

ZÁPADO ČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁ ŔSKÁ PRÁCE

2016

Iveta Ptá ková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: O-et ovatelství B5341

Iveta Ptáková

Studijní obor: V-eobecná sestra 5341R009

**PREVENCE PÁD V GERIATRICKÉ O^TET OVATELSKÉ
PÉ I**

Bakaláská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZE 2016

Prohlá-ení

Prohla-uji, že jsem bakalá skou práci vypracovala samostatn a v-echny pouflité prameny
jsem uvedla v seznamu pouflitých zdroj .

V Plzni dne 29. b ezna 2016.

í í í í í í í í í í

vlastnoru ní podpis

Podkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji místní nemocnici Privamed, a.s. za možnost distribuovat mé dotazníky.

Anotace

Příjmení a jméno: Ptáková Iveta

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Prevence pádu v geriatrické ošetřovatelské péči

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované 56, ne číslované 18

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: geriatrický pacient o pádu o rizikové faktory etiologie o edukace pacienta-
prevence pádu

Souhrn:

Ve své práci jsem se zabývala etiologií, rizikovými faktory a prevencí pádu. Pády patří mezi mimořádné nečekané události v každém zdravotnickém zařízení. Objevují se v každé věkové skupině, ale nejhorší následky mají u geriatrických pacientů, kde zvyšují mortalitu, morbiditu a omezení nezávislosti pacienta.

Součástí výzkumného řešení bylo zjistit informovanost lékařského zdravotnického personálu o prevenci pádu, zda vnímají problematiku pádu jako důležitou a zda používají ošetřovatelskou dokumentaci zaměřenou na prevenci pádu.

Annotation

Surname and name: Ptáková Iveta

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Prevention of falls in geriatric nursing care

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages: numbered pages 56, unnumbered pages 18

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 20

Keywords: geriatric patient - fall - risk factors - etiology - patient's education - falls prevention.

Summary:

My thesis focuses on etiology, risk factors and falls prevention. Falls belong among exceptionally unwanted incidents in every health care facility. Falls can be found in every age group, but the worst consequences are found in geriatric patients, increasing the mortality rate, morbidity and confining independence of a patient.

Part of the survey was to find out how well is non-medical staff informed about falls prevention, if they see the falls issue important and if they use nursing papers focused on falls prevention.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PÁDY U STARÝCH OSOB	11
1.1 Definice pádu.....	12
1.2 Klasifikace pádu	12
1.3 Geriatrie jako lékařský obor	13
1.4 Geriatrický pacient.....	13
2 ETIOLOGIE A DĚJ SLEDKY PÁDU	15
2.1 Endogenní příiny pádu	15
2.1.1 Senzorické a neuromuskulární příiny.....	15
2.1.2 Psychologické faktory.....	16
2.1.3 Zdravotní faktory	16
2.2 Exogenní příiny pádu	18
2.2.1 Farmakoterapie	18
2.2.2 Okolní prostředí jako rizikový faktor	19
2.3 Děj sledky pádu	20
3 PREVENCE PÁDU	21
3.1 Vyhodnocení rizika pádu u pacienta.....	21
3.2 Edukace pacienta s rizikem pádu.....	22
3.3 Kompenzační pomůcky.....	22
PRAKTICKÁ ČÁST.....	24
FORMULACE PROBLÉMU.....	25
HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU.....	26
METODIKA.....	27
VZOREK RESPONDENT	28
PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJ	29
DISKUZE.....	51
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJ	57
SEZNAM ZDROJŮ OBRÁZKŮ	59
SEZNAM CIZÍCH SLOV.....	60
SEZNAM GRAFŮ	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Cílem každého zdravotnického zařízení je, co nejrychlejší uzdravení pacienta a jeho propuštění do domácího prostředí. Zamezuje se tím rizik souvisejících se syndromem hospitalizace, snižuje se pravděpodobnost vzniku infekce a zároveň se snižují finanční náklady spojené s co nejkratším možným pobytem, kdy nemocní nemohou být vyříditi dalším pacientem. Pád pacienta ve zdravotnickém zařízení všechny problémy zmíněné v cíl neguje a veškerá pozitivní jinak kvalitně prováděná ošetřovatelská péče jsou zbytečné, jelikož pobyt pacienta se může prodloužit o týdny, k prvotnímu zdravotnímu problému se přidávají další a další, dle toho jak moc je pacient pádem postížen a zdali dojde k pádu úrazovému. Pády totiž patří mezi nejzávažnější komplikující jevy. Objevují se v každé věkové skupině, ale nejhorší následky mají obecně u geriatrických pacientů, kde významně zvyšují mortalitu, morbiditu a omezení nezávislosti pacienta. Pády obecně jsou výsledkem interakce několika druhů rizikových faktorů a situací, z nichž mnohým lze snadno předejít. Tyto rizikové interakce jsou umocněny v některých a rizikovým prostředím, ve kterém se daná osoba nachází.

Toto téma jsem si zvolila, protože mi problematika pádu připadá zajímavá a aktuální. Ve své bakalářské práci se soustředím na etiologii, následky a prevenci pádu. A pokud pádu nelze úplně zamezit, lze významně zredukovat jejich výskyt. V době, kdy se klade důraz na ekonomičnost a efektivnost zdravotní péče, lze zaměření na prevenci pádu vnímat se stejnou vahou, jakou má zaměření na jiné aspekty kvalitní péče, například dodržování hygienických standardů. Prevence pádu je oblast ošetřovatelství, kterou mohou sestry svým postojem ovlivnit. Role sestry v této oblasti je nezastupitelná. Náplní její činnosti je zajistit bezpečné prostředí, identifikovat rizikového pacienta na pádu, prevence pádu i edukace pacienta a rodinných příslušníků. Bezpečnost pacienta patří mezi hlavní priority každého zdravotnického zařízení. Už od dob Florence Nightingelové se kladl důraz na bezpečné zdravotnické prostředí. Práce sestry je velice náročná a zodpovědná. Od každé sestry se vyžaduje náležitá verbální i neverbální komunikace a empatie. Dále je důležité, aby sestra zajistila biologické potřeby u pacienta a správně vedla zdravotnickou dokumentaci. Jak sestra postupuje k pacientovi, ovlivní průběh jeho léčby, psychiku, pocit jistoty a bezpečí.

Hlavním úkolem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost lékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence pádů, zda vnímají problematiku pádů z důležitou a používají dokumentaci zaměřenou na pád a zda mají pohled o rizicích, nemocích a farmacích, které pád způsobují.

TEORETICKÁ ÁST

1 PÁDY U STARÝCH OSOB

Prodloužení délky života se považuje za jeden z mnohých obrovských úspěchů lékařské viny dvacátého století. Díky populačnímu boomu v sedmdesátých letech se tak pomalu dostáváme do doby, kdy se tato generační skupina lidí dostává do staršího věku a ve vlastním stáří navíc budou žít několik desítek let. Do roku 2025 se má počet lidí nad 60 let věku zdvojnásobit afl na úroveň přes 1,2 miliardy celosvětově. To s sebou přináší řadu výzev, kterým bude potřebovat elit. Zvýšená morbidita je jednou z nich a pády k nim patří. V teoretické části práce se zabývám vymezením definice pádu a definováním geriatrické osoby, rizikovými faktory pádu a jejich prevencí (Burke et al., 2004; Woodford, 2010; Illife et al., 2000).

Pád je u staré osoby s pohledem nejčastěji příčinou zranění. Starší jedinec utrpí na rozdíl od mladšího častěji pád úrazový. Této odlišnosti je dáno zejména kvůli prodlouženému reakčnímu času a vyššímu výskytu osteoporózy. Váženými komplikacemi pádu je z tohoto hlediska fraktura krční kosti kyčelní. Po vlastním pádu je u staré osoby zvýšené riziko vyvinutí fobie z dalšího pádu, které může mít za následek omezení pohybu a sociální izolaci (Lord et al., 2007; Sinclair, 2012).

Topinková ve své knize uvádí, že pády postihnou 20-30 % osob ve věku 65-69 let a afl 50% osob nad 85 let věku. Pády více převažují u žen, u akutně i chronicky nemocných a u osob hospitalizovaných i u osob v dlouhodobé ústavní péči.

Staré osoby si často ani neuvědomují, že jsou vystaveny riziku pádu a ani nedokáží rozpoznat rizikové faktory, které k pádu mohou vést. Riziko pádu je rovněž znatelné vyjádřením po propuštění z nemocnice. Pády ovšem nejsou nákladné jen z hlediska financí, ale i z hlediska následné kvality života. Toto následné omezení se finančně projevuje, když ovšem pomíneme i lidskou stránku věci, kdy starý člověk trpí neschopností být zcela nezávislý na okolí. Nesmíme zapomínat ani na to, že mnoho starých lidí je i v pokročilém věku ekonomicky aktivní (Burke et al., 2004; Woodford, 2010).

1.1 Definice pádu

Všeobecně nebyla přijata žádná konkrétní definice pádu, proto jsou pády označovány různými způsoby. Důležitá je, aby každé zdravotnické zařízení mělo jasně stanovenou definici pádu, aby mohlo sledovat a hodnotit získaná data. Některé z definic:

- *Špatně Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze.*
- *Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nížším povrchu (se svídkem), nebo takovou událost oznámí (bez svídků). Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou, jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat.*
- *Událost, která vyústí v nezamýšlené spojení pacienta, nebo části jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient.*
- *Mimořádná událost vyúsťující v nezamýšlené spojení pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.* (Marx, 2007, s. 21)

1.2 Klasifikace pádu

Některá zdravotnická zařízení přijala svou klasifikaci pádu. Tato klasifikace je založena na fyziologických faktorech a faktorech prostředí. Americká pracovníce Janice Morse doporučila pády rozdělit na náhodné pády, nepředvídané fyziologické pády a předvídané fyziologické pády.

Náhodný pád je nechtěným upadnutím pacienta na zem. Pacient zakopne, uklouzne nebo upadne z důvodu selhání nějaké lokomoční pomůcky nebo v důsledku faktorů prostředí.

Nepředvídaný fyziologický pád je pád, kdy je příčinou fyzický stav pacienta. Jako je například synkopa, hypotenze nebo epileptický záchvat.

Předvídaný fyziologický pád se nachází u pacientů, kteří jsou rizikováni na pád. Mezi rizikové faktory patří: zhoršenou chůzi, poruchy zraku, pády v anamnéze, používání lokomočních pomůcek (Marx, 2007).

1.3 Geriatrie jako lékařský obor

Geriatrická neboli klinická gerontologie je samostatný klinický medicínský obor, který se vyznačuje interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě a rehabilitaci chorob ve stáří (Weber, 2000).

S geriatricí jako samostatným lékařským oborem se můžeme setkat od roku 1982. Pětuje o nemocné vyvíjející se nad 65 let, většinou ale kolem věku 70-75 let. Tohle období má své zvláštnosti a jejich včasné rozpoznání můžeme ovlivnit udržení soběstačnosti, fyzické zdatnosti a zlepšení úrovně života pacienta (Topinková, 2005; Kalvach, 2006).

Hlavním cílem geriatricie je zvýšit naději starého pacienta na kvalitní život a to brzkým odhalením akutních chorob a jejich léčbou, dále sledováním a léčbou nemocí chronických. Mezi další cíle patří funkční zdatnost, soběstačnost a samostatnost v prostředí, které je obvyklé pro pacienta (Topinková, 2005; Kalvach, 2004).

1.4 Geriatrický pacient

Život staršího člověka ovlivňuje geriatrická deteriorace, disabilita a geriatrická křehkost.

Geriatrická deteriorace znamená narůstání změn, které jsou podmíněny věkem, dříve nevíme postihuje ženy. Tyto změny jsou ve smyslu rozvoje fenotypu stáří, celkové zhoršení zdravotního a funkčního stavu, ubývání potenciálu zdraví, narůstání zdravotních problémů a deficit smyslových funkcí. Na tomto procesu se podílejí především genetické dispozice, následky chorob a úrazů, nevhodná výživa, užívání alkoholu, psychické faktory a vlivy zevního prostředí (Kalvach et al., 2008; Kalvach et al., 2006).

Disabilita se projevuje jako podstatné chronické zdravotní postížení, které má za následek omezení pacientových aktivit a sociálních rolí. Je chápána jako ztráta nebo omezení schopností, které umožňovaly provádět určité činnosti v rozsahu, který je považován za normální. Mezi možné příčiny patří úraz, cévní mozková příhoda, Alzheimerova choroba, chronické srdeční selhání a Parkinsonský syndrom. Často se objevuje kombinace několika chorob a geriatrická křehkost (Kalvach et al., 2008).

Geriatrická křehkost je chápána jako v jakém podmíněný pokles zdatnosti, odolnosti a přizpůsobivosti organismu. Projevem geriatrické křehkosti je únava při běžných činnostech, snížená mobilita, psychomotorické zpomalení, úbytek svalové hmoty, snížená tolerance tělesné i psychické zátěže, nechutenství, malnutrice, chronická bolest, apatie, poruchy paměti a kognitivní deficit (Kalvach et al., 2008).

2 ETIOLOGIE A DĚJ SLEDKY PÁDU

Pády mají mnoho příčin, často ovšem dochází k jejich vzniku kombinací několika příčin a rizikových faktorů. V podkapitolách se soustředím na endogenní a exogenní příčiny pádu a děj sledky, které mohou nastat po pádu pacienta. Mezi endogenní patří pacientova vlastní tělesná kondice určená věkem, pohlavím, zhoršeným vnímáním, zrakem a sluchem. K exogenním řadíme užívaní medikamentů a rizika plynoucí z okolního prostředí.

2.1 Endogenní příčiny pádu

2.1.1 Senzorické a neuromuskulární příčiny

V této části se vztahuje k těm spojeným změnám u sensorických a pohybových systémů. Lidský rovnovážný systém závisí na spolupráci několika sensorických a motorických systémů. Systémy starající se o rovnováhu zahrnují zrak, citlivost periferních nervů, svalovou pevnost, sílu, vytrvalost, reakční čas a vestibulární funkce. Stárnutí snižuje schopnost těchto systémů zajišťovat stabilitu lidského těla (Lord et al., 2007).

Zhorování zraku patří rovněž k procesu stárnutí. Většinou o nich chorob lze dnes léčit, na které ovšem nikoliv. Zrak patří k nejdůležitějším smyslům a jeho zhoršení je významným rizikovým faktorem. U zraku má hlavní vliv jeho ostrost, kontrastní citlivost, vnímání hloubky ostrosti a schopnost adaptace na tmavé prostředí. Za příklad zhoršené adaptace na tmavé prostředí a zvýšeného rizika pádu můžeme v praxi považovat odchod ze silně osvětlené koupelny do slaběji osvětleného pokoje, což je událost, ke které dojde během noci několikrát. Při zhasnutí trvá staršímu člověku déle se adaptovat na změnu světelných podmínek a může tak dojít k nepřehlednutí pekáčky v cestě (Lord et al., 2007).

Periferní nervy musí být schopny propriocepce o polohocitu o tedy schopnosti vnímat vlastní tělo v prostředí. Dále vnímání hmatové a vibrační citlivosti. Příklady disfunkce těchto schopností najdeme například u periferní neuropatie, která je často spojena s razantně probíhající cukrovkou. Projevuje se náhlou slabostí končetin a ztrátou jejich koordinace, která vede k pádu (Lord et al., 2007).

Po čtyřicátém roce začíná docházet i ke snížení svalové síly. Svalová pevnost je dle věku zejména v oblasti kolene ve flexním a extenzním pohybu a v kotníkové dorzální flexi (Lord et al., 2007).

2.1.2 Psychologické faktory

Psychologické faktory rovněž přispívají k incidenci pádu. Patří mezi ně poruchy pozornosti, strach z pádu, snížení kognitivních funkcí a deprese. A kvůli udržení rovnováhy je zapotřebí vyhodnocení sensorických informací a provedení motorických reakcí zajišťujících koordinující pohyby, při provádění více činností se do popředí dostávají také pozornostní složky, které mohou špatně vyhodnocovat získané informace. Proto byla v Británii prováděna mnohá výzkumy, která například zkoumala efekt dvojího úkolování na prevalenci pádu. Například konverzace během chůze měla za efekt zvýšit riziko pádu (Lord et al., 2007).

Strach z pádu se u starších osob může objevit po zkušenosti s pádem. Existuje strach z pádu v důsledku zkušenosti s pády a strach z pádu bez zkušenosti s pády, kdy může být například nízké sebevědomí, nestabilita či zhoršení zraku (Kalvach et al., 2008).

2.1.3 Zdravotní faktory

Synkopa

Synkopa je složenina dvou českých slov a v překladu znamená šnaru-itě. Synkopu můžeme definovat jako krátkodobou ztrátu vědomí, která vzniká v důsledku nedostatku okysličené krve v mozku (Schuler et al., 2010).

Příčinou synkopy může být akutní infarkt myokardu, aortická stenóza, mitrální regurgitace, plicní embolie či dehydratace. Psychiatrické nemoci k synkopám rovněž mohou vést, zejména anxieta. Mezi léky, které mohou k synkopám přispět se řadí diuretika, vazodilatancia, i psychoaktivní látky (Evans et al., 2010).

Krátkodobé synkopy bývají ve stáří často příčinou pádu. Pokud dojde u pacienta k synkopě s pádem na zem, sestra ponechá pacienta v horizontální poloze a nesnaží se ho

zvedat. Má-li postižený jedinec hmatný pulz a spontánní dýchání, ošetřovatelskou intervencí je dát nohy do zvýšené polohy.

Ortostatický syndrom

Ortostatický syndrom patří stejně jako synkopa k mošným p í inám p ád . Je to souhrnné oznaení pro p íznaky mozkové hypoperfuze vázané na vzp ímenou polohu. Faktor napomáhajícím vzniku tohoto syndromu je n kolik. M íe jít o ztrátu arteriální p ízp sobivosti, snížení venózního návratu z d vodou roz í ení íil, zhoršení mechanismu udržující objem tekutin v ob hu a k tomu u íívání lék . Základem diagnostiky ortostatického syndromu je m ení krevního tlaku vlefe (po 5 minutách) a po postavení (b hem prvních 3 minut) (Kalvach, 2004; Sinclair et al., 2012).

Cévní mozková p íhoda

Pat í mezi nej ast j í p í iny smrti v eské republice, u n kterých osob m íe zp sobit trvalou invaliditu. P í cévní mozkové p íhod dochází k po kození mozku v d sledku poruchy mozkového krevního e ít (Topinková, 2005).

Následky cévní mozkové choroby závisí na rozsahu a lokalizaci postižení mozkové tkán . Mezi asté následky pat í hemiparéza. Postupem asu se rozvíjí tzv. Wernickeovo-Mannovo drflení ó horní kon etiny pokr ené v lokti, ohnuté a sto ené záp stí dovnit , dolní kon etina bývá natažená v koleni (Kalvach et al., 2008).

P í ch zi je pak noha vedena obloukem po zemi (cirkumdukce). Pacient tak m íe snadno zakopnout p es p ekáfku. Proto je d lefité, aby sestra odstranila mošnou zábranu v cest a nabídla pacientovi lokomo ní pom cky (h l, chodítko) (Kalvach et al., 2008).

Osteoporóza

Metabolické kostní onemocní, které je typické zvýšeným rizikem kostních fraktur. K tomuto onemocní dochází v d sledku ubývání kostní hmoty. Výskyt osteoporózy se zvyšuje p íbývajícím v kem (Topinková, 2005).

Ve stáří se snižují hladiny pohlavních hormonů, tím dochází ke zvýšení hladiny parathormonu, klesá příjem vápníku v potravě a také hladina vitamínu D. Tyto všechny faktory vedou k úbytku kostní hmoty až o 1 % ročně, a proto osteoporóza bývá jednou z možných příčin pádu (Topinková, 2005).

Epilepsie

Záchvatové onemocnění, které stále více postihuje osoby staršího věku. Epilepsie je vyvolaná abnormální elektrickou aktivitou v mozkových buňkách. Záchvaty jsou časově omezené a mohou se opakovat (Topinková, 2005).

Ve stáří je velmi častá tzv. sekundární (získaná) epilepsie, kdy dochází k lokálním, parciálním záchvatům. Projevuje se generalizovanými tonicko-klonickými křečemi. Pokud u pacienta dojde k pádu z důvodu epileptického záchvatu, je sestra povinná uložít pacienta do stabilizované polohy a dbát na to, aby měl uvolněné dýchací cesty (Topinková, 2005).

2.2 Exogenní příiny pádu

2.2.1 Farmakoterapie

Medikace byla dlouhou dobu považována za iatrogenní příinu pádu a zlomenin. Široká škála medikament může potenciálně přispívat k pádům. Například léky snižující krevní tlak mohou snížit riziko mrtvice, ale zároveň zvýšit riziko pádu a zlomeniny krční kosti, kdy obě mohou vést ke smrti pacienta. Nejefektivnější přístup spoívá v racionalizaci medikace, což může být vzhledem k polymorbiditě obtížné. Je tedy vhodné důkladně zvážit přínos léku nad jeho riziky. Osoba staršího věku užívá průměrně 4 až 5 druhů léků předepsaných od více než jednoho lékaře, což zvyšuje riziko nežádoucích vedlejších účinků (Burke et al., 2004; Woodford, 2010; Williams et al., 2014).

K lékům, u nichž lze předpokládat zvýšené riziko pádu patří zejména léky ze skupiny benzodiazepinů a hypnotika a sedativa, primárně určených pro problémy se spánkem a úzkostí. Největší riziko pádu je u nich v prvním a druhém týdnu jejich užívání.

Dochází ke zpomalení reakčního času a zvýšeného motání při chůzi. Rovněž byla zaznamenána souvislost se sníženou prostorovou orientací. Benzodiazepiny by proto neměly být u starých pacientů podávány z důvodu (Lord et al., 2007; Gurcharan et al., 2006).

Další skupinou jsou antidepresiva. Samotná deprese je totiž považována za faktor zvyšující riziko pádu. Stejně tak toto riziko zvyšují léky, které mají tuto nemoc nebo spíše její projevy léčit (Marx, 2007).

Léky, které rovněž přispívají k pádům, jsou antipsychotika, která jsou předepisována v souvislosti s úzkostí, akutní agitací, halucinacemi a deliriem. Významně zvyšují riziko i diuretika a laxativa, a to z důvodu zvýšené nutnosti užívat toaletu. To v kombinaci s dalšími faktory může výrazně zvýšit riziko nechtěného pádu (Kalvach et al., 2008).

2.2.2 Okolní prostředí jako rizikový faktor

K rizikovým místům nemocničního prostředí patří schody, chodba, podlahy, koupelnu, toaletu a lůžko. Jak již ovšem bylo zmíněno, nejvíce pádů dochází v prostoru lůžka, tedy i v místech, kde se pacient nejčastěji vyskytuje.

Přestože v mnoha nemocnicích jsou výtahy, najdou se pacienti, kteří preferují schody. Ty jsou sami o sobě značně rizikové i pro naprosto zdravé lidi. A mnoho schodiště není správně vybaveno, a koliv předpisy, doporučení a pravidla pro to, jak mají schody vypadat, se neustále zpěsují. Schody mají například neadekvátní dráčka u zábradlí, nedostatečně zvýrazněné okraje jednotlivých stupňů nebo jsou příliš strmé. Pokud jde o chodby, je důležitě neumisovat zbytečné předměty, jako jsou vozíky s prádlem, jídelm nebo vozíky s léky. Pokud u těchto předmětů musí být na chodbě, je důležitě, aby sestra zablokovala pojízdná kolečka. Pacienti se často těchto věcí přidrží v domnělé, že jsou zablokovány. A právě to může být kámen úrazu. Dalším rizikovým faktorem je kluzká podlaha. Sestra, která si povšimne mokré podlahy je povinna upozornit pacienty, aby byli opatrní. Umístění výstražné cedule špozor, mokrá podlaha, je rovněž nápomocné. Důležitě je samozřejmě vhodná obuv. Protiskluzová obuv zajišťuje pacientovi bezpečí a stabilitu při chůzi. V koupelnách je nejvíce rizikem nedostatek úchopových madel a nízké sedlo

toalety. Sestra musí vidět, kteří pacienti potřebují pomoci při zajištění hygieny (Lord et al., 2007; Darowski, 2008; Marx, 2007).

Co se dalšího vybavení pokoj týče, k rizikovým faktorům patří nízké nebo vyvýšené lůžko. Dnes je většina lůžek polohovatelná, proto se sestra v rámci zdravotelské intervence snaží nechávat lůžko v nejnižší možné pozici pohodlné pro pacienta, aby nedocházelo k pádům z velké výšky. Každé lůžko má rovněž postranní zábrany, které slouží jako prevence pádu. Některí pacienti, ale tyto zábrany přelézají a tak může docházet k pádům. Sestra může tedy k lůžku umístit matrace. I tak ale platí zhodnocení, zda má pro daného pacienta smysl používat postranní zábrany, které ne vždy mají pozitivní efekt. Pokud se sestra bude soustředít na všechny tyto věci, představuje to pro ni sice více práce ohledně vedení dokumentace, ovšem vynaložená energie do prevence pádu se vždy vyplatí (Marx, 2007).

2.3 Důsledky pádu

Důsledky pádu na pacienta se mohou dít na fyzické a psychické. Mezi fyzické následky řadíme poranění z pádu a nemožnost vstát. K nejzávažnějším poraněním patří zlomeniny krku kosti stehenní, kompresivní zlomeniny obratlů a Collesova zlomenina předloktí. Závažný bývá subdurální hematom. Mnohdy se jako důsledky pádu objevují popáleniny a opaření. Zhmotnění mrtvých tkání bývá často podceňováno. Je doprovázeno silnou bolestivostí a může být příčinou plynulé ztráty soběstačnosti. Dále hrozí nebezpečí prochlnutí při pádu, pneumonie, rhabdomyolýzy (vzestup svalových enzymů a myoglobinu v krvi) a renálního selhání. Obvyklým důvodem nemožnosti vstát je obezita, osteoporóza a výrazná svalová slabost. Psychické dopady na člověka jsou zejména u opakovaných pádů. Patří k nim deprese, úzkost, strach z pádu (Kalvach et al., 2008; Topinková, 2005).

3 PREVENCE PÁDU

Hlavním cílem prevence pádu je snížit jeho riziko. Důležitě je, aby u pacienta nedošlo k omezení mobility a soběstačnosti (Topinková, 2005). Během hospitalizace je důležité dbát na pravidelnou fyzickou aktivitu, dodržování pitného režimu, bezpečný přístup ke stolku, zablokováná pojízdná kolečka u lůžka, signalizace na vyzvání v blízkosti pacienta, dostatečné osvětlení nemocničních prostor, kontrolu obuvi a kompenzačních pomůcek. Sestra sleduje stav pacienta po celou dobu hospitalizace (Marx, 2007).

V podkapitolách se soustředím na vyhodnocování rizik u pacienta, edukaci a používání kompenzačních pomůcek.

3.1 Vyhodnocení rizika pádu u pacienta

Sestra vyhodnocuje riziko pádu ihned po přijetí pacienta do zdravotnického zařízení. K tomuto vyhodnocování použije ošetřovatelskou anamnézu, fyzikální vyšetření a funkční zhodnocení. Zjištěné informace sestra zaznamená do ošetřovatelské dokumentace (Topinková, 2005).

V rámci ošetřovatelské anamnézy sestra získává informace o okolnostech pádu, sleduje příznaky závratí a pocitu na omdlení. Zajímá se o léky, které pacient užívá a o akutní a chronická onemocnění (Topinková, 2005).

Při fyzikálním vyšetření se sestra soustředí zejména na následující aspekty měření krevního tlaku v různých polohách (vleže, vsed, vestoje), měření tělesné teploty, tepové frekvence a projevy dehydratace. Dále se sestra zajímá o poruchy stability, chůzi a mobilitu, věnuje si omezení kloubní pohyblivosti a kofních defektů na nohou (Topinková, 2005).

Funkční zhodnocení pomáhá sestře posoudit soběstačnost pacienta při vykonávání běžných činností, jako je koupání, oblékání nebo vyprázdnování. Nedílnou součástí je i zhodnocení chůze a rovnováhy (Topinková, 2005). Ve většině zdravotnických zařízení se využívá například Barthelův test základních vědních činností (Příloha 1).

3.2 Edukace pacienta s rizikem pádu

Slovo edukace pochází z latinského *educare*, *educare*. V příkladu to znamená vychovávat, vycvičovat. Edukaci v rámci rizika pádu provádí všeobecná sestra, a to proto, aby se zamezilo výskytu pádu u pacienta (Jureníková, 2010).

Cílem edukace je získání určitých v domostí, dovedností a vytvoření nebo změnou vztahových postoj osobnosti člověka. Edukace je pro pacienta jednou z možností, jak se podílet aktivně na léčbě svého onemocnění. K dosažení, co nejlepšího výsledku, je třeba navázat kontakt s pacientem, upoutat jeho zájem a navázat aktivní spolupráci. Důležitou roli hrají odborné znalosti sestry. Sestra ovlivňuje chování pacienta tak, aby bylo zachováno nebo zlepšeno jeho zdraví (Jureníková, 2010; Svěráková, 2012).

Při edukaci dostává pacient informace o svém zdravotním stavu. Dále je seznámen s rizikovými faktory, správnou výživou a medikací. Nedílnou součástí edukace je i nácvik určitých zdravotnických postupů, předání informačních materiálů a poskytnutí potřebných rad a pokynů (Jureníková, 2010; Svěráková, 2012).

Sestra se v rámci edukace prevence pádu soustředí na zajištění bezpečného nemocničního prostředí, správný výběr a používání kompenzačních pomůcek, nácvik soběstačnosti, chůze a rovnováhy. Důležitou roli v prevenci pádu hraje výběr správné obuvi. Pacient musí znát veškeré neřádné úinky léků. Nesmí se zapomínat ani na spolupráci a edukaci rodinných příslušníků. Ta je v dnešní době velice důležitá (Vzorový edukační plán příloha 2) (Topinková, 2005).

3.3 Kompenzační pomůcky

Mezi nejzákladnější pomůcky patří chodítka, berle, hole a mechanický vozík. Úkolem lékaře je posoudit, která z těchto pomůcek je pro pacienta vhodná.

Velkým pomocníkem pro pacienty s problematickou chůzí je chodítka. Zvyšuje pohybovou schopnost a zároveň snižuje riziko pádu. Hlavní indikací pro chodítka je bolest při chůzi, snížená svalová síla v nohou, nestabilita, dušnost a zhoršený zrak.

Dalšími alternativami jsou různé typy holí a berlí. Hůl je vhodná například pro pacienta s artrózou kolene nebo s hemiparézou. Při používání berlí se od pacienta vyžaduje větší síla v pažích. Sestra s pomocí fyzioterapeuta u pacienta s kompenzačními pomůckami zachází a dbá na to, aby byly v dobrém technickém stavu (Lord, et al., 2007; Marx, 2007).

PRAKTICKÁ ÁST

FORMULACE PROBLÉMU

V praktické části bakalářské práce jsem se rozhodla zjistit, jak nelékařský zdravotnický personál vnímá problematiku prevence pádů. Mimo jiné události jako pády jsou jedním z nečekaných jevů v geriatrické péči. Objevují se v každé věkové skupině, ale nejhorší následky mají u geriatrických pacientů, kde významně zvyšují mortalitu, morbiditu a omezení nezávislosti pacienta. Pády nelze úplně zamezit, ale je možné zredukovat jejich výskyt. Staré osoby si často ani neuvědomují, že jsou vystaveny riziku pádu a ani nedokáží rozpoznat rizikové faktory, které k pádům vedou. Riziko pádu je zřejmě vyšší i po propuštění z nemocnice. Pády ovšem nejsou nákladné jen z hlediska financí, ale i z hlediska následné kvality života.

Jaká bude informovanost nelékařského zdravotnického personálu o prevenci pádů?

HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zjistit informovanost nelékařského zdravotnického personálu o prevenci pádů.

Dílčí cíle

Cíl 1 – zjistit, zdali nelékařský zdravotnický personál vnímá problematiku prevence pádů za důležitou.

Cíl 2 – zjistit, zdali je používána zdravotnická dokumentace, jejíž část je zaměřena na prevenci pádů.

Cíl 3 – zjistit informovanost nelékařského zdravotnického personálu o nemocích a farmacích zvyšujících riziko pádů.

Předpoklady

Na základě daného cíle bakalářské práce, vlastního výzkumu a studia literatury jsem stanovila následující pracovní předpoklady:

Předpoklad 1: Předpokládám, že většina nelékařského zdravotnického personálu vnímá problematiku prevence pádů za důležitou.

Kritérium pro většinu: 70 %

K mému předpokladu se vztahují otázky . 4, 5, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 20

Předpoklad 2: Předpokládám, že nelékařský zdravotnický personál zdravotnický personál používá zdravotnickou dokumentaci zaměřenou na prevenci pádů.

K mému předpokladu se vztahují otázky . 6, 7, 8, 11, 22

Předpoklad 3: Předpokládám, že většina nelékařského zdravotnického personálu má přehled o nemocích a farmacích, které zvyšují riziko pádů.

Kritérium pro většinu: 70%

K mému předpokladu se vztahují otázky . 14, 17, 19, 21

METODIKA

Do kvantitativního výzkumu byl zahrnut lékařský zdravotnický personál mstské nemocnice Privamed, a.s. z důvodu toho, že s pacienty tráví nejvíce času a má tak vliv na prevenci pádu. Výběr byl záměrný. Ke sběru dat jsme použili kvantitativní formu výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny, informace získáváme nepřímo dotazováním respondentů na předem vytvořeném formuláři. Dotazníkové šetření je velmi rozšířenou technikou sociologických výzkumů a hodí se používat i ve zdravotnictví. Výhodou je zejména jednoznačná formulace otázek, nevýhodou dotazníkové techniky může být nesrozumitelnost, nejednoznačné otázky a její nepochopitelnost. Výzkumné šetření proběhlo během prosince a bylo schváleno editorkou oševatské péče paní Magdalénou Budkovou. Žádost o povolení distribuce dotazníků je uvedena v příloze. Bylo rozdáno celkem 80 dotazníků, návratnost 70 dotazníků a u všech bylo dodrženo pokyn k vyplnění. Celkový počet správně vyplněných dotazníků použitých k analýze byl 70 (100%). Výsledná data jsou prezentována v grafech. Dotazník byl anonymní a obsahoval 22 uzavřených otázek, kde mohl personál vybrat jednu z připravených otázek pokud, nebylo určeno jinak. Dotazník obsahoval otázky o prevenci pádu, o používání kompenzačních pomůcek, oševatské dokumentaci, edukaci, farmacích a nemocích způsobujících pád.

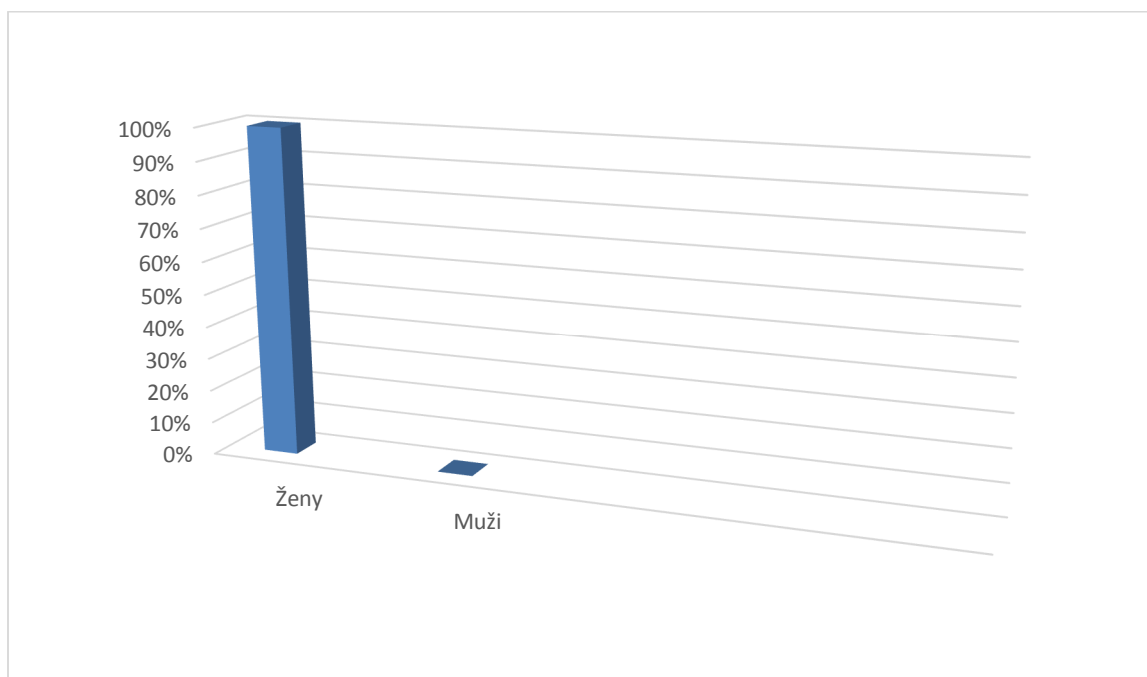
VZOREK RESPONDENT

Dotazník byl určen pro lékařský zdravotnický personál městské nemocnice Privamed, a.s. Plzeň. Bylo rozdáno celkem 80 dotazníků, 20 na interní oddělení, 15 na lůžka dlouhodobě nemocných, 15 na sociální lůžka, 15 na rehabilitační lůžka a 15 na neurologii. Distribuci dotazníků předcházela písemná žádost o provedení výzkumného šetření, adresovaná editelce pro zdravotelskou péči paní Magdalén Budkové. Shromáždění dotazníků proběhlo po předchozí domluvě osobním vyzvednutím.

PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJ

Otázka 1: Va-e pohlaví?

Graf 1 Pohlaví respondent



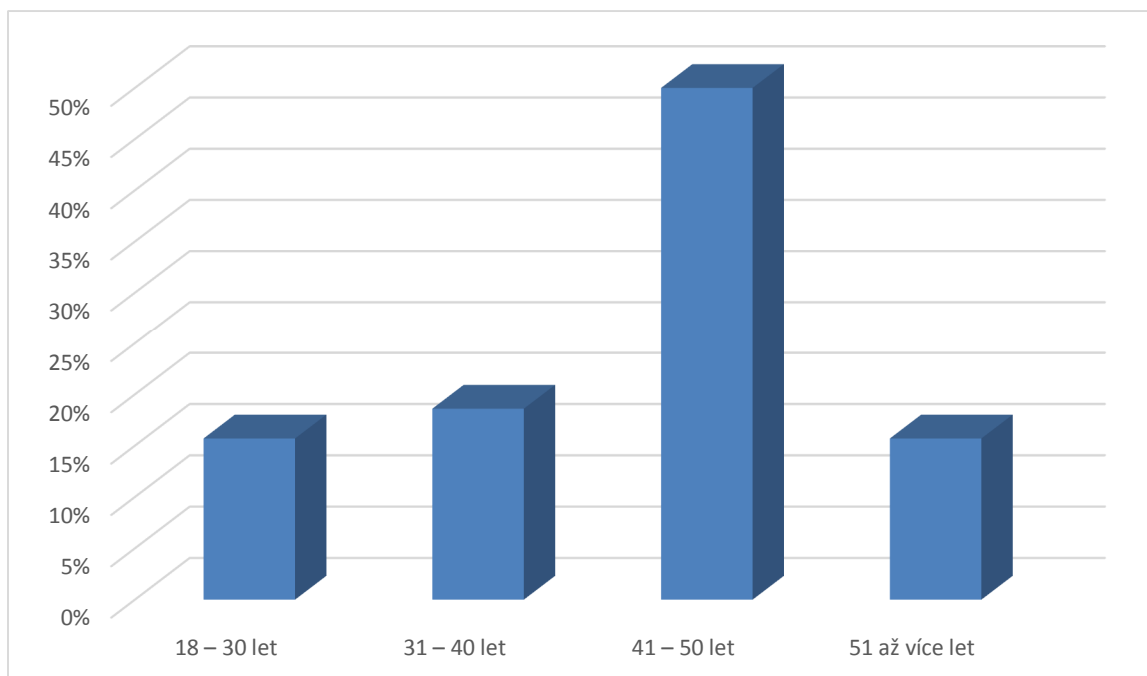
Tabulka 1 Pohlaví respondent

	Relativní etnost	Absolutní etnost
fiena	100%	70
Mufl	0%	0

Graf 1 ukazuje, že z celkového počtu 70 respondentů (100%) se výzkumného –et ení zú astnilo 70 žen (100%).

Otázka . 2: Kolik je Vám let?

Graf 2 V k respondent



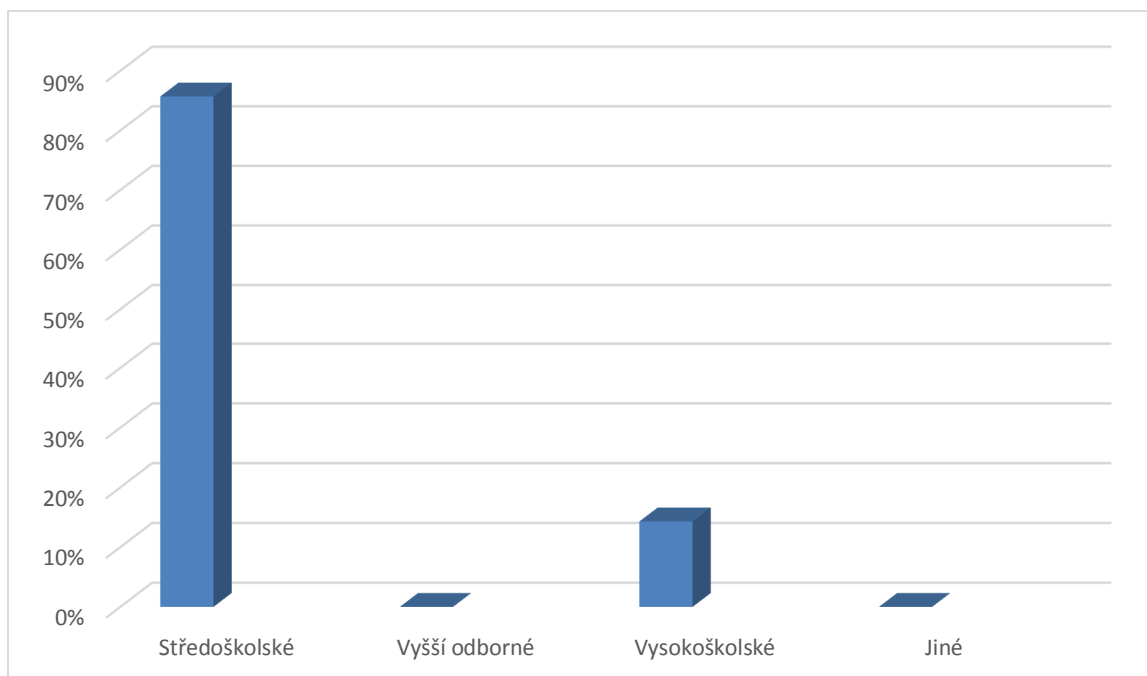
Tabulka 2 V k respondent

	Relativní etnost	Absolutní etnost
18 ó 30 let	15,7%	11
31 ó 40 let	18,6%	13
41 ó 50 let	50%	35
51 afl více let	15,7%	11

Pr zkumu se zú astnili respondenti r zných v kových kategorií. Nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti v kové kategorie 41-50 let, v kovou skupinu 31-40 let obsahuje 13 (18,6%) respondent . Nejmén zastoupenou kategorií tvo ili respondenti 18- 30 let (15,7%) a 51 afl více let (15,7%).

Otázka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondent



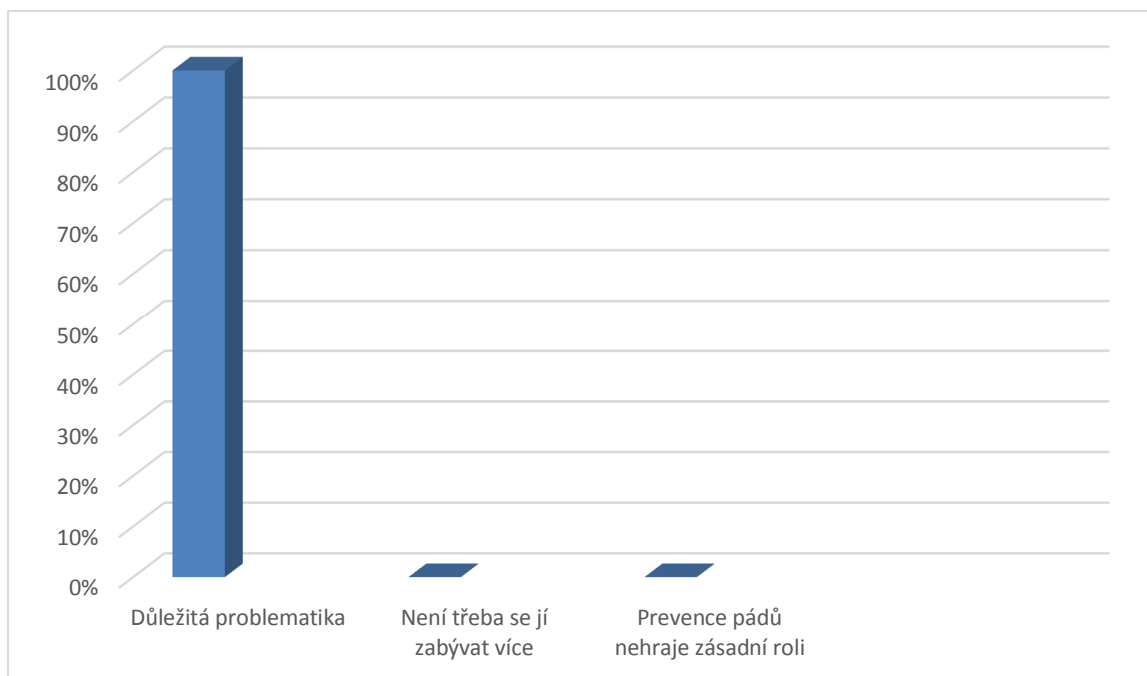
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondent

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Středoškolské	85,7%	60
Vyšší odborné	0%	0
Vysokoškolské	14,3%	10
Jiné	0%	0

Z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných má středoškolské vzdělání 60 (85,7%) respondentů. Vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo 10 (14,3%) respondentů. Vyšší odborné a možnost jiné nevedl nikdo.

Otázka 4: Jaký je Váš pohled na zajištění prevence pádu?

Graf 4 Pohled respondentů na zajištění prevence pádu



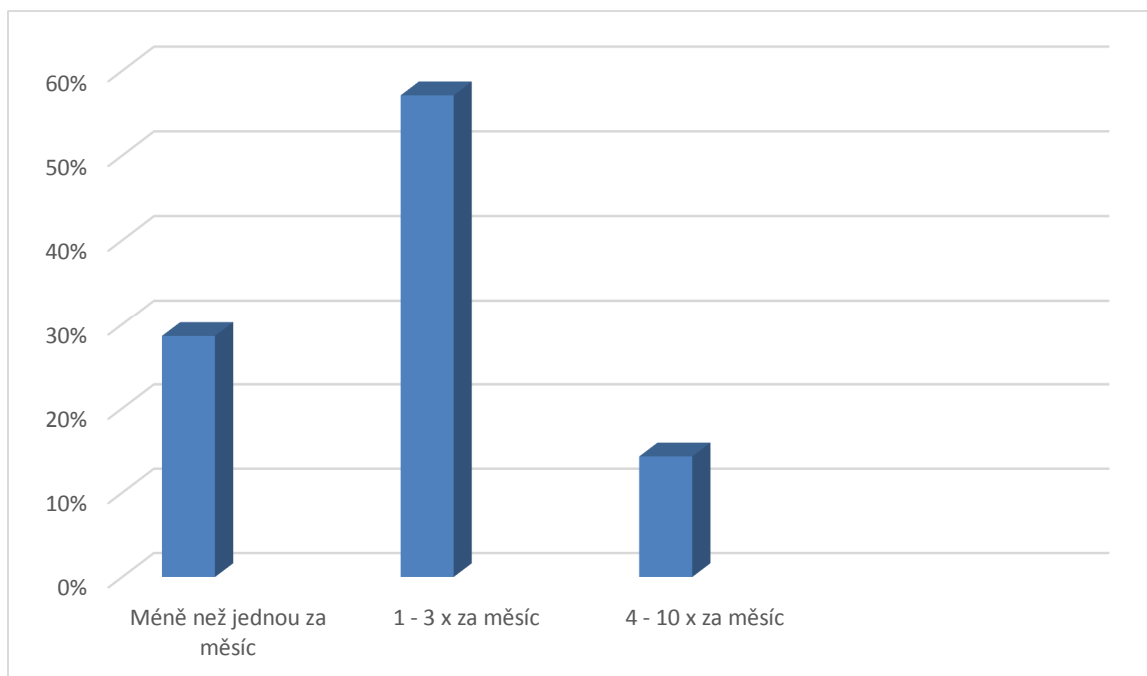
Tabulka 4 Pohled respondentů na zajištění prevence pádu

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Důležitá problematika	100%	70
Není třeba se jí zabývat více	0%	0
Prevence pádů nehraje zásadní roli	0%	0

Graf 4 ukazuje pohled respondentů na zajištění prevence pádu. Všechny 70 (100%) respondentů uvedlo, že jde o důležitou problematiku, které by se mělo v novat více prostředků (lidských i materiálních).

Otázka . 5: Jak často se setkáváte na va- em odd lení s pádem pacienta?

Graf 5 etnost pád na odd lení



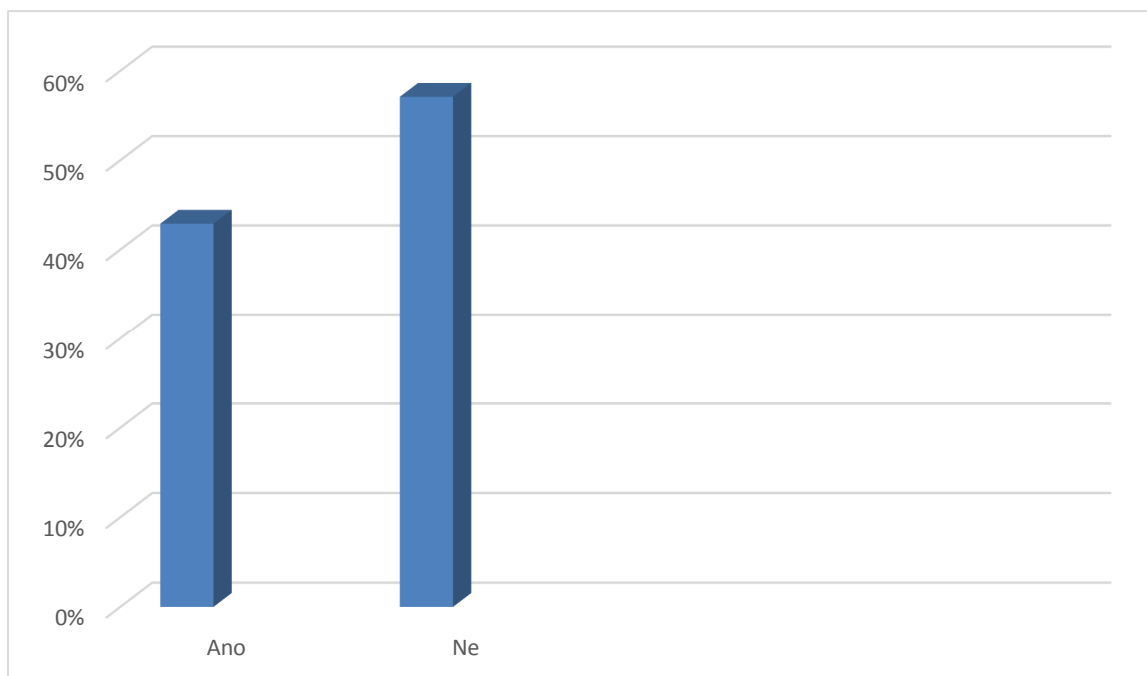
Tabulka 5 etnost pád na odd lení

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Méně než jednou za měsíc	28,6%	20
1 - 3x za měsíc	57,1%	40
4 - 10x za měsíc	14,3%	10

V této otázce jsem se zajímalo o to, jak často se personál setkává s pády na jejich odd lení; 40 (57,1%) respondent odpov d lo 1-3x za měsíc, 20 (28,6%) respondent odpov d lo méně než jednou za měsíc a 10 (14,3%) respondent ozna ilo odpov 4-10x za měsíc.

Otázka . 6: Vyhodnocujete m sí n etnost pád na va-em odd lení?

Graf 6 Vyhodnocení etnosti pád



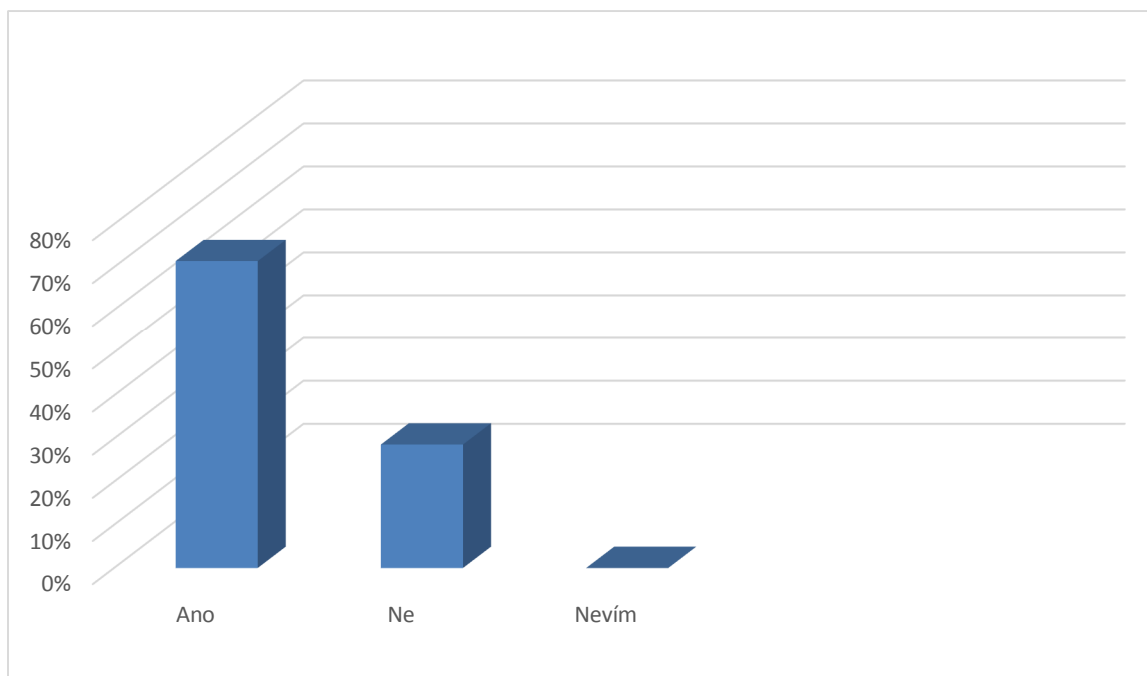
Tabulka 6 Vyhodnocení etnosti pád

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	42.9%	30
Ne	57.1%	40

Graf 6 ukazuje m sí ní vyhodnocení etnosti pád . 30 (42,9%) respondent vyhodnocuje m sí n pády a 40 (57,1%) pády m sí n nevyhodnocuje.

Otázka .7: Zaznamenáváte do dokumentace p i p ijetí pacienta šRiziko vzniku páduõ?

Graf 7 Ozna ení rizikového pacienta do dokumentace



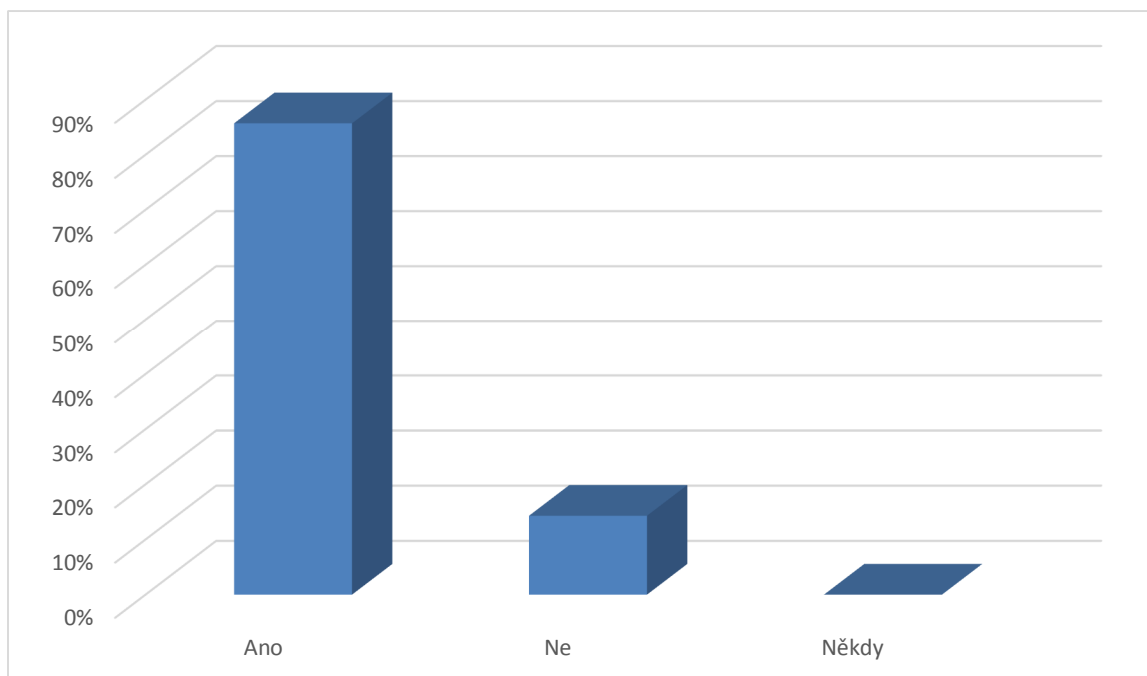
Tabulka 7 Ozna ení rizikového pacienta do dokumentace

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	71.4%	50
Ne	28.6%	20
Nevím	0%	0

Graf 7 zobrazuje odpov di respondent ů na otázku, zda ozna ují rizikového pacienta do o-et ovatelské dokumentace. Z celkového po tu 70 (100%) dotazovaných respondent jich 50 (71,4%) odpov d lo ano a 20 (28,6%) odpov d lo ne.

Otázka . 8: Vyhodnocujete v p ípad vzniku pádu to, jak k dané události do-ío?

Graf 8 Hodnocení pádu u pacienta



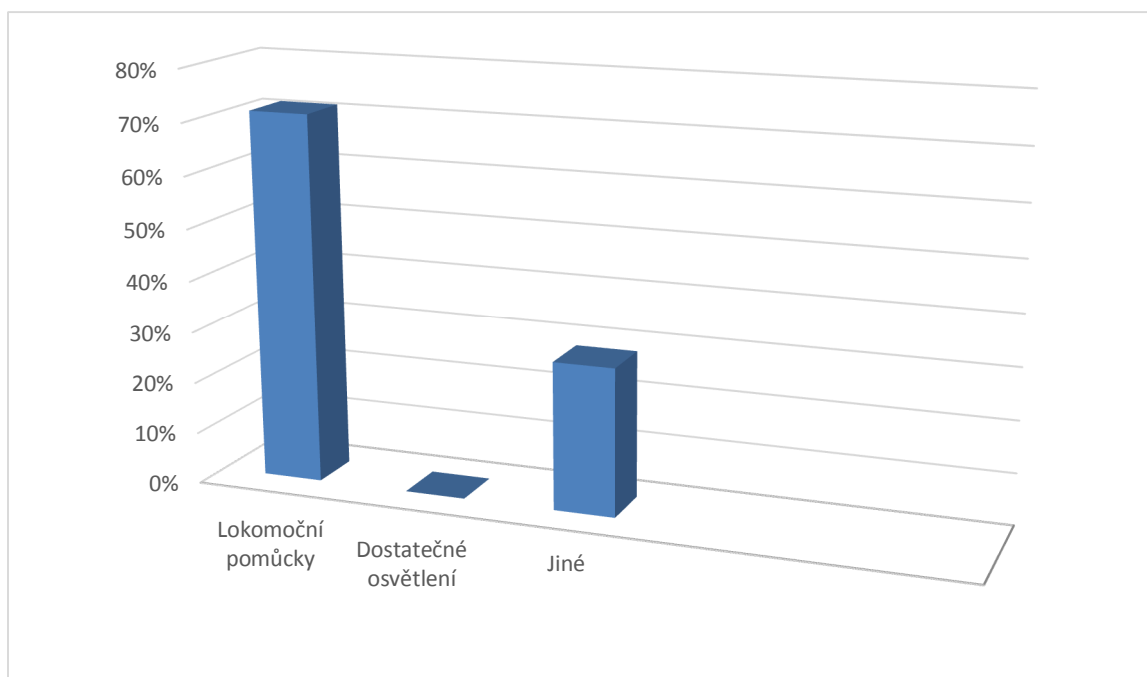
Tabulka 8 Hodnocení pádu u pacienta

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	85.7%	60
Ne	14.3%	10
N kdy	0%	0

60 (85,7%) respondent vyhodnocuje v p ípad vzniku pádu, to jak k dané události do-ío a 10 (14,3%) respondent nevyhodnocuje.

Otázka . 9: Nej ast ji pouffíváné pom cky ke sníffení rizika pádu na va-em pracovi-ti (lze i více odpov dí)

Graf 9 Nej ast j-í pom cky ke sníffení rizika pádu na pracovi-ti respondenta



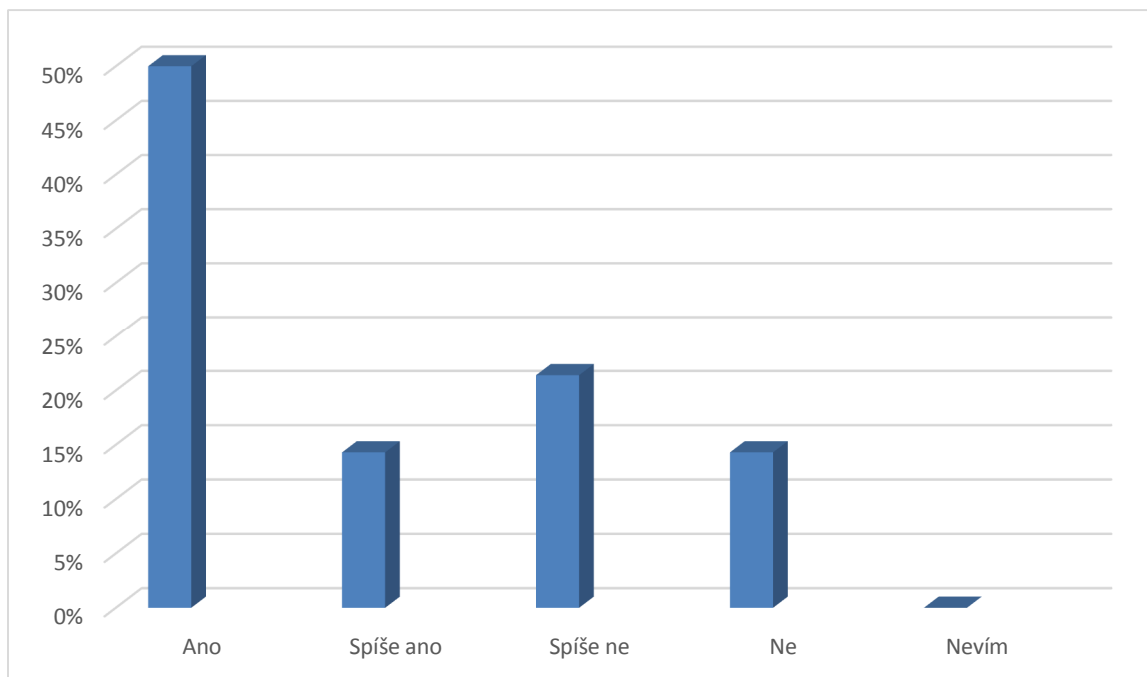
Tabulka 9 Nej ast j-í pom cky ke sníffení rizika pádu na pracovi-ti respondenta

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Lokomo ní pom cky	71,4 %	50
Dostate né osv tlení	0%	0
Jiné (signaliza ní za ízení, zábrany u l flek)	28,6 %	20

V této otázce jsem zji-ovala nej ast j-í pom cky ke sníffení rizika pádu. Respondenti mohli ozna it i více mofností, ale to nikdo nevyuffil. 50 (71,4%) respondent uvedlo lokomo ní pom cky (berle, hole, chodítka) a 20 (28,6%) respondent uvedlo mofnost jiné, kde respondenti uvád li nap íklad signaliza ní za ízení a zábrany u l flek.

Otázka . 10: Myslíte si, že používáním preventivních opatření lze snížit výskyt pádu na va- em oddělení?

Graf 10 Pohled respondenta na používání preventivních opatření



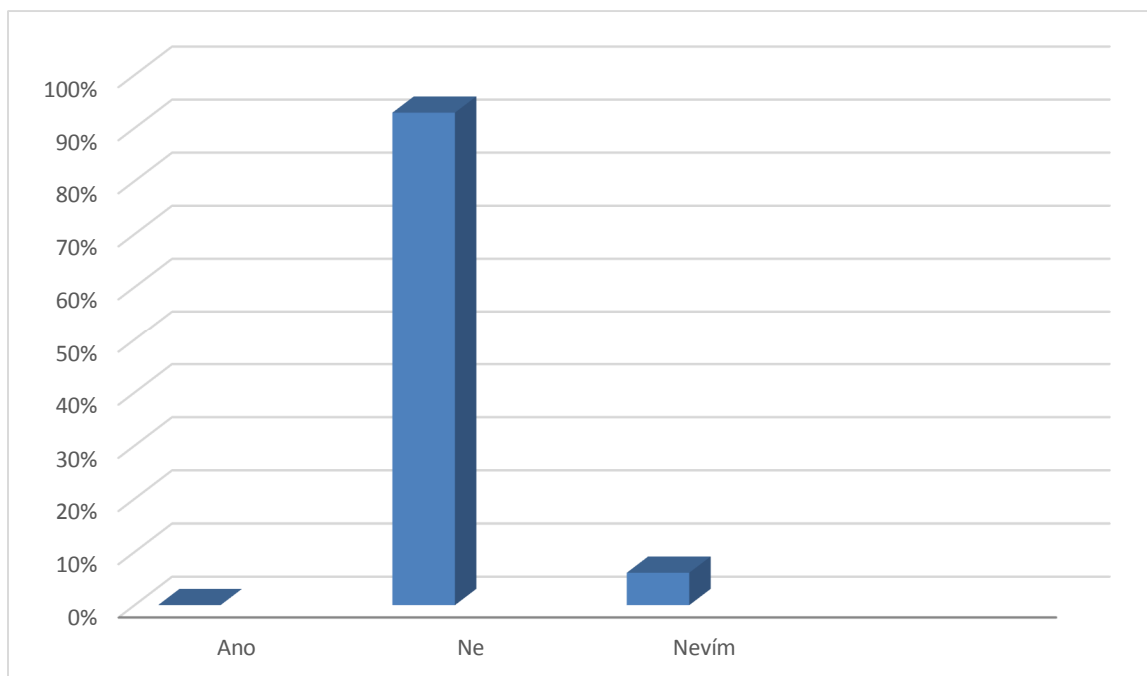
Tabulka 10 Pohled respondenta na používání preventivních opatření

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	50%	35
Spíše ano	14.3%	10
Spíše ne	21.4%	15
Ne	14.3%	10
Nevím	0%	0

Na otázku, zda používáním preventivních opatření lze snížit výskyt pádu na oddělení uvedlo odpověď ano 35 (50%) respondentů, 10 (14,3%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 15 (21,4%) respondentů uvedlo spíše ne a 10 (14,3%) respondentů odpovědělo ne.

Otázka . 11: Máte na va-ém odd lení eduka ní karty pro pacienty s rizikem pádu?

Graf 11 Eduka ní karta na odd lení



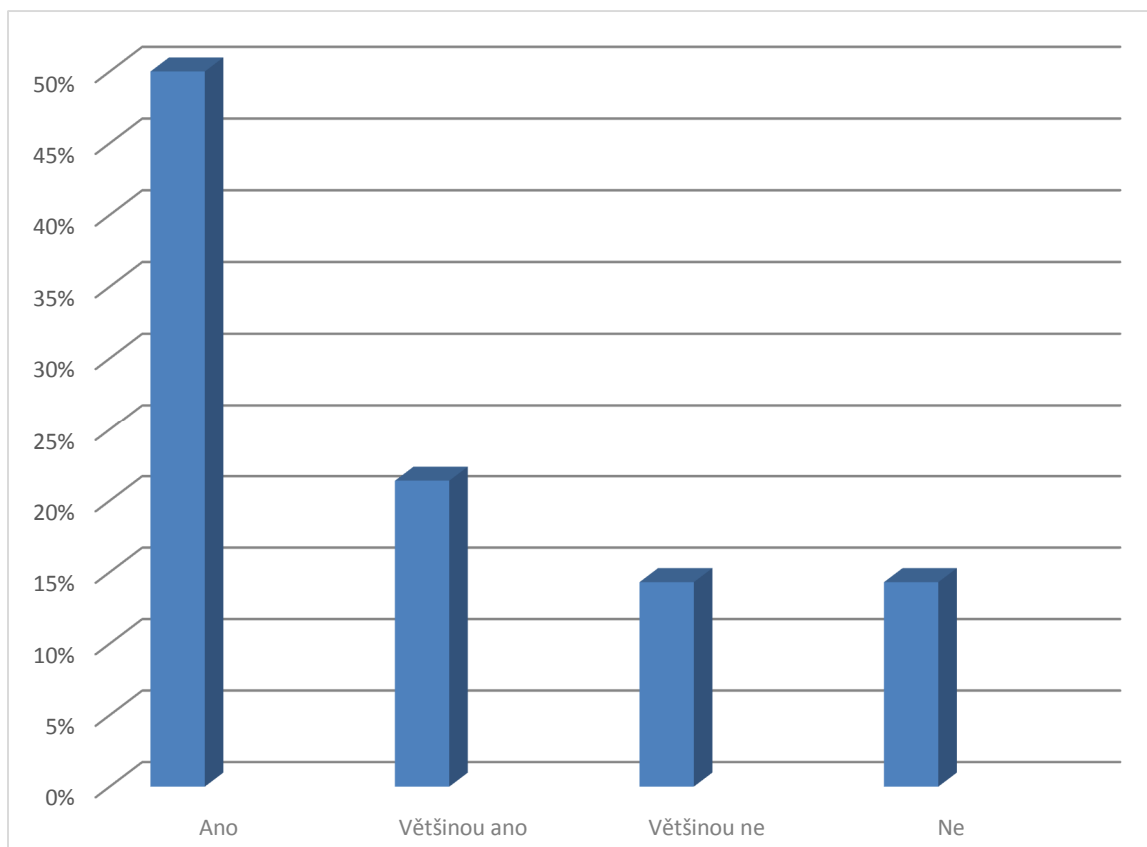
Tabulka 11 Eduka ní karta na odd lení

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	0%	0
Ne	92.9%	65
Nevím	6.1%	5

65 (92,9%) dotazovaných respondent ozna ilo, že nemá eduka ní kartu na odd lení a 5 (6,1%) respondent neví.

Otázka . 12: Spolupracujete p i edukaci pacienta i s rodinou?

Graf 12 Edukace rodiny pacienta na pád



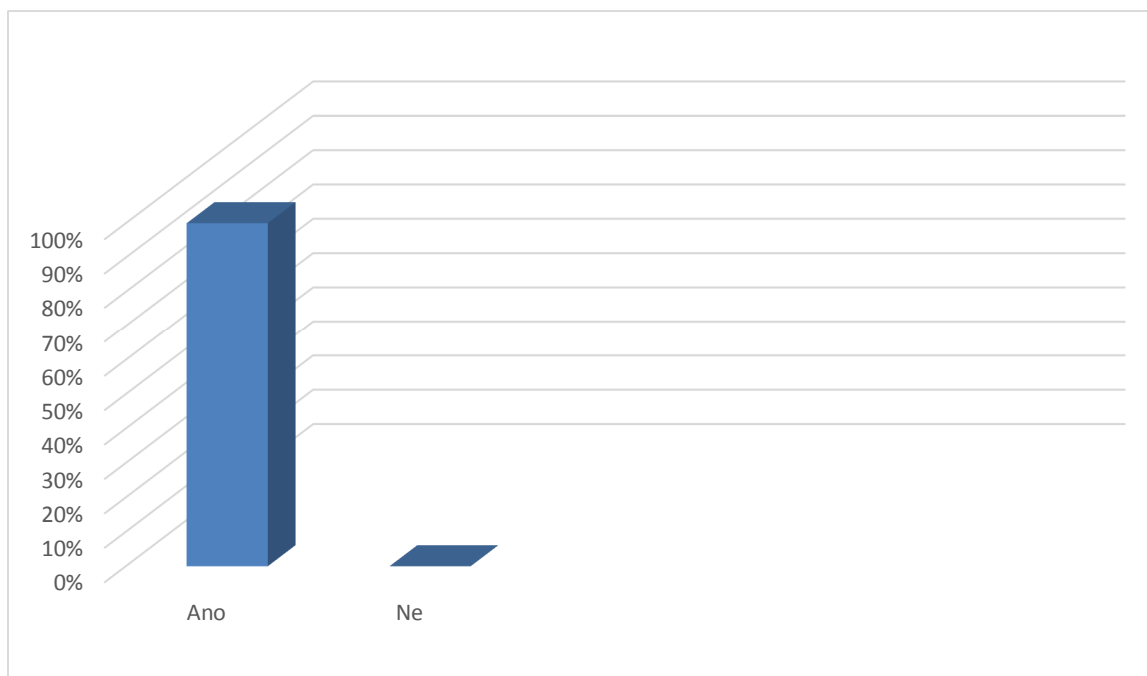
Tabulka 12 Edukace rodiny pacienta na pád

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	50%	35
V t-inou ano	21.4%	15
V t-inou ne	14.3%	10
Ne	14.3%	10

Ano, na otázku zda p i edukaci v prevenci pádu spolupracujete s rodinou pacienta, uvedlo 35 (50%) respondent , v t-inou ano odpov d lo 15 (21,4%) respondent , v t-inou ne uvedlo 10 (14,3%) respondent a 10 (14,3%) respondent odpov d lo ne.

Otázka . 13: Jsou na va-ém odd lení pom cky p ispívající k prevenci pádu?

Graf 13 Pom cky k prevenci pádu



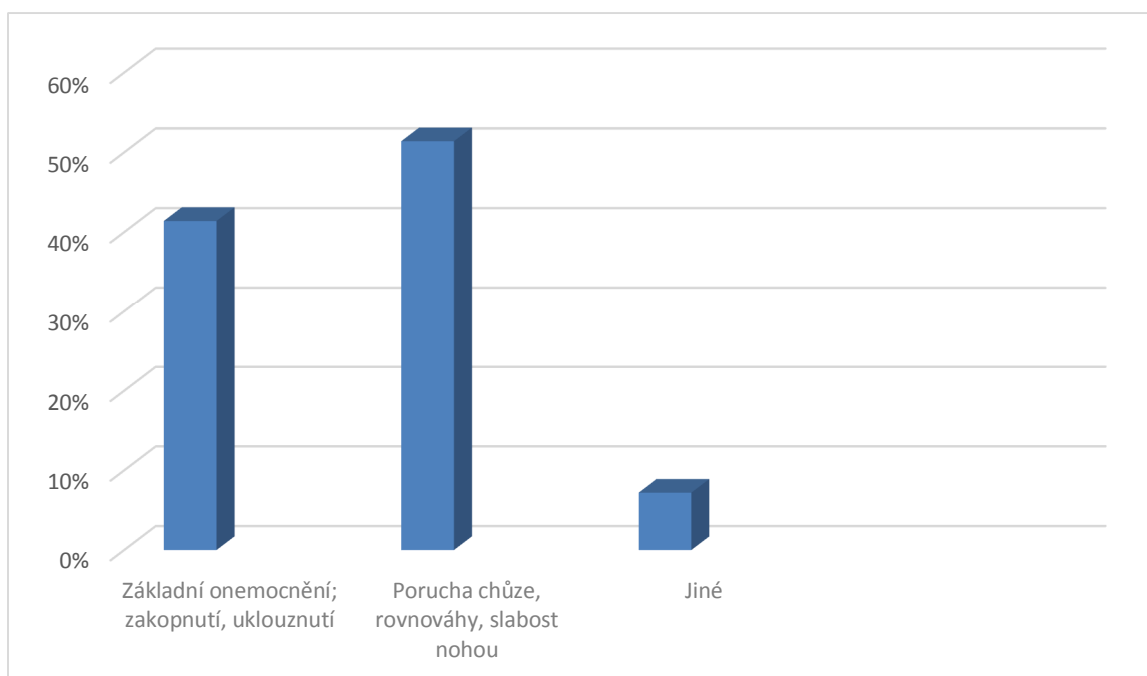
Tabulka 13 Pom cky k prevenci pádu

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	100%	70
Ne	0%	0

V-ech 70 (100%) dotazovaných odpov d lo, že má na svém odd lení pom cky k prevenci pádu.

Otázka . 14: Nej ast j-í p í ina pádu na va-em pracovi-ti?

Graf 14 P í ina pádu na odd lení



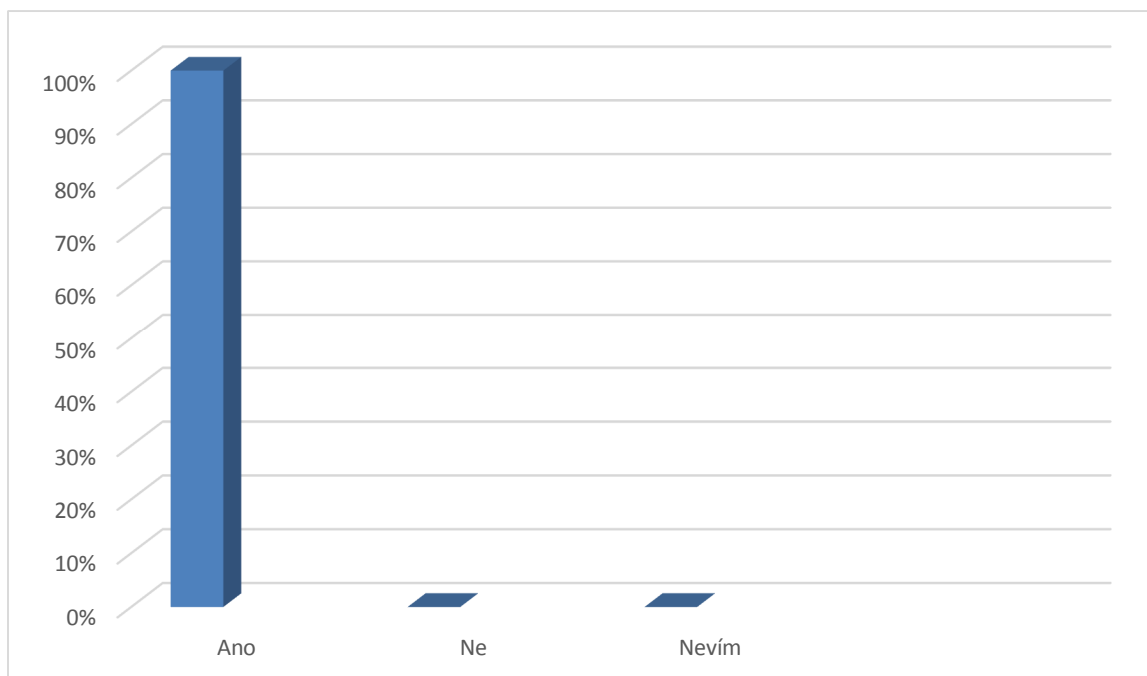
Tabulka 14 P í ina pádu na odd lení

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Základní onemocn ní; zakopnutí, uklouznutí	41,4 %	29
Porucha ch ze, rovnováhy, slabost nohou	51.4 %	36
Jiné (cévní mozková p íhoda, demence, poopera ní stav)	7.2 %	5

Graf 14 ukazuje nej ast j-í p í inu pádu na odd lení. V této otázce mohli respondenti ozna it i více mořností. 36 (51,4%) respondent ozna ilo mořnost porucha ch ze, rovnováhy, slabost v nohou; 29 (41,4%) respondent uvedlo mořnosti základní onemocn ní a zakopnutí, uklouznutí; 5 (7,2%) respondent ozna ilo mořnost jiné, zde respondenti uvád li cévní mozkovou p íhodu, demenci a poopera ní stav.

Otázka . 15: Máte na va-ém pracovi-ti signaliza ní za ízení k p ívolání personálu?

Graf 15 Signaliza ní za ízení na odd lení



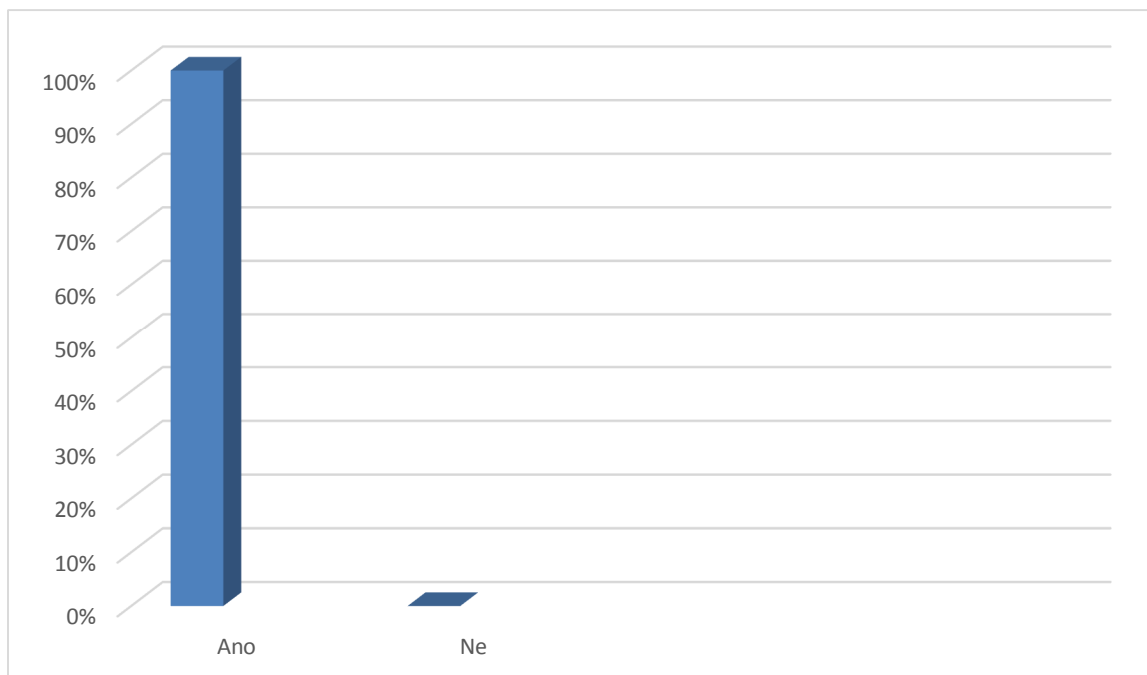
Tabulka 15 Signaliza ní za ízení na odd lení

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	100%	70
Ne	0%	0
Nevím	0%	0

Graf 15 znázor ůje odpov di na otázku, zda je na odd lení signaliza ní za ízení pro p ívolání personálu. 70 (100%) respondent odpov d lo ano.

Otázka . 16: Dbáte v pr b hu celého dne na to, aby bylo signaliza ní za ízení v dosahu pacienta?

Graf 16 Signaliza ní za ízení v dosahu pacienta



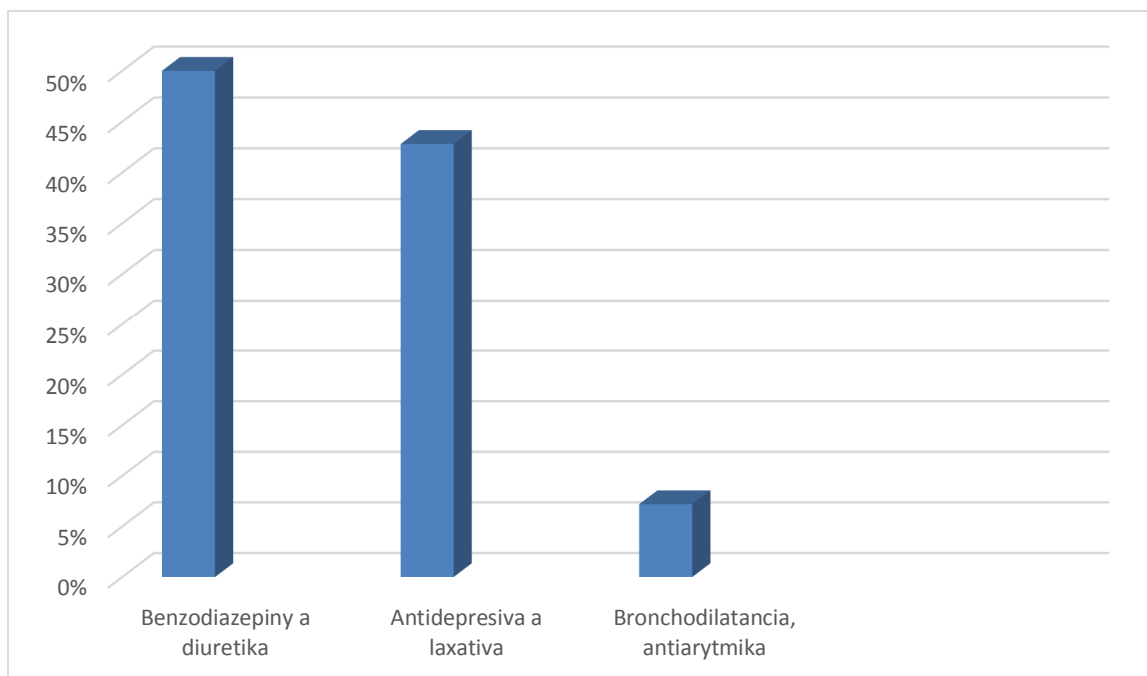
Tabulka 16 Signaliza ní za ízení v dosahu pacienta

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	100%	70
Ne	0%	0

V této otázce jsem se zajímalo o to, zda personál dbá na to, aby bylo signaliza ní za ízení v dosahu pacienta. V-ech 70 (100%) respondent ozna ilo možnost ano.

Otázka . 17: Která farmaka prokazatelně zvyšují riziko pádu? (lze i více odpovědí)

Graf 17 Farmaka zvyšující riziko pádu



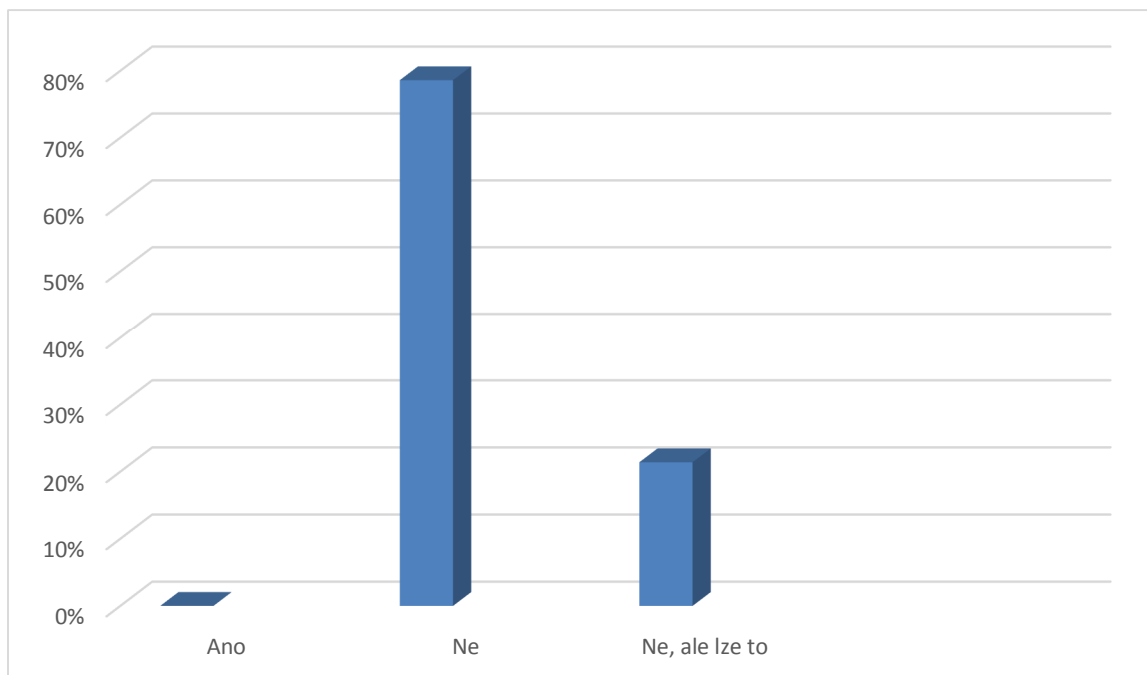
Tabulka 17 Farmaka zvyšující riziko pádu

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Benzodiazepiny a diuretika	50%	35
Antidepresiva a laxativa	42,8%	30
Bronchodilatancia a antiarytmika	7,2%	5

V této otázce jsem zjišťovala, zda má personál pohled o farmacích zvyšujících riziko pádu. Respondenti mohli vybírat z více možností. Za správné jsem brala možnosti benzodiazepiny, diuretika a antidepresiva, laxativa. O tyto možnosti nevedl nikdo z respondentů. 35 (50%) respondentů označilo možnost benzodiazepiny a diuretika, 30 (42,8%) respondentů uvedlo možnost antidepresiva a laxativa. Typnou odpověď bronchodilatancia a antiarytmika uvedlo 5 (7,2%) respondentů.

Otázka . 18: Umis ujete pacienty vyhodnocené jako rizikové z hlediska pádu do pokoj , které jsou snadn ji dozorovatelné?

Graf 18 Umíst ní rizikového pacienta na pád



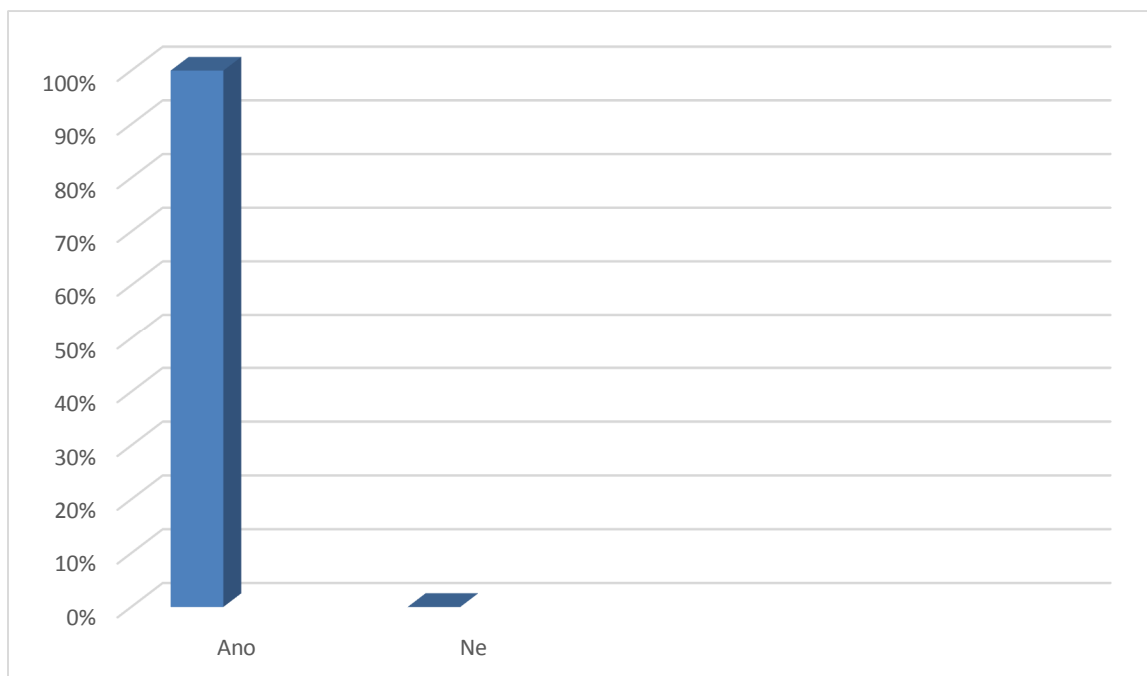
Tabulka 18 Umíst ní rizikového pacienta na pád

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	0%	0
Ne	78.6%	55
Ne, ale lze to	21.4%	15

Graf 18 znázorňuje umístění rizikového pacienta do pokoj , které jsou snadn ji dozorovatelné. 55 (78,6%) respondent uvedlo možnost ne, odd lení k tomu není uzp sobené; 15 (21,4%) respondent ozna ilo možnost ne, ale s menšími úpravami toho lze docílit. Možnost ano nevedl nikdo z respondent .

Otázka . 19: M fe aplikace klyzmatu zp sobit pokles krevního tlaku?

Graf 19 Pokles krevního tlaku p i aplikaci klyzmatu



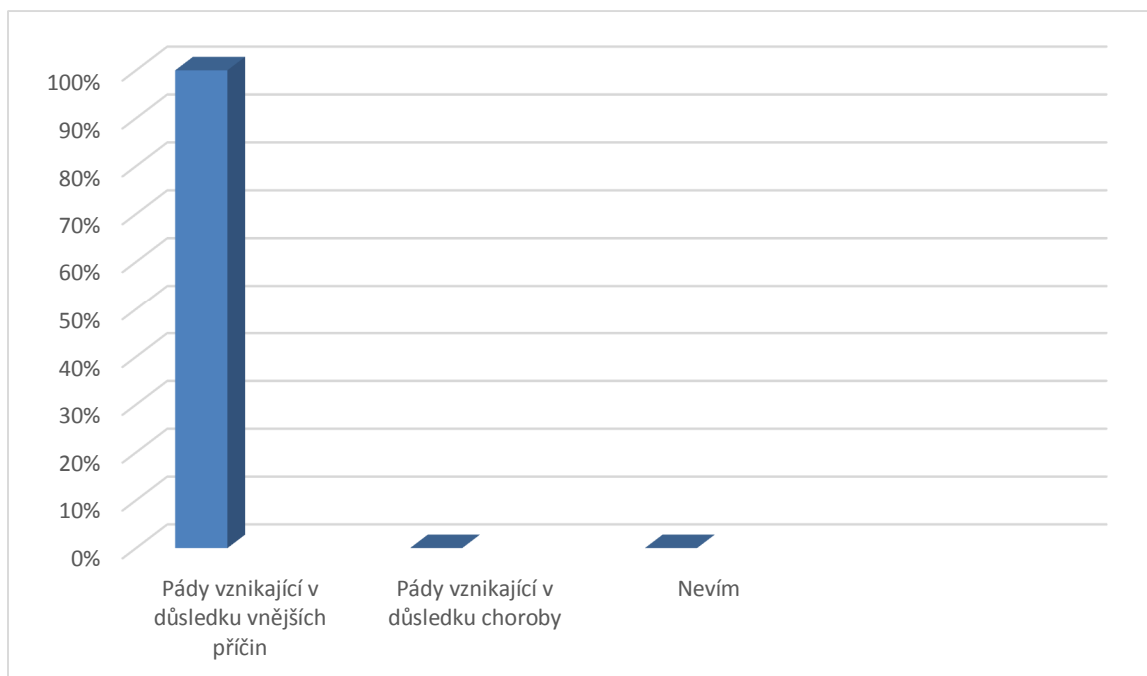
Tabulka 19 Pokles krevního tlaku p i aplikaci klyzmatu

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	100%	70
Ne	0%	0

Pr zkumem jsem zji-ovala, zda personál ví, fe aplikací klyzmatu m fe dojít k poklesu krevního tlaku. V-ech 70 (100%) respondent odpov d lo správn ó ano.

Otázka . 20: Co si představíte pod pojmem mechanický pád?

Graf 20 Pojem mechanický pád



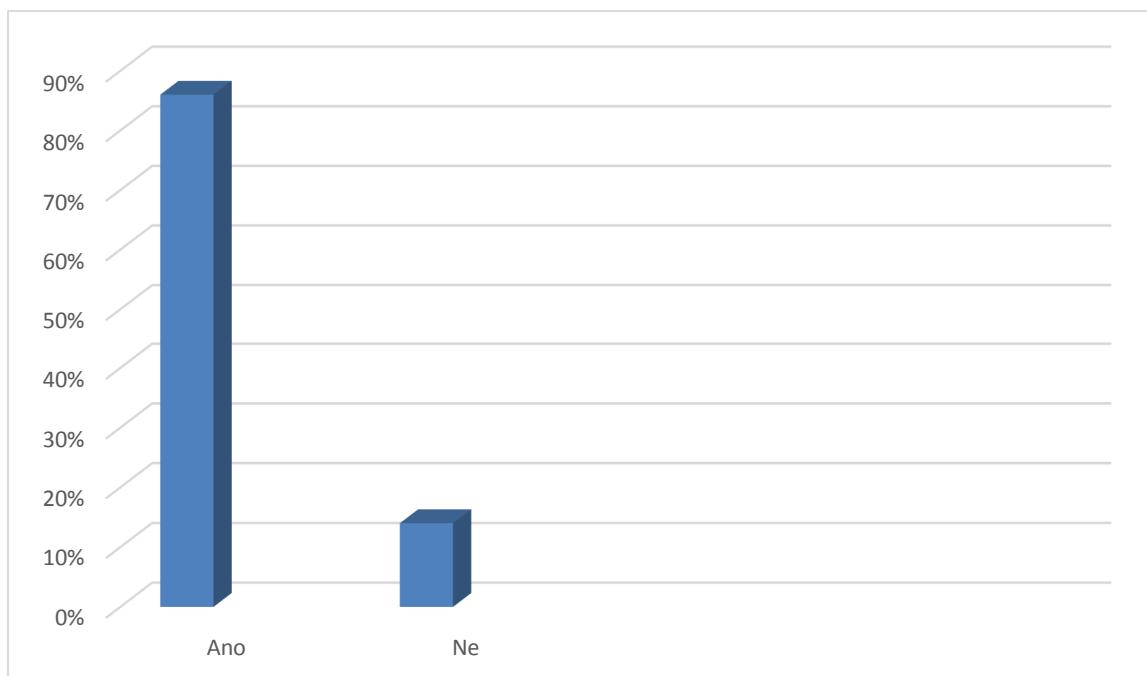
Tabulka 20 Pojem mechanický pád

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Pády vznikající v důsledku vnějších příčin	100%	70
Pády vznikající v důsledku choroby	0%	0
Nevím	0%	0

Věch 70 (100%) respondent označilo správně pojem mechanický pád, jako pád vznikající v důsledku vnějších příčin.

Otázka . 21: Lze deprese považovat za rizikový faktor pádu?

Graf 21 Deprese jako rizikový faktor pádu



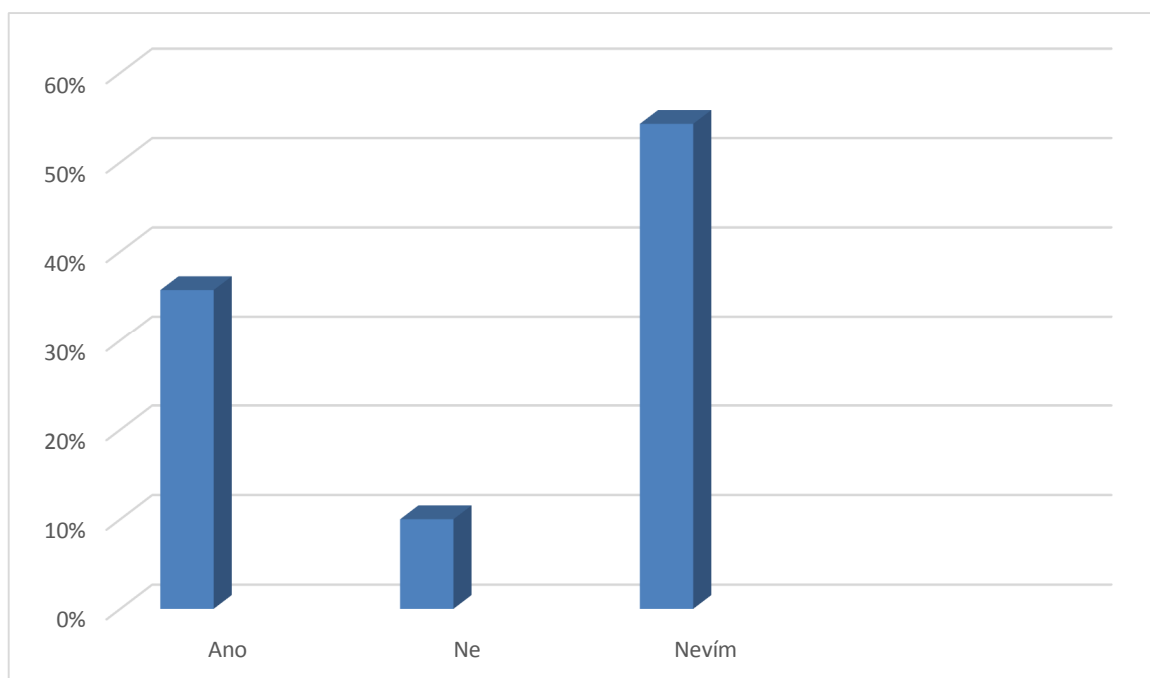
Tabulka 21 Deprese jako rizikový faktor pádu

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	86%	60
Ne	14%	10

Graf 21 znázorňuje odpovědi respondentů na poslední otázku z dotazníku, a to, zda lze deprese považovat za rizikový faktor pádu. 60 (86%) respondentů uvedlo možnost ano a 10 (14%) respondentů označilo možnost ne.

Otázka . 22: Ocenili byste eduka ní kartu nebo leták o prevenci pádu pro personál?

Graf 22 Zájem o eduka ní kartu na pád pro personál



Tabulka 22 Ocenili byste eduka ní kartu nebo leták o prevenci pádu pro personál?

	Relativní etnost	Absolutní etnost
Ano	35.7%	25
Ne	10%	7
Nevím	54.3%	38

Zájem o eduka ní kartu o prevenci pádu pro personál projevilo 25 (35,7%) respondent , 38 (54,3%) respondent ozna ilo možnost nevím, 7 (10%) respondent zájem neprojevilo.

DISKUZE

Bakalářská práce obsahuje analýzu dat získaných pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky vyplnili zdravotní pracovníci bez lékařského vzdělání. Výsledná data jsou analyzována a interpretována pomocí statistických metod.

Cílem bylo zjistit informovanost lékařského zdravotnického personálu o prevenci pádu na lůžkových odděleních městské nemocnice Privamed, a.s. Vybrala jsem interní oddělení, lůžka dlouhodobě nemocných, neurologické oddělení, rehabilitační oddělení a oddělení sociálních služeb. Stanovila jsem si 3 předpoklady: Předpoklad 1: Předpokládám, že většina lékařského personálu vnímá problematiku prevence pádu jako důležitou, kritérium pro většinu bylo 70 %, Předpoklad 2: Předpokládám, že lékařský zdravotnický personál používá zdravotnickou dokumentaci zaměřenou na prevenci pádu, Předpoklad 3: Předpokládám, že většina lékařského zdravotnického personálu má pohled o nemocích a farmacích, které zvyšují riziko pádu, kritérium pro většinu je 70 %.

Celkový počet zkoumaného vzorku tvořilo 70 respondentů (100%). Z celkového množství respondentů bylo 70 žen a žádní muži (graf 1). Větší zastoupení žen v sestřerské profesi je známo a profese sestry bývá spíše ženské povolání. I když v současné době můžeme ve zdravotnictví najít i muže.

Prozkoumali se zastupitelé respondentů různých věkových kategorií. Nejvíce byli zastoupeni respondenti v věkové kategorii 41-50 let a nejméně v věkové kategorii 18-30 let a 51 a více let (graf 2).

Nejvíce respondentů bylo označeno středněškolské vzdělání a nejméně vzdělání vysokoškolské. Množství respondentů odborné vzdělání a jiné neoznámil žádný respondent (graf 3).

V předpokladu 1 jsem zjistila pohled respondentů na prevenci pádu, používání pomůcek ke snížení rizika pádu a spolupráci rodiny při edukaci pacienta rizikového na pád. Je důležité, aby lékařský zdravotnický personál měl pohled o problematice pádu a prevenci, protože jejich role v této oblasti je nezastupitelná. Problematice pádu, jak je uvedeno v grafu 4, má být podle většiny respondentů věnováno více prostředků materiálních i lidských. Graf 12 ukazuje, že pouze polovina respondentů provádí edukaci rodinných

příslušník o prevenci pádu. Graf 13, 15 a 16 znázornil kladnou odpověď všech respondentů. Pojem mechanický pád (graf 20) byl označen u všech respondentů správně.

Předpoklad 1: Předpokládám, že v tina nelékařského zdravotnického personálu vnímá problematiku prevence pádů za důležitou

Kritérium pro v tina: 70%

K mému předpokladu se vztahují otázky č. 4., 5, 9., 10., 12, 13., 15., 16., 18., 20

Výsledky:

- 70 (100%) respondentů uvedlo, že se jedná o problematiku, které by mělo být v nověno více prostředk (lidských i materiálních).
- 40 (57,1%) respondentů se setkává s pády 1-3x za měsíc.
- 50 (71,4%) respondentů uvádí, že nejast j-í pomocí ke snížení rizika pádu na jejich oddělení jsou lokomoční pomcky (berle, hole, chodítka). Tato otázka dávala respondentům možnost více odpovědí, ale to nikdo nevyužil. V možnosti jiné uvedli respondenti o zábrany u l fiek a signaliza ní za ízení.
- 35 (50 %) respondentů ozna ilo možnost ano, tedy že používáním preventivních opat ení lze snížit výskyt pádů na jejich oddělení.
- 35 (50%) respondentů uvádí spolupráci rodiny při edukaci pacienta rizikového na pád.
- 70 (100%) respondentů uvedlo, že jsou na jejich oddělení pomocí p íspívající k prevenci pádu.
- 70 (100%) respondentů ozna ilo na pracovi-ti signaliza ní za ízení.
- 70 (100%) respondentů uvedlo signaliza ní za ízení v dosahu pacienta.
- 55 (78,6%) respondentů na otázku, zda umis ují pacienta rizikového na pád do pokoj , které jsou na dosah personálu uvádí o ne, oddělení k tomu není uzp sobené.
- 70 (100%) respondentů ví, co znamená pojem mechanický pád.

Tímto se potvrdil předpoklad 1.

V předpokladu 2 jsem zkoumala, jestli lékařský zdravotnický personál vyhodnocuje možnost pádu, zaznamenává do dokumentace pacienta rizikového nápad a zda používá edukační karty pro pacienty. Předpokládala jsem u dotazovaných, že riziko o vzniku pádu do dokumentace zaznamenává každý, výsledky v grafu 7 však ukázaly opak, pouze 50 respondentů tak učinila. Z mého pohledu si myslím, že je důležité, aby veškerý zdravotnický personál zaznamenával do dokumentace rizikového pacienta a označil tímto riziko pádu i pacientovo lékařské záznamy. Správně vedená dokumentace, je totiž vizitkou každého kvalifikovaného zdravotníka. Graf 11 znázorňuje, že na vnitřních odděleních není k dispozici edukační karta o prevenci pádu pro pacienty.

Předpoklad 2: Předpokládám, že lékařský zdravotnický personál používá zdravotnickou dokumentaci zaměřenou na prevenci pádu.

K mému předpokladu se vztahují otázky 6, 7, 8, 11, 22

Výsledky:

- 40 (57,1%) respondentů uvedlo, že nevyhodnocují možnost pádu na jejich oddělení.
- 50 (71,4%) respondentů označuje do dokumentace pacienta rizikového nápad.
- 60 (87,5%) respondentů vyhodnocuje událost, při které k pádu došlo.
- 65 (92,9%) respondentů uvádí, že na svém oddělení nemá k dispozici edukační karty pro pacienty, u kterých hrozí riziko pádu.
- 38 (54,3%) respondentů na otázku, zda by ocenili edukační kartu i leták o prevenci pádu pro personál odpovědělo, že neví, pouze 25 (35,7%) respondentů odpovědělo ano.

Tímto se potvrdil předpoklad 2.

V předpokladu 3 jsem zjišťovala pohled lékařského zdravotnického personálu o tom, která farmaka zvyšují riziko pádu a jaké nemoci mohou pádu způsobit. Graf 17 znázorňuje farmaka prokazatelně zvyšující pádu, v dostupné literatuře (Lord et al., 2007) je uvedeno, že nejvyšší riziko pádu je při užívání benzodiazepinů, antidepresiv, laxativ

a diuretik. Pokládala jsem je tedy za správné. Ob tyto možnosti nevedl nikdo z respondentů. Bronchodilatancia a antiarytmika riziko pádu nezvy-ují, ale i přes to je 5 ze 70 respondentů uvedlo. Graf 21 ukazuje, že více než polovina respondentů odpověděla kladně na otázku o depresi jako rizikovém faktoru pádu. Nejvyšší riziko pádu, je zde hlavně z důvodu uflívání antidepresiv, které mají nemoc nebo její projevy léčit.

Předpoklad 3: Předpokládám, že většina nelékařského zdravotnického personálu má přehled o nemocích a farmacích, které zvyšují riziko pádu.

Kritérium pro většinu: 70 %

K mému předpokladu se vztahují otázky 14, 17, 19, 21

Výsledky:

- 29 (41,4%) respondentů uvádí jako nejčastější příčinu pádu na jejich oddělení základní onemocnění a možnost zakopnutí, uklouznutí. Opět bylo na výběr z více možností. V možnosti jiné uváděli respondenti demenci, cévní mozkovou příhodu a pooperační stav.
- 35 (50%) respondentů označilo benzodiazepiny, diuretika jako farmaka, která prokazatelně zvyšují riziko pádu. Zde bylo také na výběr z více možností.
- 60 (86%) respondentů uvedlo správně, že aplikace klyzmatu může způsobit pokles krevního tlaku.
- 60 (86%) respondentů považuje depresi jako rizikový faktor pádu.

Tímto se potvrdil předpoklad 3.

Výzkumné zetření na téma šPády v seniorském věku bylo uskutečneno v roce 2012 Janou Prachovou. Prováděla ho v Domov pro seniory sv. Jiří, Petrklíč, Kopretina, Sedmíkráska a Tytýl. Všechny tyto domovy se nacházejí v Plzni. Ze tří stanovených předpokladů se jeden nepotvrdil, a to znalost zaměstnanců o preventivních opatřeních pádu. Zaměstnanci například nevěděli, zda klienti nosí v domov domácí obuv s protiskluzovou podrážkou nebo zda jsou edukováni fyzioterapeutem o možnostech pádu.

Jako výstup do praxe jsem si zvolila edukační kartu o prevenci pádu pro personál. 38 respondentů ze 70 dotazovaných uvedlo, že neví, zda by uvítalo edukační kartu o prevenci pádu pro personál. I přes to, jsem se pokusila edukační kartu vytvořit. Je stručná, přehledná a srozumitelná. Měla by sloužit jako návod pro lékařský zdravotnický personál. Edukační karta je uvedena v příloze . 5.

ZÁV R

Úkolem této práce bylo objasnit problematiku prevence pád v geriatrické o-et ovatelské pé i. Zabývala jsem se pády u starých osob, definicí pádu, klasifikací pádu, etiologií, rizikovými faktory, d sledky pád a edukací pacienta rizikového na pád. Teoretická ást se mi zpracovávala velice dob e, pouffila jsem ve-kerou zmín nou literaturu.

Cílem mé bakalá ské práce bylo na základ výzkumného -et ení zmapovat znalosti neléka ského zdravotnického personálu m stské nemocnice Privamed, a.s. o prevenci pád . Zvolila jsem si kvantitativní formu výzkumu pomocí dotazníkového -et ení. M la jsem stanovené t i p edpoklady: P edpoklad 1: P edpokládám, že v t-ina neléka ského personálu vnímá problematiku prevence pád za d ležitou, kritérium pro v t-ínu bylo 70 %, P edpoklad 2: P edpokládám, že neléka ský zdravotnický personál pouffívá o-et ovatelskou dokumentaci zam enou na prevenci pád , P edpoklad 3: P edpokládám, že v t-ina neléka ského zdravotnického personálu má p ehled o nemocích a farmacích, které zvy-ují riziko pádu, kritérium pro v t-ínu bylo 70 %. V-echny t i p edpoklady se potvrdily.

P i zpracování praktické ásti jsem nem la velké problémy. Vypln ní a p edání dotazník prob hlo v naprostém po ádku. Paní Budková byla velice p íjemná a ochotná. Jako výstup do praxe jsem si zvolila eduka ní kartu pro personál o prevenci pádu. Tato karta by m la sloužit jako pom cka pro neléka ský zdravotnický personál. Je stru ná, jasná a dopln ná obrázky.

Myslím, že jsem se zabývala v-ím, ím jsem cht la. Nov získané teoretické znalosti m velmi obohatily a doufám, že je budu moci p edávat dál a pouffívat je p i práci ve zdravotnictví a nejen tam.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BURKE, Mary M. et al. *Primary Care of the Older Adult: A multidisciplinary Approach*. 2nd ed. Missouri, St. Louis: Mosby, 2004. ISBN 0-323-02395-9.
- DAROWSKI, Adam. *Falls: The facts*. New York: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19-954128-7.
- EVANS, Grimley J. et al. *Oxford textbook of geriatric medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2000. ISBN 0-19-262830-5.
- GURCHARAN, Rai et al. *Shared Care of older people*. 1st ed. Philadelphia: Elsevier Limited, 2006. ISBN 0-443-10040-3.
- ILIFFE, Steve and DRENNAN, Vari. *Primary Care for Older People*. 1st ed. New York: Oxford University Press, 2000. ISBN 978-0-19-262951-7.
- JU ENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v o-et ovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4721-712.
- KALVACH, Zden k, et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zden k; ONDERKOVÁ, Alice. *Stá í. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problém v o-et ovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Zden k, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing , 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v o-et ovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LORD, Stephen R. et al. *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention*. New York: Cambridge University Press, 2007. ISBN 978-0-521-69099-8.
- MARX, David. *Prevence pád ve zdravotnickém za ízení: cesta k dokonalosti a zvy-ování kvality*. 1. vyd. P eklad Radim Vyhnánek. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-159.
- SCHULER, Matthias a OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. eské vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4730-134.

- SINCLAIR, Adam J., MORLEY, John E. and VELLAS, Bruno. *Pathyø principles and practice of geriatric medicine*. 5th ed., part 1. United Kingdom: John Wiley & Sons, 2012. ISBN 978-0-4706-8393-4.
- SINCLAIR, Adam J., MORLEY, John E. and VELLAS, Bruno. *Pathyø principles and practice of geriatric medicine*. 5th ed., part 2. United Kingdom: John Wiley & Sons, 2012. ISBN 978-0-4706-8393-4.
- SV RÁKOVÁ, Marcela. *Eduka ní innost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- WEBER, Pavel, et al. *Minimum z klinické gerontologie pro léka e sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro dal-í vzd lávání pracovník ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
- WILLIAMS, Brie et al. *Current diagnosis and treatment: geriatrics*. 2nd ed. New York: McGraw - Hill Education, 2014. ISBN 978-007-1792-080.
- WOODFORD, Henry. *Essential geriatrics*. 2nd ed. United Kingdom: Radcliffe Publishing, 2010. ISBN 978-1-84619-426-9.

SEZNAM ZDROJ OBRÁZK

Obr. 1 <http://www.relaxovat.cz/relaxovat-cz/eshop/5-1>

Obr. 2 <http://cz.depositphotos.com/12053511/stock-photo-road-sign-hospital-blue.html>

Obr. 3 <http://eshop.elfetex.cz/10-560-985-101-64007-kryt-tlacitka-6-a-zvonek-w>

Obr. 4 <http://www.obchod23.cz/?kat=-279&sort=&page=27>

Obr. 5 <http://www.seton.de/214/Warnschilder-nach-neuer-ASR-A1-3-EN-ISO-7010/>

Obr. 6 <http://vozickar.com/bivs-o-vysokoskolskem-studiu-zdravotne-postizenych-se-bude-jednat-v-liberci/>

Obr. 7 <http://www.cedulart.cz/cedule/zakaz-vstupu-v-podpatcich>

Obr. 8 <http://cz.depositphotos.com/2732084/stock-photo-plastic-cup-with-water.html>

SEZNAM CIZÍCH SLOV

Adaptace ó p ízp sobení

Agitace ó neklid

Alternativa ó možnost volby mezi dv ěma i více možnostmi

Antidepresiva ó lék proti depresi

Anxieta ó chorobný stav úzkosti

Apatie - lhostejnost

Arteriální - tepenný

Artróza ó nezán tlivé degenerativní onemocn ění kloubu

Defekt ó po-kození, nap . k fle

Delirium ó zmatenost s halucinacemi

Deteriorace ó zhor-ování, úpadek, slábnutí

Disabilita ó omezení

Diuretika ó léky na odvodn ění, podporují vylu ování mo ěi z organismu

Dorzální ó h betní, zadní

Efektivní - ú inný

Exogenní ó vn ěj-í

Extenze ó natafění, pohyb kon etiny v kloubu

Endogenní - vnit ění

Flexe ó ohnutí, pohyb kon etiny v kloubu

Fobie ó chorobný strach

Fraktura - zlomenina

Geriatricie ó zabývá se chorobami ve stá í

Gerontologie ó obor zabývající se problémy stárnutí

Halucinace ó vidina, p elud, blouzn ní

Hemiparéza ó áste né ochrnutí poloviny t la

Hospitalizace ó umíst ní pacienta v nemocnici

Hypnotika ó léky p sobící terapeuticky na chronickou nespavost

Hypoperfuze ó snížení pr toku tekutiny ur itým prost edím

Iatrogenní ó vyvolané léka em, jeho neuváženým jednáním, chybným výkonem

Incidence ó nemocnost, demografický ukazatel

Instabilita ó nestálost, psychomotorický neklid

Interdisciplinární ó mezioborový

Kognitivní ó mající poznávací význam

Kompenza ní ó mající charakter náhrady

Laxativa ó lé iva podporující odchod stolice

Malnutrice - podvýživiva

Medikace ó lé ení pomocí lék , resp. jejich p edepisování

Mitrální ó týkající se dvojcípé chlopn ě mezi levou síní a levou komorou

Mobilita ó pohyblivost celého organismu

Morbidita ó nemocnost

Mortalita ó úmrtnost na ur itou nemoc

Neuropatie ó porucha nerv

Osteoporóza ó onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty

Parathormon ó hormon p í-títných t lísek

Polymorbidita ó p ítomnost více chorob sou asn

Prevalence o počet existujících nemocí ve vybrané populaci k určitému datu

Psychomotorický o týkající se pohybových projevů duševních dějů

Racionalizace o zdivodnění, vysvětlení

Regurgitace o zpětný tok krve, kdy chlopně nedomykají

Sedativa o zklidňující léky

Senzorický - smyslový

Stabilní o pevný, rovnovážný

Stenóza - zúžení

Venózní - žilní

Vazodilatancia o léky rozšiřující cévy

SEZNAM GRAF

Graf 1 Pohlaví respondent

Graf 2 Věk respondent

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondent

Graf 4 Pohled respondent na zajištění prevence pádu

Graf 5 Etnost pádu na oddělení

Graf 6 Vyhodnocení etnosti pádu

Graf 7 Označení rizikového pacienta do dokumentace

Graf 8 Hodnocení pádu u pacienta

Graf 9 Nejčastější pomůcky ke snížení rizika pádu na pracovišti respondenta

Graf 10 Pohled respondenta na používání preventivních opatření

Graf 11 Edukační karta na oddělení

Graf 12 Edukace rodiny pacienta na pádu

Graf 13 Pomůcky k prevenci pádu

Graf 14 Příčina pádu na oddělení

Graf 15 Signalizace zařízení na oddělení

Graf 16 Signalizace zařízení v dosahu pacienta

Graf 17 Farmaka zvyšující riziko pádu

Graf 18 Umístění rizikového pacienta na pádu

Graf 19 Pokles krevního tlaku

Graf 20 Pojem mechanický pádu

Graf 21 Deprese jako rizikový faktor pádu

Graf 22 Zájem o edukační kartu na pádu

SEZNAM P ÍLOH

- P íloha . 1 Barthel v test základních v-edních inností
- P íloha . 2 Vzorový eduka ní plán
- P íloha . 3 íádost o povolení -et ení
- P íloha . 4 Dotazník
- P íloha . 5 Eduka ní karta na pád pro personál

Příloha . 1 Barthel v test základních v-edních inností

innost	Provedení innosti	Bodové skóre
Najedení napití	Samostatn bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatn bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatn bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatn nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence mo i	Pln kontinentní	10
	Ob as inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Pln kontinentní	10
	Ob as inkontinentní	5
	Inkontinentní	0

Použití WC	Samostatn bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
P esun l flko - fidle	Samostatn bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrflí sed t	5
	Neprovede	0
Ch ze po rovin	Samostatn nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Ch ze po schodech	Samostatn bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupn závislosti v základních v-edních innostech:

- 0 ó 40** vysoce závislý
- 45 - 60** závislost st edního stupn
- 65 ó 95** lehká závislost
- 100 bod** nezávislý

Zdroj: Topinková, 2005

Příloha .2 Vzorový edukační plán

EDUKAČNÍ PLÁN				
Účel	Edukace pacienta s poruchou chůze			
Cíl	Pacient bude znát důležitost použití chodítka a naučí se s ním zacházet			
Pomůcky			Výukové metody	
Chodítka, leták			Vysvětlování, instruktáž, praktické cvičení	
Druh Cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	časová dotace	Hodnocení
K A P-M	Pacient popíše důležitost použití chodítka	Pacientovi vysvětlím, proč je důležité, aby při chůzi používal chodítka	5 min	Pacient popsal důležitost použití chodítka
K A P-M	Pacient předvede použití chodítka	Ukáži kroky správného použití	5-10 min	Pacient zvládl chůzi s chodítkem
K A P-M				

Zdroj: vlastní

Příloha . 3 žádost o povolení –et ení

Žádost o povolení šetření

Magdaléna Budková
Ředitelka ošetrovatelské péče
Městská nemocnice Plzeň, Privamed a.s.
Kotíkovská 17, 19
323 00 Plzeň

Věc: Žádost o povolení distribuce dotazníků

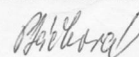
Vážená paní,

Jmenuji se Iveta Ptáčková a chtěla bych Vás požádat o udělení souhlasu k provedení výzkumného šetření v rámci mojí bakalářské práce. Téma je Prevence pádů v geriatrické ošetrovatelské péči. Vedoucím práce je Mgr. Vladimíra Fremrová, emailová adresa: fremrova@mchp.cz. Průzkumné šetření bych chtěla provádět u nelékařského zdravotnického personálu na interním oddělení, LDN, sociálních lůžkách, rehabilitace a neurologii.

Děkuji za vyřízení mojí žádosti.

V Plzni dne 22.11. 2015

Iveta Ptáčková



Magdaléna Budková
ředitelka ošetrovatelské péče

Městská nemocnice Plzeň
PRIVAMED a.s.
Kotíkovská 19, 323 00 Plzeň
IČO: 46 88 52 51 ©

Příloha . 4 Dotazník

Dobrý den,

Jsem studentka 3. ročníku prezenční formy bakalářského studia Ošetřovatelství na Západočeské univerzitě v Plzni a jmenuji se Iveta Ptáčková. Tématem mojí bakalářské práce je Šprevence pádů v geriatrické ošetřovatelské péči. Tímto bych vás chtěla poprosit o anonymní vyplnění tohoto dotazníku. Data z tohoto průzkumu budou použita pouze pro účely mojí bakalářské práce. **V dotazníku je možné označit pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.** Děkuji za Vaše a ochotu při vyplnění dotazníku.

1. Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) Muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 18-30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) Střední odborné
- b) Vyšší odborné
- c) Vysoké odborné
- d) Jiné (doplňte) _____ .

4. Jaký je váš pohled na zajištění prevence pádu?

- a) Jedná se o problematiku, které by mělo být věnováno více prostředků (lidských i materiálních)
- b) Problematice není třeba věnovat více pozornosti
- c) Prevence pádu nehraje zásadní roli v omezení jejich incidence

5. Jak často se setkáváte na vašem oddělení s pádem pacienta

- a) Méně než jednou za měsíc
- b) 1 - 3 x za měsíc
- c) 4 - 10 x za měsíc

6. Vyhodnocujete významnost pádu na vašem oddělení?

- a) Ano
- b) Ne

7. Zaznamenáváte do zdravotnické dokumentace případ pacienta s rizikem vzniku pádu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. Vyhodnocujete v případě vzniku pádu to, jak k dané události došlo?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

9. Nej častěji používané pomůcky ke snížení rizika pádu na vašem pracovišti (lze i více odpovědí)

- a) Lokomoční pomůcky (berle, hole, chodítka)
- b) Dostatečné osvětlení
- c) Jiné (doplňte) _____ ..

10. Myslíte si, že používáním preventivních opatření lze snížit výskyt pádů na vašem oddělení?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

11. Máte na vašem oddělení edukační karty pro pacienty s rizikem pádu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Spolupracujete při edukaci pacienta i s rodinou?

- a) Ano
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) Ne

- 18. Umisíte pacienty vyhodnocené jako rizikové z hlediska pádu do pokojů, které jsou snadněji dozorovatelné?**
- a) Ano, máme vyleněny speciální pokoje se zvýšeným dohledem
 - b) Ne, oddělení k tomu není uzpůsobené
 - c) Ne, ale s menšími úpravami toho lze docílit.
- 19. Můžete aplikace klyzmatu způsobit pokles krevního tlaku?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 20. Co si představíte pod pojmem mechanický pád?**
- a) Pády vznikající v důsledku vnějších příčin
 - b) Pády vznikající v důsledku choroby
 - c) Nevím
- 21. Lze deprese považovat za rizikový faktor pádu?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 22. Ocenili byste edukační kartu nebo leták o prevenci pádu pro personál?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

Příloha .5 Edukační karta na pád pro personál

EDUKAČNÍ KARTA PRO PERSONÁL O PREVENCI PÁDU

- Zaznamenejte riziko pádu u pacienta do zdravotnické dokumentace



- Seznamte pacienta s Vnitřním řádem a Právy a povinnostmi

- Seznamte pacienta s prostorovým uspořádáním oddělení a rizikovými

místa na oddělení



- Pouťte pacienta o používání signalizačního zařízení



- Zajistěte bezpečné prostředí v okolí pacienta



- Naučte pacienta správně používat lokomoční pomůcky s pomocí

fyzioterapeuta



- Ujistěte se, že pacient má vhodnou pevnou protiskluzovou obuv



- Dostatečně pijte tekutiny

