

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Tereza Bambásková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Bc. Tereza Bambásková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

Pád jako indikátor kvality ošetřovatelské péče

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání DP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání DP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28.3.2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Janě Horové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Děkuji i všem zúčastněným, kteří mi poskytli povolení k výzkumu a rozhovor v domově pro seniory. V neposlední řadě chci poděkovat také svým nejbližším, kteří mi po celou dobu studia byli oporou.

Anotace

Příjmení a jméno: Bambásková Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Pád jako indikátor kvality ošetrovatelské péče

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 76

Počet stran – nečíslované: 39

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 68

Klíčová slova: pád, stáří, kvalita, péče

Souhrn:

Diplomová práce se zabývá pádovou problematikou u klientů žijících v domově pro seniory. Práce je rozdělena na dvě části a to část teoretickou a praktickou. V teoretické části je zmíněna kvalita, indikátory kvality, standardy, audit a management rizik. Důležitou součástí jsou rizikové faktory pádů, komplikace pádů a také prevence a nástroje pro hodnocení rizika pádů. Jedna kapitola je věnována stáří, soběstačnosti, onemocněním a farmakologii ve stáří a to vzhledem k zaměření práce především na pády u klientů v seniorském věku. V praktické části je popsána metodika, organizace šetření, rozhovor metodou Focus group a popis vzorku klientů, u kterých byla sebrána data z dokumentace v souvislosti s pády. Následně jsou jednotlivé výsledky šetření uvedeny v tabulkách a grafech. Diskuze obsahuje komentáře daných výsledků výzkumu a závěr se zabývá shrnutím celé práce. Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat pády klientů v domově pro seniory za dva určené roky a následné vytvoření pilotní verze standardu na prevenci pádů.

Annotation

Surname and name: Tereza Bambásková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Fall as a nursing quality indicator

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 76

Number of pages – unnumbered: 39

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 68

Keywords: fall, senior, quality, care

Summary:

This thesis is about problematics with clients living at home for the elderly. The thesis is divided into two parts - theoretical and practical. Quality indicator of quality, standards, audit and risk management are mentioned in the theoretical part. Important components are dangerous factors of falls, complications of falls and also prevention and tools for rating dangerous falls. One chapter is about old age, self-sufficiency, diseases, pharmacology for old people and due to the topic of this work, it is mostly about falls at the old age. Methods, organization of saving, interview by focus group method and a description of samples of clients whose data were confiscated from falls documentation are described in the practical part. Afterwards the particular results are written in tables and graphs. The discussion contains comments about research results. The conclusion is about thesis summary. The main target of this thesis was to map falls of clients who stay at the home for elderly in the period of two years and to create a pilot version of a standard related to prevention of falls.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 12 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 14 |
| 1 STÁŘÍ A NEJČASTĚJI PROVÁZEJÍCÍ NEMOCI | 14 |
| 1.1 Dlouhodobá péče | 14 |
| 1.2 Kvalita života a domov pro seniory | 16 |
| 1.2.1 Soběstačnost | 17 |
| 1.2.2 Mobilita a pohyb seniora | 19 |
| 1.3 Nejčastější onemocnění v geriatrii | 20 |
| 1.4 Farmakoterapie ve stáří | 22 |
| 1.4.1 Role sestry při farmakologické léčbě seniora..... | 23 |
| 2 INDIKÁTORY KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | 25 |
| 2.1 Kvalita sociálních a zdravotnických služeb | 26 |
| 2.2 Standardy kvality..... | 29 |
| 3 PÁDY JAKO NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST | 32 |
| 3.1 Rizikové faktory pádu | 33 |
| 3.1.1 Vnitřní rizikové faktory..... | 33 |
| 3.1.2 Vnější rizikové faktory..... | 34 |
| 3.2 Intervence po pádu klienta | 36 |
| 3.3 Komplikace a následky pádů..... | 37 |
| 3.4 Prevence pádů..... | 39 |
| 3.5 Omezující prostředky a restrikce pohybu..... | 42 |
| 3.6 Pády v geriatrii | 44 |
| 4 HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ | 45 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 50 |
| 5 FORMULACE PROBLÉMU | 50 |
| 6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE | 51 |
| 7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU | 53 |
| 8 METODIKA PRÁCE | 54 |
| 9 VYHODNOCENÍ A INTERPETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ..... | 58 |
| 10 DISKUZE | 78 |
| ZÁVĚR..... | 87 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | |
| SEZNAM PŘÍLOH | |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obrázek č. 1 - Nejčastější příčiny pádů | 59 |
| Obrázek č. 2 - Počet pádů v závislosti na denní době (směně) | 62 |
| Obrázek č. 3 - Místo pádů | 63 |
| Obrázek č. 4 - Počet zranění za oba dva roky | 64 |
| Obrázek č. 5 - Počet pádů a počet pozorování | 65 |
| Obrázek č. 6 - Počet užívaných rizikových léků za den | 66 |
| Obrázek č. 7 - Úroveň stanoveného rizika | 68 |
| Obrázek č. 8 - Mobilita klientů..... | 70 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka č. 1 - Pohlaví, počet a průměrný věk zkoumaného vzorku klientů | 58 |
| Tabulka č. 2 - Kategorie příčin pádů | 60 |
| Tabulka č. 3 - Přehled odpolední doby pádů | 62 |
| Tabulka č. 4 - Vyhodnocení a hodnoty hypotézy č. 1 | 67 |
| Tabulka č. 5 - Souhrn výskytu pádů vzhledem ke stanovenému riziku | 68 |
| Tabulka č. 6 - Vyhodnocení a hodnoty hypotézy č. 2 | 69 |
| Tabulka č. 7 - Vyhodnocení a hodnoty hypotézy č. 3 | 71 |
| Tabulka č. 8 - Statistický významný rozdíl u hypotézy č. 3..... | 72 |
| Tabulka č. 9 - Počet opakovaných pádů za sledované období | 72 |
| Tabulka č. 10 - Souhrn tematických okruhů focus group..... | 74 |

SEZNAM ZKRATEK

DS - domov seniorů

TK - krevní tlak

EKG - elektrokardiogram

CT - počítačová tomografie

MR - magnetická rezonance

ZZ - Zdravotnické zařízení

Tab. - tabulka

H_0 - nulová hypotéza

H_A - alternativní hypotéza

NELZP - nelékařský zdravotnický personál

RBC – resortní bezpečnostní cíl

V seznamu nejsou uvedeny symboly a zkratky všeobecně známé.

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá problematikou pádů, které jsou označovány jako často vyskytující se nežádoucí události a to především u starších osob. Pátým rokem pracuji v domově pro seniory. Díky tomu jsem se rozhodla aplikovat vybrané téma právě na toto zařízení. Vzhledem k četnosti a jejich následkům je problematika pádů značně diskutovanou oblastí. Velká pozornost by měla být zaměřena především na bezpečí a zachování vysoké kvality života. Nicméně je důležité mít vždy oči otevřené a nahlížet na různá rizika související s pády, která se v zařízení mohou vyskytovat, či jakékoliv zdravotní zhoršení, které může klienta ohrožovat. Nežádoucí událost - pád je jedna z nejnámějších a nejsledovanějších událostí sloužící jako indikátor kvality péče v zařízení. Snahou je, aby se pády pokud možno nevyskytovaly ani neopakovaly. Je tedy nutné zvolit vhodná preventivní opatření. Prevence pádu je méně náročná a nákladná než péče o raněného člověka po pádu. Tudíž pro všechny ve společnosti je ideální zdravý, spokojený a co nejvíce samostatný jedinec, proto by vyškolený personál měl k tomuto žádoucímu stavu co nejvíce přispívat svou kvalifikací a znalostmi.

Diplomová práce se zaměřuje na pády vyskytující se u institucionalizovaných seniorů a kvalitu ošetrovatelské péče vztahující se k četnosti, příčinám a důsledkům všech zaevidovaných pádů. Teoretická část slouží k seznámení s problematikou pádů ve všech pobytových zařízeních, avšak větší část je věnována domově pro seniory. První kapitola je o stáří, zabývá se nejčastějším onemocněním, dlouhodobou péčí, kvalitou života seniorů, soběstačností a farmakoterapií v geriatrici. Druhá kapitola se zabývá samotnou kvalitou, jejím řízením, standardy a indikátory kvality. Třetí kapitola je zaměřena na pády a to z hlediska definice, dělení, rizikové faktory, příčiny, následky, prevenci a nutné intervence po pádu. Poslední pátá kapitola popisuje hodnotící testy pádů používané u nás i zahraničí. Před začátkem psaní diplomové práce byla vytvořena rešerše ve studijní a vědecké knihovně v Plzni.

Hlavním cílem této diplomové práce je kvantitativní zmapování pádů za poslední dva roky ve zdravotně-sociálním zařízení a to konkrétně ve vybraném domově pro seniory v jižních Čechách. Zaměřuje se především na počet, denní dobu, místo, příčiny, následky pádů a také na souvislost mezi počtem užívaných rizikových léků a pádů, mezi stanoveným rizikem pádu a vznikem pádu a souvislost mezi mobilitou a opakováním pádů. V praktické části jsou dále uvedeny výzkumné problémy, charakteristika sledovaného souboru, metodika práce, výsledky práce a diskuze. Jako výstup diplomové práce bude

tvořit standard (pilotní verze) na prevenci pádu, který byl vytvořen pomocí získaných informací z diskuze metodou focus group se stěžejními pracovníky. Tento standard bude poskytnut domovu pro seniory, kde probíhal výzkum a dosud takový standard nebyl vytvořen. Součástí práce je vypracovaný seznam použité literatury, tabulek, obrázků a příloh.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A NEJČASTĚJI PROVÁZEJÍCÍ NEMOCI

Stárnutí je přirozený proces organismu, je nevratný a zanechává trvalé změny. Podstatnou roli v procesu stárnutí má však genetická predispozice, způsob dosavadního životního stylu, prostředí, kde daný jedinec žije a také stres. Stárnutí jsou změny ve struktuře a funkcích celého organismu. (Dvořáčková, 2012, str. 9). Stárnutí lze rozdělit na biologické, psychické a sociální. Biologické stárnutí obsahuje tělesné změny lidského organismu. Mezi ně patří: omezení rezerv organismu, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, snížení funkcí orgánů, úbytek svalové a kostní hmoty, zhoršování smyslů, pokles odolnosti imunitního systému a nevratné hormonální změny. Psychické stárnutí je určeno zpomalením psychomotorického tempa, změnou kognitivních funkcí, potřebou přijetí nové role v rámci reakce na vlastní stáří. Významnou roli hraje i emoční složka. Psychické stárnutí je zásadně ovlivněno osobností člověka, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, životními podmínkami a v neposlední řadě možnostmi okolí. Sociální stárnutí obsahuje obousměrné vztahy mezi stárnoucím člověkem a to mezi jeho postojem a společností ve které žije (Ondrušová, 2011, str. 14).

1.1 Dlouhodobá péče

Je jedním ze zásadních problémů nejen v České republice a to především díky stárnoucí populaci. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (Dlouhodobá péče, © 2010) je v EU dlouhodobá péče brána jako soubor služeb a pomoc lidem, kteří jsou po delší čas závislí na pomoc druhých v běžných denních činnostech. Důležitá je prevence, která má zamezit velkému výskytu nemocných, kteří tuto péči nezbytně potřebují. Je důležité udržovat soběstačnost starší populace. I přes prevenci je však vidět zdatný nárůst lidí, kteří tuto péči potřebují (Dlouhodobá péče, © 2010). V České republice, podobně jako i v jiných státech západního světa dochází v posledních desetiletích k tzv. demografickému stárnutí. Tento pojem vyjadřuje nárůst podílu žijících osob starších nad 65 let. Příčin je mnoho a to klesající porodnost, ale zároveň i klesající úmrtnost osob. Tyto příčiny souvisejí s pokrokem v medicíně, sociálním vývojem i zlepšení životních podmínek. Určitý vývoj

bude pravděpodobně pokračovat dále. Z toho vyplývá, že bude potřeba se o tyto lidi postarat (Malíková, 2011, str. 26).

V celé Evropě je tak naděje zdravého dožití přibližně 60let, avšak naděje dožití je až 80 let. Přibližně 20 let tedy většina občanů potřebuje alespoň nějakou pomoc. Je snahou nemocného ponechat doma tak dlouho, jak jen to bude sám zvládat. Důležité je přizpůsobit bydlení, aby domácnost byla co nejméně nebezpečná a vyhovovala typu onemocnění či handicapu nemocného. V dnešní moderní době jsou k dispozici různé druhy kompenzačních pomůcek a to nejen v domácnosti. Poskytování dlouhodobé péče se v jednotlivých zemích liší. Je mnoha způsobů financování této oblasti. V České republice je zaveden systém pojištění péče a příspěvek na sociální péči (Dvořáčková, 2012, str. 80-82).

Zdravotní a sociální péče o seniory

Zdravotní péče je všem primárně poskytována prostřednictvím praktického lékaře. Praktický lékař vždy spolupracuje s ostatními specialisty, organizacemi a rodinou dle potřeby nemocného a tím zajišťuje potřebnou prevenci. V domácí péči může být pouze senior, který je stabilizovaný a je o něj během dne dostatečně postaráno. Pokud lze, měla by se o seniora starat rodina a v případě potřeby zajištění odborné péče je možné využít domácí péči na předepsání praktickým lékařem, která zajišťuje potřebné výkony u nemocného. Sociální péče je poskytnuta znevýhodněným občanům, cílem je zlepšit kvalitu života a začlenění člověka do běžného života. Sociální služby poskytují zajištění stravy, ubytování, ošetřování, aktivizaci a další zastupování jedince dle potřeby. Služby jsou využívány na základě přiznaného příspěvku na sociální péči (Dvořáčková, 2012, str. 80-82). Důležitou součástí je i respekt ke stáří a k seniorům samotným. Je potřeba jim ponechat autonomii, jejich rozhodující práva a respektovat jejich heterogenitu a individualizované požadavky na péči o jejich osobu. Důležitou roli zde hraje i vhodná komunikace a vhodné ošetřování seniora (Kutnohorská et al., 2011, str. 9).

1.2 Kvalita života a domov pro seniory

Pojem kvalita vyjadřuje hodnotu a je relativní kategorií. Zahrnuje proces hodnocení, kdy je důležité vždy určit při druhu hodnocení předmět a normu hodnocení, s kterou chceme kvalitu srovnávat. Jde tedy o porovnávání života jedince s životem jiných lidí. Jedná se o pojem formální a ne zcela přesně definovaný (Gurková, 2011, str. 21-22). Dvořáčková (2012, str. 69-72) rozděluje kvalitu života na subjektivní a objektivní. Subjektivní pohled zahrnuje celkovou spokojenost daného jedince se svým životem a objektivní část zahrnuje materiální zabezpečení, sociální podmínky jedince a fyzickou stránku zdraví. Dle odborníků je nyní potřeba nahlížet hlavně na subjektivní stránku života. Spokojenost záleží na každém z nás, dle přání, požadavků a představ o vlastním životě. Celkově jsou však obě stránky kvality života velmi důležité a doplňují se. Stejná autorka zmiňuje, že světová zdravotnická organizace člení oblasti kvality života do čtyř základních částí, které vystihují dimenze života bez ohledu na fyzický stav, pohlaví, věk a národnost. První částí je fyzická pohoda a samostatnost. Druhá část zahrnuje psychickou pohodu a duchovní oblast. Třetí částí dominují sociální vztahy a čtvrtá část tvoří prostředí.

Na kvalitu života však může být podle autorů nahlíženo jinak či se může rozdělovat do jiných rovin. Zdraví je jeden z faktorů ovlivňujících kvalitu života a to především ve vyšším věku člověka. Zdraví je ale výsledkem mnoha věcí, které se vzájemně ovlivňují. Patřit sem může např. prostředí, emoce, postoje k životu atd. Vždy je důležité posouzení daného seniora a zvážení všech nemocí, které ho trápí a pak ovlivňují jeho samostatnost. Strach přináší také osamělost, se kterou se potýká nemálo seniorů. Všechny tyto komponenty ovlivňují kvalitu života seniora. V době, kdy ztrácí senioři své schopnosti a jsou umístěni v institucionálním zařízení, se potkávají se sociální integrací a jsou vystaveni vysoké psychické zátěži, kdy si musí zvykat na nové prostředí. Může se zde objevit adaptační šok či blížící se pocit konce života. Je nutné tyto záležitosti řešit včas, aby přechod pro seniora byl co nejméně bolestivý a kvalita jeho života neklesla, nebo naopak mohla v rámci možností růst. Důležité je, se seniorem zacházet profesionálně. Je vhodné, se s ním domluvit na jeho oslovování dle jeho přání a snažit se vytvořit důvěryhodný vztah a naučit se spolu správně komunikovat. Vhodná je i podpora, tedy evaluace každého seniora (Mlýnková, 2011, str. 57-58).

1.2.1 Soběstačnost

Soběstačnost je schopnost člověka žít normální život v klasickém prostředí a srovnat se s jeho úskalí bez pomoci jiných lidí. Pod soběstačností se skrývá komplexní pojem, kdy všechny úkony označujeme aktivitami denního života. Tyto aktivity jsou členěny na aktivity instrumentální a základní (Kuckir et al., 2016, str. 11-12). Pro objektivní zjišťování soběstačnosti klienta je vhodné se zaměřit na posuzování dílčích funkcí, které podmiňují soběstačnost klienta, kam řadíme kognitivní funkce, úroveň duševní pohody zaměřené na depresi a samotnou mobilitu klienta. Kognitivní funkce lze změřit např. testem MMSE (Mini-Mental State Examination) nebo jednoduchým testem hodin, který ukáže případné poruchy kognitivních funkcí. Mezi testy měřící depresivitu klienta patří např. GDS (Geriatrická škála deprese podle Yesavage), která zahrnuje 15 otázek zjišťujících depresivitu klienta (Štěpánková et al., 2014, str. 81). Následující doporučení se týkají jak seniorů, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici nebo pobývají v institucionálním zařízení. Velmi důležitou částí je důkladné zhodnocení aktuálního zdravotního stavu jedince. Cílem je maximálně zachovat fyzický potenciál nemocného a ponechat tak co nejvyšší možnou soběstačnost. Jedinec by se měl aktivně podílet na všech procesech týkající se jeho denního režimu a aktivně se zapojovat. Nemocný, který potřebuje dopomoc druhého, by měl vědět, že tento stav nemusí být trvalý a lze snahou, kompenzačními pomůckami a nácvikem tento stav zlepšit k vyšší soběstačnosti. Pokud není nutné, aby jedinec setrval v lůžku, je nutno zajistit, aby jedinec trávil čas mimo něj a pokud možno aktivně. Doporučené je také užívání civilního běžného oděvu přes den a nenechávat jedince v pyžamu. Pokud je potřeba, je vhodné pokoj vybavit dle aktuálního stavu člověka a využít např. madla, polohovací lůžko s hrazdou a při chůzi zvolit vhodnou kompenzační pomůcku. Přínosné však může být na procvičení lokomoce také zpěv či dechová cvičení. Další nutnou součástí je sledování bolesti u nemocného, pokud lze, tak ji co nejvíce eliminovat, tak aby neomezovala nemocného v pohybu a soběstačnosti. Důležitou část hraje i nutriční výživa, kognitivní funkce a emocionální stránka jedince. Všechny tyto cenné informace by měla obdržet i rodina a všichni pečující tak, aby byla péče komplexní a na co nejvyšší úrovni. Pokorná (2013, str. 93-97) uvádí výrok světové zdravotnické organizace, že zdraví ve stáří není určeno nepřítomností nemoci a vad, ale především úplnou duševní, tělesnou a sociální pohodou, kdy je jedinec schopen soběstačnosti.

Topinková (2010, str. 7) rozděluje soběstačnost na soběstačného člověka, který není omezen v duševních ani fyzických schopnostech a sám bez pomoci zvládá činnosti v běžném životě. Závislost vzniká v době, kdy člověk potřebuje podporu či dohled někoho jiného. Soběstačnost může být plná, částečná či žádná. Plnou soběstačnost mají v ČR ve věku od 60 do 74 let 84,8% a ve věku nad 80 let 48,6%. Částečnou soběstačnost mají zachovanou v mladší věkové skupině 12,5% a starší věkové skupině 34,9%. Žádnou soběstačnost či nesoběstační lidé jsou v mladší věkové skupině v počtu 2,9% a ve skupině nad 80 let v počtu 16,6%.

Plánování ošetrovatelské péče

Plánování má být vždy zaměřeno především na klienta a jeho potřebu dané péče. Pozornost bychom měli konkrétně zaměřit na schopnosti, potřeby, biografii člověka a celkovou životní situaci, ve které se klient nachází. Při plánování ošetrovatelské péče je vždy třeba brát maximální ohled na jedince jako na individuální osobnost. Především je důležité sebrat anamnézu uživatele a také vnímat neverbální informace, které vypovídají o člověku. Důležité je se zaměřit na deficity v oblasti sebezpěče a samostatnosti, která je rozdělena na několik kategorií. Samostatný člověk je schopen samostatného provedení činností v určité oblasti, kdy nevyžaduje další pomoc. Podmínečně samostatný je schopnost samostatné péče, či jedno, nebo několik omezení v jedné určité oblasti. Uživatel potřebuje k dopomoci prostředky a více času. Zde je také třeba přítomnost další osoby, která dohlíží především na bezpečnost uživatele. Částečně samostatný je stav, kdy schopnost péče je omezena a činnosti nejsou kompletně provedeny. Vždy je zde třeba pomáhající osoba, která provádí instruktáž, či přebírá celou činnost. Pojmem nesamostatný je myšlen uživatel, u kterého chybí schopnost samostatného provedení. Vždy je potřeba pomoc další osoby ve všech oblastech činností (Messer, 2016, str. 11- 24).

Test ADL

Test ADL je mezinárodně nejvíce používaný test, který hodnotí míru soběstačnosti daného člověka. Nazývá se také Barthelův index osobní nezávislosti. Byl vytvořen roku 1965 v USA D. W. Barthelovou a F. I. Monoheyovou. Jeho použití je jednoduché a validní. Test má formu strukturovaného dotazníku a hodnotí míru závislosti testovaného.

Existuje také česká verze, kterou upravili Topinková a Neuwirth. Tento test se hojně využívá v sociálních, rehabilitačních, nemocničních zařízeních, nebo při rozhodování potřeby kompenzační pomůcky. V testu je posuzováno 10 položek. A to schopnost se najíst, napít, obléci, provést osobní hygienu, koupel, schopnost kontinence moči a stolice, použití WC, chůze po rovině a po schodech. Každá z oblastí se hodnotí a to 0, 5, 10, nebo 15 body dle míry schopnosti provedení. Čím více bodů, tím je vyšší soběstačnost. Bod 0 je úplná závislost a 100 bodů značí úplnou nezávislost. Test je využíván dle pracoviště, je nutné dát pozor na subjektivizaci hodnotitele a hodnotit tedy test správně vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Roku 1989 byla vytvořena modifikace testu Barthelové, jehož autorem je S. Shah a F. Vanclay a B. Cooper z Austrálie. Je téměř totožný, má stejné položky, akorát jsou ohodnoceny pětibodovou škálou, která zvyšuje citlivost původní verze testu. Maximum dosažených bodů je také 100, které značí nejvyšší soběstačnost. Další verzí může být 20-ti bodový index Barthelové, který vytvořil Collin v roce 1988 v Anglii. Je zde 10 stejných oblastí, které se hodnotí 0 až 3 body a tím zvyšují citlivost testu. Maximum bodů je 20. Mezi další hodnotící nástroje může patřit např. hodnocení sebepečce dle M. Gordonové nebo škála s názvem Funkční míra nezávislosti. Hodnotící nástroje se mohou lišit vždy dle typu zařízení (Pokorná, 2013, str. 87-90).

1.2.2 Mobilita a pohyb seniora

Mobilita jak uvádí Hrozenková et al. (2013, str. 152) je stav, kdy daný jedinec sám zvládne vstávání, sedání, stoj, zaujmutí různých poloh a zvládá samostatnou chůzi. Chůze může být pomalá, s přestávkami, ale musí dosahovat alespoň 200 metrů. Avšak i po nerovném povrchu a jedinec by měl zvládat i chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra jak nahoru tak dolů. Mezi plnou mobilitu se řadí i schopnost využívání dopravních prostředků a to i těch s bariérami.

Pohybem lze zpomalit proces stárnutí, napomáhá prevenci některých onemocnění a navodit pocit pohody. S přibývajícím věkem ubývá aktivní svalová hmota a přibývá v těle tuk a vazivo. Svalová síla se snižuje až o 30%. Stejněměrně klesá též váha orgánů a kostí. Páteř se zkracuje a snižuje se i stabilita kloubů. Díky tomu se snižuje stabilita, držení těla a ubývá kapacita plic. Tkáň a vazivo atrofují, chůze se zhoršuje a krok zkracuje. Cvičení je důležitou součástí zdravého životního stylu v každém věku. Ve stáří má své důležité zastoupení, podporuje především kognitivní funkce a podporuje biologické

pochody v lidském těle. Důležitý je tělesný pohyb a správné prodýchání celého těla. Pohyb bojuje proti osteoporóze a zvyšuje imunitu jedince. Cvičit by se mělo pravidelně a přiměřeně dle zdravotního stavu, sil daného člověka a až po naučení správné techniky nebo nejlépe pod vedením odborníka. Nejpřirozenějším pohybem je chůze ve formě procházek. Jízda na kole je vhodná pokud nemá daný jedinec problémy s rovnováhou a dále může být vhodné plavání nebo běh na lyžích. Kontraindikací cvičení však mohou být určitá akutní i chronická onemocnění jako např. angina pectoris, hořčnaté stavy či akutní potíže pohybového aparátu. Vše je důležité konzultovat s odborníkem a dostatečně spolupracovat. Mezi zásady cvičení patří - nepřepínat se a neprovádět cviky švihem a přes bolest, správně dýchat, zvolit vhodnou teplotu v místnosti, necvičit ihned po jídle a dodržovat dostatečný pitný režim (Klevetová, 2017, str. 143, 147; Holmerová et al, 2014, str. 144-145). Význam cvičení a pohybu spočívá tedy především ve snížení krevního tlaku, snížení úbytku kostní a svalové hmoty, udržení síly, přiměřené váhy těla, zlepšení kvality života a nálady a v neposlední řadě také slouží jako prevence pádů, kdy zlepšuje stabilitu chůze těla (Mlýnková, 2010, str. 250). Existuje také několik preventivních programů, které jsou zaměřeny na pohyb seniorů a to s cílem udržení soběstačnosti a lokomoce pomocí primární, sekundární i terciální prevence. Důležité je brát na zřetel polymorbiditu a možné změny zdravotního stavu z minuty na minutu. Programy mohou být zaměřeny jak na kondiční, kondičně-vytrvalostní, silové tak koordinačně-balanční cvičení. Cvičení je možné provádět individuálně, skupinově či v podobě fyzioterapie (Štěpánková et al., 2014, str. 178-180).

1.3 Nejčastější onemocnění v geriiatrii

Senioři mají spoustu zkušeností, životní moudrosti, ale jako každý člověk mají i své obavy a to především strach z onemocnění. To uvádí až 78% seniorů (Sak et al., 2012 str. 31). Mezi nejčastější onemocnění všeobecně patří kardiovaskulární onemocnění, převážný počet těchto onemocnění zahrnuje ischemická choroba srdeční. Ve vyšším věku patří k velmi častým diabetes mellitus a to častěji 2. typu. Důležité jsou především komplikace spojené s tímto onemocněním, jako je např. neuropatie, nefropatie či jiné vaskulární komplikace. Dalším onemocněním může být porucha hemokoagulace či anemie. Nepříjemnou součástí stárnutí může být také změna chrupu, malnutrice, pneumonie či jiné záněty v těle. Důležité místo mají zde i choroby střev, ať už se jedná o divertikulózu,

kolitidu či poruchu výživy a iontové dysbalance. Mezi další onemocnění patří tyreopatie, bolesti zad, osteoporóza, artritické změny, poruchy chůze a s tím spojené pády (Kubešová, 2015, str. 7-184; Vybíhalová, © 2012).

Ve stáří je téměř vždy přítomna polymorbidita a objevují se geriatrické syndromy, které jsou však mnohdy nesprávně označeny za projevy stárnutí. Dle Topinkové (2010, str. 10) do geriatrických syndromů patří syndromy, které dělíme na somatické, psychické a sociální. Mezi geriatrické syndromy všeobecně tedy můžeme zařadit konkrétní syndromy a to např. syndrom hypomobility, svalové slabosti, podvýživy, instability, imobility, inkontinence a poruchy kognitivních funkcí, syndrom deliria, demence, deprese, maladaptace, zanedbávání či zneužívání člověka, sociální izolace, teplotní zátěže, poruchy příjmu potravy, tekutin, geriatrické křehkosti, či vznik dekubitů. Mezi nejvýznamnější patří poruchy pohybu a pády, kde hrozí zlomeniny. Především je zde vysoké riziko dlouhodobé následné či ústavní péče.

Holmerová et al (2014, str. 46) popisuje stařeckou křehkost jako "*rizikovost, která je dána fyziologickými změnami funkce orgánů a následnou dekondíci*". Hudáková et al. (2013, str. 23) uvádí, že stařecká křehkost je mnohorozměrný pojem a značí potřebu dlouhodobé péče např. v institucionálním zařízení nebo v podobě komunitní péče. Pokud se syndrom křehkosti rozvine, může být spojen s podvýživou, únavou, zpomalením reakcí, kdy se následně vyskytuje právě i vysoké riziko pádu a mortality. Je nutné se zaměřit na vhodné ošetrovatelské intervence vedoucí k vyšší pohyblivosti seniora.

Funkční geriatrické vyšetření

Zhodnocení celkového zdravotního stavu seniora dle Klevetové (2017, str. 144-145)

- Klinické interní vyšetření – poruchy zraku, sluchu, chůze, vyprazdňování a ostatní nemoci.
- Duševní zdraví – kognitivní funkce, poruchy chování a chování v zátěži.
- Funkční schopnosti – soběstačnost a stravování.
- Sociální situace – bydlení, vztahy, finance a kompenzační pomůcky.

1.4 Farmakoterapie ve stáří

Ve stáří je farmakoterapie velmi častá a bohužel s sebou nese mnoho rizik a to především u starších lidí. Časté jsou nežádoucí účinky léků, lékové intolerance či interakce s jinými léky. Čím více léčiv daný jedinec užívá, tím vyšší má riziko výskytu nežádoucích účinků na jeho zdraví. Různí odborní lékaři i sám senior pak často mohou ztratit přehled o všech užívaných léčivech a tím se stává farmakoterapie nebezpečnou a to pokud jedinec užívá několik léků z různých lékových skupin. Takové množství léků může též překrývat vážně onemocnění, které je léky ztlumeno. Za polyfarmaci je označováno aktuální užívání 5-ti a více léků. Polyfarmacie může vést k chybám preskripce, lékovým interakcím, poškodit spolupráci se seniorem. Často užívání vysokého počtu léků také zvedá náklady spojené s léčbou. Obecně lze říci, že vysoké množství léků je pro lidský organismus enormní zátěží a pokud lze, je lepší užívat jiné vhodnější metody ke snížení bolesti a pomoci při nějakém onemocnění. Vždy je důležitá optimální péče a to jak ze strany lékařů, tak ostatních nelékařských pracovníků, kteří se podílejí na péči o nemocného. Vědomosti jsou důležitou součástí celého procesu, proto je vždy důležitá edukace seniora i jeho rodiny a okolí. Farmakoterapie je také důležitou součástí hodnocení rizika pádu u každého člověka. V seniorském věku dochází ke změnám v oblasti farmakodynamiky a farmakokinetiky. Je to dáno fyziologickým procesem stárnutí, jedinec pak reaguje na některé léky citlivěji a jiné vstřebává hůře než mladší populace. Mezi problémy spojené s farmakoterapií patří ekonomické náklady – přínos/nutnost léků. Dále komplikace spojené s užíváním léků, nedostatečná diagnostika onemocnění a malá spolupráce seniorů. Nežádoucí účinky léků se vyskytují častěji 3x až 4x více u starších než u osob středního věku. Někteří autoři poukazují na úmrtí vzniklé v souvislosti nežádoucích účinků léků až u 20% populace seniorů. Zde se také může objevit tzv. preskripční kaskáda. To znamená předepsání jiných léků na základě nesprávně odhalených nežádoucích účinků léků. Často stačí pouze dávku léků snížit a tak předejít daným komplikacím. Dle několika průzkumů bylo zjištěno, že v institucionálních zařízeních užívá léky průměrně více než 75 % seniorů. Především v těchto zařízeních je vyšší spotřeba léků než v domácím prostředí (Zrubáková et al., 2016, str. 9-16). Známým termínem je také polypragmazie, která označuje zbytečné užívání léčiv. Znamená to, že daný jedinec může užívat vysoký počet léků, nepřiměřeně dlouhou dobu nebo v nepřiměřených dávkách. Může se jednat i o užívání jednoho léku, který však není nutno užívat. Tento pojem tak vyjadřuje neúčelnost a zbytečnost užívání některých léků (Matějovská Kubešová, 2015, str. 204). Situací, kdy jde o nadužívání léků,

se nazývá overprescribing. Jedná se o nadbytečné užívání a předepisování léků. Naopak underprescribing je situace opačná, kdy je léků vzhledem k diagnóze užíváno málo (Drástová et al., 2013, str. 1).

1.4.1 Role sestry při farmakologické léčbě seniora

Důležitá je spolupráce všech členů týmu. Péče o seniora musí být komplexní. Bohužel jen léky daný problém nevyřeší. Je potřeba zajistit také dostatek pohybu a vhodné stravy. Všeobecná sestra je povinna posoudit komplexní aktuální stav daného seniora. Veškeré získané informace zaznamená do dokumentace a provede funkční zhodnocení seniora - viz test Barthelové, MMSE a hodnocení bolesti dle vizuální analogové škály. Následně si převezme léky, které senior přinesl z domova. Označí je a uskladní do určené skříně na léky. V případě, kdy chce senior užívat léky sám, je tato informace uvedena v dokumentaci a senior je poučen o možném riziku. Veškeré důležité informace jako je např. reakce na lék by měla být vždy řádně zaznamenána do dokumentace. Nedílnou součástí je také vysvětlení a demonstrace v případě aplikace inzulínu, inhalátoru atd. Sestra má také na starost kontrolu léků, kdy dává pozor na jejich expiraci, dostatek a správné uchovávání v originálním balení. Léky musí být vždy správně uchovávány dle pokynů výrobce v žádoucí okolní teplotě či temnu, aby nepředěšly zkáze. Zodpovědnost za veškerá léčiva má nejčastěji vedoucí nebo staniční sestra. Pokud klient opouští zařízení, sestra je povinna mu připravit potřebné léky s rozpisem s sebou (Zrubáková et al., 2016, str. 139-141).

Mezi bezpečné zásady podávání léků patří určitě správná identifikace klienta, který má dané léky užívat. Před podáním léků je nutno se znovu seniora poptat na jméno. Pokud je to člověk s demencí, ověří si sestra číslo pokoje a v případě hospitalizace v nemocnici identifikuje nemocného dle identifikačního náramku. Senioři mívají často problém s polykáním velkých tablet a je vhodné pokud je možno podávat menší tablety. Zapíjení tablet je možno usnadnit polykáním v předklonu či užíváním společně s jogurtem atd. Pokud se drtí tablety s prodlouženým účinkem, mohou se následně rychleji vsřebat v plné dávce a dříve z organismu vyprchat. Klienti, kteří mají poruchu polykání nebo demenci, mají riziko aspirace, proto je u nich nutné zkontrolovat dutinu ústní. Užívat léky by se měly ve vzpřímené poloze a vždy zapít dostatkem tekutin. Následně sestra opět zkontroluje lék a to název, sílu, počet, čas a formu podání. Lék by měl být vždy naordinován a sedět

s dokumentací. Po telefonické domluvě lze podat lék, avšak pouze ve výjimečném případě. I tato ordinace je nutná zaznamenat do dokumentace. Pokud není lék označen tak jej sestra nepodává, zodpovídá tak za účinky léku. Sestra musí znát lék a jeho účinky. Součástí podávání léků jsou umyté ruce a kontrola užití léku seniorem. Nikdy se nepodávají prošlé léky a příprava léků se provádí bezprostředně před jejich užíváním a tyto léky by si měla připravit sestra sama. Nutné je dodržovat časové rozmezí, přesnost a vhodnost především u antibiotik, hypnotik, analgetik a sedativ. Pokud se vyskytne nežádoucí účinek léku, je toto nutno konzultovat s lékařem (Zrubáková et al., 2016, str. 12, 141-142). Zapomínat bychom neměli ani na nežádoucí účinky léků, které má na svědomí již zmíněná polyfarmacie, rizikové léky i rizikové situace. Možno určit i rizikové osoby. To jsou především ženy menšího věku, podvyživené, dehydratované osoby, lidé léčící se s onemocněním jater, ledvin či s poruchami kognitivních funkcí. Riziková situace je v případě, kdy je změna léčby. Může se jednat o nasazení léku nebo úpravu dávky léků. Rizikové může být i opuštění zařízení a náhlé interkurentní onemocnění jako je např. horečka nebo průjem. Mezi potenciálně nevhodná léčiva užívaná ve vyšším věku patří celá řada konkrétních léčiv. Seznam těchto látek je uveden v seznamu od Beerse, který od roku 1991 soupis pravidelně obnovuje. Tento seznam byl vytvořen na základě diskuze s odborníky (Zrubáková et al., 2016, str. 21-22). V domově pro seniory je role sestry obdobná. Má za úkol v souvislosti s farmakologií vstupně posoudit zdravotní a psychický stav klienta a vytvořit ošetrovatelský plán. Dále je povinna průběžně hodnotit ošetrovatelskou péči a v případě potřeby ji upravit či doplnit. U rizikových klientů, kteří nemusí být schopni lék doopravdy samy užít, vždy zkontrolovat užití. Je důležité, aby léky vždy konzultovala s lékařem dle potřeby. Sestra se také stará o dostatek léků a zajištění financí na ně společně se sociálním pracovníkem. Vhodná je i spolupráce se samotným seniorem i rodinou. Patříčné je, aby sestra měla dostatek vědomostí o léčivech a jejich možných nežádoucích účincích (Zrubáková et al., 2016, str. 149-151).

2 INDIKÁTORY KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jedná se o kvantitativní údaj. Indikátory jsou kritéria, která jsou určitým způsobem měřitelná a vždy se porovnávají s určitým standardem či normou. Porovnáním zjistíme, jak dalece bylo normy nebo standardu dosaženo. Nelze sledovat zcela všechny indikátory, proto je důležité, zaměřit se pouze na ty nejrizikovější, nově zavedené a finančně nákladné. Jedná se vždy o číselné údaje, z kterých vyplývají jak kladné, tak záporné výsledky a to vždy dle druhu který zkoumáme. Indikátory kvality se dělí:

1) Indikátory struktury měří informace o personálu, vybavení pracoviště a danou požadovanou kvalifikaci.

2) Indikátory procesu měří úroveň poskytnuté péče a plnění standardů.

3) Indikátory výstupů informují o počtu stížností, nákladů na lůžko za den aj.

Všechny dostupné a získané informace o kvalitě v zařízení by měly být nástrojem k následnému zlepšování kvality (Plevová et al., 2012, str. 237- 238; Malíková, 2011, str. 145-147).

Další dělení indikátorů kvality může být:

1) Poměrové - ukazují vztahy a mohou být zobrazeny jako průměry či poměry, je proto důležité mít vždy dvě veličiny, aby bylo možný údaj porovnat s celkovým počtem dat. Např. u sledování dekubitů.

2) Strážní - mají své zastoupení u mimořádných událostí, kdy mají ohlídat jevy, kdy je nutné ihned analyzovat příčiny vzniku (Válková, 2015, str. 17).

Některé další nejčastější indikátory kvality, které jsou sledovány ve zdravotnických zařízeních dle Plevové et al. (2012, str. 237-238):

- Výskyt dekubitů.
- Infekce vzniklé v souvislosti s invazivními vstupy.
- Infekce spojené se zdravotní péčí.
- Čekací doba na ošetření v ambulancích.

- Neplánovaná znovupřijetí pacienta.
- Neplánované operační zákroky.
- Spokojenost pacientů.
- Zdravotnická dokumentace.

Indikátor kvality ošetrovatelské péče u pádů

Tento indikátor je hodnocen jako podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovatelských dnů. Jako optimální hodnota je považována hodnota v rozmezí 0,4-0,8 (Česká asociace sester, 2015, str. 4). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR hodnotí indikátor pádu následovně: Indikátor udává jako zlomek, který má v čitateli počet výskytů pádů. Jmenovatel je učen časovým, demografickým či jinými určitými daty - např. počet pacientů za sledované období, počet pacientů v určitých věkových skupinách za sledované období apod. (Pokorná, 2016, str. 3).

2.1 Kvalita sociálních a zdravotnických služeb

Kvalita je relativní pojem, obecně může znamenat dělat věci správně. Světová zdravotnická organizace - WHO definuje kvalitu jako soubor výsledků, kterých bylo dosaženo v oblastech prevence, diagnostiky a léčby. Tato organizace dělí kvalitu ze tří pohledů - jak na kvalitu pohlíží pacient, jak je manažersky řízena a zda je péče odborná (Válková, 2015, str. 13). Každý jedinec kvalitu vnímá jinak, především jde, o jakého konkrétního člena se jedná. Poskytovatel služeb má vždy jiný pohled než klient, či rodinný příslušník. Často se může lišit také názor zřizovatele, sociálního pracovníka a zdravotnického personálu. Kvalitu možno rozdělit na dvě dimenze a to subjektivní – má spokojenost a objektivní – to jsou měřitelná a přesně určená kritéria. Kvalitu sociálních služeb je možno objektivizovat a to pomocí následujících druhů měření jako je např. supervize, standardy kvality sociálních služeb, sebehodnocení, normy ISO, TQM atd. Při měření kvality je snaha využít program kontinuálního zvyšování kvality, který obsahuje čtyři složky a to plánování, provedení, kontrolování a následné pokračování. Tyto sociální

standardsy kontroluje inspekce poskytování sociálních služeb (Malíková, 2011, str. 133-135).

System kvality v oblasti zdravotnictví je souhrn struktury organizace, procedur, procesů a zdrojů, které jsou k dispozici pro zlepšování kvality ve zdravotnictví. Konečný cíl je zlepšit zdravotní stav, zvýšit kvalitu života a životní úroveň pacientů. Jedná se o proces tvorby standardů, sběr dat a celkové hodnocení zdravotnické péče. Kvalitu poskytované zdravotní péče charakterizuje několik věcí jako je účinnost, dostupnost, rychlost, bezpečnost, přiměřenost stavu zdraví, soustavnost a celková posloupnost péče. Též se zde zařazuje ekonomičnost a racionalita. Data, na jejichž základě se posuzuje kvalita péče, jsou všechna data poskytnuta od pacientů, odborníků pracujících mimo organizaci, z provedených auditů a měřených indikátorů kvality (Plevová et al., 2012, str. 231-232). Na kvalitě péče se nepodílí pouze respektování standardů, ale také respektování hodnot, potřeb, tužeb a individualizace každého člověka. K tomu je vhodné využívat klinické doporučené postupy, které jsou ověřeny v praxi a slouží tak ke zkvalitnění práce zdravotníků. Jsou jakýmsi návodem na péči a ošetřování. Klinické doporučené postupy poskytují rady pro dosažení žádoucích výsledků ve všech oblastech a jsou tak nedílnou součástí každé poskytnuté zdravotnické péče (Jarošová, str. 9-10, 2015).

Možnosti měření kvality

Je několik možností jak měřit kvalitu a to - zhodnocením celé situace, měřením kritických bodů v průběhu poskytované péče a měřením pozitivních výsledků vzhledem k pacientovi. Světová zdravotnická organizace se od roku 2004 zabývá problémem bezpečí poskytované zdravotní péče. Ve stejném roce byla založena Světová aliance pro bezpečnost pacientů, kde je kladený důraz na povědomí veřejnosti o možnosti prevence poškození pacientů na základě poskytnuté zdravotní péče. Vše je důsledně shromažďováno a řešeno pomocí vhodných doporučení. Centrum této světové organizace publikuje doporučení v oblasti péče o pacienty při Joint Commission v USA. Zaměřeno je hlavně na konkrétní řešení procesů ve zdravotnických zařízeních, která mohou být pro někoho riziková. Konečným cílem je snížit riziko ve zdravotnické instituci. První verze řešení vznikla v roce 2007 v podobě elektronické knihy s názvem Kniha bezpečí a je v ní obsaženo několik důležitých bodů, mezi které patří například správná identifikace pacienta, prevence záměny orgánů a léků. V této knize jsou shromážděny všechny informace veřejně

přístupné všem, kdo se chtějí dozvědět něco o systému poskytovaných zdravotních služeb. Roku 2010 byla zahájena na základě příkazu č. 30/2010 ministra Hegera činnost Pracovních skupin, která se zabývala bezpečností pacientů a kvalitou péče ve zdravotnickém zařízení. Tato skupina je koordinačním orgánem bezpečnosti a kvality v České republice. Mezi její členy patří zástupci ministerstva zdravotnictví ČR z oblastí zdravotní péče, ochrany a podpory veřejného zdraví, pojištění a jsou zde členové i jiných odborných společností, organizací, resortů či také lidské veřejnosti (Plevová et al., 2012, str. 232-233).

Řízení kvality

Tento výraz se používá také v oblasti služeb. Řízení kvality se zabývá různými činnostmi. Tyto činnosti jsou důležité k zabezpečení toho, že tyto služby budou odpovídat standardům, které má zařízení stanoveny. Nadále bude vše odpovídat vysoké kvalitě a obsahovat správné postupy všech poskytovaných služeb. Celkem ve vyspělých zemích existuje několik modelů, které se zabývají sledováním a měřením kvality. Každá země využívá svůj model, ale díky globalizaci je potřeba standardizovat mezinárodně (Plevová et al., 2012, str. 222-224). Všechny metody řízení kvality mají za úkol organizacím zajistit celkový systém řízení do takové podoby, aby se zabránilo nežádoucím jevům. Ke kontinuálnímu zvyšování kvality je často používán nazývaný tzv. Demingův cyklus. Tento nástroj je založen na principu neustálého opakování čtyř základních procesů a to - plánování, kontrolování, dělání a jednání. Prokázání správné činnosti instituce se odráží ve čtyřech oblastech. Je to celková úroveň instituce, struktury systému, procesů a daných výsledků (Válková, 2015, str. 15-16).

Druhy systémových modelů kvality

- *Modely systémů řízení kvality - ISO - Mezinárodní organizace pro normalizaci*
- *Modely akreditačních standardů - JCAHO, JCIA, ANAES, SAK ČR*
- *Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů - ISQua, ALPHA*
- *Modely excelance - světové ceny za kvalitu (Baldrige, EFQM, Six Sigma)*

(Plevová et al., 2012, str. 224)

Resortní bezpečnostní cíle

Ministerstvo zdravotnictví zavedlo opatření, které mají zvýšit kvalitu a bezpečnost při poskytování zdravotní péče. V roce 2010 byly vyhlášeny resortní bezpečnostní cíle z důvodu dopadu nežádoucích událostí v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Resortní bezpečnostní cíle pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče:

RBC1 - Bezpečná identifikace pacientů

RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

RBC3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

RBC6 - Bezpečná komunikace

RBC7 - Bezpečné předávání pacientů.

RBC4 - Prevence pádů

Tento cíl má za úkol zavést taková bezpečnostní opatření, aby pády pacientů minimalizovala. Jedním z nástrojů splnění je povinnost poskytovatele sledovat evidenci všech vzniklých pádů pacientů, analyzovat je a provádět nápravná opatření (Brabcová et al., str. 208-209, 2015).

2.2 Standardy kvality

Standart je norma kvality, která zaručuje dostatečnou a vhodnou úroveň péče. Zároveň slouží jako ochrana pacienta i zdravotnického personálu. Každý standart je psaný text, který obsahuje měřitelné a lehce zhodnotitelné parametry. Všechna kritéria normy by měla mít vždy svůj kód.

Kritéria standardu mohou být:

- Strukturální - kde jsou uvedeny potřebné pomůcky či přístroje potřebné k vykonávané činnosti a který se zaměřuje na organizaci a regulaci ošetrovatelské péče.

- Procesuální - stanovuje vymezený postup provedení a zaměřuje se na ošetřovatelský proces.
- Výsledku - zhodnotí konečnou kvalitu poskytnuté péče.

Jako další součást standardu by mělo být hodnocení, které hodnotí efekt standardu a uspokojení potřeb pacienta. Metodika kontrol popřípadě slouží k vymezení toho, kdo bude provádět kontroly, kdy a kdo může být v případě jeho nedodržení postihnut. Přesný vzor standardu není přímo vymezen, ale jeho obsah by měl být stejný. Standard by měl vždy obsahovat název, číslo, označení typu standardu, platnost, oblast působení, vymezení, kdo by ho měl plnit, kde se bude využívat a součástí je i uvedení autora standardu. Před uvedením standardu v platnost by měl prodiskutovaný a ověřen v praxi. Po vyhlášení by měl však splňovat, aby byl odpovídající, pochopitelný, měřitelný, akceschopný a dosažitelný (Mášová et al., © 2009; Akreditace ZZ, 2013, str. 5-6). Známa je akreditace zdravotnických zařízení, která slouží pro externí hodnocení kvality, bezpečí v souvislosti s poskytováním zdravotnických služeb a je dobrovolná. Zařízení, která o ni usilují, projeví zájem o kontinuální zvyšování kvality pro své pacienty pro své zaměstnance. V ČR je od roku 1998 akreditační komise Spojená akreditační komise, která hodnotí přihlášená zdravotnická zařízení dle akreditačních standardů (Plevová et al., 2012, str. 235).

Management rizik

Dle Brabcové (str. 32, 2015) se jedná o soubor metodických a systematických činností, které jsou schopny rozeznat, ohodnotit a snížit možná rizika. Malíková (2011, str. 145-147) uvádí, že je management rizik důležitou částí také v sociálním pobytovém zařízení. Je důležitý především pro snížení rizik. Zaměřuje se na několik důležitých oblastí jako je např. riziko v ubytovacích, stravovacích a důležitých zdravotních službách, kde se zaměřuje především na bezpečnost, riziko pádu a úrazů u lidí pohybujících se v zařízení. Brabcová et al. (2015, str. 23) definuje řízení rizik jako procesní řízení, které obsahuje identifikaci, vizualizaci, měření, hodnocení a stále vylepšování podnikových procesů. Řízení kvality a řízení rizik se mísí v procesu řízení zdravotnických zařízení při vytváření standardů a provádění kontrol.

Audit

Audit je prozkoumání určitého jevu, může to být kontrola určenými vnitřními či externími pracovníky. Cílem auditu je najít slabá místa a snažit se je následně odstranit a snížit tak riziko jakékoliv nežádoucí události. Slouží také k vyhledání vhodných indikátorů pro hodnocení kvality v daném zařízení (Plevová et al., 2012, str. 238; Malíková, 2011, str. 145-147).

3 PÁDY JAKO NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST

Nežádoucí událost je taková situace, kdy mohlo dojít nebo došlo k poškození pacienta, ať už v oblasti ekonomické, sociální, fyzické nebo psychické. Tyto události se mohou dělit na vratné a nevratné. Poskytovatelé zdravotních služeb mají povinnost evidovat výskyt těchto událostí, které jsou předány nadřízenému. Ten je pak předá dál pracovníkovi, který se zabývá riziky v zařízení. Po výskytu nežádoucí události by mělo následovat vyhodnocení a provedení nápravných opatření. Hlášení může probíhat jak v písemné tak elektronické formě. Hlavním úkolem hlášení nežádoucích událostí je předcházení vzniku dalších chyb a vede ke zvyšování bezpečnosti (Brabcová et al., 2015, str. 38-40, 160).

Definice pádu

Definice pádu je uvedeno v literatuře několik a přesná definice není vymezena. I přesto je důležité, aby každá instituce měla svou definici, podle které bude hodnotit pády. (JCR, 2007, str. 21). Zde je uvedeno několik vybraných definic pádu: Pád je situace, kdy se osoba neplánovaně ocitne na zemi. U pádu mohou být přidruženy poruchy vědomí i jiná různá zranění. Patřit by sem měly i tzv. asistované pády, kdy je personál přítomen u klienta a snaží se pádu zabránit (Pokorná, 2017, str. 5). Pád je dle Topinkové (2010, str. 44) vymezen změnou polohy, kdy je zajištěn dotyk těla se zemí a může způsobit zranění i poruchu vědomí. *Pád může být neplánované poklesnutí k podlaze* (JCR, 2007, str. 21). Pád je možno definovat také jako událost, kdy je důsledkem nepředvídané spočínutí osoby na zemi, podlaze či ploše nižší výškové úrovně člověka (Jarošová, 2015, str. 134). Všechny výše uvedené definice se shodují, že o pád se jedná v momentě, kdy je zajištěn kontakt těla se zemí.

Druhy pádů

- Zhroucení – ztráta svalového tonu při chůzi, př. Ortostatická hypotenze.
- Skácení – pád bez reflexních obranných pohybů, př. Mozková léze.
- Zakopnutí – nejčastěji o překážku, př. Parkinsonova choroba.

- Zamrznutím – noha zůstane stát na podlaze a tělo pokračuje v pohybu vpřed.
- Atypický obraz – nelze zařadit jinam, př. Senzorický či kognitivní porucha (Vybíhalová, 2011, str. 44-45).

3.1 Rizikové faktory pádu

Mezi rizikové faktory se často řadí více příčin najednou, ale není výjimkou pád způsobený jen jednou příčinou. A to jak příčiny vnitřního, tak vnějšího charakteru. Pokud se u jedince vyskytuje více rizikových faktorů současně, je i vyšší riziko pádu. I ti, co nemají určené žádné riziko pádu, mají alespoň 8% šanci, že upadnou. Mezi seniory se toto riziko může zvýšit až o 70%, pokud jsou u nich přítomny více než čtyři rizikové faktory. Mezi nejčastější příčinu úrazů patří právě pády a to jak u hospitalizovaných pacientů, tak u lidí v domácím prostředí a okolí bydliště. Odhadem asi jeden pád z deseti je závažným následkem, kam řadíme - zlomeniny kyčle, subdurální hematomy, ostatní nitrolební poranění nebo jinak závažná poranění způsobená pádem. Pády vedené jako hlavní diagnóza tvoří 10% vyšetření na urgentních příjmech a 6% náhlých hospitalizací seniorů v nemocničním zařízení. (Mlýnková, 2011, str. 28-30; Matějovská Kubešová et al., 2015, str. 189-190). Jako zásadní neovlivnitelný rizikový faktor je věk, kdy se dle tvrzení Topinkové (2010, str. 44) pády vyskytují u 20-30 % osob ve věku 65-69 let a až u 50% lidí nad 85 let.

3.1.1 Vnitřní rizikové faktory

Dle Pokorné (2017, str. 30) jsou tyto faktory příčinou pádu u většiny nemocných a to někdy až z 70%. Uvedené faktory souvisejí též s věkem, stárnutím organismu, nemocemi i farmakoterapií atd. Patří sem předchozí výskyt pádu u klienta, riskantní chůze, dlouhý klid na lůžku, dehydratace a mnoho onemocnění vyskytující se především v pozdějším věku.

Tato onemocnění mohou být příčinou symptomatických pádu, které vznikají v závislosti na somatickém onemocnění nebo užívání rizikových léků. Tyto vnitřní faktory se účastní až na 70- 75% pádů. Zahrnuty jsou zde jak akutní, tak chronická onemocnění (Matějovská Kubešová, 2015, str. 190).

Onemocnění vedoucí k pádům

Onemocnění systémů, která vedou k pádům dle Matějovské, Kubešové (2015, str. 190) :

- *Onemocnění pohybového aparátu – osteoartróza, osteoporóza, stavy po ortopedických operacích.*
- *Neurologická onemocnění – centrální mozková příhoda, neuropatie.*
- *Kardiovaskulární onemocnění – arytmie, syndrom karotického sinu, ortostatický syndrom, srdeční selhávání.*
- *Psychiatrická onemocnění – deprese, kognitivní poruchy.*
- *Poruchy zraku – katarakta, retinopatie.*
- *Metabolická onemocnění – diabetes mellitus.*
- *Malnutrice.*

3.1.2 Vnější rizikové faktory

Sledování vnějších rizikových faktorů slouží především k odhalení možných souvislostí a rizik. Mají spojitost s prostředím, kterým lze možno vytvořit bezpečnější prostředí a mít vliv na incidenci pádů (Pokorná, 2017, str. 31).

Prostředí a činnosti

Jedná se o prostředí a jevy okolí, kde se člověk pohybuje. Běžnou součástí by mělo být, že sestra seznámí klienta již první den nástupu s možnými riziky v prostoru zařízení (Pohlová, 2015, str. 24-25). Mezi nejčastější rizika prostředí patří pohyb v koupelně a tedy uklouznutí na mokřem povrchu, ať už ve vaně či sprše nebo při pohybu na kluzkém povrchu. Zvláště pokud chybí madla v koupelně a na WC. Další nebezpečí mohou představovat prahy u dveří, koberečky, schody, nevhodně umístěný nebo zvolený nábytek či zařízení v domácnosti. Zde je zahrnuto i špatné osvětlení nebo daleko umístěné vypínače světla. Je důležité brát zřetel na celkové vybavení a odstranit nevhodné předměty, nepořádek a to především na podlaze. Je vhodné uzpůsobit bydlení tak, aby co nejvíce

vyhovovalo potřebám daného člověka. Zapomenout bychom neměli ani na riziko pádu při jízdě v hromadném prostředku, kdy může klient upadnout v souvislosti s nastupováním, vystupováním nebo pohybem v autobuse či tramvaji (Matějovská Kubešová, et al., 2015, str. 189-190; Mlýnková, 2011, str. 28-30). Seniorům jsou také nebezpečné některé činnosti, jako je práce ve výškách, ohýbání či natahování se pro spadlé věci z nočního stolku nebo pády spojené s opilostí klienta (Pokorná, 2017, str. 32).

Obuv a oblečení

Riziko přináší nevhodná obuv, mezi kterou řadíme příliš volnou obuv jako např. pantofle. Nevhodná je i žádná obuv a ponožky. Obuv by měla být pevná, nesešlapaná, s protiskluzovou podrážkou a pokud možno měla by mít také přezku a pevnou patu. Vhodné nejsou ani podpatky a rozvázané tkaničky. Správné nazouvání bot patří k základním úkolům ošetrovatelské péče. I nevhodně zvolený či nevyhovující oděv může být klientovi překážkou v bezpečné chůzi (Topinková, 2010, str. 44; Pokorná, 2017, str. 39; Kalvach et al., 2011, str. 353).

Kompenzační pomůcky

Chybějící nebo nedostatečné používání kompenzačních pomůcek je velkým rizikem pádu. Důležité je správné používání pomůcek, vždy by měly být přítomny v dosahu klienta, tak aby měl k nim volný přístup a byly pro něj snadno dosažitelné. Fyzioterapeut by měl vždy nemocného správně edukovat a naučit ho pomůcky vhodně a bezpečně používat. Pozor je třeba dávat i na rozbité či jinak porušené pomůcky. (Pokorná, 2017, str. 11, 30-32). I zavedení nových kompenzačních pomůcek, které klient doposud neužíval, může být rizikové v souvislosti se změnou zdravotního stavu nebo zahájení rehabilitace klienta, kdy se např. učí znovu správnou chůzi. (Svobodová et al., 2010, str. 33). Vhodnější jsou pro seniory chodítka, vzhledem k výšce, která je pro ně pohodlnější. Je však důležité, aby pomůcka odpovídala danému věku a schopnostem klienta pomůcku vhodně využívat. Pokud klient používá vozík, neměl by být příliš těsný ani naopak velký (Mlýnková, 2010, str. 199).

Léky

Užívání léků, především těch rizikových, které ovlivňují CNS, mezi které se řadí dle Pokorné (2017, str. 29) tlumící léky jako antipsychotika, anxiolytika, hypnotika, sedativa, tranquilizery, antidepresiva a narkotika. Dále se zde zařazují léky ovlivňující srdeční činnost jako kardiotonika, antihypertenziva, diuretika, léky na diabetes mellitus a to perorální antidiabetika a inzulín. Laxativa jsou zde zařazena z důvodu náhlé urgency vyprázdnění a dále jsou součástí rizikových léků i cytostatika. Tyto druhy léků se sledují v rámci monitorování rizika pádu - škál. Riziková je taktéž polypragmazie. Tímto termínem je označeno větší množství užívaných léků (Pokorná, 2017, str. 31). Joint Comission Resources (2007, str. 28) uvádí, že pokud jedinec užívá čtyři či více kombinací rizikových léčiv tak má vyšší pravděpodobnost výskytu pádu a také uvádí vyšší předpoklad k pádům díky možné interakci léků s ostatními, pokud během 14 ti dnů je u jedince přítomna změna medikace.

Ostatní

Pokorná (2017, str. 30) uvádí, že důležitá informace je předchozí pád, který může mít souvislost s nejistou a nestabilní chůzí. Pozor je třeba dávat při dlouhém klidu na lůžku, dehydrataci a závratí, která může být spojena s poruchou vestibulárních funkcí.

3.2 Intervence po pádu klienta

Pokud došlo k pádu, je nutné minimalizovat možné dopady této nežádoucí události. Nutností je řádně vyšetřit a případně ošetřit klienta, kterého se pád týká a provést kontrolu preventivních opatření v případě že jejich účinnost nebyla dostačující. Nelékařský zdravotnický personál by se měl řídit dle kompetencí vztahujících se k zákonu č. 201/2017 Sb., a vyhlášky č. 2/2016 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Česká asociace sester, 2007, str. 2). Doporučený postup dle České asociace sester (2007, str. 4) v případě pádu klienta je takový, že pokud je pracovník přítomný u pádu je možné umožnit zpomalení pádu a to zachycením klienta a následné změkčení dopadu. Klienta není vhodné zvedat, je lepší ho nechat sesunout na podlahu a přidršet hlavu.

Vyšetření po pádu by mělo následovat ihned po zjištění incidentu. Nutné je především zkontrolovat stav vědomí, reakci na oslovení, TK, P, a u lidí s diabetem změřit glykemii. Dále je nutné vyloučit traumatické změny a v případě bolesti krční páteře, je nutné s páteří nehýbat do příchodu lékaře. Pro prevenci dalšího pádu je podstatná anamnéza pádu, tedy informace jak se vlastní pád odehrál. Nejlépe od postiženého a poté doprovodu či přítomných osob. Problém může nastat v době, kdy si jedinec na pád nepamatuje a nejsou přítomni žádní svědci. Vždy je důležité znát všechny okolnosti pádu a nejlépe samotnou příčinu. Při vyšetření nás také zajímají symptomy, které samotnému pádu předcházely, zda byly nějaké přítomny. Všechna onemocnění, se kterými se pacient léčí a léky které užívá, jsou též stěžejní informací. Ostatní fyzikální vyšetření musí vždy následovat ihned po sběru anamnézy. Jako prvním ukazatelem je schopnost, zda se uživatel dokáže postavit a zda zvládá chůzi bez potíží či bolestivých projevů. Následně se dle potřeby vyšetřuje i neurologický deficit, srdeční šelesty, stav výživy, psychický stav a stav zraku. Důležitým ukazatelem je také test známý pod názvem ADL - tzv. Barthelův test, který nám hodnotí soběstačnost člověka. Zhodnotit chůzi a rovnováhu můžeme např. testem dle Tinettiho. Nesmíme zapomenout ani na přehodnocení rizika pádu. Pokud je třeba lze ještě vyšetření doplnit laboratorním vyšetřením krve na vyšetření iontů, dusíkatých látek, hladiny glykemie, jaterních enzymů, sedimentace, zánětlivých parametrů, vitaminů, krevního obrazu a základní koagulace, nebo lze využít zobrazovací metody jako EKG, holterovskou monitoraci, dopplerovské měření tepen, EEG, CT či MR mozku, test na nakloněné rovině či jiné specializované vyšetření. Vždy je třeba zvážit smysl vyšetření a jejich nutnost u každého jedince individuálně (Matějovská Kubešová et al., 2015, str. 191; Topinková, 2010, str. 45; Pokorná, 2017, str. 9, 12).

3.3 Komplikace a následky pádů

Komplikace pádů dělíme:

- 1) Časné - mohou být lehká nebo těžká zranění. Tyto komplikace mohou nastat v podobě hematomu, porušení kožní integrity, zranění měkkých tkání nebo vzniku zlomenin.
- 2) Pozdní - komplikace spojené se ztrátou částečné či úplné imobility a následně vzniklý imobilizační syndrom, který vzniká na podkladě dlouhého připoutání na lůžku. Další hrozbou mohou být dekubity a vznik tromboembolické nemoci.

3) Ostatní - podchlazení, pneumonie, psychické změny (Matějovská Kubešová et al., 2015, str. 191; Mlýnková, 2011, str. 31).

Po pádu se může vyskytnout také slabost, bolest, ztráta sebevědomí, strach, snížená soběstačnost vykonávat běžné denní činnosti, podvýživa či dehydratace, která následně může mít za příčinu poruchu vědomí až vážné ohrožení života (Brabcová et al., 2015, str. 38, 88).

Klasifikace zranění dle závažnosti

- Bez zranění.
- Lehká zranění - povrchové odřeninny, oděrky, zhmožděniny.
- Těžká zranění - bezvědomí, poranění mozku, fraktury, tržné rány - šití, náplast'ové stehy (Česká asociace sester, © 2017).

Zlomeniny

Vzhledem ke změnám kosterní soustavy ve stáří se především díky osteoporóze snižuje kostní hmota a to je způsobeno převážně genetikou, snížením počtu pohlavních hormonů, avšak svoji roli hraje i málo pohybové aktivity a nedostatek vitamínu D. Bohužel v této závislosti se kosti lámou snadněji a častěji i při malém úrazu (Holmerová et al., 2014, str. 24).

Dle Topinkové (2010, str. 45, 47) jde zpravidla nejčastěji o zlomeninu krčku stehenní kosti, předloktí, obratlů nebo lebky a to především u lidí s osteoporózou. *NIH* (© 2014) uvádí, že zlomenina kosti stehenní často bývá důsledkem pádu na bok. Může být addukční nebo abdukční typ. Příznakem je především bolest a omezení pohybu. Dle celkového zdravotního stavu se následně zvažuje případné operační řešení. Rozhodující prevencí zlomenin při pádu může být snaha člověka snížit rychlost pádu o okolní předměty, např. o zachycení lůžka nebo stolu. Pokud člověk padá, měl by se snažit spadnout na zadek či dopředu na kolena. Zmírní tak riziko zlomeniny kyčelního kloubu, které vzniká nejčastěji při pádu na bok. Topinková (2010, str. 47) uvádí, že dnes je v České

republice možnost používat chrániče na oblast kyčelního kloubu tzv. hip protectors. Tato pomůcka má podobu vycpaných kalhotek a snižuje náraz v oblasti kyčlí.

3.4 Prevence pádů

U prevence pádů je důležitá spolupráce několika specialistů. V případě seniorů geriatr spolupracuje s fyzioterapeutem, sociálním pracovníkem či ortopedem. Geriatr je hlavním koordinátorem v této spolupráci u daného jedince (Matějovská Kubešová et al., 2015, str. 192). V prevenci pádu má také významnou roli ošetřující personál, což uvádí Johnson et al. (2011, str. 60). Doporučený klinický postup pro prevenci pádů a zranění uvádí Jarošová (2015, str. 134-136) jedná se o postup, který má napomoci personálu v jejich klinickém rozhodování a nést podporu v odhalení rizikových faktorů pro pády, snížit výskyt a zranění pádů. Všechny klinické doporučené postupy vznikly na základě několika výzkumů a procesů shody několika mínění. Tak abychom mohli tento postup aplikovat, je nutné znát samotný názor a potřeby klienta. Intervence jsou vybírány tak, aby odpovídaly co možná nejvyšší kvalitě a bezpečnosti. Jsou zde brány ohledy také na autonomii a možná rizika. Mezi doporučení pro praxi, které je stanoveno ošetřujícímu personálu patří:

- Posouzení rizika pádu při příjmu a při pádu.
- Užívat více faktorové intervence pro prevenci pádů.
- Podporovat cvičení a pohyb klienta.
- Provádět neustálou kontrolu naordinované medikace.
- Zajistit prevenci osteoporózy - vitamin D, vhodný výživa.
- Kontrola a úprava vhodného prostředí.
- Edukace klienta.

Prevence by měla být komplexní, vždy zaměřena individuálně na každého jedince a měla by tak pomáhat zabraňovat vzniku nežádoucích událostí. Důležitou součástí prevence je také dostatečná edukace postiženého, rodiny i veškerého personálu. Vždy je důležité myslet na možná rizika pádu a evidovat je. Pád může být přítomen i u člověka,

který na první pohled vypadá zdravý a silný. Klient v domově pro seniory by měl mít vždy po ruce signalizační zařízení a mít tak v případě potřeby možnost si zavolat o pomoc. Ne vždy však při pohybu po pokoji má klient signalizační zařízení u sebe a je třeba myslet na předvídání jeho potřeb, kdy bychom klienta měli navštěvovat v pravidelných intervalech a to minimálně každé dvě hodiny. Náklady na léčbu komplikací s pády jsou značně vyšší než na jejich prevenci, proto jsou důležité všechny intervence snižující výskyt pádů a tím snížení nákladů s tím spojených. Vhodné je tedy vyhledat a zajímat se především o rizikové jedince. Americká geriatrická společnost klade důraz na zajištění bezpečného prostředí, vyhnout se rizikovým lékům a zhodnotit stav pohybového a smyslového aparátu. Úplná eliminace pádů bohužel není možná, ale pokud možno, tak jde výskyt pádů snížit vhodnými intervencemi a pozorováním potřeb daného člověka (Vybíhalová, 2011; Sturzprävention, © 2012; Joint Commission Resources, 2007, str. 95).

Stěžejní je identifikace rizikového jedince na základě rizikových faktorů. Vždy je důležité vést řádnou dokumentaci, kde budou shromážděna všechna důležitá data o pacientovi. Pokud k pádu dojde, je povinností ošetrovatelského personálu vždy daný pád pečlivě zapsat do dokumentace klienta a popsat všechny okolnosti a detailní informace o pádu. Tento zápis se týká opravdu každého pádu a je třeba jeho jakýkoliv výskyt zaznamenat i přesto, že nevyžaduje ošetření a obešel se bez následků. Na pády nelze nahlížet jako na běžný důsledek stárnutí, ale měly by být vnímány jako signál onemocnění, které lze léčit a dalším pádům tak zabránit. (Matějovská Kubešová et al., 2015, str. 192-193; Mlýnková, 2011, str. 81). Pokorná (2017, str. 5) uvádí, existenci i tzv. asistovaných pádů, kdy má zaměstnanec snahu zmírnit možné dopady pádu klienta na zem. I tyto pády by měly být zaznamenány. Tošnerová (© 2006) považuje za důležité také informaci, při jaké činnosti se pád odehrál a z jaké výchozí pozice těla k pádu došlo. Zda daný člověk před pádem stál, seděl nebo ležel a také si všimnout okolností, které mohly být příčinou pádu. Mlýnková (2010, str. 252-253) říká, že součástí prevence v institucionálním zařízení je také mimo již zmíněné důležitá přítomnost ošetrovatelského personálu a to při ranním posazování klienta, kdy může dojít k ortostatické hypotenzi a také by měl ošetřující personál být přítomen, tam kde jsou senioři společně a např. sledují televizi. To hlavně pro případ, kdyby chtěl senior sám odejít, tak aby personál mohl dohlédnout na správné zvedání ze židle, kdy by mohlo dojít k pádu. Vhodné je zvolit také správné piktogramy pro lepší orientaci seniora v prostorech zařízení.

Matějovská Kubešová et al. (2015, str. 192) odkazuje na provedené klinické studie Woolcott, kde společně se svými spolupracovníky bylo zjištěno, že skoro 33% lidí nad 65 let užívá rizikové léky, které zvyšují riziko pádu. Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory v České republice od Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2015, str. 23) uvádí, že každé zařízení by mělo splňovat zavedení systému prevence pádů. Matějovská Kubešová et al. (2015, str. 192-193) uvádí Cochranovu databázi z roku 2012, která prováděla celkem 43 kontrolovaných studií hodnotících intervence pro prevenci pádů u seniorů s celkovým počtem přes třicet tisíc účastníků. Tato databáze porovnávala i data získaná z institucionálních zařízení, kde senioři žijí. Zde jsou shrnuty výsledky dané studie. *Skupinové cvičení potvrzuje, že výrazně snižuje riziko pádů. Vitamin D neredukuje riziko pádů. Intervence vedoucí k bezpečnosti domácího prostředí byly efektivní při snižování podílu pádů. Implantace kardiostimulátoru redukovala podíl pádů u pacientů s hypersenzitivitou karotického sinu. První oční operace šedého zákalu u žen redukovala počet pádů, u druhého oka již nikoliv. Postupné odstranění rizikové psychiatrické medikace vede ke snížení počtu pádů. Program předepisování medikace pro lékaře primární péče výrazně snižuje riziko pádu. Intervence ke zvýšení znalostí o prevenci pádů neměly efekt na snížení jejich rizika.*

Edukace

Edukace je důležitá část ošetrovatelské praxe. Jedná se o proces, kdy jedince vzděláváme v dovednostech, hodnotách, chování a navyklostech. (Juřníková, 2010, str. 9). Cílem edukace klienta je osvojení nových poznatků, věcí, souvislostí a získání důležitých zručností. Pro efektivní edukaci je vhodné klienta i jeho rodinu dobře znát a udržovat s ní dostatečný kontakt. Dobré je zvolení vhodné výukové metody, postupu a průběhu edukace klienta či jeho rodiny (Mlýnková, 2010, str. 26-27). Součástí edukace v prevenci pádu by měla být jak edukace personálu, tak edukace pacienta. K edukaci je vhodné využít také letáky. Veškerá edukace by měla být zaznamenána v dokumentaci daného člověka. Personál je vhodné vzdělávat pravidelně pomocí seminářů a pracovních setkání a to v několika oblastech. Mezi tyto oblasti patří podpora bezpečného pohybu klienta, posouzení rizik pádu, interpersonální strategie, vedení rizik a hodnocení po pádu, znalost alternativ v omezování pohybu, četné návštěvy klienta na pokoji a pomoc při

vyprazdňování, Je také důležité ověřovat znalosti v oblasti pádů pomocí kontrol (Pokorná, 2017 str. 7, 9; Jarošová et al., 2015, str. 136).

3.5 Omezující prostředky a restrikce pohybu

Restrikcí rozumíme omezení pohybu člověka a to v jeho prospěch nejčastěji se používá jako prevence pádu a újmě na zdraví. Existují různé pomůcky a zařízení, které znemožňují změnu místa, či nedovolují umožnit pohyb. Mezi tyto nástroje restrikce patří postranice, kurty, pásy aj. Dnes je snaha co nejvíce omezit využívání těchto opatření a ponechat restrikci pouze tam, kde je opravdu nutná dle platných směrnic (Tošnerová, © 2006). Používáním restrikce pohybu dochází k omezení pohybu, soběstačnosti, snížení lidské důstojnosti, riziku vzniku imobility až k ubližování jedince. Je proto důležité znát nařízení Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky pro užívání těchto omezujících opatření aktualizovaným v roce 2008 (Malíková, 2011, str. 279-280). Nejprve je snahou vybrat jiné metody, které klienta přirozeně zklidní, pokud je to vyžadováno. Vhodná je fyzická aktivita, denní rytmus, zvýšený počet personálu a také dostatek aktivit a činností. Možné také je k lůžku dát matraci, pokud je na místě strach z toho, že by k pádu mohlo dojít v době, kdy klient leží na lůžku. Postranice mohou být někdy větší hrozbou, pokud má klient tendenci k jejich přelézání (Venglářová, 2007, str. 52-53). Varvařovský (2013, str. 14-15) tvrdí, že na rozdíl od omezovacích prostředků uvedených v zákonu o sociálních službách č. 108/2006 § 89, které vždy omezují pohyb, tak postranice představují nástroj, který sice osobu omezuje v pohybu, ale míra toho, jak mohou postranice člověka omezit, závisí na jeho schopnosti pohybu. Pokud klient leží nepřetržitě v lůžku, tak postranice jeho pohyb neomezují. Omezení je v tomto případě pouze pro chodící osoby, avšak i tak se mohou využívat, pokud brání riziku pádu, ale se splněním určitých podmínek. Využití mají postranice především v noci a přes den by se neměli používat pouze kvůli neklidu klienta, který je sám chodící. Pokud jsou tyto určité podmínky splněny, tak k nasazení postranic není nutno mít souhlas od lékaře, ani od člena rodiny nebo opatrovníka, který klienta zastupuje. Stejná pravidla patří také v případě používání pásů, které mají klienta fixovat. Vždy je u každého klienta vhodné stanovit, kdy mají být postranice využity, příp. v kterou denní dobu má být fixován pomůckami. Mezi omezující prostředky patří také psychofarmaka na základě indikace lékaře (Varvařovský, 2013, str. 15).

Omezení svobody klienta upravuje:

- *Listina základních práv a svobod - 2/1993 Sb.*
- *Úmluva o lidských právech a biomedicině - sdělení MZV č. 96/2001 Sb.m.s.*
- *Zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu*
- *Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon.*
- *Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.*
- *Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád (Malíková, 2011, str. 284).*

Úmluva o lidských právech a biomedicině poukazuje na to, že veškeré zákroky vykonávané v oblasti péči o zdraví musí být podloženy informovaným souhlasem daného člověka. Pouze v případě, že osoba dát souhlas nemůže se i tak může k výkonu přistoupit, avšak musí to být v dobrém zájmu pro uživatele. Zákon o péči o zdraví lidu § 23 udává podmínky u léčebných a vyšetřovacích procedur. I zde platí souhlas nemocného. Pokud není souhlas možno udělit, musí být jedinec nebezpečný sám sobě, svému zdraví nebo okolí. Lze omezující prostředky použít jen na nutnou dobu a to v případě že - uživatel souhlasí, lze předvídat, že by souhlasil, je v ohrožení on či okolí, není možno vyžádat nyní souhlas. Omezení pohybu má své místo i v etických kodexech. Také se bere ohled na to, zda je restrikce nutná a má větší přínos než hrozící riziko. V případě použití musí být nadále zachována důstojnost ke klientovi. Všechna stanoviska používání těchto prostředků by měla být vymezena ve vnitřním řádu každého zařízení. Nutnou zásadou, kterou je třeba dodržovat je hlavně poslušnost od nejmírnějších zásahů jako je slovní uklidnění, odpoutání pozornosti, fyzický úchop a využití pomůcek či místa k bezpečnému pohybu. Jako poslední možností je podání léků na uklidnění, které předem lékař naordinuje. Důležitou součástí je vedení dokumentace, kam se vždy zapisuje jméno, příjmení a datum narození klienta. Je nutné zapsat také datum a čas začátku i konce omezení pohybu. Píše se zde i důvod použití restrikce, jméno kdo opatření provedl a zda byla indikace lékaře. Nemělo by se zapomínat ani na seznámení zřizovatele nebo zákonné osoby se situací. (Malíková, 2011, str. 284-286). Poskytovatel zdravotních služeb má povinnost nahlásit do 24 hodin soudu použití omezovacích prostředků u lidí, kteří nebyli schopni dát svůj souhlas s využitím omezovacích prostředků. Jediný fyzický úchop pacienta nemusí být hlášen (Brabcová et al., 2015, str. 9).

3.6 Pády v geriatrii

V geriatrii je typická polymorbidita, kdy se u starší osoby vyskytuje více onemocnění najednou. Většinou tyto choroby na sebe nenavazují. (Matějovská Kubešová, 2015, str. 199). Schopnost se pohybovat je důležitá pro každého jedince. Bohužel patří do nejčastějších problémů starší populace, kdy se na základě toho snižuje soběstačnost daného seniora. Největším problémem je nestabilita, která patří mezi nejčastější důvody pádů. Ta souvisí s rovnováhou, která se prolíná vestibulárním, zrakovým a proprioreceptivním systémem člověka. Mozkový kmen je středem těchto informací a mozeček společně s bazálními gangliemi a mozkovou kůrou ovládají rovnováhu lidského těla. Citlivost všech receptorů se stářím klesá a tím je proces přenosu informací zpomalen. Mezi onemocnění spojená s pády patří především zraková postižení - katarakta, glaukom, diabetická neuropatie či makulární degenerace. Jako nejčastější příčina vestibulární dysfunkce je hypoperfuze vnitřního ucha díky časté ateroskleróze cév v této části ucha. Na tomto podkladě často vzniká pseudozávat' která je způsobena právě hypoperfuzí mozku. Své místo zde mají i psychické, metabolické či farmakologické příčiny. S touto problematikou je spojena vyšší ekonomická náročnost a také umíst'ování svých blízkých do zařízení dlouhodobé péče (Pokorná, 2017, str. 5; Matějovská Kubešová et al., 2015, str. 188-189).

4 HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ

Hodnocení rizika pádu je důležité především pro zajištění bezpečného prostředí. V zájmu všech je používat screeningové metody a označit rizikové pacienty či klienty a věnovat jim náležitou pozornost. Vnější rizikové faktory jsou proměnlivé a záleží na druhu zařízení a jeho prostředí. Vnitřní faktory naopak nejsou tolik závislé na prostředí. Eliminovat tyto faktory je poměrně složité, ale je vhodné je znát a určitými opatřeními riziko pádu snížit. Při příjmu do nemocnice či zdravotně-sociálního zařízení se hodnocení rizika pádu provádí do 24 hodin. Další přehodnocení rizika u pacienta probíhá při různé změně zdravotního stavu, po pádu, při překladech, při změně léků a poté v intervalu dle standardních operačních postupů daného poskytovatele služeb. V případě vzniklého pádu pacienta v intervalu 12 hodin po dobu minimálně dalších tří dnů a to dle zdravotního stavu pacienta. Nadále se hodnotí spolupráce, a zda odpovídají nastavená režimová preventivní opatření. Každý pacient, který je označen jako rizikový, by měl být určitým způsobem označený a měl by o tomto označení vědět. Nejčastěji se označuje např. barevným náramkem, má monitorovací lůžko či graficky označené lůžko nebo pokoj. Tento přehled rizikových pacientů je vhodné umístit také do pracovny sester (Pokorná, 2017, str. 9; Pospíchal et al., 2013, str. 23-24). V praxi jsou využívány různé nástroje hodnocení rizika pádu. Dle vyhodnocení se přizpůsobuje plán péče o daného pacienta. K hodnocení rizika pádu může každé zařízení používat jiné screeningové metody (Joint Commission Resources, 2007, str. 75-77). Je však doporučeno vyvíjet nové škály, které by bylo vhodné používat na měření rizika pádu v České republice. Dnes je hojně využíváno zahraničních škál, ale jejich překlad do českého jazyka však nemusí být vždy přesný a určité výroky mohou mít vícero podob či vysvětlení. U testů se také vždy hodnotí pozitivní a negativní prediktivní hodnota (Jedlinská et al., 2012, str. 392).

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Tento test má mnoho modifikací, patří mezi nejjednodušší testy a hodnotí riziko pádu. Hodnotí se pohyb, vyprazdňování, medikace, smyslové poruchy, mentální stav a věk. Každá položka je bodována na stupnici 0-1. Jeden bod je vždy u jednoho rizika. Pokud při celkovém součtu je výsledek vyšší než 3 je potřeba se řídit protokolem, kde je následně doporučeno:

- 1) Umístit nad lůžko viditelné oznámení, že je u klienta vysoké riziko pádu.
- 2) Snížit a zabrzdít lůžko, zvednout obě postranice.
- 3) Umístit klienta blízko sesterny.
- 4) Umístit signalizační zařízení, tak, aby jej měl klient po ruce, musí však znát funkci a způsob jak přivolat pomoc.
- 5) Zajistit vhodnou obuv.
- 6) Zajistit režim vyprazdňování alespoň 3x za den nebo dle potřeby a vždy před spánkem.
- 7) Odstranit překážky v okolí klienta.
- 8) Zajistit vhodné noční osvětlení.
- 9) Zajistit noční stolek a potřeby pacienta tak, aby byly všechny v jeho dosahu (Multimediální trenážer plánování, © 2010).

Hodnocení rizika pádu dle Morse

Tento formulář je běžně používán a byl vyvinut Janice M. Morse po dlouholetém období zkoumání rizikových faktorů v souvislosti s pády. Jako jeden z mála se používá v akutní péči. Dle dostupných výsledků test vykazuje vysokou spolehlivost. *Morse dělí pády na náhodné, neočekávané fyziologické a očekávané fyziologické.* Několik organizací přijalo tuto verzi s tím, že si ji dle svého poupravilo, tak aby vyhovovala danému typu zařízení. V české verzi testu dle Morse se hodnotí pád v anamnéze, přidružená onemocnění, užívané pomůcky k chůzi, intravenózní terapie, typ chůze a psychický stav. Nakonec se zhodnotí celkové skóre, kdy 0 značí žádné riziko pádu, pod 25 bodů nízké riziko, 25-45 bodů střední riziko a nad 45 bodů je vysoké riziko pádu (Joint Comission Resources, 2007, str. 77-78).

Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou

Tato metoda je využívána v zařízeních, která jsou součástí projektu sledování pádů v rámci České republiky. Metodu upravila Jurásková v roce 2006. Metoda soudí daného pacienta dle rizikových faktorů, které jsou přítomny v jeho anamnéze jako je dezorientace, deprese, demence, věk nad 65 let, předchozí pád, užívání rizikových léků a zda se pacient nachází v novém prostředí do 24 hodin. Dále se hodnotí soběstačnost, schopnost spolupráce a přímé dotazy, zda netrpí pacient nucením na močení v noci, nespavostí či závratěmi. Nad 14 bodů je u pacienta vysoké riziko pádu. Vždy je důležité, aby pacient dané dotazy správně pochopil a tím pádem adekvátně odpověděl (Česká asociace sester, 2007, str. 6).

Gaitův funkční test

Test slouží k určení rovnováhy a zhodnocení rizika pádu klienta všeobecnou sestrou. Je založen na provedení několika úkonů. Jako první požádáme pacienta, aby se posadil na jednu minutu na židli, poté se postavil a stál na jednom místě půl minuty a následně se prošel po místnosti a otočil se na vás. Naposledy by se měl pacient vrátit k židli a znovu se posadit. Pokud pacient provede všechny 4 úkony bez ztráty rovnováhy, pádu či hmatání po předmětech, o které by se mohl opřít tak je Gaitův test vyhodnocen jako negativní. Pokud by pacient nebyl schopen test dokončit nebo se u něj vyskytne nějaký z výše uvedených problémů, je nutné, aby sestra založila protokol pro prevenci pádů (Multimediální trenažér plánování, © 2010).

Hodnocení rizika pádu

Toto hodnocení je často používáno v domově pro seniory v informačním systému Cygnus 2008. Hodnocení provádí všeobecná sestra. Každá oblast je ohodnocena 0-4 body. Pokud je celkové skóre vyšší než 10 bodů, je přítomno značné riziko pádu. Hodnotí se zde - úroveň vědomí, výskyt pádů (v posledních 3 měsících), chůze (samostatnost), zrak, chůze/ rovnováha, systolický krevní tlak, léčba/ léky - žádná během posledních 7, predispoziční faktory pádů /závratě, hypotenze, CMP, ztráta končetiny, artritida a další. Jeho úplná podoba je uvedena v příloze č. 1. Škála je totožná se škálou, kterou uvádí

Tošnerová (© 2006). Hodnotící položky jsou hodně podobné jako u škály dle Conleyové, akorát je o něco podrobnější (Informační systém Cygnus; DS – domov seniorů).

Screeningový test mobility

Test je určen pro zhodnocení seniora a jeho pohyblivost. Hodnotí se svalová síla, stabilita a obratnost. Hodnocení provádí fyzioterapeut či ergoterapeut a dle výsledku navrhuje určitá opatření pro snížení rizika pádu. Hodnotí se sed na židli s opěrkami na ruce, stoj po postavení bez opory, stoj se zavřenýma očima, tlak na sternum v klidném stoji, stoj se záklonem, zdvihnutí předmětu, chůze po rovině, otočení při chůzi. Na test je třeba dostatek času a spolupráce seniora. Jednotlivé činnosti se vyhodnotí, zda jsou provedeny normálně či abnormálně a dle výsledku se určí rizika (Klevetová, 2017, str. 145-146).

Test Timed Up and Go Test (TUG test)

Test slouží pro hodnocení mobility a určení rizika pádu primárně fyzioterapeutem. Původně vznikl pro jedince nad 65 let. Jeho uplatnění je i u jiných pacientů s různým onemocněním jako je např. Parkinsonova choroba nebo Roztroušená skleróza. Při testování se posadí pacient na židli o výšce sedací plochy 46 cm a ruční podpěry 67 cm, tak aby měl záda i horní končetiny podepřené. Při testování se měří čas. Nejprve se pacient zvedne ze židle a jde k vyznačené čáře, která je od něj vzdálená 3 metry, kde je postaven kužel, kolem kterého se pacient otočí o 180 stupňů a poté jde zpět k židli a posadí se. Po dosednutí na židli zastavíme časomíru. Testovaný by měl mít na měření pevnou a příjemnou obuv. Pokud je třeba může mít při testu s sebou doprovod. Při dalších následujících měření je důležité, aby této pomoci případně využil znovu. Opakovaný test by se měl provádět ve stejný čas a možné je také vyzkoušení testu nanečisto. Testem získáváme důležité informace o funkční mobilitě pacienta, posturálních schopnostech během jeho chůze a o funkčnosti vestibulárního aparátu. Pokud má pacient vestibulární poruchu je vhodné, aby otočení kolem kužele bylo provedeno na obě strany zvlášť. Test má více modifikací a může být např. doplněn tím, že pacient bude při provádění testu držet v ruce sklenici s vodou, test je známý jako Timed Up and Go Manual Test (Timed Up and Go, © 2013).

The Tinetti fall risk index (The Tinetti)

Test udává počet chronických onemocnění a zahrnuje devět rizikových faktorů – mobilitu, schopnost spolupráce, duševní stav, zrakovou ostrost do dálky, kvalitu sluchu, užívání rizikových léků, posturální hypotenzi, znovu provedená vyšetření a celkovou soběstačnost člověka. Pokud je přítomen vysoký počet chronických onemocnění, je zároveň zvýšeno riziko pádů. Po sečtení skóre vzniknou tři skupiny a to pacienti u kterých je nízké riziko (0-3 body), střední riziko (4-6 bodů) a vysoké riziko pádu (7-9 bodů). (Vassallo, 2005, str. 1034-1038).

Johns Hopkins fall Risk Assessment Tool

Hodnotící nástroj dle J. Hopkinse je zahraniční nástroj, který hodnotí riziko pádu z hlediska věku, historie pádů, vyprazdňování, užívaných léků, z hlediska pomůcek a zavedených vstupů, které jsou součástí léčby pacienta, pohyblivosti a soběstačnosti. Bodová stupnice je do 13 bodů, kdy je 6-13 bodů mírné riziko pádu a nad 13 bodů vysoké riziko pádů (John Hopkins, © 2007).

Stratify

Test je využíván u starších pacientů a pátrá po přítomnosti pěti rizikových faktorů, které jsou spojeny s rizikem pádu. Mezi ně řadíme pád v anamnéze, poruchu duševního stavu, zhoršený zrak, časté vyprazdňování a zhoršenou mobilitu. Celkový součet bodů u testu je 5. Pokud je u pacienta součet 3 a více, je zde přítomno vysoké riziko pádu (Callis, 2016 str. 54).

Hendrich II Fall Risk Model

Tento nástroj má výhodu rychlého a snadného použití pro zjištění pravděpodobnosti rizika pádu pacienta. Používá se jak při akutní péči, tak u dlouhodobě nemocných. Je zde obsaženo 6 oblastí s hodnotící škálou od 0 bodů do 30. (Svobodová, 2013, str. 64). Nástroj určuje riziko pádu z hlediska pohlaví, emočního a mentálního stavu, užívaných léků (benzodiazepinů a antiepileptik), schopnosti pohybu a také zaznamenaného vertiga u daného člověka (Callis, 2016, str. 54).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Problematika pádů je velmi diskutovanou oblastí. Především u seniorů je bohužel výskyt pádů velmi častý, a proto je dané téma stále aktuální. Pády jsou ve většině zařízení sledovány a jsou zahrnuty do indikátorů kvality ošetrovatelské péče, u kterých se hodnotí četnost výskytu pomocí výpočtu tzv. indikátoru kvality pádů. Vyskytnuté pády se v institucích zaznamenávají vždy do dokumentace a provádějí se následná opatření, která mají především zabránit dalšímu možnému pádu. Společným cílem je snížit výskyt těchto nežádoucích událostí a zajistit dostatečnou prevenci pádů v daném zařízení. V neposlední řadě je důležité mít na paměti všechna rizika, která se k pádům vztahují. Nutné je na pád klienta pohlížet, jako na ukazatel, že něco není v pořádku. Ať už se jedná o množství léků, možnou interakci s jinými léky nebo o jiné vnitřní či vnější vlivy. Po pádu je povinností pověřeného nelékařského zdravotnického pracovníka provést dostatečnou analýzu příčin a průběhu pádu. Následně je nutno provést všechna opatření, která napomohou snížit rizika opakování této nežádoucí události. Důležitou částí je především identifikace rizikového jedince. Jaké jsou okolnosti pádů a čím lze sjednat nápravu v oblasti výskytu pádů? Ve vybraném domově pro seniory není vytvořen standard pro prevenci pádů, proto bude našim cílem ho vytvořit.

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavní cíl

Zmapovat výskyt pádů v domově pro seniory za poslední 2 roky (6/2015-6/2017)

Dílčí cíle

- 1) Výpočet indikátoru pádu za dané dva roky.
- 2) Zjistit nejčastější denní dobu a místo pádu.
- 3) Zjistit nejčastější příčiny pádů.
- 4) Zjistit incidenci těžkých zranění způsobeno následkem pádu
- 5) Zjistit souvislost mezi počtem užívaných rizikových léků a pády.
- 6) Zjistit souvislost mezi zhodnoceným rizikem v hodnotícím testu a vznikem pádu.
- 7) Zjistit souvislost mezi opakovanými pády a mobilitou klienta

Hypotézy

- H₁₀ Počet užívaných rizikových léků nemá vliv na incidenci pádů.
- H_{1A} Počet užívaných rizikových léků má vliv na incidenci pádů.
- H₂₀ Výskyt pádů nesouvisí se stanovenou úrovní rizika pádu v hodnotícím testu.
- H_{2A} Výskyt pádů souvisí se stanovenou úrovní rizika pádu v hodnotícím testu.
- H₃₀ Počet opakovaných pádů u daného klienta nemá souvislost s mobilitou.
- H_{3A} Počet opakovaných pádů u daného klienta má souvislost s mobilitou.

Operacionalizace pojmů

Rizikové léky - antipsychotika, anxiolytika, hypnotika, sedativa, tranquilizery, antidepressiva, narkotika, kardiotonika, antihypertenziva, diuretika, perorální antidiabetika, inzulín, laxativa, cytostatika (Pokorná, 2017, str. 29). Počet rizikových léků dle hodnotící škály domova pro seniory- změna medikace za posledních 7 dnů, užívání od 1 ks rizikového léku (program Cygnus verze 7.18.).

Stanovená úroveň rizika pádu - úroveň je stanovena dle Hodnocení rizika pádu v počítačovém programu Cygnus verze 7.18 od 0 do 29 bodů. Vydnocení: 0-10 bodů bez rizika a 10-29 značné riziko pádu.

Lehká zranění - povrchové odřeniny, oděrky a zhmožděnin. Těžká zranění - bezvědomí, poranění mozku, fraktury, tržné rány, kde bylo využito šití nebo náplast'ové stehy (Česká asociace sester, © 2017).

Mobilita - částečně mobilní klienti jsou schopni pohybu s pomocí kompenzačních pomůcek (hůl, berle, chodítko, invalidní vozík). Mobilní klienti jsou ti, kteří jsou schopni samostatně ujít alespoň 200 metrů, což uvádí Hrozenská et al. (2013, str. 152). Sedící klienti zastupují skupinu mezi imobilními a částečně mobilními, kdy nejsou schopni samostatné chůze ani chůze s oporou a jsou přes den vysazovány do křesla. Imobilní jsou klienti ležící, kteří jsou trvale v lůžku z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Klienti jsou polohováni a lůžko opouští pouze v případě koupele či vyšetření. (DS)

Opakovaný pád - opakovaný pád u jednoho klienta za zkoumané období (1 rok)

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr vzorku pro kvantitativní výzkum byl zaměřen na seniory, kteří byli přítomni po dobu výzkumu v domově pro seniory v jižních Čechách. První zkoumaný vzorek byl v době od 1. 6. 2015 do 1. 6. 2016 druhý od 2. 6. 2016 do 2. 6. 2017. Senioři byli v domově přítomni bez dlouhodobé hospitalizace v nemocnici či pobytu mimo DS. Klienti byli zahrnuti bez rozdílu věku i onemocnění. Za každý rok byl vybrán náhodný vzorek seniorů a to nejprve z jedné a následně z druhé části rozsáhlého seniorského domova. Počet seniorů, u kterých byl proveden výzkum za rok 2015-2016 byl 85 a za rok 2016-2017 byl počet 93. Celkový počet všech seniorů, kteří byli zahrnuti do výzkumu, za oba uvedené roky byl 178. K výzkumu je vyplněn potřebný souhlas ředitelky zařízení, jehož originál je uložen u vedoucí práce a anonymní kopie je součástí přílohy č. 4. Kvůli vysokému výskytu pádů je použita pouze kopie, kde není uveden název zařízení. Důvodem je především nepoškození dobrého jména instituce, avšak výsledky výzkumu budou zařízení poskytnuty. Doplnující metoda pro kvalitativní výzkum byla použita metoda focus group, která proběhla po sběru dat. Jejimi účastníky byly leadeři týmu. Skupina se skládala z vrchní sestry, staniční sestry, řádové sestry, fyzioterapeutky, pracovnice přímé obslužné péče a sociální pracovnice.

8 METODIKA PRÁCE

Po podrobném studiu teoretických podkladů jsem si jako sběrnou metodu vybrala smíšený výzkum. Nejprve byla zpracována analýza zaznamenaných pádů, která byla provedena z dokumentace jednotlivých seniorů. Data potřebná pro kvantitativní analýzu byla sebrána v domově pro seniory v Jihočeském kraji za dobu 2 let. První rok sběru dat byl od 1. června roku 2015 do 1. června roku 2016. Druhý rok byl od 2. června 2016 do 2. června 2017. Informace byly sbírány z dokumentů a to konkrétně ze záznamů o nežádoucích událostech, které se týkaly všech pádů seniorů v zařízení či jeho okolí. Záznam o nežádoucí události je vždy vypsán všeobecnou sloužící sestrou a je zálohován v elektronické podobě a to po každém pádu. Z dokumentu byly zjištěny potřebné informace jako jméno klienta, u kterého byl pád zaznamenán, datum, čas, místo, příčina, obuv, a mobilita uživatele. Další posuzovanou částí dokumentace bylo nejaktuálnější hodnocení rizika pádu, které se v zařízení provádí vždy při nástupu, při změně zdravotního stavu a poté pravidelně 1x za 6 měsíců. Z tohoto testu bylo zjištěno, zda je klient v riziku pádu nebo nikoliv. Z ošetřovatelské anamnézy byly zjištěny informace jako věk a pohlaví. Pro údaj jak dlouho je klient v zařízení byl využit dokument o nástupu. Nakonec byl využit medikační list platný v době pádu. Všechny veškeré informace byly sebrány přístupem do systému z elektronické dokumentace klienta v programu Cygnus verze 7.18, kde jsou dokumenty zálohovány i po smrti klienta. Veškeré potřebné informace k výzkumu byly ručně přepsány na vytvořený záznamový arch a odsud dále do programu Excel 2010. V tomto programu byly vytvořeny jednotlivé kategorie vzhledem k typu dat a požadavkům statističky, tak aby data mohla vyhodnotit pomocí statistického programu Statistica. Pro vyhodnocení dat byl použit Spearmanův koeficient korelace a neparametrické testy Mann Whitney U-test a Kruskalův – Wallisův test dle typu dat. Veškerá zkoumaná data jsou přehledně znázorněna v tabulkách a grafech.

Pro doplnění informací byl vytvořen skupinový rozhovor metodou Focus group. Důvodem výběru této metody, bylo zjistit na co se ve standardu zaměřit a jak sami zaměstnanci vidí pádovou problematiku v instituci, kde pracují. Vzhledem k cílům výzkumu byla ohnisková skupina vybrána ze stěžejních pracovníků domova pro seniory z Jihočeského kraje, kteří jsou důležitými leadery týmu. Každý z nich problematiku pádů vnímá z jiného úhlu pohledu, což následně umožňuje podrobnější zacílení na výstup práce.

Diskuze metodou Focus group byla provedena přímo v domově pro seniory v prosinci 2017 a trvala přibližně 80 minut. Před rozhovorem byl podepsán písemný souhlas se zařízením o povolení výzkumu. Ihned na začátku proběhl krátký úvod a poděkování. Celkem bylo probráno 5 tematických okruhů. Všechny odpovědi byly nahrány na audiozáznam a následně přepsány do papírové podoby. Celý přepsaný rozhovor mám nyní uložen u sebe a byl shlédnut vedoucí práce. Jeho stručný souhrn je uveden v tabulce č. 10. Z celé diskuze byla vybrána přímá řeč všech zúčastněných, která se vztahovala k danému tématu a vyjadřovala subjektivní názor účastníků diskuze.

Statistické testování

Hypotézy

Po definici hypotéz zvolíme testové kritérium, které odpovídá povaze hypotéz a testovaných dat. Testové kritérium pomáhá rozhodnout o platnosti hypotéz. K testování si musíme stanovit hladinu významnosti - α . Jedná se o pravděpodobnost rizika nesprávného zamítnutí nulové hypotézy. Nejčastěji používaná je hodnota $\alpha = 0,05$, $\alpha = 0,01$ nebo $\alpha = 0,001$. Platnost H_0 je s pravděpodobností 95 %. Vypočte se hodnota testového kritéria t , určí se stupeň volnosti výpočtem či ze statistických tabulek a vypočte se kritická hodnota testovacího kritéria K . Naměřená hodnota t a K se následně porovná, kdy $t \geq K$ lze tvrdit, že za výsledky je působení nějakého vlivu. Závěrem je, že zamítáme H_0 na hladině významnosti α a přijímáme H_A na hladině významnosti $1 - \alpha$ a tento výsledek testu se značí za statisticky významný. Pokud je $t < K$ je situace, kdy jsme tento výsledek čekali s velkou jistotou ($1 - \alpha$), proto nulovou hypotézu H_0 nelze na zvolené hladině významnosti α zamítnout, ani nelze ze zjištěných údajů uznat opak nulové hypotézy. Konečný závěr je nezamítnutí nulové hypotézy H_0 , ale neznamená to její potvrzení a výsledek není statisticky významný. (Neubauer et al., 2016, str. 192) P-hodnota vyjadřuje pravděpodobnost chyby, pokud je nulová hypotéza zamítnuta (Havel et al., 2011, str. 19).

Korelace

Korelace znázorňuje statistickou závislost dvou kvantitativních veličin, které měří vzájemný vztah dvou proměnných. Dvě proměnné jsou korelované, jestliže určité hodnoty jedné proměnné mají tendenci se vyskytovat společně s určitými hodnotami druhé proměnné (Hendl et al., 2017, str. 243).

Spearmanův koeficient korelace

Test zachycuje obecně monotónní rostoucí či klesající vztahy mezi proměnnými, je rezistentní vůči odlehlým hodnotám. Statistický test udává, zda je korelační koeficient významný nebo není. Sílu vztahu pak vyjadřuje korelační koeficient (Hendl et al., 2017, str. 243).

Mann Whitney U-test

Tento test počítá s pořadím dat v souborech. Jde o neparametrickou podobu nepárového t- testu, má nejvyšší sílu testu (95% párového t-testu). Čísla obou souborů jsou sloučena a je vytvořeno jejich pořadí v sloučeném souboru, kde jsou následně hodnoty vráceny do původních souborů a poté se pracuje již jen s pořadím. Pro oba soubory je vytvořen součet pořadí a menší z obou součtů je porovnán s kritickou hodnotou testu, pokud je tato hodnota menší než kritická hodnota testu, zamítáme nulovou hypotézu shody distribučních funkcí obou skupin (Havel et al., 2011, str. 19).

Kruskalův – Wallisův test

Pokud porovnáваме více než dva soubory a nelze usuzovat na normální rozdělení, použijeme pro určení rozdílů v určitých skupinách Kruskal Wallisův test. *Test je neparametrickou analogií jednofaktorové analýzy rozptylu (ANOVA)*. Základní podmínky pro použití musí být měrná stupnice přinejmenším ordinální, všechny hodnoty musí být zjištěny i u náhodných výběrů a není požadována normalita. *Testovým kritériem je hodnota H , která se vypočítá podle specifického vzorce. Nulovou hypotézu zamítáme, jestliže H je větší než kritická hodnota testového kritéria 2χ . Kritickou hodnotu vyhledáváme pro $k - 1$ stupňů volnosti, kde je k počet skupin, které srovnáváme* (Havel et al., 2011, str. 21-22).

Focus group

Metoda Focus group je označována jako „ohnisková skupina“, kde je hlavním cílem zaměření diskuze na vybrané téma. Je to jedna z nejčastějších kvalitativních metod pro získání dat. Data se získávají od určené skupiny, která se vyznačuje stejnou charakteristikou. Výhodou je, že se respondenti sejdou a mohou brainstormingem dojít k zajímavým názorům, výsledkům, ke kterým by samostatně při rozhovoru nedošli. Může se zde zmínit i téma, které se objevilo až během diskuze či se mohou zjistit neznalost některých respondentů. Přínosem je zjištění názorů a vztahu respondentů k projednávaným věcem, úspora času a také je tato metoda poměrně levná záležitost. Nevýhodou je riziko získání dat se systematickými chybami, které mohou vzniknout na základě vedení diskuze či složení focus group. Kritickou roli zde hraje i role moderátora, který by měl mít připravený svůj scénář, držet se žádoucích témat a jasně znát cíl diskuze. Vhodné je pokládat otevřené otázky. Vyhnout bychom se měli i citlivým tématům. Někdy se nemusí podařit sestavit vhodnou skupinu respondentů a také dominance či snížená aktivita jedince může výsledky negativně ovlivnit. Povaha kvalitativních dat snižuje možnost zobecnění získaných dat. Metoda může být využita samostatně, ale i v kombinaci s jinými metodami (Šebek et al., 2010, str. 2-4; Hendl et al., 2017, str. 85-86; Štainer, © 2014).

9 VYHODNOCENÍ A INTERPETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Jednotlivé oblasti kvantitativní analýzy dat jsou zobrazeny v samostatných obrázcích (grafech) a tabulkách. Každý obrázek i tabulka obsahuje číslo, název, stručnou legendu a shrnutí výsledků. Vyhodnocení kvalitativní části (diskuze) je zobrazeno pomocí shrnutí v tabulce č. 10.

Obecná část

Za rok v období od 1. 6. 2015 do 1. 6. 2016 byla shromážděna potřebná data celkem od 85 klientů. Ze získaných údajů vyplývá, že bylo za daný rok zaznamenáno celkem 143 pádů klientů („Období dále označováno jako 1. rok”).

Za rok v období od 2. 6. 2016 do 2. 6. 2017 byla shromážděna potřebná data celkem od 93 klientů. Ze získaných údajů vyplývá, že bylo za daný rok zaznamenáno celkem 109 pádů klientů („Období dále označováno jako 2. rok”).

Počet, pohlaví a věk vzorku klientů

Tabulka č. 1 - Pohlaví, počet a průměrný věk zkoumaného vzorku klientů

| Pohlaví | Počet klientů | Průměrný věk |
|---------|---------------|--------------|
| Ženy | 147 | 84,4 |
| Muži | 31 | 81,6 |
| Celkem | 178 | 83 |

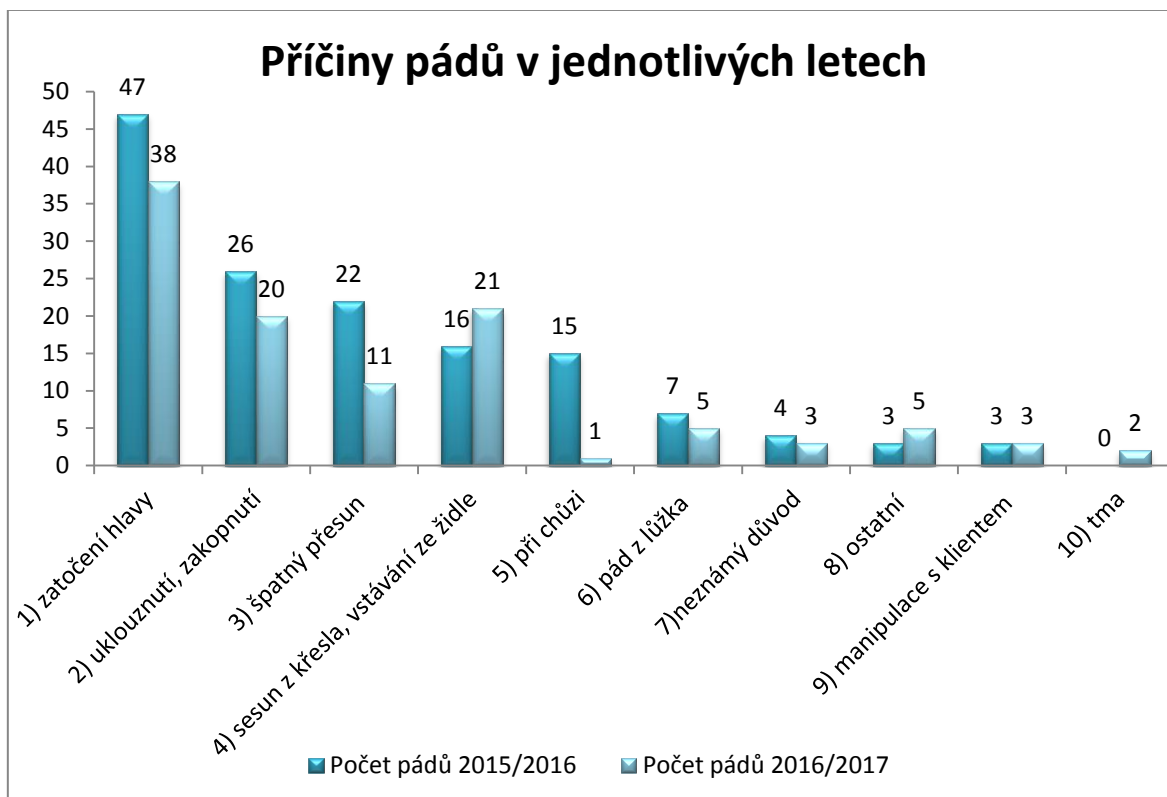
Zdroj: vlastní

V tabulce č. 1 je uveden celkový počet za oba dva roky. Počet žen, kterých je v souboru celkem 147 (82,6%) a počet mužů, kterých je 31 (17,4%) ve zkoumaném vzorku. Pro zajímavost je uveden průměrný věk všech klientů. Ve zkoumaném vzorku je zastoupeno více žen a i jejich průměrný věk je vyšší.

Nejčastější příčiny pádů

Příčiny pádů byly rozděleny do deseti kategorií a jsou podrobněji popsány v tabulce č. 2

Obrázek č. 1 - Nejčastější příčiny pádů



Zdroj: vlastní

Z obrázku č. 1 vyplývá, že jako nejčastější příčina pádu za 1. rok je uvedeno zatočení hlavy a to v počtu 47 (32,9%). Uklouznutí na jakémkoliv povrchu nebo zakopnutí o předmět bylo příčinou 26 (18,2%) pádů. Špatným přesunem je myšlený nesprávně provedený přesun (z pojízdného klozetu, invalidního vozíku, křesla) a pád během něj, který se vyskytl u 22 (15,4%) klientů. Při sesunutí z křesla, invalidního vozíku nebo židle utrpělo pád 16 (11,2%) klientů. Při chůzi bylo zaznamenáno 15 (10,5%) pádů. Pád z lůžka, kde nebyly použity postranice je zaznamenán u 7 (4,9%) klientů. Neznámý nebo nezapsaný důvod byl u 4 (2,8%) pádů. Ostatní činnosti, které byly příčinou pádu jako provádění hygieny, oblékání nebo natahování pro předmět ležící na zemi byly příčinou pádu u 3 (2,1%) klientů. Stejný výsledek u 3 (2,1%) klientů byl zaznamenán i u manipulace s klientem buď při přesunu (z lůžka, křesla, WC) nebo při výměně

inkontinentní pomůcky (plenkové kalhoty). Tma či špatné osvětlení nebylo, v tomto případě příčinou žádného pádu. Dále z grafu č. 4 vyplývá, že jako nejčastější příčina pádu za 2. rok je uvedeno též zatočení hlavy a to v počtu 38 (34,9%). Při sesnutí z křesla, invalidního vozíku nebo židle utrpělo pád 21 (19,3%) klientů. Uklouznutí na jakémkoliv povrchu nebo zakopnutí o předmět bylo příčinou 20 (18,4%) pádů. Špatný přesun se vyskytl jako příčina pádu u 11 (10,1%) klientů. Pád z lůžka, kde nebyly použity postranice je zaznamenán u 5 (4,6%). Stejně je tomu tak i u ostatních činností, které byly příčinou pádu a to provádění hygieny, oblékání nebo natahování pro předmět ležící na zemi. Neznámý důvod a manipulace s klientem byla důvodem u 3 (2,8%) pádů. Tma či špatné osvětlení, bylo příčinou u 2 (1,8%) pádů a při chůzi byl zaznamenán 1 (0,9%) pád.

Tabulka č. 2 - Kategorie příčin pádů

| |
|---|
| Kategorie příčin |
| 1) zatočení hlavy, závrať |
| 2) uklouznutí na suché či mokré podlaze, zakopnutí o předmět (práh, nábytek...) |
| 3) špatný přesun - samostatně - z WC, klozetu, židle, vozíku |
| 4) sesun z křesla, vstávání ze židle |
| 5) při chůzi - bez doprovodu, s kompenzačními pomůckami pokud klient používá |
| 6) pád z lůžka - bez použití postranic |
| 7) neznámý, nezapsaný důvod |
| 8) ostatní - natahování pro předmět, při hygieně, oblékání |
| 9) manipulace s klientem - přesun, výměna inkontinentní pomůcky (plenkové kalhoty - lepící, natahovací) |
| 10) tma, špatné osvětlení |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 2 zobrazuje přehled kategorií zapsaných příčin pádů v pádovém protokolu.

Indikátor pádů u jednoho seniora za rok

Tento indikátor je posuzován jako část zraněných z pádu na 1000 ošetrovatelských dnů (Česká asociace sester, © 2017).

Za 1. sledovaný rok 2015/2016 bylo v DS za celý rok zraněno (lehká+těžká zranění) celkem 46 klientů. Celkový počet seniorů byl 85. Celkový počet ošetrovatelských dní za daný rok byl 31 025. Výpočet byl proveden následovně: $46 / (31025:1000) = \mathbf{1,48}$

Za 2. sledovaný rok 2016/2017 bylo v DS za celý rok zraněno (lehká+těžká zranění) celkem 43 klientů. Celkový počet seniorů byl 93. Celkový počet ošetrovatelských dní za rok byl 34038. Výpočet byl proveden následovně: $43 / (34038:1000) = \mathbf{1,26}$.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR hodnotí indikátor pádu jako zlomek, který má v čitateli počet výskytů pádů. Jmenovatel je učen časovými, demografickým či jinými určitými daty. (Pokorná, 2016, str. 3)

Za 1. sledovaný rok 2015/2016 bylo v DS sledováno 85 klientů. Celkový počet zaznamenaných pádů byl 143. Výpočet byl proveden následovně: $143/85 = \mathbf{1,682}$

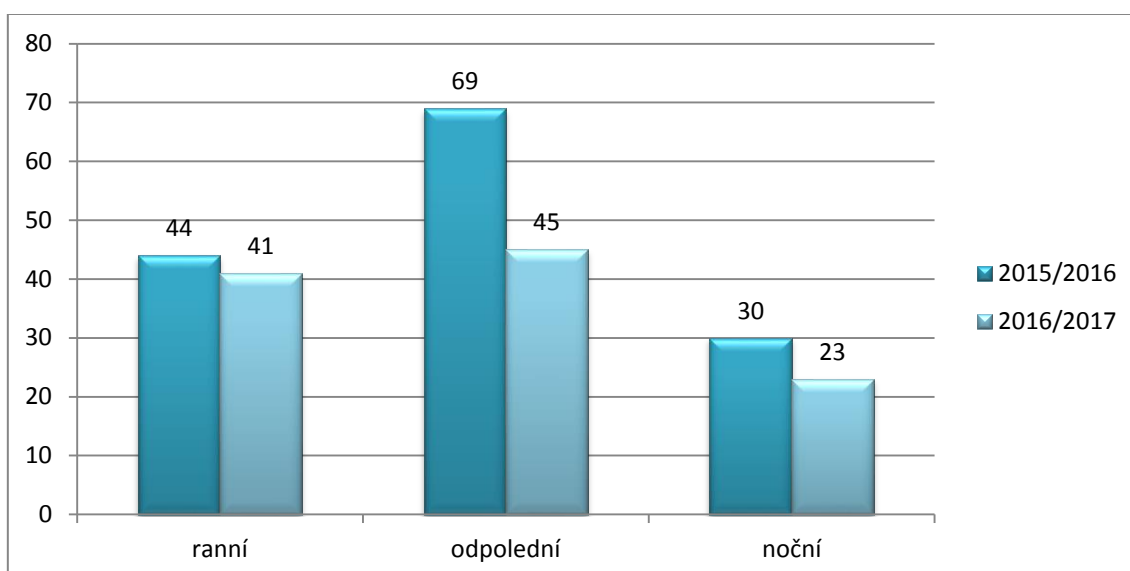
Za 2. sledovaný rok 2016/2017 bylo v DS sledováno 93 klientů. Celkový počet zaznamenaných pádů byl 109. Výpočet byl proveden následovně: $109/93 = \mathbf{1,172}$

Vyhodnocení popisné statistiky

1) Denní doba pádu

V grafech zabývajících se denní dobou a místem pádu je den rozčleněn na určité časové úseky dle pracovní směny v DS a to na ranní, odpolední a noční. Ranní směna je počítána od 6:00 do 13:59, odpolední od 14:00 do 21:59 a noční od 22:00 do 5:59.

Obrázek č. 2 – Počet pádů v závislosti na denní době (směně)



Zdroj: vlastní

Obrázek č. 2 znázorňuje, že celkový počet pádu za oba dva roky je 252 (100%). Za 1. rok 2015/2016 bylo při ranní směně 44 (30,8%) pádů. Nejvíce a to 69 (48,3%) pádů bylo v době odpolední směny a 30 (20,1%) bylo v době noční směny. Za 2. rok 2016/2017 bylo při ranní směně 41 (37,6%) pádů. Také nejvíce a to 45 (41,3%) pádů bylo v době odpolední směny a 23 (21,1%) bylo v době noční směny.

Tabulka č. 3 - Přehled odpolední doby pádů

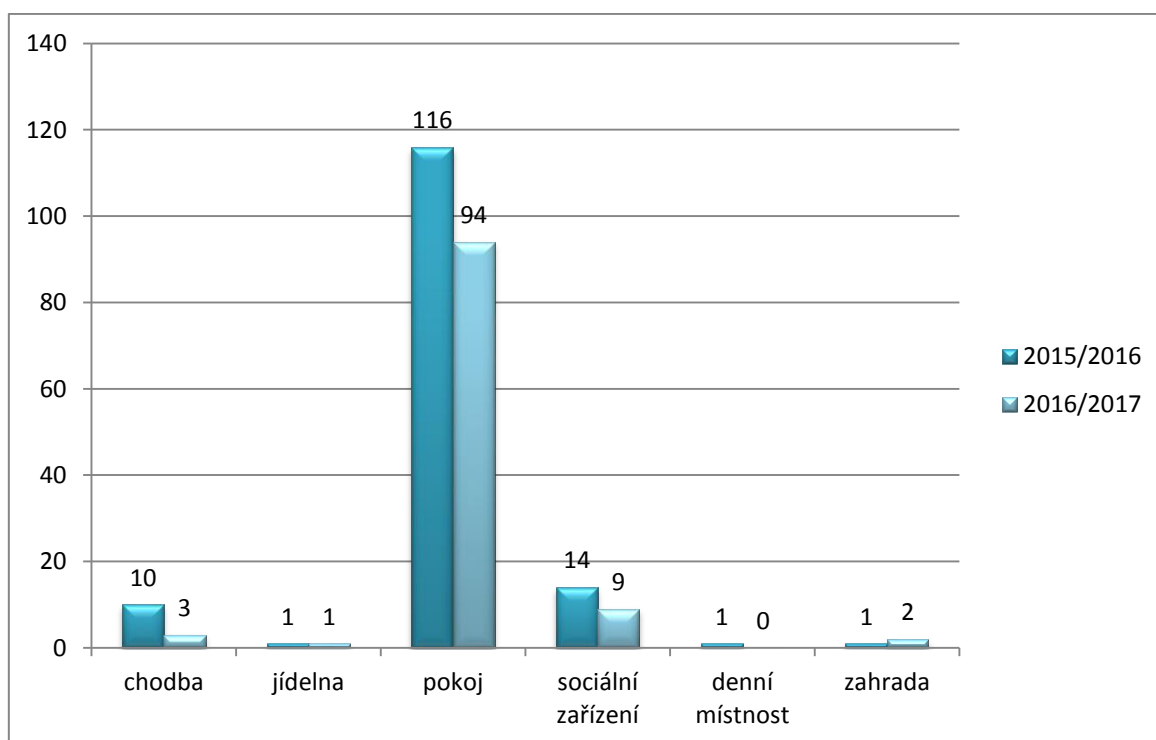
| Čas pádu | 2015/2016 | 2016/2017 |
|-------------|-----------|-----------|
| 14:00-15:00 | 7 | 8 |
| 15:01-16:00 | 8 | 10 |
| 16:01-17:00 | 14 | 9 |
| 17:01-18:00 | 5 | 4 |
| 18:01-19:00 | 8 | 2 |
| 19:01-20:00 | 7 | 8 |
| 20:01-21:00 | 10 | 3 |
| 21:01-21:59 | 10 | 1 |
| Celkem pádů | 69 | 45 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 3 zobrazuje jednotlivé časové úseky odpolední směny od 14:00 do 21:59, kdy bylo v obou letech zaznamenáno nejvíce pádů. Za 1. rok 2015/2016 bylo zaznamenáno celkem 69 pádů. Nejvíce pádů se vyskytlo v době od 16:01 do 17:00 a to v počtu 14 (20,3%). Jako další nejčastěji vyskytující čas pádu byl od 20:01 do 21:00 a od 21:01 do 21:59 v počtu 10 (14,5%). Celkem 8 (11,6%) pádů bylo v době od 15:01 do 16:00 a od 18:01-19:00. V době od 14:00 do 15:00 a od 19:01 do 20:00 bylo zaznamenáno 7 (10,1%) pádů. Poslední byl uveden čas od 17:01 do 18:00, kdy bylo celkem 5 (7,3%) pádů. Za 2. rok 2016/2017 bylo zaznamenáno celkem 45 pádů. Nejvíce pádů se vyskytlo v době od 15:01 do 16:00 a to v počtu 10 (22,2%). Další nejčastěji vyskytující čas pádu byl od 16:01 do 17:00 v počtu 9 (20%). V době od 14:00 do 15:00 a od 19:01 do 20:00 bylo 8 (17,8%) pádů. Od 17:01 do 18:00 byly 4 (8,9%) pády. V ostatní nevypsané době byly pády vyskytnuty pod 3 (7%) pády a méně.

2) Výskyt pádů v závislosti na místě

Obrázek č. 3 – Místo pádů

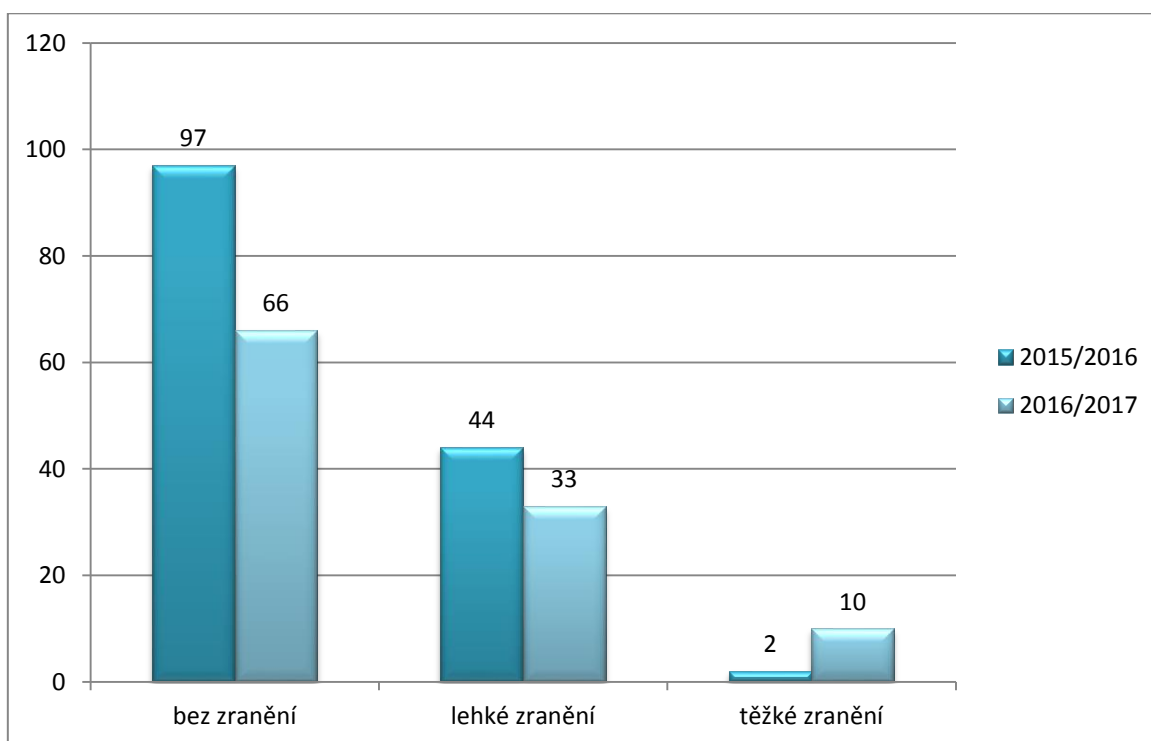


Zdroj: vlastní

Obrázek č. 3 zobrazuje za 1. rok 143 pádů a za 2. rok 109 pádů. Dle dokumentace bylo zjištěno místo výskytu pádů a to chodba, jídelna, pokoj, sociální zařízení, denní místnost a zahrada. V 1. roce 2015/2016 bylo nejvíce pádů a to 116 (81,1%) na pokoji. 14 (9,8%) se odehrálo v sociálním zařízení (WC, koupelna), 10 (7%) pádů bylo zachyceno na chodbě a poté vždy 1 (0,7%) pád byl v jídelně, denní místnosti a na zahradě. V 2. roce 2016/2017 bylo nejvíce pádů 94 (86,2%) v pokoji. Jako další se vyskytly pády v sociálním zařízení a to v počtu 9 (8,3%). 3 (2,8%) pády se udály na chodbě a poté se 2 (1,8%) pády vyskytly na zahradě domova a 1 (0,9%) pád byl zaznamenán v jídelně. V denní místnosti nebyl žádný pád.

3) Zjistit incidenci těžkých zranění způsobeno následkem pádu

Obrázek č. 4 - Počet zranění za oba dva roky



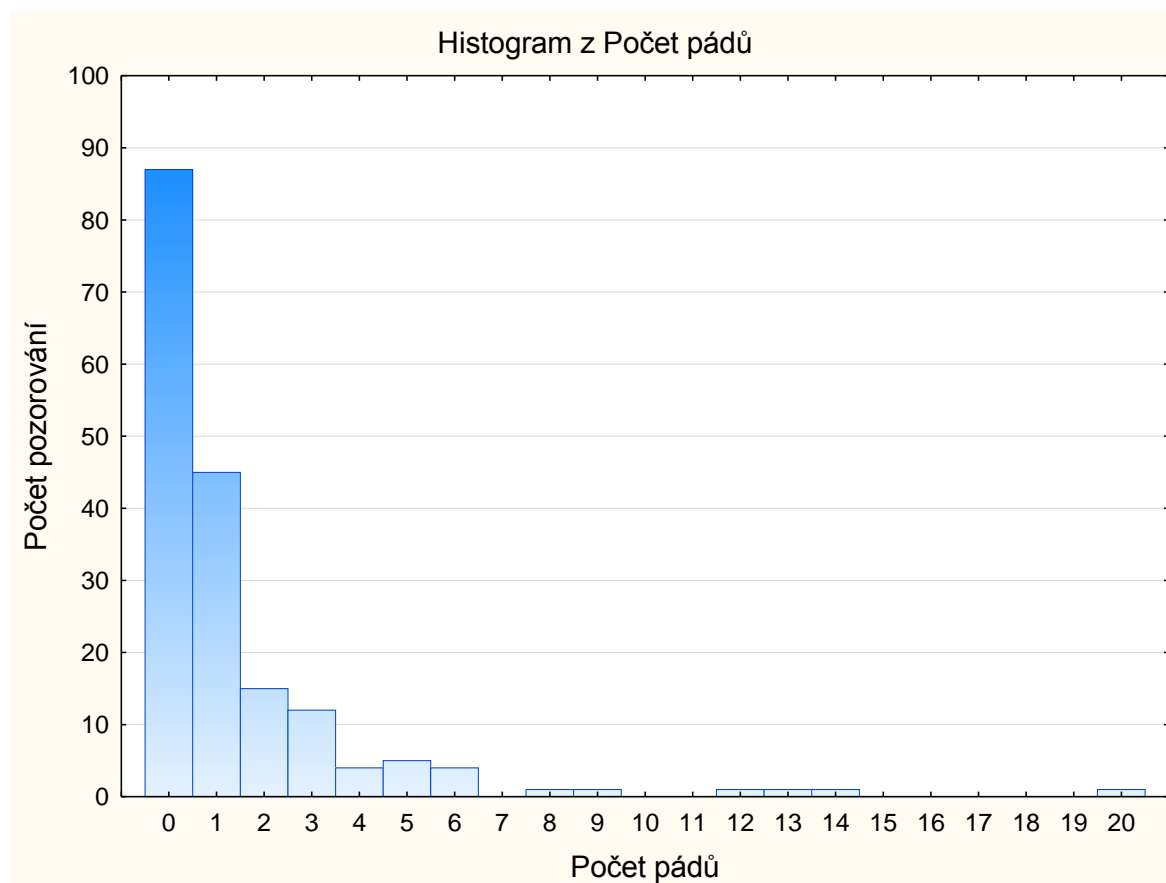
Zdroj: vlastní

Z obrázku č. 4 je vidět, že z celkových 143 pádů za 1. rok bylo 97 (67,8%) pádů bez zranění. Lehká zranění byla zaznamenána v počtu 44 (30,8%) a těžká zranění byla pouze v počtu 2 (1,4%). Za 2. rok je vidět, že z celkových 109 pádů za rok bylo 66

(60,6%) pádů bez zranění. Lehká zranění byla zaznamenána v počtu 33 (30,3%) a těžká zranění byla v počtu 10 (9,2%).

Vyhodnocení hypotéz statistickou ve statistickém programu Statistica

Obrázek č. 5 - Počet pádů a počet pozorování



Zdroj: vlastní

Obrázek č. 5 znázorňuje počet pozorování (klientů), kterých je celkem 178 za oba dva roky. Graf se vztahuje ke všem hypotézám vyhodnoceným ve statistickém programu Statistica, kdy je zkoumána vzájemná závislost vždy se stejným počtem klientů i pádů klientů za oba dva zkoumané roky. Hodnota je celkem 252 pádů.

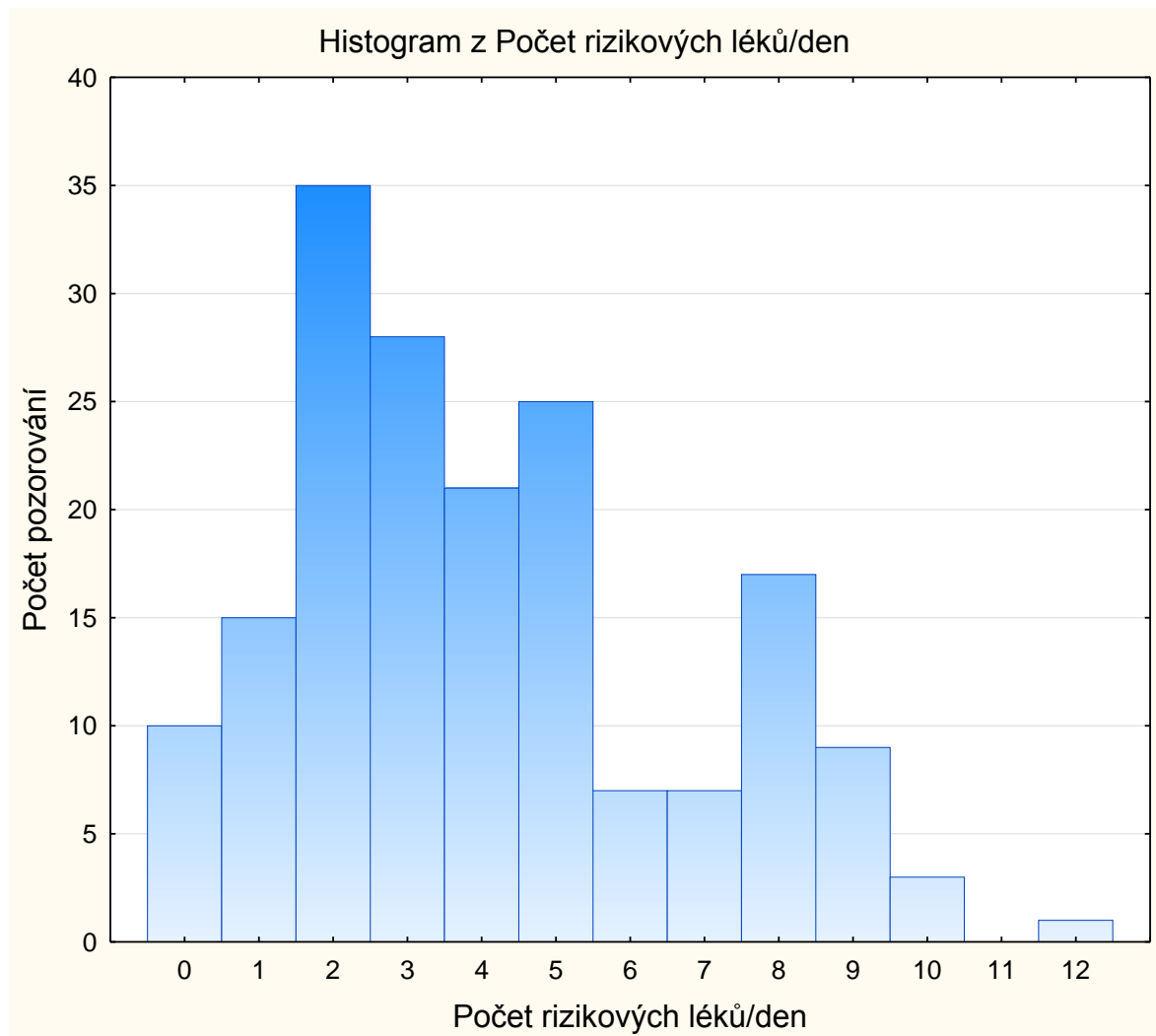
1) Zjistit souvislost mezi počtem užívaných rizikových léků a pády

Vyhodnocení hypotézy č. 1

H_{10} : Počet užívaných rizikových léků nemá vliv na incidenci pádů.

H_{1A} : Počet užívaných rizikových léků má vliv na incidenci pádů.

Obrázek č. 6 - Počet užívaných rizikových léků za den



Zdroj: vlastní

Obrázek č. 6 znázorňuje počet pozorování (klientů - celkem 178) a počet užívaných rizikových léků za den. Počet užívaných léků a počet pádů jsou číselné veličiny s nerovnoměrným rozložením kolem střední hodnoty. Počet rizikových léků byl počítán na kusy a byly počítány pouze léky užívané v trvalé medikaci v době výskytu pádu.

Maximální počet byl 12 tablet na jednoho klienta užívaných za 24 hodin. Nejvíce klientů a to 35 (19,7%) užívalo 2 kusy léků denně. Další četnost užívání následuje 3 ks a to u 28 (17,3%) klientů. 25 (14%) klientů užívá 5 ks. Dalších 21 (11,8%) klientů užívá 4 kusy a 15 (8,4%) klientů užívá 1 kus léku a 11 (4,5%) klientů užívá 8 kusů rizikových léků. Zbylých 6 ks, 7 ks, 9 ks, 10 ks, 11 ks, 12 ks léků užívá méně než 10 klientů.

Tabulka č. 4 - Vyhodnocení a hodnoty hypotézy č. 1

| Dvojice proměnných | Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. p <,05 | | | |
|------------------------------------|---|--------------|--------|---------|
| | Počet (plat.) | Spearman (R) | t(N-2) | p-hodn. |
| Počet rizik. léků/den & Počet pádů | 178 | 0,039 | 0,514 | 0,608 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 4 zobrazuje výsledky hypotézy č. 1. Jejich závislost je ověřena neparametrickým Spearmanovým korelačním koeficientem. Hypotézu ověřujeme na hladině významnosti 5 %. Hodnota korelačního koeficientu je 0,039. P-hodnota testu významnosti je rovna 0,608. Je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nepodařilo se nám prokázat, že by počet užívaných rizikových léků měl vliv na počet pádů. **Přijímáme H_{10} - Počet užívaných rizikových léků nemá vliv na incidenci pádů.**

2) Zjistit souvislost mezi zhodnoceným rizikem klienta a vznikem pádu

Vyhodnocení hypotézy č. 2

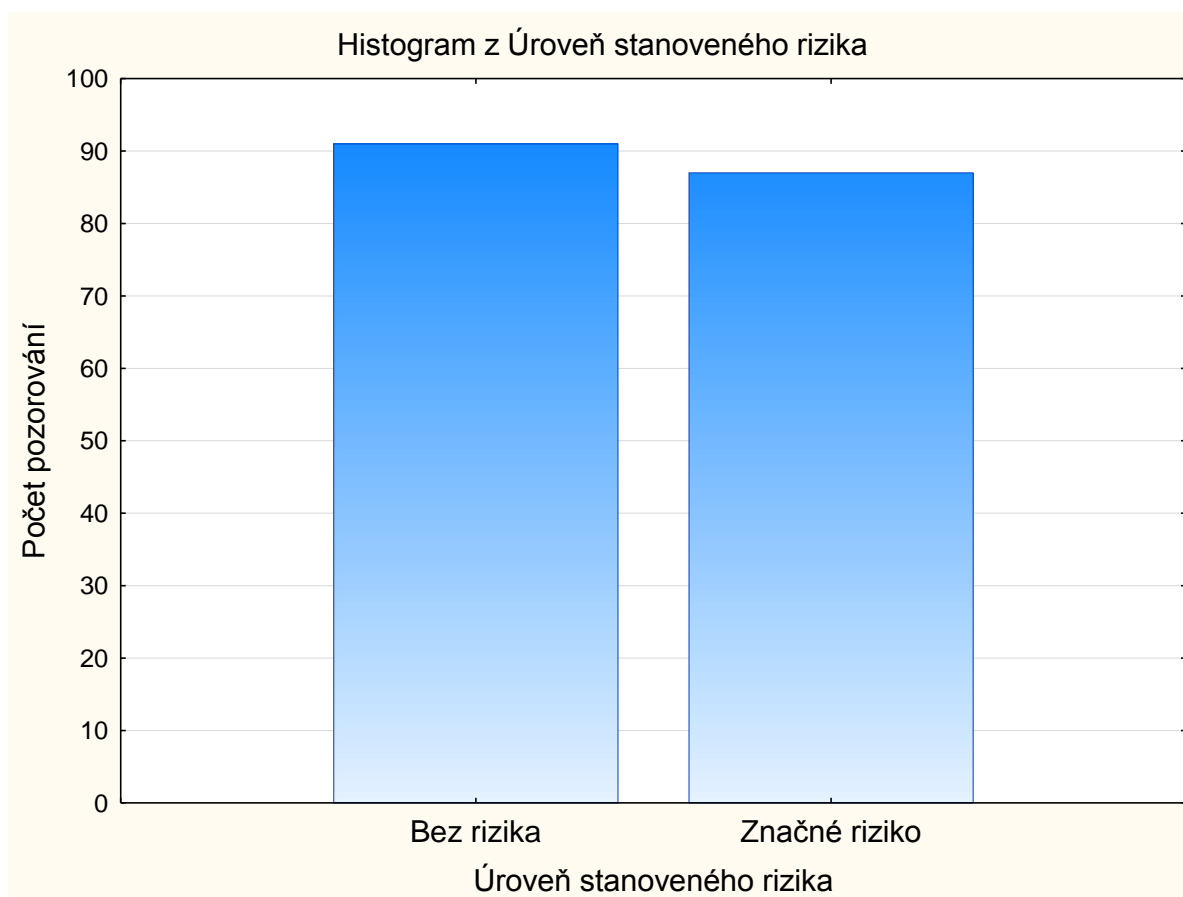
H_{20} : Výskyt pádů nesouvisí s úrovní stanoveného rizika pádu v hodnotícím testu.

H_{2A} : Výskyt pádů souvisí s úrovní stanoveného rizika pádu v hodnotícím testu.

Úroveň stanoveného rizika pádu je nominální (kategoriální) proměnná. Počet pádů je číselná proměnná, která není symetricky rozložená kolem střední hodnoty.

Hodnocení rizika pádu v daném domově pro seniory. Každá oblast je ohodnocena 0-4 body. Pokud je celkové skóre vyšší než 10 bodů, je přítomno značné riziko pádu. Maximální počet je 29 bodů. Jeho úplná podoba je uvedena v příloze č. 1. (Informační systém Cygnus, verze 7.18).

Obrázek č. 7 - Úroveň stanoveného rizika



Zdroj: vlastní

Obrázek č. 7 znázorňuje celkový počet klientů (pozorování) a počet klientů, kteří byly v hodnotícím testu zhodnoceni jako bez rizika či měli značné riziko pádu.

Tabulka č. 5 - Souhrn výskytu pádu vzhledem ke stanovenému riziku

| SOUHRN | 2015/2016 | | 2016/2017 | | Výskyt pádu |
|---------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Počet osob | Poměr v % | Počet osob | Poměr v % | |
| bez rizika | 18 | 21,2 | 35 | 37,6 | bez pádu |
| bez rizika | 20 | 23,5 | 18 | 19,4 | s pádem |
| značné riziko | 19 | 22,4 | 15 | 16,1 | bez pádu |
| značné riziko | 28 | 32,9 | 25 | 26,9 | s pádem |
| Celkem | 85 | 100 | 93 | 100 | - |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 5 ukazuje, že bez rizika vyšlo hodnocení za 1. rok 2015/2016 u 38 (44,7%) klientů a z toho se jich bez pádů obešlo pouze 18 (21,2%). Zbýlých 20 (23,5%) klientů i přesto, že nebyli vyhodnoceni v riziku pádu, tak byl u nich pád zaznamenán. Značné riziko pádu bylo stanoveno u 47 (55,3%) klientů. Z toho jich 19 (22,4%) neupadlo a u 28 (32,9%) klientů opravdu alespoň jeden pád proběhl. Za 2. rok 2016/2017 bez rizika vyšlo hodnocení u 53 (57%) a z toho se jich bez pádu obešlo 35 (37,6%) a upadlo 18 (19,4%). Značné riziko pádu bylo stanoveno u 40 (43%) a z toho jich 15 (16,1%) neupadlo a 25 (26,9%) upadlo.

Tabulka č. 6 - Vyhodnocení a hodnoty hypotézy č. 2

| Proměnná | Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Úroveň stanoveného rizika Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05$ | | | | | | |
|------------|---|--------------------------------|--------|--------|-----------------------------|--------------------------------|---------------|
| | Sčt poř. (Bez rizika) | Sčt poř. (Značné riziko) | U | Z | N platn. (Bez rizika) | N platn. (Značné riziko) | P- hodnota |
| Počet pádů | 7213,5 | 8717,5 | 3027,5 | -2,708 | 91 | 87 | 0,0036 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 6 zobrazuje vyhodnocení hypotézy č. 2. Vliv kategoriální proměnné se dvěma obměnami na číselnou proměnnou při neplnění předpokladu normálního rozložení číselné proměnné. Nesouměrnost dat potvrzuje, že data nepochází z normálního rozložení. Testování bylo zajištěno Mann-Whitney U testem. Hodnota testovacího kritéria je -2,708. P-hodnota testu je rovna 0,0036. Je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulovou hypotézu tedy zamítáme. Podařilo se nám prokázat, že stanovená úroveň rizika pádu má vliv na počet pádů. **Přijímáme H_{2A} - Výskyt pádů souvisí s úrovní stanoveného rizika v hodnotícím testu.**

3) Zjistit souvislost mezi opakovanými pády a mobilitou klienta

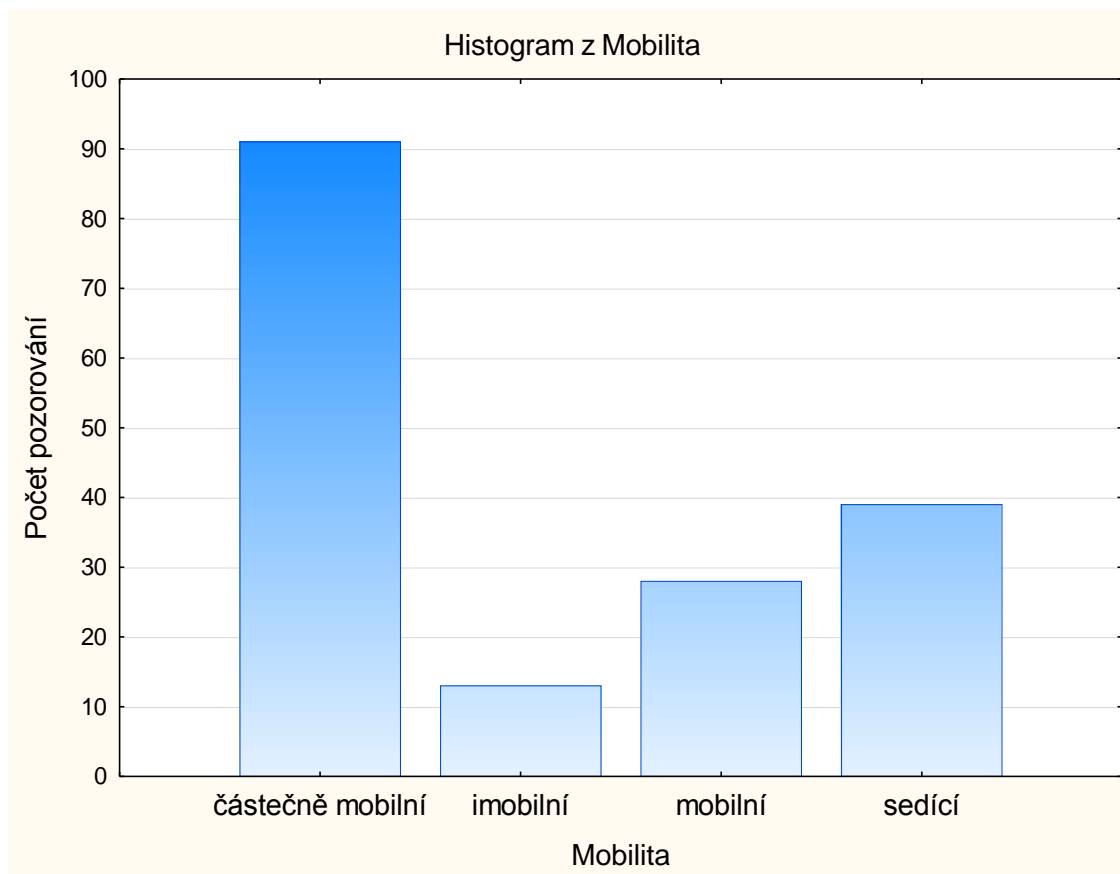
Vyhodnocení hypotézy č. 3

H_{30} Počet opakovaných pádů u daného klienta nemá souvislost s mobilitou.

H_{3A} Počet opakovaných pádů u daného klienta má souvislost s mobilitou.

Mobilita je nominální (kategoriální) proměnná. Počet pádů je číselná proměnná, která není symetricky rozložená kolem střední hodnoty.

Obrázek č. 8 - Mobilita klientů



Zdroj: vlastní

Obrázek č. 8 znázorňuje mobilitu všech klientů ve zkoumaném vzorku. Opakovaný pád je takový pád, který se vyskytl za sledované období (1 rok) u stejného klienta. Klienti byli rozděleni do kategorií částečně mobilní, imobilní, mobilní a sedící. Částečně mobilní jsou v tomto případě myšleni klienti, kteří jsou schopni pohybu s pomocí kompenzačních pomůcek (hůl, berle, chodítka, invalidní vozík). Imobilní jsou klienti ležící, kteří jsou trvale v lůžku z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Jsou polohováni a lůžko opouští pouze v případě koupele či vyšetření. Mobilní klienti jsou ti, kteří jsou schopni samostatně ujít alespoň 200 metrů, což uvádí Hrozenská et al. (2013, str. 152). Sedící klienti zastupují skupinu mezi imobilními a částečně mobilními, kdy nejsou schopni samostatné chůze ani chůze s oporou a jsou přes den vysazovány převážně do křesla se stolečkem (DS). Z grafu

je patrné, že nejvíce pádů a to 91 (36,1%) bylo ve skupině částečně mobilních. U sedících klientů, kteří se vysazují do křesla byl pád přítomen u 39 (15,5%) pádů. Předposlední místo obsadili mobilní klienti, kde jich upadlo 28 (11,1%). Nejméně opakovaných pádů bylo u imobilních klientů, kde proběhlo 13 (5,2%) pádů.

Tabulka č. 7 - Vyhodnocení a hodnoty hypotézy č. 3

| | | | |
|--|---|-----------------|----------------|
| Závislá: celkový počet pádů daného klienta | Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; celkový počet pádů Nezávislá (grupovací) proměnná : mobilita Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=171) = 13,60873$ p = ,0035 | | |
| | Počet (platných) | Součet (pořadí) | Prům. (Pořadí) |
| částečně mobilní | 91 | 8510,0 | 93,52 |
| imobilní | 13 | 640,5 | 49,27 |
| mobilní | 28 | 2009,5 | 71,77 |
| sedící | 39 | 3546,0 | 90,92 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 7 zobrazuje souhrn zjištěných dat a vyhodnocení hypotézy č. 3. Vliv kategoriální proměnné s více než dvěma obměnami na číselnou proměnnou při nesplnění předpokladu normálního rozložení číselné proměnné (Nesouměrnost dat potvrzuje, že data nepochází z normálního rozložení) zjišťujeme Kruskal-Wallisovým testem. Hodnota testovacího kritéria je 13,609. P-hodnota testu je rovna 0,0035. Je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulovou hypotézu tedy zamítáme. Podařilo se nám prokázat, že mobilita má vliv na počet pádů. **Přijímáme H_{3A} - Počet opakovaných pádů u daného klienta má souvislost s mobilitou.** Dvojice typů mobility, které se statisticky významně liší v počtu pádů, zjistíme testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot.

Tabulka č. 8 - Statisticky významný rozdíl u hypotézy č. 3

| | | | | |
|--|--|---------------------|--------------------|-------------------|
| Závislá: celkový počet pádů daného klienta | Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); celkový počet pádů Nezávislá (grupovací) proměnná : mobilita Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=171) = 13,60873$ p =,0035 | | | |
| | částečně mobilní (R:93,516) | imobilní (R:49,269) | mobilní (R:71,768) | sedící (R:90,923) |
| částečně mobilní | | 0,015 | 0,252 | 1,000 |
| imobilní | 0,015 | | 1,000 | 0,052 |
| mobilní | 0,252 | 1,000 | | 0,710 |
| sedící | 1,000 | 0,052 | 0,710 | |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 8 zobrazuje statisticky významný rozdíl v počtu pádů u hypotézy č. 3. Je zde největší rozdíl mezi imobilními a částečně mobilními klienty. Částečně mobilní klienti dosahují obecně vyššího počtu pádů než imobilní klienti.

Tabulka č. 9 - Počet opakovaných pádů za sledované období

| Počet opakovaných pádů | 2015/2016 | 2016/2017 |
|------------------------|-----------|-----------|
| 0 | 36 | 50 |
| 1 | 26 | 17 |
| 2 | 8 | 7 |
| 3 | 3 | 9 |
| 4 | 2 | 2 |
| 5 | 2 | 3 |
| 6 až 10 | 6 | 0 |
| 10 a více | 2 | 2 |

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 9 zobrazuje přehled počtu opakovaných pádů u jednotlivých klientů za sledované období. Nejvíce za oba dva roky se pád nevyskytl a to u 86 klientů za oba roky a následně se pád jednou opakoval v 1. roce 2015/2016 u 26 klientů a v 2. roce 2016/2017 u 17 klientů. Dva opakované pády byly v 1. roce u 8 klientů a v 2. roce u 7 klientů. Tři opakované pády byly v 1. roce u 3 klientů a v 2. roce dokonce u 9 klientů. Čtyři opakované pády v obou letech byly u vždy u 2 klientů. Pět opakovaných pádů bylo za 1. rok u 2 klientů a za 2. rok u 3 klientů. Šest až deset opakovaných pádů se v 1. roce vyskytlo

dokonce u 6- ti klientů. V 2. roce žádný. Deset a více opakovaných pádů bylo v obou letech stejně a to vždy u 2 klientů.

Ohnisková skupina

A -vrchní sestra – vzdělání bakalářské, praxe 22 let ve zdravotnictví, v DS 16 let

B- staniční sestra – středoškolské vzdělání, praxe 26 let ve zdravotnictví, v DS 10 let

C- řádová sestra – středoškolské vzdělání, praxe 14 let ve zdravotnictví, v DS 2 roky

D- sociální pracovnice – vyšší vzdělání, sociální pracovnice, 4 roky v DS

E- fyzioterapeutka – vyšší vzdělání, fyzioterapeutka, 3 roky v DS

F- pracovník přímé obslužné péče – středoškolské vzdělání, v DS 8 let

Výzkumné cíle:

- 1) Zjistit názory na četnost výskytu pádů v instituci.
- 2) Zjistit názory na vzdělávání a související úroveň znalostí NELZP v zařízení.
- 3) Zjistit, zda je vyhovující hodnotící formulář na riziko pádu v programu Cygnus, verze 7. 18.
- 4) Zjistit názor na úroveň prevence pádů klientů v instituci.
- 5) Zjistit pohled na slabé stránky organizace.

Tabulka č. 10 - Souhrn tematických okruhů focus group

| Tematický okruh č. 1 - Četnost pádů | |
|--|---|
| A | „ <i>Skoro každý týden</i> se vyskytne alespoň jeden pád.“ |
| B | „ Tak <i>4x za měsíc</i> určitě“ |
| C | „ <i>Hodně často</i> “ |
| D | „ <i>Souhlasím, pádů je docela dost</i> “ |
| E | „ <i>Já taky souhlasím</i> “ |
| F | „ <i>Někdy je dlouho klid a někdy je zase pádů více za sebou</i> “ |
| Tematický okruh č. 2 - Vzdělávání a znalosti zaměstnanců | |
| A | „Nabízíme personálu nějaká <i>školení a výměnné stáže</i> “ |
| B | „Každý si vždy vybere podle tématu, které ho zajímá, na těch stážích se střídají, většinou se jedná o domovy seniorů v jihočeském“. „ <i>Znalosti sestry mají dostačující</i> “ |
| C | „Semináře mě docela baví, když můžu tak se účastním a celkově je vždy hojná účast, ráda se něco přiučím. Akorát bych ráda využila i nějaké <i>kurzy</i> , které k dispozici <i>nemáme</i> “ |
| D | „Při poradě se kontroluje počet seminářů a když, tak se ještě další doplňují dle potřeby a já také <i>školím nově příchozí</i> jak pracovat s dokumentací klienta“ |
| E | „Jsem za ta školení ráda, sama kolikrát <i>školím</i> naše pečovatelky <i>jak polohovat</i> a to si myslím, že je pro něj dost |

| | |
|---|---|
| | <i>důležité a přínosné</i> ” „Jinak <i>personál</i> ty <i>věci s prevencí pádů i zná</i> ” |
| F | „No je pravda, že bývá <i>dost interních školení</i> a ty většinou absolvuji všichni, kdo jsou v daný den v práci a když někomu chybí hodiny tak přijde i z domova zvlášť a ty <i>znanosti no jak kdo je má</i> ” |
| Tématický okruh č. 3 - Hodnocení rizika pádu | |
| A | „Je to pouze <i>orientační</i> ” |
| B | „Formulář je platný v té chvílce co ho vyplníte, ale <i>změna zdravotního stavu může být ve vteřině</i> ” |
| C | „ Takže moc <i>objektivní není</i> ” |
| D | „S tímto formulářem zkušenost nemám tak nemohu posoudit” |
| E | „Ono všechny ty testy jsou pouze <i>orientační</i> ” |
| F | „ Nejvíce poznáte, když klienta znáte a pak ihned nějakou změnu zaznamenáte” |
| Tématický okruh č. 4 - Prevence pádů | |
| A | „Rizikové klienty vysazujeme do křesel se stolečkem. Nyní domov nakoupil nová křesla se stolečky i antidekubitární pomůcky pro <i>pohodlnější sezení.</i> ” |
| B | „Vždy dané klienty hodnotíme a pokud vyjde v riziku tak mu věnujeme větší pozornost a chodíme na pokoj častěji” |
| C | „Snažíme se u klientů měnit během dne polohy, tak aby pro ně <i>sezení nebylo dlouhé.</i> Pokud jsou v lůžku využíváme postranice, tam kde víme, že pád hrozí a pokud je klient imobilní” |
| D | „Já už se při prvním setkání ptám, |

| | |
|---|--|
| | <i>jak je na tom klient s pády, protože se často opakují”</i> |
| E | <i>„Kladu důraz na pořádné a vhodné kompenzační pomůcky k chůzi a pohybu”</i> |
| F | <i>„Mám ráda ta nová křesla se stolečky, kde klienti sedí pohodlně a docela i bez problému těch pár hodin vydrží sedět”</i> |
| Tématický okruh č. 5 - Slabé stránky instituce | |
| A | <i>„Vím, že máme slabé stránky. Především máme nižší počet personálu, vysokou marodnost jak klientů, tak zaměstnanců, chybí nám standard na pády a taky vidím, že nově přichází kolikrát nemají žádný zkušenosti a trvá jim dlouho, než se zaučí. A ta adaptace je u nás slabší, nemám tolik pracovníků, aby se novým plně věnovali, bohužel ”</i> |
| B | <i>„Chybí mi indikátor pádu, tahle informace tu není. A taky je méně personálu na to jak nesoběstačné máme klienty”</i> |
| C | <i>„Ten standard bych také uvítala. Máte spoustu standardů na různé věci, ale tento i když je důležitý tak zatím nikdo nevypracoval”</i> |
| D | <i>„Standard není a řádná adaptace pokulhává...”</i> |
| E | <i>„Slabé stránky jsou všude, ale domov dělá hodně a všichni máme pořád oči otevřené, minulý týden měl někdo v pokoji zničené lino a hned se pokládalo nové, aby nedošlo k pádu a holky uklízečky mají velké výstražné cedule když vytírají”</i> |
| F | <i>„Měli bychom se snažit mít co</i> |

Zdroj: vlastní

V tabulce č. 10 je uveden souhrn tématických okruhů ze skupinové diskuze. Shodné názory jsou označeny červeně a odlišné modře. Neutrální nebo nic neříkající postoj je ponechán v černé barvě.

Závěr diskuze focus group

Všichni oslovení respondenti se aktivně podíleli na diskusi k daným tématickým okruhům. Ve všech tématických částech se respondenti více méně shodli a spíše si odpovědi vzájemně doplňovali. Ve vztahu k odpovědím je v tabulce vidět, že četnost pádů je v zařízení vyšší. Dle konkrétních odpovědí se všichni respondenti shodli, že výskyt pádu je v instituci **často**. Možnosti vzdělávání a znalosti zaměstnanců respondenti vnímají, že jsou přítomné, avšak i tak nedostačující. Dle odpovědí by někteří uvítali **více možností se vzdělávat** např. v podobě speciálních kurzů, někteří jsou spokojeni se školeními, které mají k dispozici, nebo jsou školiteli. **Vědomosti** zaměstnanců vnímají respondenti **jako dostačující** nebo **individuální**. V tématickém okruhu zabývajícím se názorem na formulář hodnocení pádu se dotazovaní shodli, že ho vnímají pouze jako **orientační**. Prevence pádu v zařízení je dle respondentů přítomná, především spočívá v hodnocení rizika pádu a dále ve vybavení domova, které mají z velké části nové. Zmíněno bylo hlavně **křeslo se stolečkem**, které je oblíbenou pomůckou pro imobilní klienty, kdy stolek zabrání sesunu z křesla. Zmíněny byly i antidekubitární pomůcky pro lepší sezení klientů. Slabé stránky vztahující se k pádům se zde dle odpovědí vyskytují. Někteří uvedli dokonce více oblastí, které jsou nedostačující. Překvapením bylo vnímání slabých stránek vrchní sestry, která uvedla hned několik oblastí najednou. Slabou stránkou byla zmíněna nedostatečná adaptace či **nedostatek personálu**. Nicméně jako nejslabší článek všichni zúčastnění vnímají **nepřítomnost standardu** na prevenci pádu.

10 DISKUZE

Příčiny pádu

Příčin a rizikových faktorů bývá většinou více a jedná se tedy o multifaktoriální příčiny dle Brabcové (2015, str. 91). Jako nejčastější příčina pádu byla v našem výzkumu uvedena závrať či zatočení hlavy a to v počtu u 85 (47,6%) klientů. O 2% bylo více příčin pádů zatočení hlavy v 2. roce 2016/2017. Tyto příčiny jsou ty, které byly zapsány všeobecnou sestrou v hlášení o nežádoucí události. Jsou tedy jen orientační a lze předpokládat, že na pádu se podílelo více příčin najednou, které nemusí být vždy odhaleny. Ve výzkumu České asociace sester (2013, str. 21) je za rok 2011 uvedena jako nejčastější příčina pádů pád z lůžka a za rok 2012 nestabilita při chůzi nebo nestihnutí chytit se opěry. Pipková (2009, str. 60) ve svém výzkumu ve Fakultní nemocnici Motol zjistila, že ve 40,4% byla příčinou pádu samostatné vstávání z lůžka bez doprovodu a jako další příčina v 18,2% byla také závrať. Výzkum v domově pro seniory od Soukupové (2015, str. 52) jako nejčastější příčinu pádu uvedl nestabilitu při chůzi. Mikšová (2015, str. 25) uvádí, že u starších 13,6 % pacientů byl pád zaznamenán z důvodu používání nevyhovujících kompenzačních pomůcek. Dle Svidera (© 2017) z 57% byly pády zaznamenány nárazem na zem, dveře nebo nábytek. Nalézání a vylézání z postele tvořilo druhou nejčastější příčinu a to ve 23 %. Tento autor doporučuje rodinám, které umísťují své nejbližší do ošetřovatelského zařízení, aby se ptaly na úroveň dohledu především při přesunu na postel, z postele a při hygieně klienta. Myslím si, že tato informace je důležitá z hlediska častých pádů, které jsou spojeny s přesunem, kdy se v tomto výzkumu potvrdilo, že 13,1% pádů bylo v souvislosti se špatným přesunem klienta, ať už z klozetu, lůžka nebo křesla. Celých 4,8% případů pádu bylo spojeno s pádem z lůžka, kde nebyly použity postranice a 2,4% pádů bylo díky nevhodné manipulaci s klientem. Avšak se zdá, že tato incidence je nízká, je i tak vhodné vědět jak v daném zařízení je personál schopen doprovázet klienta na toaletu či mu být nablízku při přisedání nebo přelézání. Je tedy vhodné se zamyslet nad pravidelným režimem vyprazdňování klienta. Z praxe vím, že ve vybraném domově pro seniory je tento režim zaveden, ale ne zcela striktně a spíše se praktikuje u vybraných klientů, kde personál zná tyto potřeby důkladněji. Pokud má tedy klient své vyprazdňovací zvyklosti, personál je převážně zná a snaží se maximálně vyhovět době i způsobu vyprazdňování. Nicméně tento režim není vždy zcela možno nastavit dle přání personálu, ale je nutno ho nastavit dle potřeb klienta. Proto je zde pravidelný mikční režim zaveden

u klientů nesoběstačných a to u všech 3x denně, dle potřeby navíc také během dne i v noci. Ekonomickým problémem však zůstává, že pokud je klient inkontinentní a užívá trvale plenkové kalhotky, pojišťovna proplatí pouze určitý počet kusů na den a klienti nebo rodina si pak musí pomůcky nad rámec své spotřeby hradit ze svých peněz. I tato informace může vést k tomu, že klient, který si mění své inkontinentní pomůcky sám, je šetří a s tím se pojí další komplikace jako jsou opruzeniny, zápach nebo snížený příjem tekutin. Dehydratace se pak také může podílet na pádu. V tomto případě pak vzniká bludný kruh.

Indikátor pádu

Výpočet indikátoru kvality u pádu byl za 1. rok 1,48 a za 2. rok 1,26. Je tedy patrné, že bylo zaznamenáno méně pádů v 2. roce 2016/2017. Leč oba výsledky jsou téměř trojnásobně vyšší než udává Česká asociace sester (© 2017) jako přijatelný výsledek, který je uveden v rozmezí 0,4 - 0,8. Indikátor kvality je vyšší, než je doporučená hranice, avšak v domově pro seniory nejsou klienti pod dohledem 24 hodin. To nelze především z hlediska personálního uspořádání a také klienti jsou zde jako doma, a proto mají zaručeno vyšší soukromí. Ne do všech pokojů se chodí každé dvě hodiny, jak je v domově zavedeno u méně soběstačných klientů. Návštěvy na pokoji si klient při nástupu volí sám dle přání. Pokud není schopen svévolného vyjádření, ošetřovatelské návštěvy jsou přizpůsobeny dle stavu klienta.

Ve srovnání s jinými zařízeními sledování pádů v roce 2011 a 2012 ukazuje, že nejvyšší hodnoty indikátoru pádu dosahují v oborech následné péče a to za rok 2011 je hodnota 0,83 a za rok 2012 0,89 (Česká asociace sester, 2013, str. 28). Výzkum v roce 2015, kam bylo přihlášeno 19 nemocnic dle shrnutí uvedlo indikátor kvality péče v oborech následné péče 0,79. Obory chirurgické péče uvedly hodnotu 0,25 a interní obory 0,67 (Česká asociace sester, 2015, str. 4). Domov pro seniory se nejbližší podobá následné péči, kde je z těchto oborů nejvyšší číslo indikátoru kvality. Dle mého názoru je to dáno především vyšším věkem a v mnoha případech sníženou mobilitou. Nemocnice Strakonice uvádí ve své výroční zprávě z roku 2016 (str. 31) hodnotu indikátoru kvality 0,2 a to jak za rok 2015 tak za rok 2016. Bohužel srovnání s jinými domovy pro seniory jsem ve výročních zprávách ani na internetových stránkách nenalezla. Tato zdravotně-sociální zařízení povědomí o pádech mají, ale někdy nejsou součástí akreditace a nežádoucí

události nehlásí, ale pouze evidují. Myslím, že je škoda, že indikátor kvality u pádů není sledován ve větší míře. Možná by to pak pozitivně ovlivnilo prevenci v zařízení a snížilo počet pádů. Faktem je, že populace stárne a dle Topinkové (2010, str. 4) se věku 65 let dožívá čím dál tím vyšší počet lidí. Nyní je to 88% žen a 75% mužů. Vzhledem k tomuto faktu by mělo být snahou všech zachovat zdraví a soběstačnost člověka co nejdéle. Snížily by se především ekonomické náklady a nároky na ošetrovatelský personál. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR hodnotí indikátor pádu jako zlomek - počet výskytů pádů a počet hospitalizovaných. V našem výzkumu byl nízký počet sledovaných klientů oproti velkým zkoumaným vzorkům pacientů, kteří se za rok vystřídají na oddělení. Avšak i tak jsou naše průměry pádů na první pohled vyšší (Pokorná, 2016, str. 3).

Denní doba

Denní doba u pádů je členěna především na úseky dle směn na ranní, odpolední, noční, kdy má každé období 8 hodin. Z výsledků vyplývá, že pády se odehrávají během celých 24 hodin, avšak odpolední doba je v našem výzkumu častější. Nejvíce pádů bylo v době odpolední směny a to celkem 114 (45,2%) za oba dva roky. Dle České asociace sester (2013, str. 27) nejčastější denní doba pádu byla v roce 2011 i 2012 v noci. Jiní autoři uvádí zase časové rozmezí od 9 – 12 hodin dopoledne a pak v noci od 1 – 5 hodin (Johnson et al. 2011, str. 61). Je však otázkou, zda se pádům dá zabránit spíše během dne, kdy je přítomný personál ve větším počtu, nebo zda je snazší monitorovat klienty v noci, kdy jich většina spí a personál se tak může zaměřit na rizikové klienty, kdy jim např. zajistí noční vyprázdnění. Vhodné jsou také ošetrovatelské návštěvy klientů, avšak během dne je personál přítomný u každého klienta dle potřeby a to při ranní hygieně, aplikaci léků, podávání stravy, výměně inkontinentních pomůcek, převazech či jiných ošetrovatelských nebo potřebných úkonech. V noci jsou návštěvy klientů prováděné personálem na pokojích přibližně každé 2 hodiny, kdy je však na klientovi nebo jeho stavu zda bude chtít toto časové rozmezí využívat. Klienti mají navíc k dispozici signalizační zařízení, které mohou využít během celých 24 hodin a personál má informaci o volání ihned díky přenosné vysílače, kterou má každý pracovník v ošetrovatelském úseku vždy u sebe.

Místo

Nejčastější místo pádu je na pokoji a to celkem u 210 (83,3%) pádů. Pokoj jako místo pádu je ovlivněn především tím, že většina klientů tráví čas celou noc a i většinu během dne převážně na svém pokoji. Widenská (2015, str. 56) ve svém výzkumu provedeném v domově pro seniory uvádí nejčastější místo pádu také na pokoji v a to počtu 68,4%. Jako druhé nejčastější místo pádu máme zjištěno sociální zařízení v počtu 16 (6,4%). Uvedená autorka také uvádí na druhém místě sociální zařízení v počtu 10,1%. V tomto tvrzení se naše výzkumy shodují. V domově pro seniory jsou pořádána i společenská setkání, kam jsou nesamostatně nechodící senioři odváženi na pojízdném křesle či vozíku a následně jsou pod dohledem několika zaměstnanců ať už ergoterapeutek či jiného personálu. Bohužel při vyprazdňování klienta není vždy přítomen personál a to vnímám jako velký nedostatek a důvod některých pádů. Mnohdy však klient přecení své síly, nebo dojde k nečekané změně zdravotního stavu. Někdy ale může být problémem i snížený počet personálu pracující v zařízení. Ideálním stavem je, kdy ošetřující personál zná své klienty natolik, že může výskyt nežádoucí události předpokládat a být takovému klientovi na blízku výrazně častěji. K tomu slouží hodnotící test rizika pádu, který má tyto rizikové klienty odhalit.

Zranění

Co se týká zranění spojených s pády, tak z celkových 252 pádů se obešla bez zranění většina pádů a to 163 (65%). Lehké zranění bylo u 77 (30,1%) pádů. Bohužel se vyskytují i těžká zranění jako jsou např. zlomeniny a ta byla zaznamenána u 12 (4,8%) pádů. V porovnání obou let je vidět, že v 2. roce 2016/2017 bylo více těžkých zranění a to dokonce o 7,8%. V počtu pádů bez zranění byl výsledek lepší o 7,2% u 2. sledovaného roku. U lehkých zranění byl pouze nepatrný rozdíl. Dle Matějovské Kubešové (2015, str. 189) se přibližně jeden z deseti pádů neobejde bez těžkých následků, kam patří zlomeniny, subdurální hematomy či jiná vážná zranění. V našem výzkumu toto tvrzení vyšlo pozitivně, kdy počet těžkých zranění byl nižší než jeden z deseti pádů dle tvrzení, které uvádí autorka. Ve srovnání s počtem těžkých zranění v oborech následné péče dle výsledků České asociace sester (2015, str. 4), kde bylo 9% těžkých zranění, je výskyt v domově pro seniory o 4,2% nižší. U lehkých zranění se porovnání s tímto výzkumem liší pouze o 1%, kdy je průměrný počet klientů bez zranění v našem vzorku 64,2%. Avšak i výchozí počet

hospitalizovaných (ubytovaných) je v domově pro seniory nižší, proto se může výsledek lišit. U 85% nedošlo u pacientů k poranění nebo měli pouze lehká zranění (Johnson, et al. , 2011, str. 61-62). Svider (© 2017) uvádí, že úrazy obličeje patří také mezi časté následky pádů. Zlomeniny byly po pádu přítomny u 13 % klientů, kdy se jednalo nejčastěji o zlomeninu nosu.

V domově pro seniory, kde probíhal výzkum je nejčastější vyskytující se zlomenina spojená s pády zlomenina krčku femuru a jako druhá zlomenina obratle a stydké kosti. Tyto zlomeniny jsou častější u žen, především kvůli jejich vyššímu počtu v zařízení. Zda na zlomeniny má vliv menopauza, osteoporóza nebo jiná onemocnění nebylo předmětem našeho zkoumání. Dle Brabcové (2015, str. 88) je po pádu častá zlomenina krčku femuru, zápěstí a obratle, která postihuje až 5% pacientů. Celých 5 až 10% upadlých má vážná zranění způsobená pádem. V domově pro seniory toto číslo bylo 4,8%, což je dolní hranice tohoto rozmezí. Mezi více vyskytující patří také tržné rány nebo subdurální hematomy. Autorka také uvádí, že jakmile nastane situace, kdy si senior zlomí femur, se již neobnoví plná funkce končetiny a tím pádem je zhoršena pohybová aktivita a sebepečce. Úmrtnost bývá vyšší u seniorů nad 70 let. V ČR jsou pády u lidí nad 65 let přibližně u 60% poranění tak vážné, že končí smrtí. Zlomenina krčku femuru byla sledována i v USA, kde bylo 95% zlomenin způsobeno právě pádem (Kalvach et al., 2008, str. 178). Vzhledem k výsledkům je vidět, že v domově pro seniory je sice vysoký počet pádů, avšak naštěstí méně těžkých úrazů. Přesto obavy spojené s pády či jiné subjektivní změny jsou mnohdy přítomny i bez viditelného zranění a ne vždy je na klientovi na první pohled poznat, že pádem utrpěl újmu na sebevědomí, soběstačnosti či zdraví. Proto bychom neměli pády bez následků brát na lehkou váhu, ale spíše jako varovný signál, že příště se nemusí jednat jen o nežádoucí událost, ale třeba o boj o život.

Rizikové léky

Zde byla zjišťována souvislost mezi počtem užívaných rizikových léků a pády. Topinková (2010, str. 13) uvádí výrok, že čím je člověk starší, tím má často naordinováno více léků. Její statistika udává, že léky užívá nad 60 let více jak 83% a nad 75 let 91 až 98 % osob. Matějovská Kubešová (2015, str. 190) uvádí, že 10-20% pádů je způsobeno nežádoucím účinkem léků. Těmto pádům se říká iatrogeně podmíněné pády. Holmerová et al. (2014, str. 43) vyzdvihla výrok: *Ve stáří co nejméně léků, v co nejmenších dávkách,*

po nezbytně nutnou dobu. Bohužel v našem výzkumu bylo zjištěno, že jeden klient užíval celkem 12 rizikových tablet denně. Avšak i přes tyto výsledky se nepodařilo prokázat, že by počet užívaných rizikových léků měl vliv na počet pádů a přijímáme H_0 - Počet užívaných rizikových léků nemá vliv na incidenci pádů. Může to být ovlivněno tím, že vysoké množství léků užívá většina seniorů ze sledovaného souboru a nejsou dostatečná ani jiná preventivní opatření, která mohou pády zkreslovat i u klientů, kteří sice užívají méně léků, ale padají stejně jako ti co jich užívají více. Pro prevenci pádů je důležité zhodnotit riziko pádu ihned po přijetí klienta a ihned určit vhodná preventivní opatření, která mají za úkol výskyt pádů snížit. Tuto důležitou roli mají sestry, které by měli určit bezpečnostní opatření pro klienta. Patří sem přehodnocování rizika a znalosti sester v oblasti farmakologie (Brabcová et al., 2015, str. 88-89). Všeobecná sestra je s klienty častěji než lékař a měla by tak pozorovat jejich bolest, potíže, nežádoucí účinky či interakce léků a dle toho navrhnout úpravu léčby lékaři. Problémem je také polyfarmacie, kdy jedinec užívá vícero léků současně předepsaných především kvůli vyskytující se polymorbiditě. Příčinou může být i nesprávná léčba pouze příznaků místo příčiny. Hranice polyfarmacie je často označována na základě studií 5 a více léků užívaných společně (Zrubáková et al., 2016, str. 57, 149-151). V našem výzkumu je vidět, že 5 a více rizikových léků užívá za 1. rok 32 a za 2. rok 38 klientů. Do našeho výzkumu byly počítány jen rizikové léky, patřící do skupiny dle Pokorné (2017, str. 29). Pokud bychom se zabývali veškerými léky, měla by polyfarmacie v domově pro seniory pravděpodobně vysoké zastoupení, vzhledem k tomu, že 5 a více rizikových léků užívá již nyní více než 39% klientů. Léky by neměly pouze potlačovat příznaky. Jako lepší variantu vnímám léčit přímo příčinu obtíží a zaměřit se tak na kauzální terapii. Avšak jsem si vědoma, že ne vždy to hlavně ve starším věku lze. Počet léků by se však mohl snížit, pokud by lidé uměli využívat i jiné alternativy k snížení bolesti. Rokyta et al. (2018, str. 8-9, 11) poukazuje také na rozdíl vnímání bolesti dle pohlaví, výchovy a rasy člověka. Je podstatné léčit každý typ a intenzitu bolesti různými typy analgetik, tak aby měla správný efekt. Právě stáří je typické pro individuální vnímání bolesti. Obzvláště chronická bolest je přítomna až u 30% populace a není výjimkou, že se nikdy nepříjde na příčinu této bolesti a nemocný je odkázán na psychiatrickou pomoc či právě léky.

Stanovená úroveň rizika v hodnotícím testu

Úkolem bylo zjistit souvislost mezi rizikem a vznikem pádu. Zde byla přijata H_{2A}, kdy byla zjištěna souvislost mezi vyhodnoceným rizikem a vznikem pádu. Pipková (2009, str. 57-58) ve svém výzkumu také potvrdila souvislost mezi pády a stanoveným rizikem, kdy 87,3% pacientů, kteří prodělali pád, měli stanovené riziko pádu. Výzkum Soukupové (2015, str. 81) říká, že dle odpovědí pracujících sester v domově pro seniory většina sester provede zhodnocení rizika již při příjmu seniora nebo nejpozději v prvním týdnu pobytu. Jedna ze sester uvedla, že konzultuje anamnézu také s rodinou, která doplní veškeré informace o klientovi. Myslím, že i tato metoda může být přínosem. Senioři často některé informace neberou jako důležité, personálu je nesdělí, nebo kvůli zdravotnímu stavu ani mnohdy sdělit nemohou. Jako nevýhodu z mé praxe vnímám, že ne vždy je test vyhodnocen při změně medikace. Léky se u seniorů často mění a na přehodnocení testu se bohužel někdy zapomíná. Avšak i po zhodnocení mi přijde tento formulář na hodnocení pádů pouze jako obecný, kde je možno zvolit pouze žádné a značné riziko pádu. Je zde vysoký rozdíl na hodnotící stupnici. Jako nejsnazší a nejpřehlednější navrhuji používání Jednoduchého „screeningového“ nástroje pro určení rizika pádu, který je rychlý a dle mého názoru dostačující a snadno vyplnitelný. Následně pokud by klient měl vyhodnoceno 3 a více bodů a byl v riziku pádu, bych ho nějakým způsobem označila, aby byl snadno identifikovatelný. Např. barevným náramkem na ruce. Jako rizikové seniory, bychom měli vnímat všechny a především ty, kteří mají nějaké zdravotní potíže, vysoký věk či zhoršenou mobilitu. I tak ale pád může vzniknout i u zcela doposud zdravého člověka. Díky tomuto pádu bohužel zcela nevymýtíme, ale můžeme alespoň snížit jejich počet a vznik následných zranění. Důležité je vnímat přehodnocování rizika jako sěžejní část dokumentace. Brabcová et al. (2015, str. 91) klade důraz na to, aby každá instituce měla svůj vnitřní předpis o přehodnocování rizika pádu během pobytu. Každé nové hodnocení by mělo být prováděno maximálně 1x za týden a jednorázově v době, kdy došlo ke změně zdravotního stavu nebo medikace.

Mobilita

Zachování mobility patří mezi důležitou část, která se podílí na kvalitě života. Holmerová et al., 2014, str. 151) uvádí, že delší pobyt na lůžku seniora silně ohrožuje. Důvodem může být vznik dekubitů, infekce nebo osteoporózy. Již pouhé tři dny v lůžku

mohou mít vliv na vyplavování vápníku z kostí a může pak snadněji dojít ke zlomeninám. Zde jsou především sádry vnímány jako nevratný způsob poškození kostí seniora. V našem výzkumu byla přijata hypotéza H_{3A} , kdy byla potvrzena souvislost mezi počtem opakovaných pádů a mobilitou klienta. Nejvíce pádů a to 91 (36,1%) bylo ve skupině částečně mobilních. To je dle mého názoru spojeno především s kompenzačními pomůckami, které klient nemusí vždy užívat správně, nebo na jejich používání mohou zapomenout. Matějovská Kubešová (2015, str. 189) uvádí, že se až polovina pádů opakuje. V našem výzkumu bylo za 1. rok 2015/2016 v ojedinělém případě zaznamenáno až dvacet opakovaných pádů. Toto číslo ukazuje, že v prevenci nebyla učiněna dostatečná preventivní opatření. Pouze ve 44 (17,5%) případech pádů za oba dva roky se pád vyskytl vždy jen jednou za zkoumaný rok. Překvapující je, že u 13 (5,2%) seniorů byl pád i přesto, že byli imobilní. Důvodem však může být manipulace s klientem či zapomenutí užití postranic, kdy může klient upadnout z lůžka. Je proto žádoucí myslet na pády i u zdánlivě nepohyblivých klientů.

Limity diplomové práce

Jsem si vědoma, že i tato diplomová práce má své limity. Především díky tomu, že výzkum byl prováděn na omezeném počtu seniorů žijících v určeném domově pro seniory za dva vybrané roky. Výsledky tak mohou být ovlivněny a nemusí odpovídat na všechny seniory v populaci. Jsou platné zejména pro vybraný domov pro seniory, kde byl výzkum proveden.

ZÁVĚR

Domov pro seniory vnímám jako zařízení, které je oproti minulým letům v současné době na vysoké úrovni a může seniorům poskytnout příjemný podzim života. Vše je o spolupráci mezi seniorem, rodinou a zaměstnanci. Důležité je, aby byl pracující personál motivovaný a dělal svou práci rád. Práce s lidmi, především seniory nebývá mnohdy snadná a je důležité se vzdělávat a zdokonalovat. K seniorům je také nutné zachovávat respekt a důstojnost. Byli stejnými lidmi, jako jsme my a nyní nás mohou učit trpělivosti, pokoře a lásce. Kladu důraz na to, abychom jsme nebyli lehkomyšní a podporovali vysokou kvalitu života těchto moudrých lidí.

V této diplomové práci bylo téma Pád jako indikátor kvality ošetrovatelské péče. Hlavním cílem práce bylo zmapovat pády uživatelů v domově pro seniory za vybrané dva roky. Nakonec byly přijaty dvě alternativní hypotézy ze tří stanovených hypotéz. Ke splnění cíle byla provedena podrobná analýza dokumentace, ze které byla vytažena všechna potřebná data, která objasňovala také dílčí cíle. Výskyt pádů tak byl podrobně zmapován a ať už se jednalo o okolnosti pádu, zranění vzniklá následkem pádu a jiné předem stanovené statistické významy. Tímto věřím, že byly splněny všechny cíle práce. V tématu o pádové problematice je dle mého názoru stále co zkoumat a zdokonalovat. Bohužel pádům nemůžeme zcela zabránit, ale můžeme vhodnými preventivními opatřeními a znalostmi snížit výskyt zranění a následků s nimi spojených. Důležitým výsledkem výzkumného šetření je, že daný domov pro seniory má vyšší výskyt pádů, avšak jedná se nejčastěji o klienty nad 80 let a zde je bohužel výskyt pádu častější a i přes veškerou prevenci mnohdy nezabranitelný. Přesto by domov měl přehodnotit svá preventivní opatření a snažit se zajistit vyšší prevenci pádů. Počet užívaných rizikových léků je zde vysoký a je třeba farmakologii pravidelně přehodnocovat. Hodnotící test rizika pádu by měl být využíván a pravidelně přehodnocován. Je třeba věnovat pozornost i zdánlivě soběstačným klientům. Zaměstnanci v domově by měli dbát na bezpečnost klientů, management domova sledovat výskyt pádů a věnovat jim podstatně vyšší pozornost.

Při psaní této práce jsem si dostatečně prohloubila znalosti o dané problematice. S touto nežádoucí událostí se mohu v zaměstnání nejednou setkat a je určitě dobré znát určité zásady péče o staršího člověka a myslet na možná rizika či komplikace v životě lidí, kteří jsou více či méně závislí na naší pozornosti a péči. Každý z nás stárne a nikdy

nevíme, kdy všechny tyto poznatky při péči oceníme právě my nebo naši blízcí, kteří se ocitnou zrovna v roli nemocného. Tato diplomová práce shrnuje kvalitu daného zařízení z hlediska pádů seniorů a může zde sloužit i pro daný domov jako jeden z ukazatelů kvality služeb. Dále může sloužit jako studijní materiál k danému tématu. Na závěr bych ráda uvedla výrok, se kterým souhlasím a líbí se mi je ho znění, kdy Sak et al., (2012, str. 193) uvádí „*Co jste vy, byli jsme i my, co jsme my, budete i vy*“.

Výstup do praxe

Po prostudování literatury a problematiky pádů jsem vytvořila pilotní verzi standardu na prevenci pádu. Tento standard bude poskytnut zdravotně-sociálnímu zařízení v Jihočeském kraji, kde není dosud žádný podobný standard vytvořen a pády se zde vyskytují poměrně ve vysoké míře, a proto věřím, že bude tento standard sloužit ku prospěchu a po ověření jeho efektivity bude následně sloužit jako plnohodnotný návod především pro zdravotnický nelékařský personál. Věřím, že informace o počtu pádů i standard zařízení uvítá a bude se snažit přehodnotit rizika číhající na klienty tak, aby v příštím výzkumu byl výskyt pádu nižší. Pilotní verze standardu je součástí přílohy č. 3.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Akreditace ZZ*, 2013 [online]. Brno [cit. 2018-01-13]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/BZOE0222p/um/Akreditace_ZZ_osnova.pdf
2. BRABCOVÁ, Iva a BÁRTLOVÁ, Sylva. et al., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
3. Česká asociace sester, 2007. *Pracovní postup prevence pádů a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. Praha: Česká asociace sester, revize 1.3.2017 [cit. 2017-10-07]. Tiskoviny. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/akce/cas_pp_2007_0003_revize_3.pdf
4. Česká asociace sester, 2013. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. *Závěrečná zpráva* [online]. Praha: Česká asociace sester, str. 31 [cit. 2018-01-17]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf
5. Česká asociace sester, 2015. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v roce 2015. *Závěrečná zpráva* [online]. Praha: Česká asociace sester, str. 6 [cit. 2018-01-17]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_pady_2015.pdf
6. *Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý?*, 2010. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/9860>
7. *Doporučený standart kvality pro domovy pro seniory ČR*, 2015 Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 26 s. ISBN 978-80-904668-8-3.

8. DRÁSTOVÁ, Hana a Richard KROMBOLZ, 2013. *Rizika polypragmázie v gerontopsychiatrii. Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha: Solen, 14 (3), 4 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/03/04.pdf>
9. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
10. Fall Risk Assessment, 2007. *JOHNS HOPKINS medicine* [online]. Baltimore: The Johns Hopkins University, [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: https://www.hopkinsmedicine.org/institute_nursing/models_tools/JHFRAT_acute%20care%20original_6_22_17.pdf
11. GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
12. HAVEL, Zdeněk a David CIHLÁŘ, 2011. *Vybrané neparametrické statistické postupy v antropomotorice*. Ústí nad Labem, 49 s. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.
13. HOLMEROVÁ, Iva et al, 2014. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
14. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
15. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů: v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
16. JAROŠOVÁ, Darja, et al, 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
17. JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ et al., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.

18. JEDLINSKÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva, 2012. *Hodnocení validity vybraných screeningových škál posuzujících riziko pádu u hospitalizovaných seniorů*. Praktický lékař, 92, (7), s. 392-395. ISSN: 0032-6739
19. JOHNSON, M., GEORGE A., TRAN, D., T, 2011. Analysis off alls incidents: *Nurse and patient preventive behaviours*. International Journal of Nursing Practice [online], 17(1), 60-66. [cit. 2.11.2017]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&hid=4&sid=7561da2f-de73-4399-8033-1e1e785149b9%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=f b155338&AN=>
20. Joint Comission Resources, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada, 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
21. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
22. KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
23. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK et al, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
24. KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-271-9568-8.
25. KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ et al, 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-271-9586-2.

26. KUTNOHORSKÁ, Jana a Martina CICHÁ et al, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
27. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
28. MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ, 2009. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. Sestra* [online], (9) [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-444784>
29. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana et al, 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů: Úskalí diagnostiky a terapie*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 216 s. ISBN 978-80-204-3394-7.
30. MESSER, Barbara, 2016. *100 tipů: pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
31. MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2015. *Profesionalita v ošetrovatelství II: Sborník příspěvků konference*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4863-3. Dostupné také z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Profesionalita-v-oseetrovatelstvi_II.pdf
32. MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost* 2. vyd. Praha: Grada, 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
33. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN ISBN: 978-80-247-3872-7.
34. Multimedialní trenažér plánování ošetrovatelské péče, 2010: *Hodnoticí škály* [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

35. NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLÁČÍK a Oldřich KRÍŽ, 2016. *Základy statistiky: Aplikace v technických a ekonomických oborech*. 2. vyd. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-80-247-5786-5.
36. NIH. *What Are Ways to Prevent Falls and Related Fractures?*, 2014. Fast Facts: An Easy-to-Read Series of Publications for the Public [online]. USA: Turning Discovery Into Health, [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <https://www.bones.nih.gov/health-info/bone/osteoporosis/fracture/prevent-falls-ff>
37. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 168 s. ISBN 978-802-4619-972
38. PIPKOVÁ, Petra, 2010. *Příčiny pádů pacientů ve FN Motol*. Praha, Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Miroslava Kyasová.
39. Plevová Ilona et al, 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
40. POHLOVÁ, Lucie, 2015. Pády u seniorů. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR., roč. 17, 4, s. 24 – 25. ISSN 1803-7348
41. POKORNÁ, Andrea a et al., 2016. *Agregovaný sběr dat o nežádoucích událostech na centrální úrovni: Pokyny pro předávání dat* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 13 s. [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: http://shnu.uzis.cz/res/file/SHNU_nove_pokyny_sber_ADP_19_12_2017_final_1.pdf
42. POKORNÁ, Andrea et al, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici: Hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
43. POKORNÁ, Andrea, 2017. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí: Metodika nežádoucí událost - PÁD*. Praha: ÚZIS, 40 s. Dostupné také z:

[http://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_plna_verze_metodiky\(1\).pdf](http://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_plna_verze_metodiky(1).pdf)

44. POSPÍCHAL, Jan a JEDLINSKÁ, Martina, 2013. *Přítomnost vybraných rizikových faktorů pádu u hospitalizovaných geriatrických pacientů*. Praktický lékař [online], 93,(1), s. 23-25 [cit. 2018-02-27]. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/pritomnost-vybranych-rizikovychfaktoru-padu-u-hospitalizovanych-geriatrickych-pacientu-39997?confirm_rules=1.
45. ROKYTA, Richard a et al., 2018. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada, 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6
46. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
47. SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
48. SOUKUPOVÁ, Hana, 2015. *Prevence poranění v souvislosti s pády obyvatel domova pro seniory*. České Budějovice, Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Marie Trešlová.
49. *Sturzprävention im Krankenhaus und Pflegeheim*, 2012. Trauma und Berufskrankheit [online]. Berlin: Springer International Publishing, 2 (14) s. 222-223 [cit. 2018-01-03]. ISSN:1436-6282. Dostupné také z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10039-011-1766-4>
50. SVIDER, Petr, 2017. *Úrazy obličeje jsou častým následkem pádů v domovech ošetrovatelské péče*. Zdravotnický deník [online]. Praha: Network, [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/03/urazy-obliceje-jsou-castym-nasledkem-padu-v-domovech-oseatrovatelske-pece/>

51. SVOBODOVÁ, Dita, 2017. Česká asociace sester: *Pády* [online]. Praha: Česká asociace sester, [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/pady>.
52. SVOBODOVÁ, Dita, JURÁSKOVÁ, Dana, 2010. *Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice*. Florence, 6 (9), 29-33. ISSN: 1801-464x.
53. SVOBODOVÁ, Lenka, 2013. *Vliv intervenčního pohybového programu na vybrané motorické schopnosti z hlediska prevence pádů u osob v období senia* [online]. Brno, 120 s.[cit. 2.1.2018]. Disertační práce. Masarykova univerzita.. Vedoucí práce Jitka Kopřivová. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/102394/fsps_d/disertacni_prace_-_finale_1_jeuarmk.pdf
54. ŠEBEK, Luděk a Jana HOFFMANNOVÁ, 2010. *Metoda Focus group a možnosti jejího využití v Kinantropologickém výzkumu*. Tělesná kultura [online]. Olomouc: Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého, 33(2), 20 [cit. 2018-01-23]. Dostupné z: <https://telesnakultura.upol.cz/pdfs/tek/2010/02/02.pdf>
55. ŠTAINER, Martin, 2014. *Ohnisková skupina v komunitním plánování sociálních služeb* [online]. Olomouc: EDUKOL vzdělávací a poradenské sdružení, 13 s. [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: http://www.edukol.cz/publikace/ohniskova_skupina_v_komunitnim_planovani_socialnich_skupin.pdf
56. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a Cyril HÖSCHL et al, 2014. Gerontologie: *Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
57. Timed Up and Go, 2013. *Shirley Ryan AbilityLab* [online]. Chicago: AbilityLab, 6.11.2013. [cit. 2018-03-23]. Dostupné z: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/timed-and-go>
58. TOPINKOVÁ, Eva, 2010. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5

59. TOŠNEROVÁ, Tamara, 2006. *Prevence: Prevence pádů*. Bezpečná péče: Asociace průvodců v problematice rizikového chování [online]. Olomouc, [cit. 2018-01-15].
Dostupné z: <http://restrikce.cz/html/prevent.html>
60. VÁLKOVÁ, Monika, 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb* [online]. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 80 s. [cit. 2018-02-18]. Dostupné také z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2363-dlouhodobapece-v-osetrovatelstvi.pdf>
61. VARVAŘOVSKÝ, Pavel, 2013. *Zpráva z návštěvy zařízení: zařízení sociálních služeb pro seniory* [online]. Veřejný ochránce práv, 17 s. [cit. 2018-01-26]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/zarizeni-socialnich-sluzeb-shrnuti.pdf
62. VASSALLO, Michael, et al., 2005. *A Comparative Study of the Use of Four Fall Risk Assessment Tools on Acute Medical Wards*. *Journal of the American Geriatrics Society*. [online], 53, (6), s. 1034-1038 [cit. 2017-01-06]. ISSN 1532- 5415. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2005.53316.x/full>
63. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
64. VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2011. *Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN: 1210-0404. roč. 21, č. 4, s. 44-45.
65. VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2012. *Interní onemocnění ve stáří*. *Sestra* [online]. Praha:Mladá Fronta, (9)[cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/interni-onemocneni-ve-stari-466840>

66. Výroční zpráva 2016. In: *Nemocnice-st* [online]. Strakonice: Nemocnice Strakonice, [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://nemocnice-st.cz/document/vz/VZ-2016.pdf>
67. WIDENSKÁ, Kristina, 2015. *Pády jako indikátor kvality v sociálních službách*. Praha, Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Lada Furmaníková
68. ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Štefan KRAJČÍK, 2016. *Farmakoterapie v geriatrici*. 1. vyd. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---|-----|
| Příloha č. 1 - Hodnocení rizika pádu | 99 |
| Příloha č. 2 - Formulář na vyplnění záznamu o pádu | 100 |
| Příloha č. 3 - Pilotní verze standardu na prevenci pádu | 101 |
| Příloha č. 4 - Kopie anonymního souhlasu s výzkumem | 115 |

Příloha č. 1- Hodnocení rizika pádu v daném DS

| Parametr | Stav/podmínka | Skóre |
|---|-------------------------------------|-------|
| Úroveň vědomí/duševní stav | Orientovaný | 0 |
| | Desorientovaný | 2 |
| | Intermitentně deliriósní | 4 |
| Záchyt pádů (v posledních 3 měsících) | Žádné pády | 0 |
| | 1-2 pády | 2 |
| | 3 nebo více pádů | 4 |
| Chůze - samostatnost | Samostatná/kontinentní | 0 |
| | Pomocí vozíku | 2 |
| | Samostatná/inkontinentní | 4 |
| Vizus | Přiměřený | 0 |
| | Špatný | 2 |
| | Nevidoucí | 4 |
| Chůze/rovnováha | Chůze a rovnováha normální | 0 |
| | Potíže s rovnováhou při stoji | 1 |
| | Potíže s rovnováhou při chůzi | 1 |
| | Snížená svalová koordinace | 1 |
| | Změna ve způsobu chůze | 1 |
| | Trhnutí nebo nestabilita při obratu | 1 |
| | Vyžaduje použití pomůcky, opory | 1 |
| Systolický krevní tlak | Bez snížení | 0 |
| | Snížení < 20 mmHg | 2 |
| | Snížení > 20 mmHg | 4 |
| Léčba (jaká – vypsát) | Žádná během posledních 7 dnů | 0 |
| | Užívá 1-2 během posledních 7 dnů | 2 |
| | Užívá 3-4 během posledních 7 dnů | 4 |
| | Měněna léčba v současnosti | 1 |
| Predispoziční faktory (hypotenze, vertigo, CMP, PN, ztráta končetin, záchvaty, artritida, osteoporóza, fraktury) | Žádné | 0 |
| | 1-2 | 2 |
| | 3 nebo více | 4 |
| Celkové skóre (větší než 10 představuje značné riziko) | | _____ |

ZÁPIS O NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

| | | |
|--|--|--------------------|
| Komu se přihodila nežádoucí událost | | Dne + čas:: |
| • Uživatel | | |
| • Zaměstnanec | | |
| • Student | | |
| • Návštěva, ostatní | | |
| ZJIŠTĚNO, ZÁPIS PROVEDL: Jméno: Funkce: | | |
| SVĚDEK: Jméno: Funkce: | | |

TYP NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

| I. TYP (vyžaduje ošetření) | II. TYP (nevyžaduje ošetření) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• PÁD (vyplňte sekci pády)• POPÁLENINY• NÁRAZ NA PEVNÝ OBJEKT S NÁSLEDNÝM ZRANĚNÍM• POKUS O SEBEVRAŽDU• SEBEPOŠKOZENÍ• NEOČEKÁVANÉ ÚMRTÍ• ZRANĚNÍ UŽIVATELE JINÝM UŽIVATELEM• MEDIKAČNÍ INCIDENT• INCIDENT SPOJENÝ S PROCEDUROU• SELHÁNÍ TECHNIKY | <ul style="list-style-type: none">• PÁD• ZTRÁTA NEBO POŠKOZENÍ MAJETKU DOMOVA• SVĚVOLNÝ ODCHOD UŽIVATELE Z DOMOVA• PROBLÉM S IDENTIFIKACÍ UŽIVATELE• OHROŽENÍ ZAMĚSTNANCEC(slovní nebo fyzické)• PROBLÉM SE SOUHLASEM K LÉČBĚ/ STRAVĚ• JINÉ INCIDENTY (vysvětlete) |

LOKALITA NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

PÁDY

| | | | |
|---|--|---|---|
| Příčina pádu: <ul style="list-style-type: none"> • UKLOUZnutí • MOKRÁ PODLAHA • INKONTINENCE • ZTRÁTA VĚDOMÍ • ZÁCHVAT • ZATOČENÍ HLAVY • PŘEVOZ • ZÁVADA ZAŘÍZENÍ • Špatný přesun | Obuv: <ul style="list-style-type: none"> • UZAVŘENÁ OBUV • SPECIÁLNÍ OBUV • PŘEZŮVKY • PONOŽKY • SÁDRA • ŽÁDNÁ | Mobilita uživatele: <ul style="list-style-type: none"> • PLNĚ MOBILNÍ • ČÁSTEČNĚ MOBILNÍ • IMOBILNÍ • Samostatná CHŮZE • CHŮZE S DOPROVODEM POMŮCKOU | Pád: <ul style="list-style-type: none"> • Z lůžka • Z křesla • Při chůzi • Z vozíku • Při koupání • Jiné..... |
|---|--|---|---|

Viditelná či možná zranění:

Způsob ošetření:

MEDIKAČNÍ INCIDENTY: INCIDENTY V LÉČEBNÉM PROCESU

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • LÉK NEPODÁN • LÉK PODÁN JINÉMU UŽIVATELI • NESPRÁVNÁ DÁVKA / KONCENTRACE • ŠPATNÝ ČAS PODÁNÍ LÉKU • ŠPATNÝ ZPŮSOB / MÍSTO PODÁNÍ • NESPRÁVNÁ METODA PODÁNÍ • NESPRÁVNÝ LÉK • ALERGICKÁ REAKCE • NESHODA V POČTU OPIÁTŮ • JINÉ (vysvětlete)..... | <ul style="list-style-type: none"> • PROCEDURA NEBYLA PROVEDENA • PROCEDURA PROVEDENA NESPRÁVNĚ • PROVEDENA NA NESPRÁVNÉM KLIENTOVI • NESPRÁVNÁ PROCEDURA • PROBLÉM S DIAG. VZORKEM (krev, moč) • PROBLÉM S TECHNIKOU • JINÝ PROBLÉM |
|--|---|

STAV UŽIVATELE PŘED INCIDENTEM

VÝSLEDEK INCIDENTU

STRUČNÝ A VĚCNÝ POPIS NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI:

ANO NE

Oznámení (je zapotřebí sledovat)

Vedoucí domova: Jméno. PodpisDatumčas.....

Vedoucí zdrav. a oš.péče: Jméno.....PodpisDatumčas.....

Sestra ve službě: Jméno PodpisDatumčas

KLASIFIKACE NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI:

UDÁLOST BYLA HLÁŠENA:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ZÁVAŽNÁ | <input type="checkbox"/> POLICIE |
| <input type="checkbox"/> 2. BEZ NÁSLEDKŮ | <input type="checkbox"/> VEDOUcí DS a DZR |
| <input type="checkbox"/> 3. NELZE KLASIFIKOVAT JAKO NU | <input type="checkbox"/> BEZPEČNOSTNÍ TECHNIK |
| | <input type="checkbox"/> HYGIENA |

NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST BYLA VYHODNOCENA: (vyplní vedoucí zdrav. a oš. péče): Vyhodnocení sděleno řediteli

Zápis o nežádoucí události je archivován

(DS)

Příloha č. 3 – Pilotní verze standardu na prevenci pádu

STANDARD PREVENCE PÁDŮ KLIENTŮ PRO ZAŘÍZENÍ ÚSTAVNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

Standard číslo: 66

Místo realizace: Domov pro seniory.....

Míra závaznosti: nelékařský zdravotnický personál

Platnost: od 1. 4. 2018

Revize standardu: 1. 4. 2019 (Pilotní studie)

OBSAH

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | ÚVOD..... | 1 |
| 1.1 | Cíl standardu..... | 1 |
| 2 | DEFINICE PÁDU | 1 |
| 2.1 | Příčiny pádů..... | 1 |
| 2.1.1 | Rizikové skupiny léků | 2 |
| 2.1.2 | Klasifikace zranění z pádů..... | 2 |
| 2.2 | Preventivní opatření u geriatrických klientů..... | 2 |
| 2.2.1 | Pomůcky ke snížení rizika pádu | 2 |
| 2.2.2 | Zásady pro použití omezujících prostředků..... | 3 |
| 3 | INTERVENCE V SOUVISLOSTI S POBYTEM SENIORA V DOMOVĚ PRO SENIORY | 4 |
| 3.1 | Dokumentace při příjmu..... | 4 |
| 3.1.1 | Ostatní intervence | 4 |
| 3.2 | Intervence po pádu klienta v domově seniorů..... | 5 |
| 3.3 | Dokumentace související se záznamem pádu..... | 6 |
| 3.3.1 | Náležitosti zápisu do Hlášení o nežádoucí události | 6 |
| 4 | SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY | 7 |
| 5 | INDIKÁTORY SPLNĚNÍ STANDARDU | 7 |
| 5.3 | Kontrolní kritéria standardu | 8 |
| 6 | LITERATURA | 9 |
| 7 | ROZDĚLOVNÍK..... | 10 |
| 8 | ZPRACOVATEL STANDARDU | 10 |
| 9 | SPRÁVCE DOKUMENTU..... | 10 |
| 10 | KLÍČOVÁ SLOVA | 10 |
| 11 | POUŽITÉ ZKRATKY | 10 |

1. ÚVOD

Do ošetrovatelské péče patří prevence pádů, která minimalizuje rizika vzniku této nežádoucí události. Vždy je důležité odhalit příčinu pádu a provést vhodná preventivní opatření. Prevence je spojena s nižšími náklady vynaloženými na péči a s vyšší bezpečností v zařízení. Součástí prevence je také znát všechny rizikové faktory.

1.1 Cíl standardu

Zajistit dostatečnou bezpečnost a odpovídající prevenci pádů institucionalizovaných seniorů. V případě výskytu pádu zvolit správný a odborný postup při pádu klienta a garantovat maximální péči a snížit rizika možných komplikací souvisejících s pády.

2. DEFINICE PÁDU

Pád je definován jako událost, kdy je důsledkem nepředvídané spočinití osoby na zemi, podlaze či ploše nižší výškové úrovně člověka (Jarošová, 2015, str. 134).

2.1 Příčiny pádů

Vnější příčiny (mechanické pády) – vychází z mechanických překážek jako je nevhodný povrch, překážky v cestě, špatné osvětlení, nepoužívání kompenzačních pomůcek.

Vnitřní příčiny (symptomatické pády) – somatická, kardiovaskulární, neurologická, gastrointestinální, pohybová, urogenitální, metabolická, psychiatrická onemocnění, předchozí pády a nežádoucí účinky užívaných rizikových léků (Vybíhalová, 2011, str. 44).

2.1.1 Rizikové skupiny léků

Mezi ně řadíme - antipsychotika, anxiolytika, hypnotika, sedativa, tranquilizery, antidepressiva, narkotika, kardiotonika, antihypertenziva, diuretika, perorální antidiabetika, inzulin, laxativa, cytostatika. (Pokorná, 2017, str. 31).

2.1.2 Klasifikace zranění z pádů

- bez zranění
- lehká zranění - povrchové odřeniny, oděrky a zhmožděny
- těžká zranění - bezvědomí, poranění mozku, fraktury, tržné rány - šití, náplast'ové stehy (Česká asociace sester, © 2017).

2.2 Preventivní opatření u geriatrických klientů

Zhodnocení rizika pádu v dokumentaci - Program Cygnus verze 7.18 - Dokumentace klienta - Hodnocení rizika pádů - při příjmu do zařízení, při změně zdravotního stavu, po pádu, při překlada, při změně léků a dále v intervalu 1x za 6 měsíců.

Opakovaná edukace klienta o možném riziku pádu - seznámit s novým prostředím, provést klienta po pokoji.

Zajištění bezpečného prostředí - madla, zajištění jídelních a nočních stolků, protiskluzová podlaha, noční světlo.

Sledování a ovlivnění rizikových onemocnění - výkony a léčba dle ordinace lékaře.

Signalizační zařízení - uživatel má funkční zařízení v blízkosti svého dosahu (na krku).

Vhodná obuv - obuv s pevnou patou, nejlépe protiskluzová (Pokorná, 2017, str. 7-8).

2.2.1 Pomůcky ke snížení rizika pádu

Kompenzační pomůcky – chodítka, hole, vozíky.

Doplňky – stolečky u křesel, zajištěné lůžko, kužely na označení mokré podlahy.

Postranice u lůžka- u imobilních vždy z důvodu rizika pádu a u chodících jen na určenou dobu dle platné legislativy.

Omezující prostředky – pásy, kurty, postranice u lůžka - zvláštní použití a dokumentace dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 § 89 (Pokorná, 2017, str. 7; Varvařovský, 2013, str. 14-15).

2.2.2 Zásady pro použití omezujících prostředků

- lze omezující prostředky použít jen na nutnou dobu a to v případě: uživatel souhlasí, lze předvídat, že by souhlasil, je v ohrožení on či okolí, není možno vyžádat nyní souhlas
- souhlas lékaře - indikace či vyjádření pokud nebyla restrikce indikována, ale bylo nutno ji použít
- zachování důstojnosti ke klientovi
- poslušnost od nejmírnějších opatření- slovní uklidnění, odpoutání pozornosti, fyzický úchop, využití pomůcek či místa k bezpečnému pohybu, léky na uklidnění dle ordinace lékaře
- vedení dokumentace- identifikace klienta, datum, čas, důvod použití restrikce, jméno kdo opatření provedl a zda byla indikace lékaře
- seznámení zřizovatele nebo zákonné osoby
- povinnost hlášení poskytovatele služeb do 24 hodin soudu použití omezovacích prostředků tam, kde nebyl vyjádřen souhlas s využitím omezovacích prostředků. Fyzický úchop klienta se nehlásí (Brabcová et al., 2015, str. 9; Malíková, 2011, str. 284-285).

3. INTERVENCE V SOUVISLOSTI S POBYTEM SENIORA

V DOMOVĚ PRO SENIORY

Jedná se o intervence při přijetí klienta do domova pro seniory. Jde o popis činností, které provádí všeobecná sestra, která má klienta primárně na starost, v případě její nepřítomnosti sestra ve službě sloužící na daném úseku.

3.1 Dokumentace při příjmu

Všeobecná sestra je povinna vyplnit při příjmu klienta k pobytu následující dokumenty = v programu Cygnus verze 7.18 - Dokumentace klienta - Formuláře a dokumentace:

Ošetřovatelská anamnéza

Barthelové test všedních činností

Zhodnotit celkový stav klienta - zápis stěžejních informací do Přehledu záznamů a péče (stěžejní informace – mobilita klienta, omezení týkající se zdravotního stavu, rizika pádu...)

Vyplnit hodnotící dotazník s názvem Hodnocení rizika pádu - na stupnici od 0 do 28 bodů. Průběžné hodnocení rizika pádu – vždy při změně medikace, při změně zdravotního stavu, pravidelně každých 6 měsíců, při překladech, po návratu do zařízení z hospitalizace, propustky, dovolené (DS).

3.1.1. Ostatní intervence

Všeobecná sestra má povinnost:

Zjistit, zda doma klient používal vhodnou kompenzační pomůcku k pohybu. Pokud ji nemá, tak ji zajistit a zkontrolovat její správné používání.

Pomáhat a být přítomen u klienta při vyprazdňování, pokud je potřeba.

Doprovázet klienta při pohybu mimo lůžko, pokud je potřeba.

Ihned reagovat na zvonění klienta.

Edukovat klienta vždy v případě opouštění zařízení (propustka, dovolená) – poučení klienta o dodržování léčebného plánu, používání kompenzačních pomůcek, podat informaci, aby v případě změny zdravotního stavu vyhledal lékařskou pomoc.

Po návratu do zařízení zjistit případný výskyt pádu, přehodnotit riziko pádu a soběstačnost.
(DS)

3.2 Intervence po pádu klienta v domově seniorů

1) Kontrola zdravotního stavu klienta – stav vědomí, zranění, pohyblivost.

V případě bezvědomí - kontrola dýchání, srdeční činnosti - volat RZS a provést první pomoc.

Nehýbat s klientem dokud není provedeno vyšetření fyziologických funkcí a zdravotního stavu klienta.

2) Kontrola fyziologických funkcí - TK, P, S, TT, dech, u diabetiků změření glykemie.

3) Zjistit příčinu či důvody pádu (pokud lze zjistit).

4) Vyslechnutí postiženého, případných svědků události.

5) Vyplnit dokumentaci.

Záznam o nežádoucí události

- vyplňuje všeobecná sestra sloužící na úseku, kde se nežádoucí událost odehrála ihned po poskytnutí péče klientovi, nejdéle však do konce své pracovní doby. V případě pádu na konci směny, vyplní formulář sestra nastupující na novou směnu dle předání ústní informace a popisu události v hlášení - Přehledu záznamů a péče.

- v programu Cygnus verze 7.18 - Dokumentace klienta - Ostatní dokumentace - Záznam o nežádoucí události - vyplnit do dokumentu: své a svědkovo jméno, jméno klienta, u kterého byl pád zaznamenán, datum, čas, místo, příčinu, obuv, mobilita uživatele a doplňující informace o pádu.

Záznam do hlášení - Přehled záznamů péče - popis nežádoucí události (svými slovy co se stalo)

6) Provést kontrolu preventivních opatření - vzhledem k příčině pádu (nahlášení případných závad, nebo chybění opatření vrchní sestře)

7) Monitorace zdravotního stavu klienta - kontrola zdravotního stavu během služby všeobecnou sestrou. Nutno intenzivněji monitorovat zdravotní stav - především při poruše vědomí (Šenkárová, © 2012). Doporučená monitorace klienta: V první hodině po pádu – 1x za 20 minut, ve 2. hodině 1x za 45 minut a v dalších hodinách do uplynutí 24 hodin kontrola zdravotního stavu za 1-2 hodiny dle závažnosti pádu a zdravotního stavu klienta (vlastní).

3.1.3 Dokumentace související se záznamem pádu

Denní hlášení - Přehled záznamů a hodnocení péče (popis, kdy a za jakých okolností se pád stal)

Telefonické předání informace o zranění, vyšetření či hospitalizaci rodinným příslušníkům, nebo uvedeným kontaktním osobám.

Záznam o nežádoucí události – Hlášení o nežádoucí události.

3.2.1 Náležitosti zápisu do Hlášení o nežádoucí události

Nutno do zápisu uvést!

Jméno klienta, jméno sestry ve službě, případného svědka.

Čas, datum, místo nežádoucí události.

Popis události, důvod pádu (pokud je znám).

Stav klienta po pádu, případná zranění a potřebná vyšetření či ošetření.

Použitá preventivní opatření, obuv, mobilita klienta.

Zapsaný dokument všeobecná sestra ve službě vytiskne a předá vrchní sestře, která záznam o nežádoucí události projedná s vedením. Hlášení o nežádoucí události zůstává také v elektronické dokumentaci klienta. (DS)

4. SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY

Zákon č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění.

Zákon č.201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění.

Vyhláška č. 2/2016 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (Zákony pro lidi, © 2010-2018).

5. INDIKÁTORY SPLNĚNÍ STANDARDU

Kritérium hodnocení – dotazem, sledováním při práci nelékařských zdravotnických pracovníků.

- 1) Všeobecná sestra při příjmu vyplní potřebnou dokumentaci – viz. 3.1
 - sestra zhodnotí riziko pádu pacienta dle formuláře Hodnocení rizika pádu.
- 2) NELZP mají dostatečné teoretické znalosti, mají k dispozici naučnou literaturu a znění standardu.
 - nelékařský zdravotnický personál definuje pád
 - vyjmenuje minimálně tři preventivní opatření pádů u klienta
 - vyjmenuje alespoň tři stěžejní body intervence v případě pádů
 - vyjmenuje alespoň tři rizikové druhy léků

- vyjmenuje alespoň tři příčiny pádů
- 3) NELZP mají zajištěna pravidelná školení, vázající se k problematice pádů
 - pracovník má nasbíraný dostatečný počet hodin školení za rok (dle rozpisu a pracovního úvazku)
- 4) NELZP dodržuje bezpečnost práce při manipulaci s klientem a výkonu práce.
 - podporuje klienta v používání případných kompenzačních pomůcek, dá mu je nadosah
 - při přesazování má zabrzděné křeslo, postel
 - v případě přesunu imobilního klienta manipuluje s klientem ve dvojici pracovníků
 - v případě oblékání zvolí obuv s pevnou patou, vhodný oděv (ne dlouhé, velké kalhoty)
 - pokud je v dosahu mokrá podlaha, pokud je to možné, vyčká s manipulací, dokud podlaha neuschne, v případě rozlité tekutiny zavolá pracovníci úklidu, která zajistí označení místa výstražným kuželem a místo uklidí.
V nutném případě manipuluje s klientem se zvýšenou opatrností!

5.3. Kontrolní kritéria standardu

- 5) Každá stanice má pro každého klienta antidekubitární a polohovací pomůcky, pokud je vyžaduje a dostatek pomůcek k prevenci pádů.
 - klienti, kteří potřebují polohovací pomůcky, je mají v dosahu
 - klienti, kteří používají kompenzační pomůcky, je mají v dosahu
- 6) Roční kontroly platnosti standardu
 - zodpovědná osoba je vrchní sestra
 - hodnocení platnosti za rok po proběhnutí pilotní studie

6. LITERATURA

- 1) Česká asociace sester, 2007. *Pracovní postup prevence pádů a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. Praha: Česká asociace sester, revize 1.3.2017 [cit. 2017-10-07]. Tiskoviny. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/akce/cas_pp_2007_0003_revize_3.pdf
- 2) JAROŠOVÁ, Darja, et al., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
- 3) MALÍKOVÁ Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních* 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 4) POKORNÁ, Andrea, 2017. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí: Metodika nežádoucí událost - PÁD*. Praha: ÚZIS.
- 5) SVOBODOVÁ, Dita, 2017. Česká asociace sester: Pády [online]. Praha: Česká asociace sester, [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/pady>.
- 6) ŠENKAROVÁ, Zuzana., 2012. *Management pádů v ošetrovatelství*. Zdraví euro: Sestra [online]. Rožomberk: Mladá Fronta, 5.10.2012 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/management-padu-v-oseetrovatelstvi-466839>
- 7) VARVAŘOVSKÝ, Pavel., 2013. *Zpráva z návštěvy zařízení: zařízení sociálních služeb pro seniory* [online]. Veřejný ochránce práv, 17 s. [cit. 2018-01-26]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/zarizeni-socialnich-sluzeb-shrnuti.pdf
- 8) VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2011. *Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN: 1210-0404, roč. 21, č. 4, s. 44-45.

- 9) *Zákony pro lidi*, © 2010-2011 . *Zdravotnictví* [online]. Zlín: AION CS, [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/obor/zdravotnictvi>

7. ROZDĚLOVNÍK

ředitelka, NELZP

8. ZPRACOVATEL STANDARDU

Bc. Tereza Bambásková

9. SPRÁVCE DOKUMENTU

vrchní sestra

10. KLÍČOVÁ SLOVA

pád, nežádoucí událost, prevence, indikátor kvality

11. POUŽITÉ ZKRATKY

NELZP - nelékařský zdravotnický personál

DS - domov seniorů

RZS - rychlá záchranná služba

TT - tělesná teplota

TK - krevní tlak

P - puls

S - saturace

Příloha č. 4 - Kopie anonymního souhlasu s výzkumem

Data z výzkumu budou použita pouze pro diplomovou práci na téma Pád jako indikátor kvality ošetrovatelské péče. Práce bude zaměřena na výskyt pádů za určité časové období, příčiny, důsledky a opatření. Výsledná data budou statisticky zpracována a výstupem práce bude nově navržený standard. V případě zájmu Vám budou výsledky práce poskytnuty.

Autor: Bc. Tereza Bambásková
Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
- Nesouhlasím