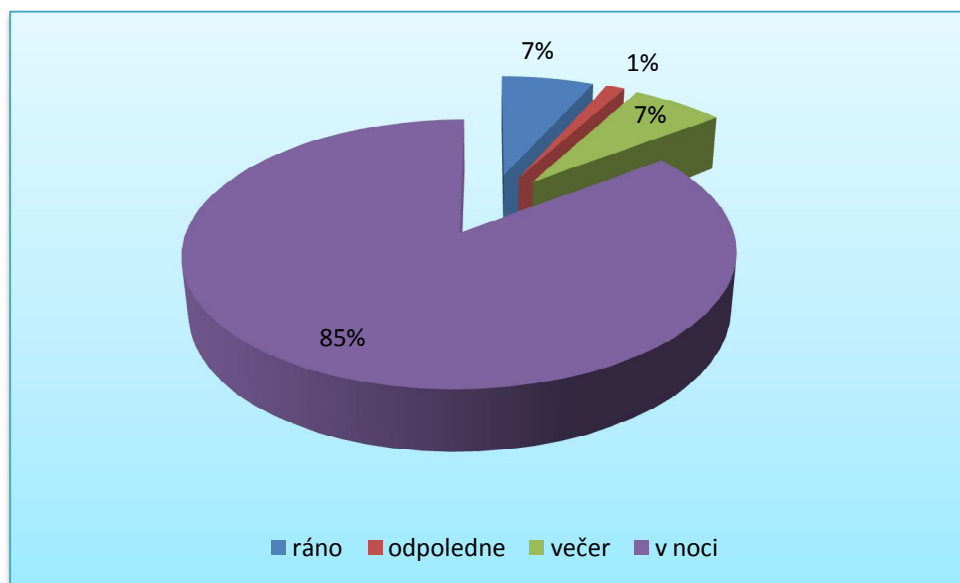
Graf 11: Věkové kategorie nejvíce ohrožené pádem

Ve které denní době podle Vás dochází nejčastěji k pádům?

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) odpovědělo 64 respondentů (85%), že nejčastěji dojde k pádu v noci. 5 respondentů (7%) uvedlo jako nejrizikovější denní dobu večer. Stejně tak 5 respondentů (7%) uvedlo, že nejčastěji dojde k pádu ráno. 1 respondent (1%) si myslí, že nejvíce dochází k pádům odpoledne.

Tabulka 12: Denní doba, ve které nejčastěji dojde k pádu

<i>Denní doba</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
ráno	5	7%
odpoledne	1	1%
večer	5	7%
v noci	64	85%
celkem	75	100%



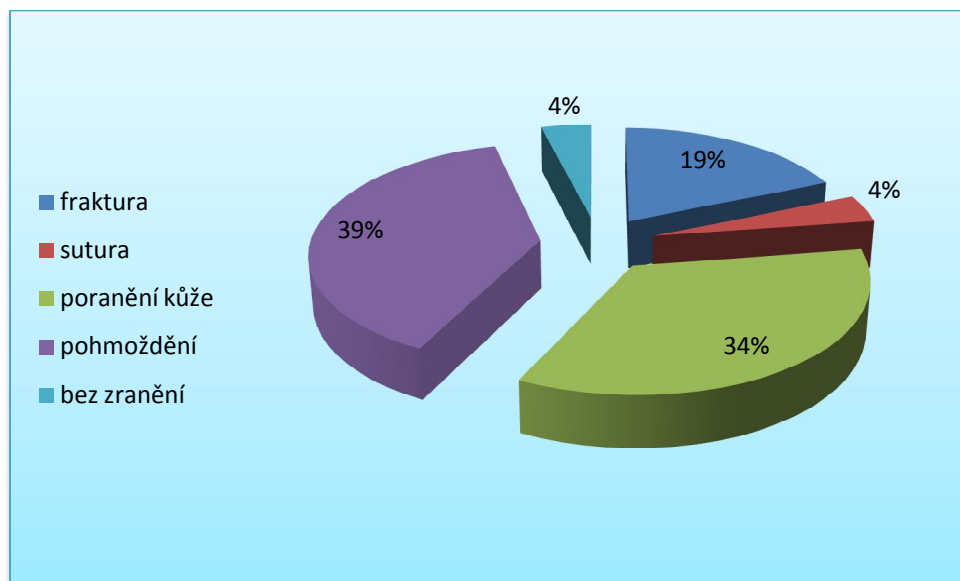
Graf 12: Denní doba, ve které nejčastěji dojde k pádu

Jaké zranění podle Vašeho názoru nejčastěji vznikne při pádu?

Z celkového počtu 75 respondentů (100%), si 29 respondentů (39%) myslí, že při pádu dojde nejčastěji k pohmoždění. 26 respondentů (35%) uvedlo, že při pádu dojde nejčastěji k porušení kožního krytu. Dalších 14 respondentů (19%) předpokládá, že nejčastěji při pádu dojde k fraktuře. Zranění vyžadující zašití rány považují za nejčastější 3 respondenti (4%). Další 3 respondenti (4%) jsou přesvědčeni, že nejčastěji se pád obejde bez zranění.

Tabulka 13: Nejčastější zranění způsobené pádem

<i>Zranění</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
fraktura	14	19%
sutura	3	4%
poranění kůže	26	35%
pohmoždění	29	39%
bez zranění	3	4%
celkem	75	100%



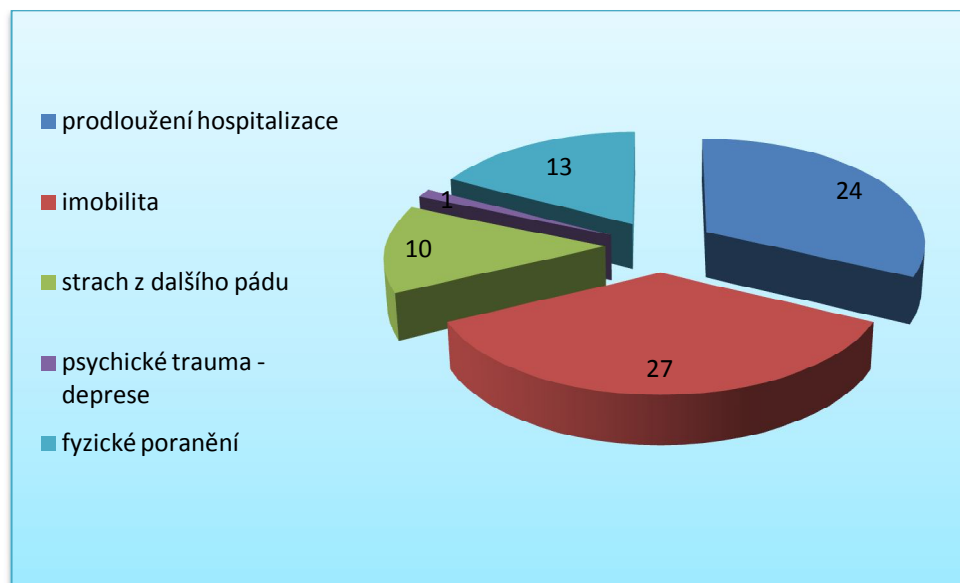
Graf 13: Nejčastější zranění způsobené pádem

Jaké nejčastější komplikace podle Vás způsobují pády pacientům?

Z celkového počtu 75 respondentů (100%), si 27 respondentů (36%) myslí, že nejčastější komplikací způsobenou pádem je imobilita. Dalších 24 respondentů (32%) uvedlo jako nejčastější komplikaci prodloužení hospitalizace. 13 respondentů (17%) zvolilo jako nejčastější komplikaci fyzické poranění. Celkem 10 respondentů (13%) si myslí, že nejčastější komplikací je strach z dalšího pádu. Pouze 1 respondent (1%) uvedl jako nejčastější komplikaci psychické trauma.

Tabulka 14: Komplikace způsobené pády

<i>Komplikace</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
prodloužení hospitalizace	24	32%
imobilita	27	36%
strach z dalšího pádu	10	13%
psychické trauma - deprese	1	1%
fyzické poranění	13	17%
celkem	75	99%



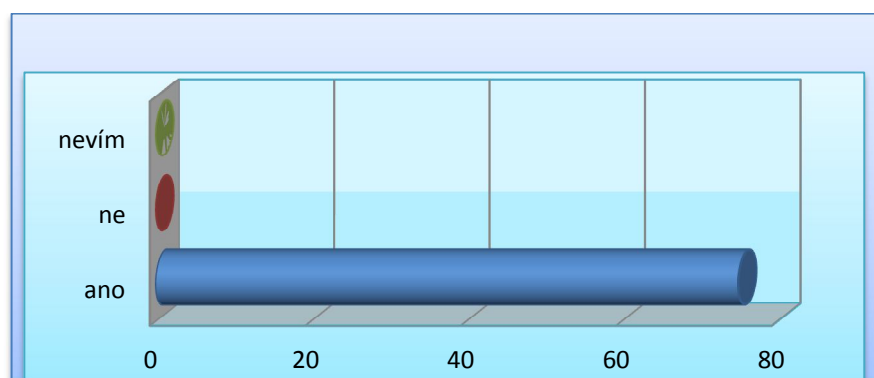
Graf 14: Komplikace způsobené pády

Sledujete u pacientů na Vašem oddělení riziko pádu?

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) uvedlo všech 75 respondentů (100%) odpověď ano. Žádný z respondentů neuvedl, že na oddělení riziko pádu nesledují nebo že by nevěděl, o tomto sledování.

Tabulka 15: Sledovanost rizika pádů

<i>Sledujete riziko pádů</i>	<i>Četnost</i>	<i>Procentuální podíl</i>
ano	75	100%
ne	0	0%
nevím	0	0%
celkem	75	100%



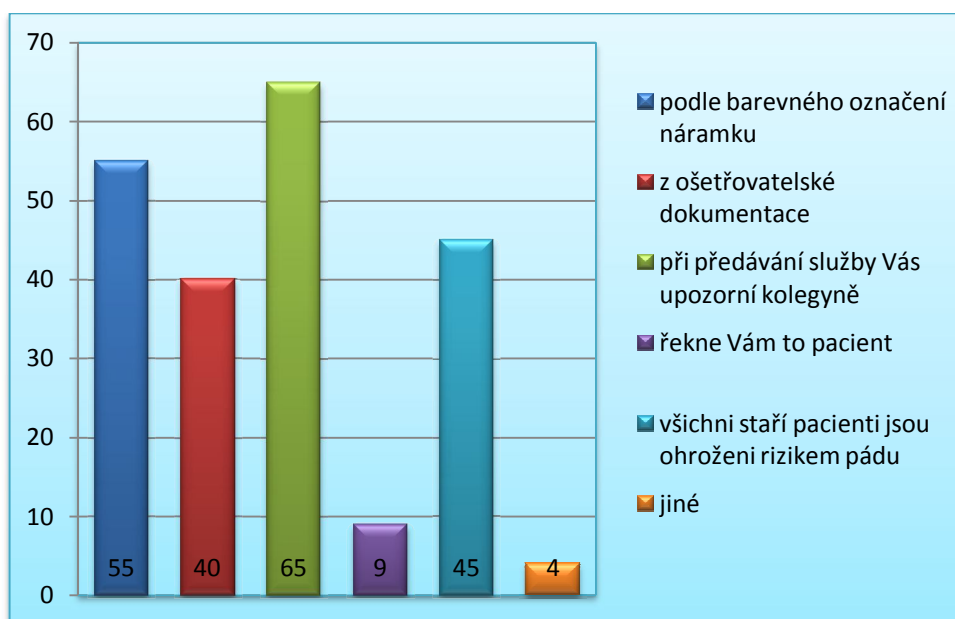
Graf 15: Sledovanost rizika pádu

Jak u pacienta poznáte, že je ohrožen rizikem pádu?

Otázka č. 16 se respondentů ptala, jak u pacienta poznají, že je ohrožen rizikem pádu. Respondenti zde měli možnost, zvolit více odpovědí, proto zde není vyjádřen procentuální podíl. Možnosti, které respondenti zvolili, jsou patrné z následující tabulky. U možnosti „jiné“ respondenti uváděli tyto možnosti: 1 respondent uvedl, že riziko pádu u pacienta zjistí, dle vizuálního kontaktu, 2 respondenti uvedli, že rizikem pádu je ohrožen pacient, který je zmatený. 1 respondent uvedl, že rizikem pádu je ohrožen pacient, který nesprávně pochopil sdělované informace z důvodu deficitu vědomostí. Zhoršenou mobilitu a změnu farmakoterapie jako důvod pro riziko vzniku pádu uvedl také 1 respondent. 1 respondent uvedl, že důvodem, proč může být pacient ohrožen rizikem pádu mohou být metastázy mozku.

Tabulka 16: Jak poznáte pacienta ohroženého pádem

<i>Jak poznáte pacienta ohroženého pádem</i>	<i>Četnost</i>
podle barevného označení náramku	55
z ošetřovatelské dokumentace	40
při předávání služby Vás upozorní kolegyně	65
řekne Vám to pacient	9
všichni staří pacienti jsou ohroženi rizikem pádu	45
jiné	4



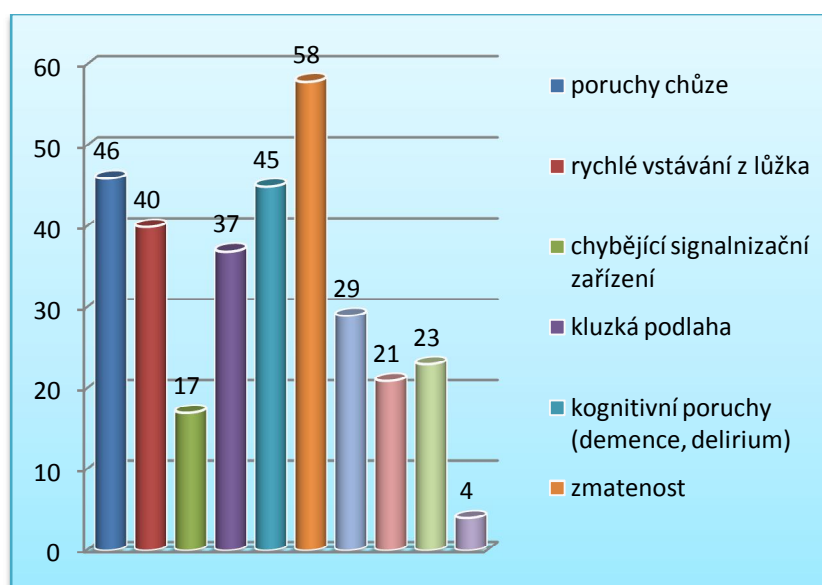
Graf 16: Možnosti, jak poznat pacienta ohroženého pádem

Jaké jsou podle Vás nejčastější rizikové faktory pro vznik pádu?

Otázka č. 17 zjišťovala, jaké jsou dle respondentů nejčastější rizikové faktory, pro vznik pádu. I zde měli respondenti možnost uvést více možností, proto není vyjádřen procentuální podíl. Možnosti, které respondenti zvolili, jsou patrné z následující tabulky. U možnosti „jiné“ odpovídali celkem 4 respondenti. 1 respondent uvedl, jako rizikový faktor nespolupráci s ošetrovatelským personálem, 1 respondent uvedl, že rizikovým faktorem pro vznik pádu je používání kompenzačních pomůcek (berlí a chodítek). Celkem 2 respondenti uvedli jako rizikový faktor pro vznik pádu chůzi v ponožkách.

Tabulka 17: Rizikové faktory pro vznik pádu

<i>Rizikové faktory</i>	<i>Četnost</i>
poruchy chůze	46
rychlé vstávání z lůžka	40
chybějící signalizační zařízení	17
kluzká podlaha	37
kognitivní poruchy (demence, delirium)	45
Zmatenost	58
pády v minulosti	29
poruchy zraku, sluchu	21
farmakoterapie	23
Jiné	4



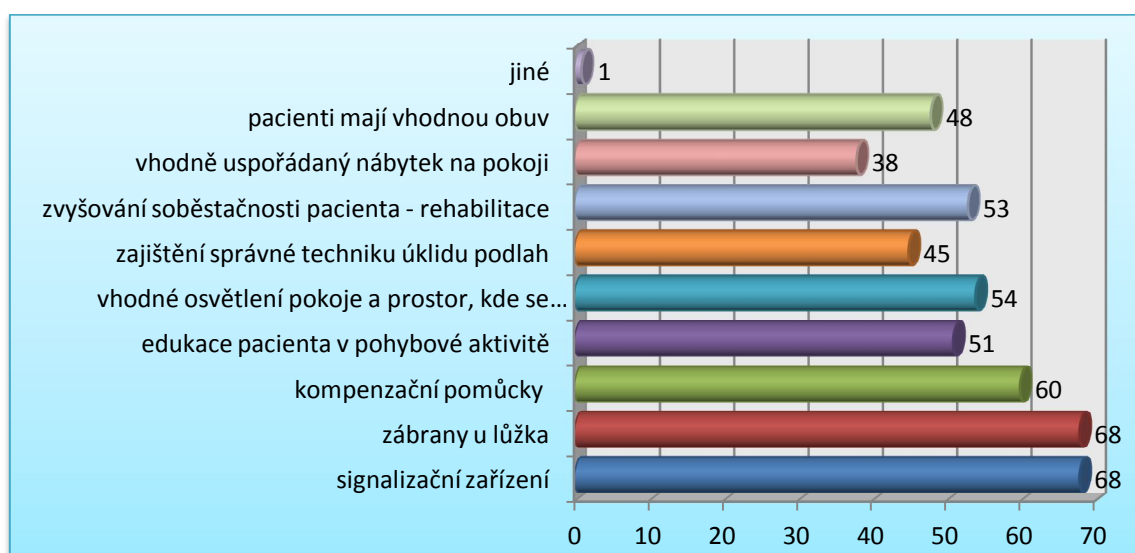
Graf 17: Nejčastější rizikové faktory

Jaká preventivní opatření používáte na Vašem oddělení k předcházení vzniku pádů?

Otázka č. 18 si kladla za úkol zjistit, jaká preventivní opatření používají na svých odděleních nelékařští zdravotničtí pracovníci k tomu, aby snížili riziko vzniku pádu. I zde měli respondenti možnost označit více odpovědí, proto není vyjádřen procentuální podíl. Jaká preventivní opatření nejčastěji používají, je patrné z následující tabulky. U možnosti „jiné“ odpovídal pouze 1 respondent, který uvedl, že je důležité v prevenci opakovaně pacienta poučovat o použití signalizačního zařízení.

Tabulka 18: Preventivní opatření

<i>Preventivní opatření</i>	<i>Četnost</i>
signalizační zařízení	68
zábrany u lůžka	68
kompensační pomůcky	60
edukace pacienta v pohybové aktivitě	51
vhodné osvětlení pokoje a prostor, kde se pacient zdržuje	54
zajištění správné techniku úklidu podlah	45
zvyšování soběstačnosti pacienta - rehabilitace	53
vhodně uspořádaný nábytek na pokoji	38
pacienti mají vhodnou obuv	48
jiné	1



Graf 18: Preventivní opatření

5.4 Četnost pádů v Oblastní nemocnici Jičín

Dalším cílem bakalářské práce, bylo zmapování četnosti pádů v Oblastní nemocnici Jičín a.s.. Materiál pro zpracování jsem získala z hlášení o mimořádných událostech, ke kterým mi umožnila přístup paní PhDr. Jana Kučerová, která pracuje v Oblastní nemocnici Jičín a.s. jako manažerka kvality.

Data jsou zpracována z hlášení o mimořádných událostech, za celý rok 2012. V těchto hlášeních jsem zjišťovala celkový počet pádů rozdělený dle jednotlivých měsíců, počet pádů dle jednotlivých oddělení, rozdělení pádů dle doby jejich vzniku. Dále jsem zjišťovala, jaké tyto pády měly následky a k jakým zraněním došlo při pádu dle jednotlivých oddělení. Jako další položku jsem zjišťovala věk pacientů, kteří během roku 2012 utrpěli pád. Dále pak byla zjišťována prvotní příčina, která vedla k pádu, místo, kde došlo ke zjištění pádu a jak byli tito pacienti soběstační před tím, než utrpěli pád.

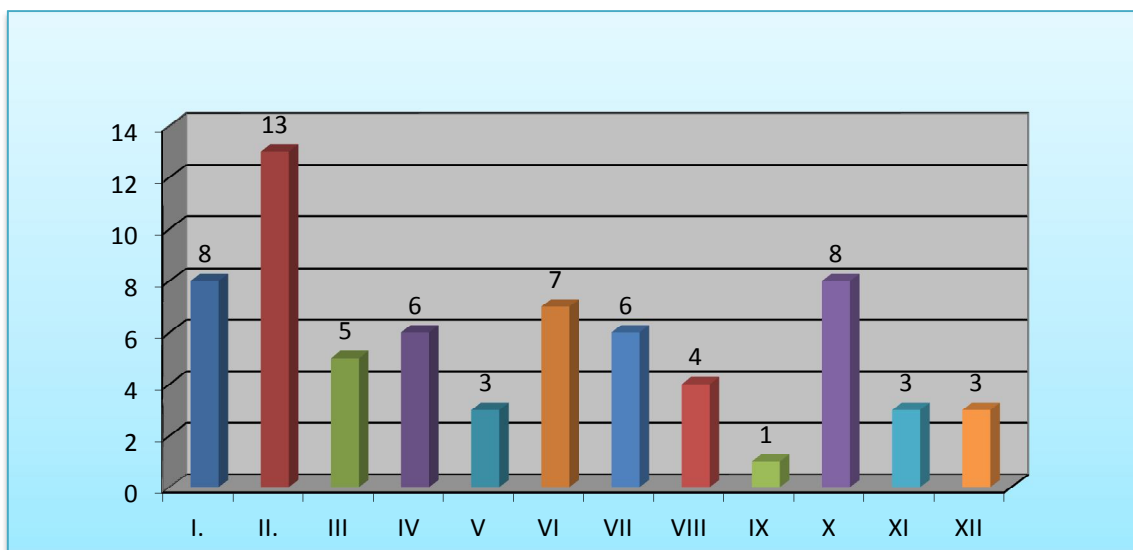
Zjištěné informace jsou uvedeny v následujících tabulkách a grafech.

Celkový počet pádů v Oblastní nemocnici Jičín a.s. za rok 2012

Jak je patrné z následující tabulky, největší počet pádů 13 (19%) byl nahlášen v únoru. Naopak pouze 1 pád (1%) byl nahlášen v září.

Tabulka 19: Počet pádů dle jednotlivých měsíců v roce 2012 v ON Jičín a.s.

Měsíc	Počet pádů	Procentuální podíl
I.	8	12%
II.	13	19%
III	5	7%
IV	6	9%
V	3	4%
VI	7	10%
VII	6	9%
VIII	4	6%
IX	1	1%
X	8	12%
XI	3	4%
XII	3	4%
Celkem	67	100%



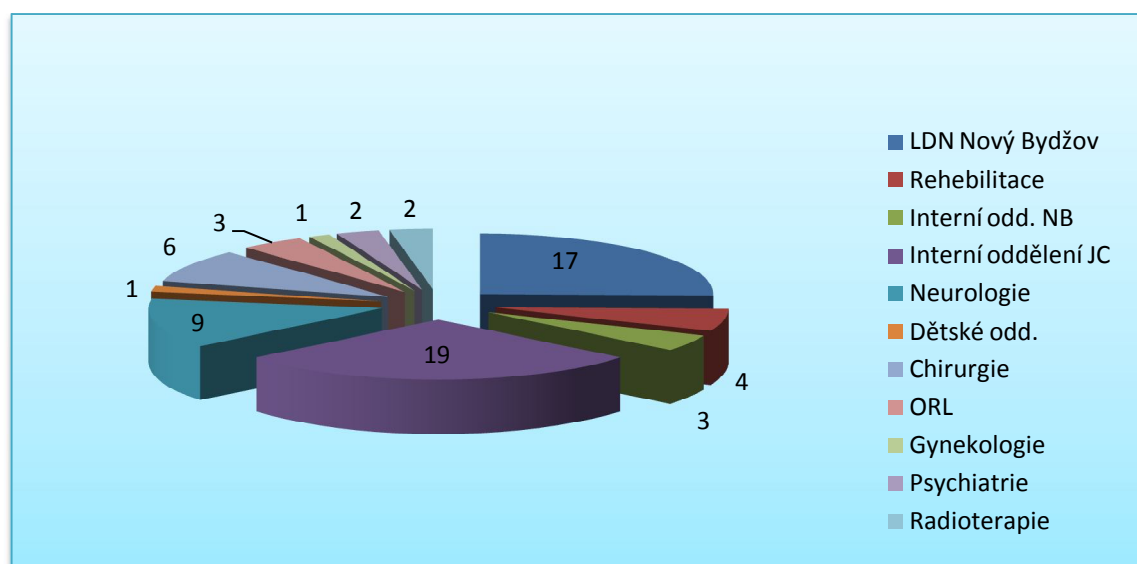
Graf 19: Počet pádů dle jednotlivých měsíců v roce 2012 v ON Jičín a.s.

Počet pádů dle jednotlivých oddělení

Z následující tabulky a grafu je patrné, že nejvíce pádů se v roce 2012 stalo na interním oddělení v Jičíně, celkem 19 (28%). Na oddělení následné péče, která se nachází v Novém Bydžově, ale patří k Oblastní nemocnici Jičín a.s. došlo v roce 2012 k 17- ti pádům (25%). Neurologické oddělení nahlásilo 9 pádů (13%), chirurgické oddělení celkem 6 pádů (9%). Na rehabilitačním oddělení došlo v roce 2012 ke 4 pádům (6%). Interní oddělení v Novém Bydžově uvedlo 3 pády (4%), stejně jako oddělení ORL. Na psychiatrickém a onkologickém oddělení došlo v roce 2012 ke 2 pádům (3%).

Tabulka 20: Počet pádů v ON Jičín v roce 2012 dle jednotlivých oddělení

Oddělení	Počet pádů	Procentuální podíl
LDN Nový Bydžov	17	25%
Rehabilitace	4	6%
Interní odd. NB	3	4%
Interní oddělení JC	19	28%
Neurologie	9	13%
Dětské odd.	1	1%
Chirurgie	6	9%
ORL	3	4%
Gynekologie	1	1%
Psychiatrie	2	3%
Radioterapie	2	3%
celkem	67	100%



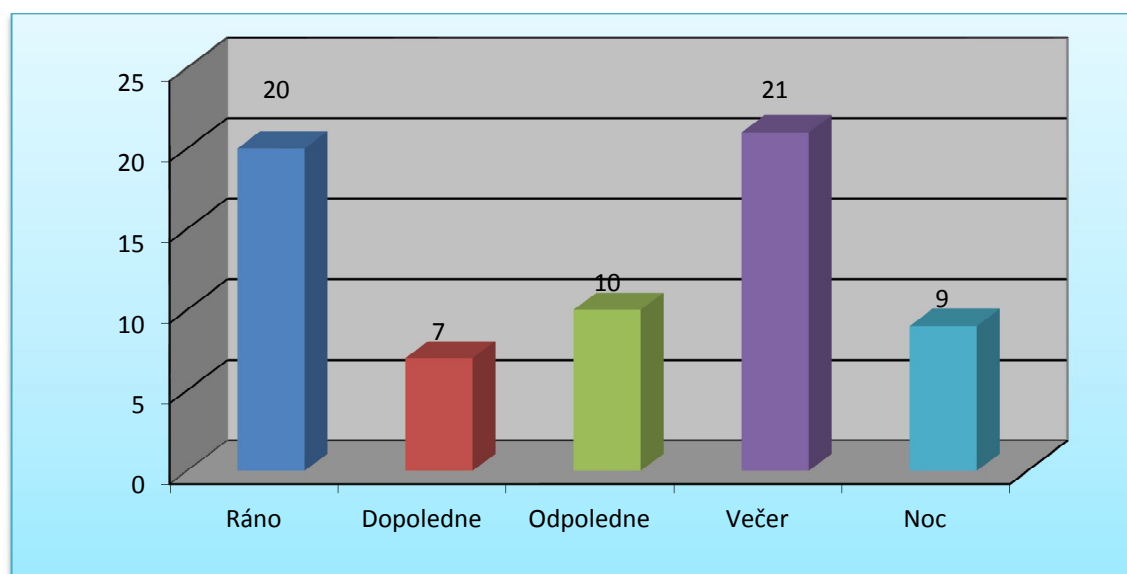
Graf 20: Počet pádů v ON Jičín v roce 2012 dle jednotlivých oddělení

Rozdělení pádu dle doby jejich vzniku

Následující analýza dat měla za úkol zjistit nejčastější denní dobu, kdy vznikl pád. Z tabulky a grafu je patrné, že k největšímu počtu pádů došlo večer, 21 (31%). Téměř stejně vysoký počet pádů se stal ráno, celkem 20 pádů (30%). Odpoledne došlo celkem k 10- ti pádům (15%), v noci k 9- ti pádům (13%) a nejméně pádů se stalo dopoledne, celkem 7 pádů (10%).

Tabulka 21: Pády dle doby vzniku

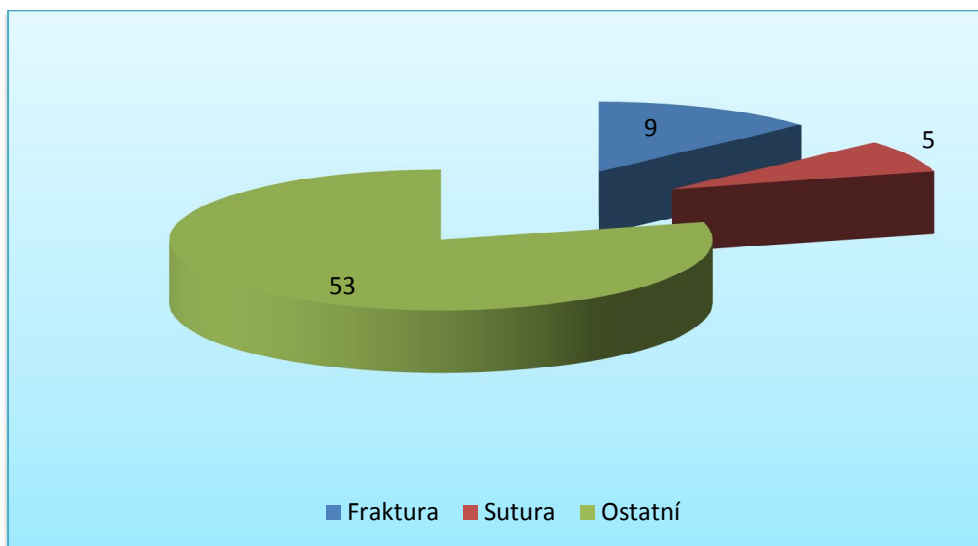
Denní doba	Počet pádů	Procentuální podíl
Ráno (4-8 hodin)	20	30%
Dopoledne (8-12 hodin)	7	10%
Odpoledne (12-16 hodin)	10	15%
Večer (16-24 hodin)	21	31%
Noc (24-4 hodiny)	9	13%
celkem	67	99%

**Graf 21: Pády dle doby vzniku****Rozdělení pádu dle následků**

V následující tabulce a grafu jsou uvedeny úrazy, které pacientům způsobil pád. Hlášení o mimořádných událostech se zaměřilo hlavně na zmapování fraktur a poranění, která vyžadovala zašití rány. Další úrazy jsou zařazené v položce ostatní. V roce 2012 tedy došlo v Oblastní nemocnici Jičín a.s. následkem pádu k 9- ti frakturám (13%), 5-ti poraněním vyžadující zašití rány (7%). Dále pak 53 úrazů (79%) v položce ostatní.

Tabulka 22: Následky pádů

Druh následku	Počet případů	Procentuální podíl
Fraktura	9	13%
Sutura	5	7%
Ostatní	53	79%
Celkem	67	100%



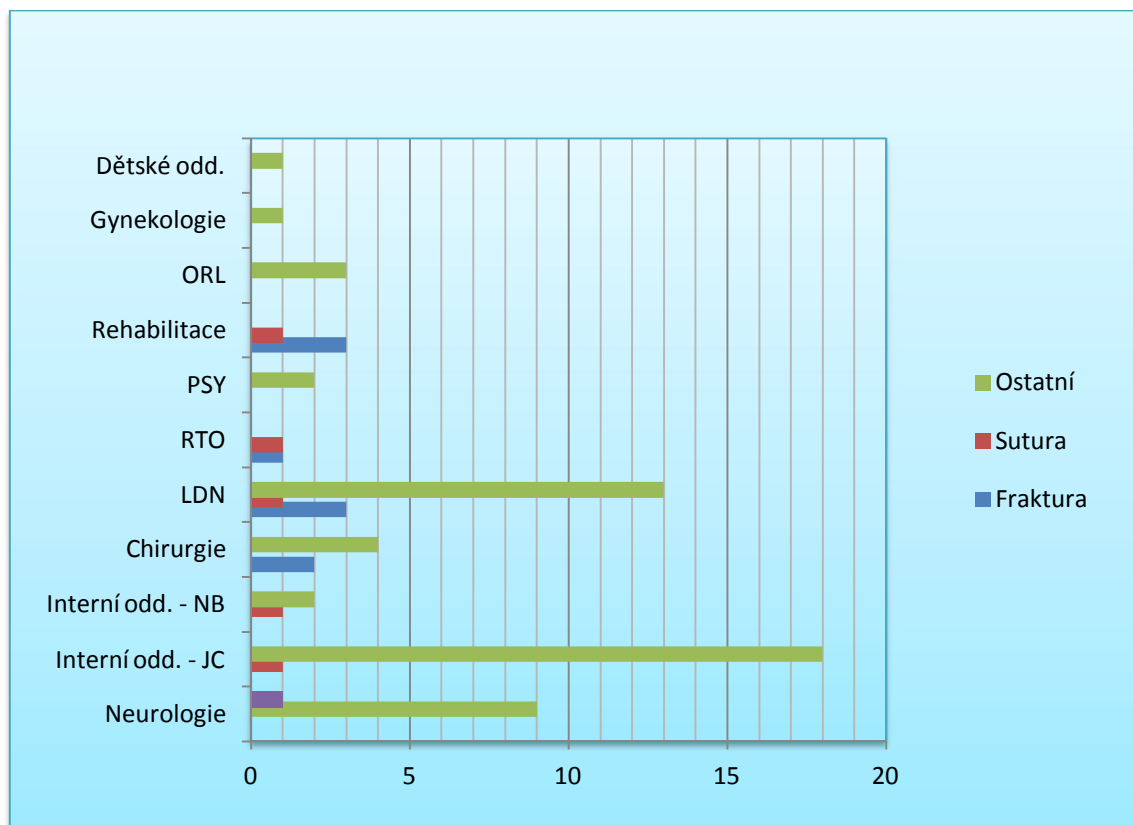
Graf 22: Následky pádů

Následky pádů dle jednotlivých oddělení

V následující tabulce a grafu, jsou uvedeny jednotlivé úrazy dle oddělení, na kterých k nim došlo.

Tabulka 23: Následky pádů dle jednotlivých oddělení

Oddělení	Fraktura	Sutura	Ostatní
Neurologie	0	0	9
Interní odd. - JC	0	1	18
Interní odd. - NB	0	1	2
Chirurgie	2	0	4
LDN	3	1	13
RTO	1	1	0
PSY	0	0	2
Rehabilitace	3	1	0
ORL	0	0	3
Gynekologie	0	0	1
Dětské odd.	0	0	1



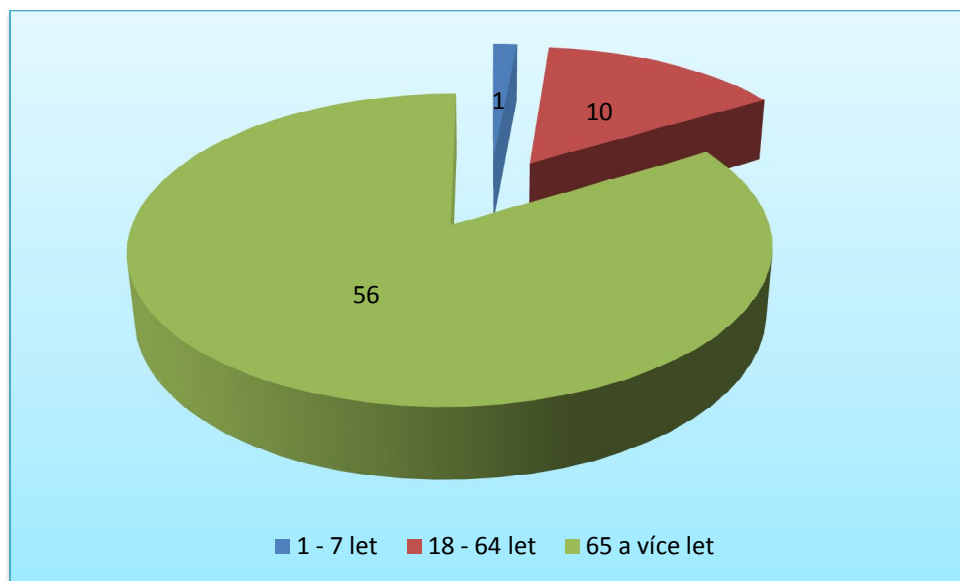
Graf 23: Následky pádů dle jednotlivých oddělení

Pády podle věku pacientů

Následující tabulka a graf ukazují věkové složení pacientů, kteří v roce 2012 utrpěli pád. Nejvíce pádů se stalo ve věkové skupině 65 a více let, celkem 56 pádů (84%). Ve věkovém rozmezí 18-64 let došlo k 10- ti pádům (15%). U dětí ve věkovém rozmezí 1-7 let došlo v roce 2012 k 1 pádu (1%).

Tabulka 24: Pády podle věku pacientů

Věk	Počet pádů	Procentuální podíl
1 - 7 let	1	1%
18 - 64 let	10	15%
65 a více let	56	84%
celkem	67	100%



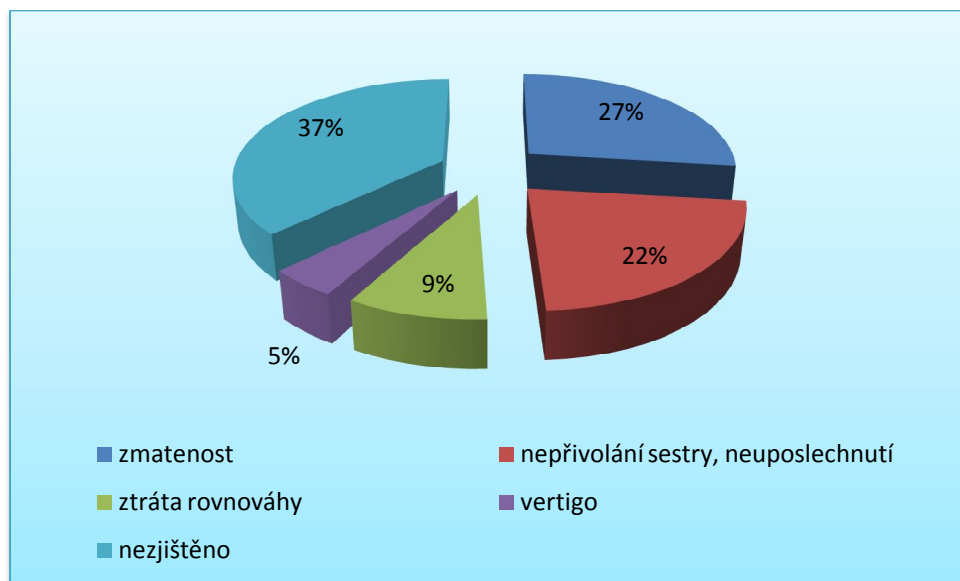
Graf 24: Pády podle věku pacientů

Prvotní příčina, která vedla k pádu

Dále se hlášení o mimořádných událostech zajímá, jaká prvotní příčina vedla k pádu. Jak je patrné z následující tabulky a grafu u 25 pádů (37%) nebyla prvotní příčina zjištěna. V 18- ti případech (27%) vedla k pádu zmatenost pacienta. Jako další příčinou, která vedla k pádu v 15- ti případech (22%) bylo nepřivolání sestry nebo neuposlechnutí. 6 pádů (9%) se stalo, když pacient ztratil rovnováhu a 3 pády (4%) mají za příčinu závrať.

Tabulka 25: Prvotní příčina, která vedla k pádu

Prvotní příčina	Četnost	Procentuální podíl
zmatenost	18	27%
nepřivolání sestry, neuposlechnutí	15	22%
ztráta rovnováhy	6	9%
vertigo	3	4%
nezjištěno	25	37%
celkem	67	100%



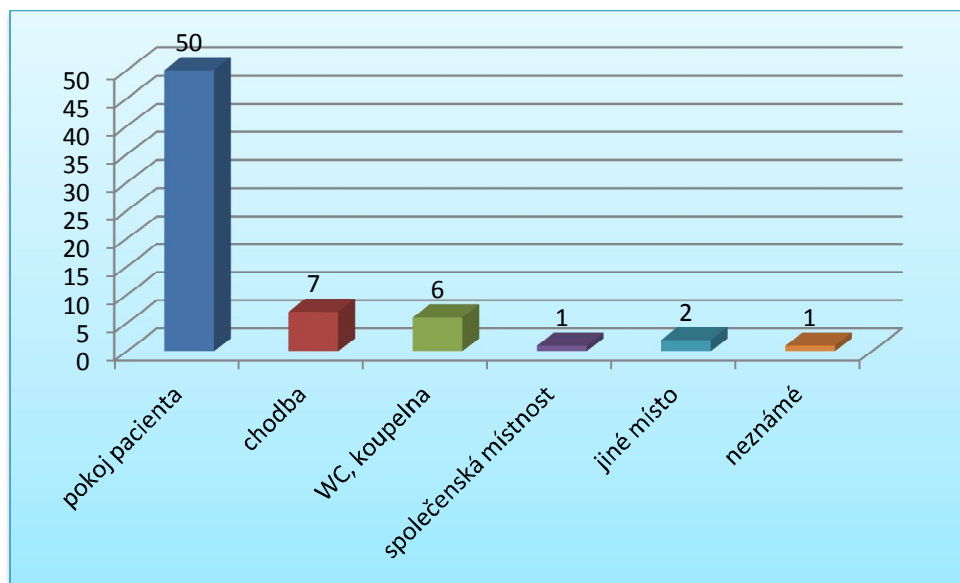
Graf 25: Prvotní příčina, která vedla k pádu

Místo zjištění pádu

V následující tabulce a grafu je uvedeno, na kterém místě k pádům došlo. Celých 50 pádů (75%) se stalo na pokoji pacienta. Dalších 7 pádů (10%) se stalo na chodbě, 6 pádů (9%) se stalo na WC, koupelně. 2 pády (3%) se staly na „jiném“, blíže neurčeném místě. 1 pád (1%) se stal ve společenské místnosti a u 1 pádu (1%) bylo místo vzniku nezjištěno.

Tabulka 26: Rozdělení pádů podle místa vzniku

Místo zjištění	Četnost	Procentuální podíl
pokoj pacienta	50	75%
chodba	7	10%
WC, koupelna	6	9%
společenská místnost	1	1%
jiné místo	2	3%
neznámé	1	1%
celkem	67	100%



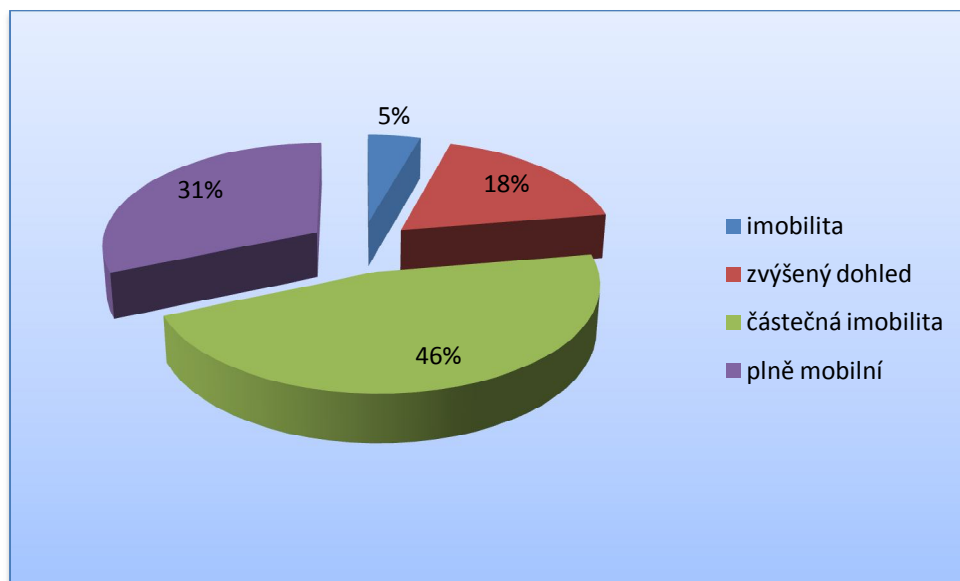
Graf 26: Místo, kde došlo k pádu

Soběstačnost pacienta

Následující tabulka a graf ukazují na soběstačnost pacientů, kteří utrpěli pád. Nejvíce pádů 31 (46%) se stalo u pacientů částečně imobilních. U plně mobilních pacientů došlo v roce 2012 celkem k 21 pádům (31%). 12 pádů (18%) utrpěli pacienti, u kterých byl nutný zvýšený dohled a 3 pacienti (4%) byli imobilní.

Tabulka 27: Soběstačnost pacienta

Soběstačnost	Četnost	Procentuální podíl
imobilita	3	4%
zvýšený dohled	12	18%
částečná imobilita	31	46%
plně mobilní	21	31%
celkem	67	100%



Graf 27: Soběstačnost pacienta

5.4.1 Srovnání pádů v letech 2011 a 2012

Před samotnou komparací jednotlivých zjištěných položek je třeba zjistit, zda se počet pádů v jednotlivých měsících obou sledovaných roků výrazně neliší. Zda tedy to, v jakém období se sledovaná událost stala nemá na další srovnání vliv. Pro tento účel byl použit test významnosti rozdílu dvou rozptylů tzv. F- test. Jak vyplývá z následující tabulky počet pádů v jednotlivých letech je sice různý, ale jejich rozložení v průběhu roku by mělo být shodné.

Měsíc	Rok 2011		Rok 2012	
	Počet pádů	Procentuální podíl	Počet pádů	Procentální podíl
leden	16	14,68%	8	11,94%
únor	8	7,34%	13	19,40%
březen	11	10,09%	5	7,46%
duben	17	15,60%	6	8,96%
květen	12	11,01%	3	4,48%
červen	6	5,50%	7	10,45%
červenec	8	7,34%	6	8,96%
srpen	8	7,34%	4	5,97%
září	3	2,75%	1	1,49%
říjen	7	6,42%	8	11,94%
listopad	9	8,26%	3	4,48%
prosinec	4	3,67%	3	4,48%
	109	100,00%	67	100,00%

Použijeme testovací kritérium:
$$F = \frac{n_1 \times (n_2 - 1) \times s_1^2}{n_2 \times (n_1 - 1) \times s_2^2}$$

Při stanovení hypotézy H_0 vycházíme z předpokladu, že se oba rozptyly rovnají. Alternativní hypotéza je potom stanovena tak, že se oba rozptyly nerovnají. Tedy:

$$H_0 : s_1^2 = s_2^2 \quad \text{proti} \quad H_1 : s_1^2 \neq s_2^2$$

Rozsah obou výběrů je shodný, tedy $n_1 = n_2 = 12$.

Hladinu významnosti pro kritickou hodnotu volíme 0,01.

Kritická hodnota je tedy stanovena $F_{0,01,11,11} = 4,462436$.

Po dosazení procentuálních podílů pádu v jednotlivých měsících a letech a příslušném výpočtu dostaneme hodnotu testovacího kritéria.

$$F = \frac{n_1 \times (n_2 - 1) \times s_1^2}{n_2 \times (n_1 - 1) \times s_2^2} = \frac{12 \times 11 \times 16,9097222}{12 \times 11 \times 9,409722} = \underline{1,797}$$

$$1,797 < 4,462436 \rightarrow F < F_{0,01,11,11}$$

Testovací hodnota nepřekročila kritickou hodnotu, tudíž přijmeme nulovou hypotézu, tedy že mezi rozptyly není statisticky významný rozdíl.

Dále již vycházíme z údajů uvedených dříve a z obdobných údajů získaných za rok 2011.

Počet pádů

Pokud počet pádů v roce 2011 a 2012 jako takových dozvíme se, že počet pádu se snížil a to ze 109 pádu v roce 2011 na 67 pádů v roce 2012, což je snížení o 38,5 %.

Oddělení, na kterém pád vznikl

Žádná zásadní změna naopak nenastala v tom, na kterém oddělení k pádu dojde. Pokud srovnáme procentuální podíl jednotlivých pádů, zjistíme, že je přibližně stejný. Žádné oddělení se tedy v tomto ohledu výrazně nezhoršilo, ani nezlepšilo. Nadále zůstává „nejrizikovějším“ oddělení interní a LDN.

Doba vzniku pádů

Ani zde nelze pozorovat výraznou změnu, rozdělení pravděpodobnosti, že se pád stane v danou denní dobu v obou letech v podstatě shodné, tj. k pádům dochází nejčastěji v nočních a časných ranních hodinách.

Následky pádů

Při komparaci z důvodu následku pádů je nejprve nutné poznamenat, že se v průběhu období změnila metodika sledování v této oblasti a od roku 2012 se rozlišují pouze tři druhy následků a to fraktura, sutura a ostatní. Oproti tomu v roce 2011 se kromě výše zmíněných sledovali ještě pohmožděniny, poruchy kůže a pády bez následků. Pokud ale tyto tři poslední možnosti shrneme, zjistíme, že ani v tomto případě se procentuální podíl následků jednotlivých pádu nijak výrazně nezměnil.

Následky pádů podle jednotlivých oddělení

Z výše uvedeného vyplývá, že k velkým změnám nedošlo ani v tomto případě. Pokud se výrazně nezměnila ani jedna z proměnných, logicky se nemohl změnit ani výsledek jejich spojení.

Pády podle věku pacienta

Poslední kritérium, podle kterého můžeme oba roky porovnat, je rozdělení pádů podle věku pacienta. Ani zde však k žádnému zvratu nedošlo, nejohroženější skupinou zůstávají pacienti staršího věku.

Další znaky vzniku pádů již srovnat nelze, neboť začaly být sledování až v roce 2012 a potřebná data pro rok 2011 tedy chybějí. Z uvedených srovnání však vyplývá, že počet pádu (jejich výrazné snížení) je jedinou změnou, ke které došlo. V ostatních sledovaných aspektech ke změnám nedošlo. Lze tedy říci, že se daří rovnoměrně snižovat riziko vzniku pádu napříč všemi kritérii.

5.5 Diskuze:

Na začátku výzkumné části mé práce jsem si kladla dva cíle. Byly to tyto cíle:

1. Zmapovat četnost pádů v Oblastní nemocnici Jičín a.s.
2. Zjistit, jaké znalosti mají nelékařští zdravotničtí pracovníci o preventivních opatření při předcházení pádů.

Na základě těchto cílů jsem si stanovila tyto tři výzkumné předpoklady.

1. Nejvíce pádů a úrazů u pacientů vyššího věku se vyskytuje v Oblastní nemocnici Jičín a.s. na interním oddělení
2. Nejčastěji dochází u pacientů k pádům v ranních hodinách
3. V Oblastní nemocnici Jičín a.s. pracují nelékařští zdravotničtí pracovníci dle standardu týkajícího se pádů a úrazů

5.5.1 Cíle práce

Prvním cílem bylo, zmapovat četnost pádů, následky a okolnosti jejich vzniku, v Oblastní nemocnici Jičín a.s.. Informace jsem získala z hlášení o mimořádných událostech v Oblastní nemocnici Jičín a.s. za roky 2011 a 2012. Z těchto hlášení jsem zjišťovala celkový počet pádů za rok 2012, který činil celkem 67 pádů. Ve výzkumné části práce uvádím celkový počet pádů dle jednotlivých měsíců. Dále jsem zjišťovala, kolik pádů se stane na jednotlivých odděleních. Výsledky ukázaly, že nejvíce pádů se stalo na interním oddělení a to (28%) všech pádů. To potvrdilo můj první výzkumný předpoklad. Dále jsem při mapování četnosti pádů zjišťovala, v jakou denní dobu u pacientů nejčastěji vznikne pád. Z analýzy hlášení mimořádných událostí vyplývá, že nejvíce pádů se stalo večer tzn. mezi 16-24 hodinou, a to celkem (31%). Dalších (30%) pádů se stalo ráno tzn. mezi 4-8 hodinou. Je tedy evidentní, že mezi těmito hodnotami není velký rozdíl, a že nejrizikovější doba pro vznik pádu je doba od pozdních odpoledních, do časných ranních hodin. Dalším úkolem bylo zjistit, jaké měly vzniklé pády následky. Z dostupných hlášení bylo evidováno 9 fraktur (13%). Z těchto fraktur byla evidována: 1x fraktura horní končetiny a 1x fraktura dolní končetiny na

chirurgickém oddělení, 1x fraktura horní končetiny, 1x fraktura dolní končetiny a 1x fraktura nosu na oddělení následné péče. Na oddělení rehabilitace v Novém Bydžově 1x fraktura pánve, 2x fraktura dolní končetiny. Na oddělení onkologie 1x fraktura krčku kosti stehenní. Dále bylo evidováno 5 (7%) zranění, která si vyžádala chirurgické zašití rány. K těmto zranění došlo v jednom případě na oddělení následné péče, v jednom případě na oddělení onkologie, v jednom případě na interním oddělení v Novém Bydžově a v jednom případě na rehabilitačním oddělení. Analýzou dokumentů jsem také zjistila, že nejohroženější věkovou skupinou jsou senioři starší 65 let. Z celkového počtu pádů tvořila tato skupina 84%. Jako prvotní příčina vzniku pádu bylo v hlášení o mimořádných událostech nejčastěji uváděno „nezjištěno“ a to v 37%. Jako druhou nejčastější příčinou byla uváděna zmatenost pacienta (27%), dále pak nepřivolání sestry nebo neuposlechnutí 22%, v 9% byla příčinou pádu ztráta rovnováhy a ve 4% byla jako prvotní příčina pádu uvedena závrať. Nejčastějším místem, kde k pádu došlo, byl pokoj pacienta 50%, dalších 10% pádů se stalo na chodbě, 9% pádů na koupelně, 1% pádů na společenské místnosti, 3% na „jiném místě“ (nebylo blíže uvedeno) a 1% se stalo na neznámém místě. Jako poslední položku při mapování četnosti pádů jsem zjišťovala, jak byli pacienti v době vzniku pádu soběstační. Nejvíce 46% pacientů bylo částečně imobilních. Dalších 31% pacientů bylo plně mobilních. 18% pacientů vyžadovalo zvýšený dohled a 4% pacientů bylo imobilních.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké znalosti mají nelékařští zdravotničtí pracovníci o preventivních opatřeních při předcházení pádů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 75 respondentů, které tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci, zaměstnaní v Oblastní nemocnici Jičín a.s..

První část dotazníků byla zaměřena na zjištění věkového složení respondentů, délku jejich praxe, nejvyšší dokončené vzdělání a oddělení, na kterém pracují. V první otázce bylo zjištěno, že věkové kategorie respondentů se nijak výrazně neliší, pouze do věkové kategorie 51 a více let se zařadilo pouze 12% respondentů. Ve druhé otázce jsem zjišťovala délku vykonávané praxe. Nejpočetnější skupinou 33% byli respondenti, kteří uvedli, že ve zdravotnictví pracují od 11-20 let. V této otázce nijak výrazně nevyčnívala žádná skupina respondentů, což mě nepřekvapilo, vzhledem k odpovědím uvedeným v otázce č. 1. Ve třetí otázce, která hodnotí nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, bylo zjištěno, že nejvíce respondentů 60% označilo jako své nejvyšší dokončené

vzdělání střední zdravotnické, což mne nepřekvapilo, vzhledem k věkovému složení respondentů, naopak mě překvapilo poměrně malé zastoupení vysokoškolsky vzdělaných respondentů 4%. Čtvrtá otázka měla za úkol zjistit, na jakém oddělení respondenti pracují. Nejvíce, 39% respondentů uvedlo, že pracují na interním oddělení, což se dalo předpokládat, jelikož interní oddělení je v Oblastní nemocnici Jičín největší. V této otázce byl procentuální podíl zastoupen úměrně velikosti uvedených oddělení.

Otázka č.5, měla za úkol zjistit, zda se na jednotlivých odděleních sleduje četnost pádů. Můj předpoklad, že na všech odděleních se touto problematikou zabývají se nepotvrdil, přestože 95% respondentů odpovědělo kladně tak 1% respondentů neví, zda se na jeho oddělení sleduje četnost pádů a 4% respondentů uvedlo, že na svém oddělení četnost pádů nesledují.

Stejně tak otázka č.6, která se respondentů ptala, zda si myslí, že je důležité se problematikou pádů zabývat, mě překvapila, jelikož 5% respondentů neví, zda je tato problematika důležitá a 3% respondentů si dokonce myslí, že zabývat se touto problematikou není důležité.

Otázka číslo 7. se respondentů ptala, zda na jejich pracovišti pracují dle standardu pro pády vytvořeného pro jičínskou nemocnici. Dle očekávání 99% všech respondentů uvedlo, že podle tohoto standardu pracují a jen 1% respondentů uvedlo, že neví, zda dle standardu na jeho oddělení pracují, což považuji za uspokojivé.

Osmá otázka se respondentů ptala, na kterém oddělení dle jejich názoru, dochází nejčastěji k pádům. 55% respondentů uvedlo, že nejčastěji dochází k pádům na interním oddělení, 31% respondentů si myslí, že nejčastěji dochází k pádům na oddělení následné péče. Správnost těchto odpovědí se mi potvrdila při mapování četnosti pádů, kde jsem dle dostupných dat skutečně zjistila, že na těchto dvou odděleních dochází k pádům nejčastěji. Tuto skutečnost si vysvětluji jednak tak, že interní oddělení a oddělení následné péče patří v jičínské nemocnici k největším, a na těchto odděleních jsou hospitalizováni většinou pacienti vyššího věku, u kterých dochází nejčastěji k pádu.

Otázka č. 9 se respondentů ptala, zda si myslí, že důsledným dodržováním preventivních opatření je možné předcházet pádům. U této otázky mě velice udivilo, že celých 28% respondentů si myslí, že i když budou dodržovat preventivní opatření, přesto pádům u pacientů nezabrání.

Na otázku č.10, zda respondenti znají preventivní opatření, kterými lze předcházet vzniku pádu odpovědělo shodně 100% respondentů, že tato opatření znají. Toto považují za pozitivní zjištění.

Otázka č. 11. se zaměřila na věkové kategorie, ve kterých dochází nejčastěji k pádům. Dle očekávání si největší počet respondentů 69% myslí, že nejčastěji dochází k pádům u seniorů starších 76–ti let. 28% respondentů uvedlo věkovou kategorii 66-75 let. Tato skutečnost se mi potvrdila při mapování četnosti pádů, kdy nejpočetnější skupinu pacientů, kteří utrpěli pád, tvořili senioři ve věkové kategorii 65 let a více.

Otázka č. 12 zjišťovala, ve které denní době dle respondentů dochází k pádům nejčastěji. Zde byly odpovědi poměrně jednoznačné, 85% respondentů uvedlo, že nejčastěji dojde k pádům v noci. Dle hlášení o mimořádných událostech jsem zjistila, že nejvíce pádů 31% se událo v časovém rozmezí mezi 16-24 hodinou a dalších 30% pádů se událo mezi 4-8 hodinou ranní.

Na otázku č. 13, která se respondentů ptala, jaké zranění dle jejich názoru nejčastěji vznikne při pádu, odpovídali cekem rozdílně. Nejvíce, 39% respondentů si myslí, že nejčastěji dojde k pohmoždění, dalších 35% uvedlo jako nejčastější zranění porušení kožního krytu, 19% respondentů uvedlo nejčastější poranění frakturu a shodně po 4% si respondenti myslí, že nejčastěji dojde k tržné ráně vyžadující chirurgické zašití rány nebo že nejčastěji se pád obejde bez zranění.

U otázky č. 14, která zjišťovala, jaké komplikace přinášejí pády pacientům, odpovídali respondenti jako nejčastější komplikaci následnou imobilitu 36%, dále pak 32% uvedlo prodloužení hospitalizace, 17% fyzické poranění, 13% strach z dalšího pádu a 1% respondentů považuje za nejčastější komplikaci způsobenou pádem psychické poranění- deprese. Hlášení o mimořádných událostech se zaměřovalo hlavně na výskyt fraktur a tržných ran, vyžadujících chirurgické zašití rány. Zbylá zranění byla uvedena v kategorii „ostatní“ a tvořil největší skupinu 79%.

Otázka č. 15 měla za úkol zjistit, zda se na jednotlivých odděleních sleduje riziko pádu. Zde všichni dotazovaní respondenti 100% uvedli kladnou odpověď.

Otázka č. 16. Zjišťovala, jak respondenti poznají u pacienta, že je ohrožen rizikem pádu. V této otázce bylo možno zaškrtnout více odpovědí. Z odpovědí, které uvádím

v tabulce a grafu č. 16 je patrné, že respondenti znají prostředky používané pro určení rizika pádu.

Otázka č. 17. se respondentů ptala, jaké jsou dle jejich názoru nejčastější rizikové faktory pro vznik pádu. U této otázky bylo také možné zaškrtnout více odpovědí, a jak uvádím v tabulce a grafu č. 17, respondenti znají rizikové faktory pro vznik pádu.

V poslední otázce č. 18 se respondentů ptám, jaká preventivní opatření používají, aby předcházeli pádům u pacientů. I u této otázky byla možnost zaškrtnout více odpovědí a převážná většina respondentů uvedla, že používá téměř všechna preventivní opatření k předcházení rizika pádu. V odpovědi „jiné“ uvedl pouze 1 respondent, že je důležité pacienta opakovaně edukovat o použití signalizačního zařízení.

5.5.2 Výzkumné předpoklady

První výzkumný předpoklad, který jsem si stanovila, a to, že nejvíce pádů a úrazů u pacientů vyššího věku se vyskytuje v Oblastní nemocnici Jičín a.s. na interním oddělení, hodnotím jako **potvrzený**. Díky teoretické části bakalářské práce, jsem si shrnula základní informace o problematice pádů, kde jsem si z prostudované literatury ověřila, že pacienti vyššího věku jsou velmi často ohroženi pádem. Následná data, která jsem získala prostudováním nahlášených mimořádných událostí v Oblastní nemocnici Jičín a.s., mě ukázala, že skutečně nejvíce pádů se stane na interním oddělení. Tuto skutečnost si vysvětluji tím, že na interním oddělení jsou nejčastěji hospitalizováni pacienti vyššího věku.

Druhý výzkumný předpoklad, který jsem si stanovila, a to, že nejčastěji dochází u pacientů k pádům v ranních hodinách, hodnotím jako **částečně potvrzený**. V praktické části práce, jsem zjistila, že u pacientů dochází k pádům téměř stejně často v časných ranních hodinách, jako ve večerních hodinách. Domnívám se, že v tuto rizikovou dobu, by měl ošetřující personál věnovat ještě větší pozornost všem pacientům, zejména pak k pacientům ohrožených rizikem pádu.

Třetí výzkumný předpoklad, který jsem si stanovila, a to, že, v Oblastní nemocnici Jičín a.s. pracují nelékařští zdravotničtí pracovníci dle standardu týkajícího se pádů a úrazů, hodnotím jako **potvrzený**. Z dotazníkového šetření všichni dotazovaní respondenti uvedli, že pracují dle standardu pro pády, vytvořeného pro Oblastní nemocnici Jičín a.s., pouze jeden respondent uvedl, že neví, zda dle tohoto standardu pracuje.

Cíle, které jsem si ve své práci stanovila, jsem splnila, díky informacím získaným jak z teoretické, tak z výzkumné části.

6. Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část má celkem tři kapitoly. V první kapitole, jsem se zaměřila na období stáří a stárnutí. Hlavně charakteristiku tohoto životního období, na definování pojmů stáří a stárnutí, a na změny, které s sebou toto období přináší. Ve druhé kapitole, jsem se zabývala problematikou pádů. Snažila jsem se zde nastínit důležité informace, které jsem zjistila studováním odborné literatury o této problematice, zejména rizikové faktory, nejčastější příčiny a následky pádů. Třetí kapitola teoretické části se zaměřila na problematiku nejzávažnějších úrazů, ke kterým při pádu může dojít.

Empirická část je založena na zmapování četnosti pádů v Oblastní nemocnici Jičín a.s.. Ročně dojde k velkému množství pádů a úrazů, i přes veškerá opatření, která jsou používána, přesto se domnívám, že zdravotničtí pracovníci si jsou vědomi tohoto problému a snaží se používat veškerá dostupná opatření, k předcházení vzniku pádů. Dále jsem v této části pomocí dotazníkového šetření zjišťovala znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků o problematice pádů. Tato část práce by nemohla být zpracována bez ochotné spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků jičínské nemocnice.

Na základně získaných poznatků se domnívám, že je velmi důležité se problematice pádů i nadále intenzivně věnovat. Je třeba, opakovaně edukovat pacienty i zdravotnický personál. V Oblastní nemocnici Jičín a.s. je sestaven tým, který se touto problematikou zabývá. Zástupci (zdravotní sestry) z jednotlivých oddělení, se pravidelně scházejí a snaží se přijít na další potřebná opatření, která by snížila počet pádů a úrazů u pacientů. Jsem ráda, že mohu být členem tohoto týmu a přispět tak svými poznatky, které jsem získala vypracováním této práce.

SEZNAM LITERATURY

1. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Vydání 1, Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 171.
ISBN: 978-80-247-2169-9.
2. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit*. Vydání 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. s. 162.
ISBN: 80-7013-419-4.
3. OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, *Standart pro pády*. ASOPO-81-2, schváleno 1.4.2012, manažer kvality a ISŘ
4. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Pavel WEBER a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vydání 1: Praha: Grada Publishing a.s., 2008. s. 336. ISBN: 978-80-247-2490-4.
5. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. s. 861. ISBN: 80-247-0548-6.
6. KLEVETOVÁ, Dana, Irena DLABOLOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. s. 208.
ISBN: 978-80-247-2169-9.
7. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. s. 96. ISBN: 978-80-247-2170-5.
8. SCHULER, Matthias, Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Vydání v češtině 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. s. 336.
ISBN: 978-80-247-3013-4.
9. VYBÍHALOVÁ, Lenka. Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ. *Sestra*, 2004, 21 (4). s. 65. ISSN: 1210-0404.

10. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 184. ISBN: 978-80-247-1490-5.
11. ŠVÁB, Jan a kolektiv. *Chirurgie vyššího věku*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. s. 208. ISBN: 978-80-247-2604-5.
12. KALVACH, Zdeněk, a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. s. 400. ISBN: 978-80-247-4026-3.
13. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. s. 328. ISBN: 978-80-247-3148-3.
14. KOMAČEKOVÁ, Dagmar. Vliv sestry na proces stárnutí. *Sestra*, 2010, 20 (6), s. 81. ISSN: 1210-0404.
15. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2.díl*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. s. 208. ISBN: 978-80-247-3709-6.
16. MINISTESTVO ZDRAVOTNICTVÍ . *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky*. 2009. Částka 7.
17. HAŠKOVCOVÁ, Helena. České ošetřovatelství 10, *Manuálek sociální gerontologie*. Ediční řada- Praktická příručka pro sestry. Vydání 1. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně- Vinařská 6, 656 02 Brno, 2002. s. 72. ISBN: 80-7013-363-5
18. KALVACH, Zdeněk, Alice ONDERKOVÁ. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Vydalo nakladatelství Galén, jako přílohu periodika Florence, 2006, ročník II, číslo 11. s. 44. ISBN: 80-7262-455-5
19. SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty: Interna I*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. s. 188+4 barevné přílohy. ISBN: 978-80-247-1775-3
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. s. 144. ISBN: 978-80-247-3604-4

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věkové složení respondentů	39
Tabulka 2: Délka praxe	40
Tabulka 3: Nejvyšší dokončené vzdělání.....	41
Tabulka 4: Na jakém oddělení pracujete.....	42
Tabulka 5: Sledovanost pádů.....	43
Tabulka 6: Důležitost sledování problematiky pádů	44
Tabulka 7: Využití standardu pro pády v praxi	45
Tabulka 8: Oddělení, na kterém dochází nejčastěji k pádům.....	46
Tabulka 9: Lze předcházet pádům při dodržování preventivních opatření.....	47
Tabulka 10: Znalost respondentů preventivních opatření.....	47
Tabulka 11: Věkové kategorie nejvíce ohrožené pádem	48
Tabulka 12: Denní doba, ve které nejčastěji dojde k pádu.....	49
Tabulka 13: Nejčastější zranění způsobené pádem	50
Tabulka 14: Komplikace způsobené pády	51
Tabulka 15: Sledovanost rizika pádů.....	52
Tabulka 16: Jak poznáte pacienta ohroženého pádem.....	53
Tabulka 17: Rizikové faktory pro vznik pádu.....	54
Tabulka 18: Preventivní opatření.....	55
Tabulka 19: Počet pádů dle jednotlivých měsíců v roce 2012 v ON Jičín a.s.	56
Tabulka 20: Počet pádů v ON Jičín v roce 2012 dle jednotlivých oddělení	58
Tabulka 21: Pády dle doby vzniku	59
Tabulka 22: Následky pádů.....	59
Tabulka 23: Následky pádů dle jednotlivých oddělení.....	60
Tabulka 24: Pády podle věku pacientů	61
Tabulka 25: Prvotní příčina, která vedla k pádu.....	62
Tabulka 26: Rozdělení pádů podle místa vzniku.....	63
Tabulka 27: Soběstačnost pacienta	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věkové složení respondentů.....	39
Graf 2: Délka praxe.....	40
Graf 3: Nejvyšší dokončené vzdělání	41
Graf 4: Na jakém oddělení pracujete	42
Graf 5: Sledovanost pádů	43
Graf 6: Důležitost sledování problematiky pádů	44
Graf 7: Využití standardu pro pády v praxi.....	45
Graf 8: Oddělení, na kterém dochází nejčastěji k pádům	46
Graf 9: Lze předcházet pádům při dodržování preventivních opatření	47
Graf 10: Znalost respondentů preventivních opatření ke snížení rizika pádu.....	48
Graf 11: Věkové kategorie nejvíce ohrožené pádem.....	49
Graf 12: Denní doba, ve které nejčastěji dojde k pádu	50
Graf 13: Nejčastější zranění způsobené pádem.....	51
Graf 14: Komplikace způsobené pády	52
Graf 15: Sledovanost rizika pádu	52
Graf 16: Možnosti, jak poznat pacienta ohroženého pádem	53
Graf 17: Nejčastější rizikové faktory.....	54
Graf 18: Preventivní opatření	55
Graf 19: Počet pádů dle jednotlivých měsíců v roce 2012 v ON Jičín a.s.	57
Graf 20: Počet pádů v ON Jičín v roce 2012 dle jednotlivých oddělení.....	58
Graf 21: Pády dle doby vzniku.....	59
Graf 22: Následky pádů	60
Graf 23: Následky pádů dle jednotlivých oddělení	61
Graf 24: Pády podle věku pacientů.....	62
Graf 25: Prvotní příčina, která vedla k pádu	63
Graf 26: Místo, kde došlo k pádu	64
Graf 27: Soběstačnost pacienta.....	65

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1:	Gaitův funkční test (určení rovnováhy/ prevence pádů)
Příloha č. 2:	GET UP AND GO TEST- Vstaňte, jděte, otočte se
Příloha č. 3:	Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové
Příloha č. 4.:	Barthelův test základních všedních činností
Příloha č. 5:	Stupnice pádů podle Morse
Příloha č. 6:	Bezpečnostní tabulky použité v Oblastní nemocnici Jičín na rizikových místech
Příloha č. 7:	Protokol k provádění výzkumu
Příloha č. 8:	Použitý dotazník

Příloha č. 1: Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)

slouží ke zhodnocení rizika pádu, postup:

1. Požádejte pacienta, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte pacienta, aby přešel napříč místností, a aby se otočil.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil ke své židli, a aby se na ni opět posadil.

Je-li pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by ztratil rovnováhu, potácel se, upadl nebo hledal předměty, o které by se mohl opřít, Gaitův test je negativní.

Jestli pacient není schopen test dokončit nebo má výše uvedené problémy, je nutné, aby sestra iniciovala protokol pro prevenci pádu.

Příloha č. 2: GET UP AND GO TEST- Vstaňte, jděte, otočte se

- slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel cca 5 metrů k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s pomocí rukou	pouze s dopomocí	nesvede
Chůze	stabilní	s pomůckou nebo vrávorá	Pouze s dopomocí, výr. nestabilita	nesvede
Otočení	jisté	nejisté, zavravorání	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede
Usednutí	bez pomoci	s pomocí rukou či opření	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede

Příloha č. 3: Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové			
I. rovnováha			
Návod k provedení: pacient sedí na pevné židli bez opěrek pro ruce. Požádejte ho o provedení úkonů 1 - 9			
Činnost		Provedení	Bodové skóre
1.	Rovnováha v sedě	potíže s udržením rovnováhy (naklání se, sklouzává)	0
		stabilní, jistý sed	1
2.	Postavení ze sedu na židli	neschopen bez pomoci	0
		pomáhá si rukama	1
		postaví se bez pomoci rukou	2
3.	Postavení z lehu na lůžku	neschopen bez pomoci	0
		postaví se, ale potřebuje víc pokusů	1
		postaví se na první pomoc	2
4.	Rovnováha po postavení (prvních 5 sekund)	nejistý (kolísá, oscilace trupu, pohyby nohou), neschopen	0
		stabilní, ale používá hůl nebo se chytá předmětů	1
		stojí jistý, bez pomůcky a opory	2
5.	Rovnováha ve stoji	nejistý, neschopen	0
		stojí jistý, ale o širší bázi nebo s holí či chodítkem	1
		stojí jistý, o úzké bázi, bez opory	2
6.	Stoj, udržení rovnováhy při tlaku na sternum (stoj o úzké bázi)	začíná padat, neschopen	0
		osciluje, nejistý, ale sám se udrží	1
		stoj jistý	2
7.	Stoj se zavřenýma očima (stoj o úzké bázi)	nejistý, padá, titubuje, neschopen	0
		jistý	1
8.	Otáčení o 360 stupňů	proveden nesouvisle, přerušovaně, neprovede	0
		provede plynule souvislými kroky	1
		nejistý, chytá se předmětů, s oporou	0
		bez poruchy rovnováhy	1
9.	Posazení zpět na židli	nejistý (neodhadne vzdálenost, dopadne na židli, pomáhá si rukama)	0
		s pomocí paží, přerušovaně, s potížemi	1
		provede plynule, jistě	2
Celkové skóre rovnováhy:		bodů z 16	
II. chůze			

Návod k provedení: pacient stojí vedle vyšetřujícího, na jeho pokyn projde napříč pokojem/chodbou, nejprve obyčejným krokem, zpět co možná nejrychleji, s dodržením bezpečnosti, může používat obvyklé pomůcky (hůl, berle, chodítko)				
Činnost			Provedení	Bodové skóre
10.	Iniciace chůze (rozejít se ihned po pokynu)		váhání, obtíže zahájit pohyb, přešlapování	0
			rozejde se bez potíží	1
11.	Délka a výška kroku	A	pravá noha se švihem nedostává před levou	0
			pravá noha předkročí levou	1
			pravá noha se úplně nezdvihne od podložky	0
			normální pohyb	1
		B	levá noha se švihem nedostává před pravou	0
			levá noha předkročí levou	1
			levá noha se úplně nezdvihne od podložky	0
			normální pohyb	1
12.	Souměrnost kroku		pravý a levý krok nesouměrné	0
			oba kroky souměrné	1
13.	Plynulost kroku		přerušování plynulosti kroku	0
			plynulá chůze	1
14.	Udržení směru chůze		neudrží směr chůze	0
			mírně vybočuje, používá hůl	1
			chůze přímá, bez pomůcky	2
15.	Rovnováha trupu		oscilace trupu, užívá pomůcky	0
			není kolísání, ale porkčení v kyčlích, v kolenou, pomáhá si rukama	1
			normální poloha trupu při chůzi	2
16.	Chůze		chůze o široké bázi, paty od sebe	0
			normální chůze	1
Celkové skóre chůze:			bodů z 12	
Celkové skóre rovnováhy a chůze:			bodů z 28	
Hodnocení				
26 - 28 bodů		normální provedení, nezvýšené riziko pádů, abnormální výsledek		
méně než 26 bodů		nutné vyšetření, léčba příčiny, rehabilitace a režimová opatření		
méně než 19 bodů		vysoce rizikové skóre, riziko pádu zvýšené pětinasobně		

Příloha č. 4: Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m	15 10 5

		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Příloha č. 5: Stupnice pádů podle Morse

Stupnice pádů Morse			
Proměnná		Stupnice	Hodnocení
1.	pády v anamnéze: nyní nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2.	vedlejší diagnóza	ne 0 ano 15	
3.	pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek	0 15 30	
4.	i.v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5.	chůze/pohyb normální/klid na lůžku/nemobilní slabé zhoršené	0 15 30	
6.	duševní stav vědomí svých možností zapomíná na svá omezení	0 15	

**Příloha č. 6: Bezpečnostní tabulky použité v Oblastní nemocnici Jičín
na rizikových místech**



JAK SE VYHNOUT PÁDU

1. Máte vhodnou obuv?



2. Využíváte osvětlení?



**3. Používáte všechny
své kompenzační
pomůcky?**



**4. Nevstupujete
na mokrou podlahu?**



**5. Nepřeceňujte své síly
– spolupracujte
se zdravotnickým personálem**



NEVSTÁVEJTE!

6. Využívejte v koupelně madla



**7. Využívejte signalizace
(zvonečku)**



PROSÍME, NEVSTÁVEJTE!

● Poutajte zvonek! ●

Příloha č. 7: Protokol k provádění výzkumu



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Šestičlenný tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozkládán (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Medlšková Pavlína	
Studijní obor	Ostatní číslo studenta 209000134	Ročník 3.
Téma práce	Pády a dráhy ve vyhlín věku	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Oblastní nemocnice JAH a.s.	
Jméno vedoucího práce	Prim. MUDr. Alena Jiroudková	
Výsledky vedoucího práce a finančního zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☐ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	☐ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.12.2012	
Datum ukončení výzkumu	14.2.2013	
Počet oslovených respondentů (personál)	100	
Počet oslovených respondentů (klíčové)		
Poznámky:		

V Liberci dne 30. 11. 2012

Medlšková Pavlína

podpis studenta



Příloha č. 8: Použitý dotazník

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií



Dotazník

Vážená kolegyně,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Jmenuji se Pavlína Medlíková a studuji na Technické univerzitě v Liberci obor Všeobecná sestra. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma: „Pády a úrazy ve vyšším věku.“ Dotazník je anonymní a veškeré zjištěné údaje jsou určeny pouze pro šetření v oblasti ošetrovatelství.

Děkuji za spolupráci a ochotu při vyplňování dotazníku.

Pavlína Medlíková

Vaši odpověď zaškrtněte prosím křížkem, popř. doplňte slovy. Zaškrtněte jednu odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak.

1. Kolik je Vám let?
 - a) do 30ti let
 - b) 31-40 let
 - c) 41-50 let
 - d) 51let a více

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - a) do 5ti let
 - b) 6-10 let
 - c) 11-20let
 - d) více než 21 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
 - a) SZŠ

- b) specializace v oboru (doplňte v jakém)
- c) VOŠ
- d) VŠ Bc
- e) VŠ Mgr
- f) jiné.....

4. Na jakém oddělení pracujete?

- a) interna
- b) chirurgie
- c) neurologie
- d) onkologie
- e) gynekologie
- f) následná péče

5. Sledujete na Vašem oddělení četnost pádů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Myslíte si, že je důležité zabývat se problematikou pádů ve zdravotnických zařízeních?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Pracujete na Vašem oddělení dle standardu pro pády vypracované pro ON Jičín a.s.?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Na kterém oddělení dochází podle Vašeho názoru nejčastěji k pádům?

- a) interna Jičín
- b) interna Nový Bydžov
- c) chirurgie
- d) neurologie
- e) radioterapie
- f) gynekologie
- g) dětské
- h) ORL
- i) rehabilitace Jičín
- j) LDN Nový Bydžov
- k) jiné.....

9. Myslíte si, že důsledným dodržováním preventivních opatření můžete předcházet vzniku pádu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Znáte preventivní opatření používaná ke snížení rizika vzniku pádu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Ve které věkové kategorii podle Vás dochází nejčastěji k pádům?

- a) děti do 18ti let
- b) dospělí 19-40let
- c) dospělí 41-65 let
- d) senioři 66- 75 let
- e) senioři 76 a více let

12. Ve které denní době podle Vás dochází nejčastěji k pádům?

- a) ráno
- b) odpoledne
- c) večer
- d) v noci

13. Jaké zranění je podle Vašeho názoru nejčastěji vznikne při pádu?

- a) fraktura
- b) sutura
- c) poranění kůže
- d) pohmoždění
- e) bez zranění

14. Jaké nečastější komplikace podle Vás způsobují pády pacientům?

- a) prodloužení hospitalizace
- b) imobilita
- c) strach z dalšího pádu
- d) psychické trauma - deprese
- e) fyzické poranění

15. Sledujete u pacientů na Vašem oddělení riziko pádů?

- a) ano

- b) ne
- c) nevím

16. Jak u pacienta poznáte, že je ohrožen rizikem pádu?

můžete zaškrtnout více odpovědí

- a) podle barevného označení náramku
- b) z ošetřovatelské dokumentace
- c) při předávání služby Vás upozorní kolegyně
- d) řekne Vám to pacient
- e) všichni staří pacienti jsou ohroženi rizikem pádu

17. Jaké jsou podle Vás nejčastější rizikové faktory pro vznik pádu?

můžete zaškrtnout více odpovědí

- a) poruchy chůze
- b) rychlé vstávání z lůžka
- c) chybění signalizačního zařízení
- d) kluzká podlaha
- e) kognitivní poruchy (demence, delirium)
- f) zmatenost
- g) pády v minulosti
- h) poruchy zraku, sluchu
- i) farmakoterapie
- j) jiné.....

18. Jaká preventivní opatření používáte na Vašem oddělení k předcházení vzniku pádů?

můžete zaškrtnout více odpovědí

- a) signalizační zařízení
- b) zábrany u lůžka
- c) kompenzační pomůcky (hole, madla, chodítka...)
- d) edukace pacienta v pohybové aktivitě
- e) vhodné osvětlení pokoje a prostor, kde se pacient pohybuje
- f) zajištění správné techniky úklidu podlah
- g) zvyšování soběstačnosti pacienta- rehabilitace
- h) vhodně uspořádaný nábytek na pokoji
- i) pacienti mají vhodnou obuv