

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Zuzana Snopková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Prevence pádu u klientů s revmatoidní artritidou

(bakalářská práce)

Autor:

Zuzana Snopková

Vedoucí práce:

PhDr. Věra Stasková

2011

Abstrakt

The topic of the bachelor thesis is fall prevention in patients suffering from rheumatoid arthritis. The topic would like to highlight fall prevention that is very important in patients with this disease. Rheumatoid arthritis is a chronic inflammatory disease of connective tissues of the whole organism. The main manifestations of the disease are affected joints, muscles and ligaments. This leads to significantly reduced mobility of joints. However, it can gradually affect other organs of human body, such as heart, respiratory system etc. The quality of life of these patients depends on at what stage of the disease the patient is. The disease gradually limits the clients' ability of self-care and increases their dependence on close family and friends. Morning stiffness often appears and swelling around the affected joints increase the risk of falling. The purpose of the treatment is to suppress pains, eliminate stiffness, increase muscle strength and improve function of the muscle. Fall prevention in clients with rheumatoid arthritis is an integral part of the treatment. A fall is an unpleasant experience for a client. It might belong to incidents that worsen and prolong the treatment. Thus, a fall might belong to situations that should be prevented. Due to everyday morning stiffness the clients are under permanent threat of a fall and that is why the treatment and prevention of a fall are very essential.

Three objectives were chosen for the practical part of the thesis. The first objective was to find out what measures to prevent a fall the clients with rheumatoid arthritis use. The second objective was to map what preventive procedures are used by nurses in medical facilities to prevent a fall of clients with rheumatoid arthritis. The third objective was to find out what measures preventing a fall would be appreciated by the clients with rheumatoid arthritis.

A qualitative method of research was applied. 5 clients with rheumatoid arthritis were one examined group. These respondents were chosen on the basis of pre-set criteria- these were: rheumatoid arthritis, stage of the disease III. and IV. and past history of hospitalization.

5 nurses taking care of clients with rheumatoid arthritis in a medical facility were the other examined group. The method of questioning, the technique of a non-standardized interview was applied.

The thesis revealed what kind of aids would be clients appreciated to prevent falling. On the basis of the collected data a draft was designed how to prevent falling in a medical facility for clients with rheumatoid arthritis and for nurses who take care of them. Then a set of ten preventive measures was created for clients with rheumatoid arthritis to prevent falling. These aids might be used in hospitals as a recommendation for nurses how to behave to prevent the clients with rheumatoid arthritis from falling and the nurses should provide clients with complex information how to prevent falling.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma prevence pádu u pacientů s revmatoidní artritidou vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji PhDr. Věře Staskové za odborné vedení práce, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří poskytli potřebné údaje. Děkuji své rodině za podporu při studiu.

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Revmatoidní artritida	5
1.1.1 Etiologie revmatoidní artritidy	5
1.1.2 Klinický obraz revmatoidní artritidy	6
1.1.3 Diagnostika revmatoidní artritidy	7
1.1.4 Terapie revmatoidní artritidy	9
1.2 Definice pádu.....	11
1.2.1 Příčiny vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou	12
1.2.2 Následky a komplikace pádů u klientů s revmatoidní artritidou.....	12
1.2.3 Využití kompenzačních pomůcek v prevenci pádu klienty s revmatoidní artritidou .	14
1.3 Intervence sester v prevenci pádu u klientů s revmatoidní artritidou v nemocnici	17
1.4 Intervence sestry v prevenci pádu u pacientů s revmatoidní artritidou v domácím prostředí.....	19
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	21
2.1 Cíle práce	21
2.2 Výzkumné otázky.....	21
3. Metodika	22
3.1 Použité metody	22
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	22
4. Výsledky.....	24
4.1 Rozhovory se sestrami.....	24
4.2 Rozhovory s pacienty.....	38
4.3 Výsledky dat v tabulkách- sestry	52
4.4. Kategorie dat v tabulkách – pacienti	59
5. Diskuze.....	67
6. Závěr	75
7. Seznam použitých zdrojů.....	79
8. Klíčová slova	83

9. Přílohy.....	84
-----------------	----

Úvod

Nemocných s onemocněním pohybového ústrojí neustále přibývá. Onemocnění pohybového ústrojí s sebou nese celou řadu handicapů. Omezuje klienta nejen v rozsahu pohyblivosti kloubů, ale také snižuje jejich schopnost vykonávat samostatně úkony sebezpečí a sebeobsluhy. Onemocnění pohybového ústrojí máme různé. Lze je odlišit dle původu, průběhu, terapie a prognózy na zánětlivé, degenerativní kloubní onemocnění, metabolická onemocnění, septické artritidy a mimokloubní revmatismus.

Revmatoidní artritida patří mezi chronické, systémové a zánětlivé onemocnění. Onemocnění může postihnout všechny věkové kategorie, ovšem nejčastěji postihuje především ženy 30 - 60 let. Procentuálně se vyskytuje u 1 % populace. Onemocnění prochází několika různě dlouhými fázemi. Střídá se akutní fáze s fází remise. V pozdějších stádiích onemocnění má nemocný určité problémy ve zvládnání věcí sebeobsluhy. Dnešní průmysl nabízí několik druhů kompenzačních pomůcek, které jim umožní veškeré úkony sebezpečí vykonávat.

Nemocní s revmatoidní artritidou trpí několika nepříjemnými projevy. Nejčastěji udávají bolest kloubů a ranní ztuhlost. Právě s ohledem na ranní ztuhlost hrozí klientům riziko pádu. Díky vyspělejšímu průmyslu, máme v dnešní době na výběr z několika kompenzačních pomůcek pro lokomoci, které podporují klienta v chůzi. Dále lze vybírat z několika kompenzačních pomůcek, které klientovi zajistí bezpečnější koupelnu, toaletu a kuchyň. Domácí prostředí je stejně rizikové pro pád, jako prostředí v nemocnici, a proto je nutné využívat preventivní opatření i doma.

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Prevence pádu u klientů s revmatoidní artritidou“.

Cílem této práce bylo zjistit opatření, které využívají klienti s revmatoidní artritidou k prevenci pádu. Dále zmapovat, jakých preventivních postupů sestry využívají v nemocničním zařízení k potlačení vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou. V neposlední řadě jsme chtěli poukázat na opatření, vedoucí k prevenci pádu, které by klienti s revmatoidní artritidou přivítali. Výstupem z těchto řádků je sestaven návrh, jak předcházet pádům v nemocničním zařízení pro pacienty s revmatoidní

artritidou a sestry o ně pečující. Tato pomůcka by mohla být využita v nemocnici, jako určité doporučení pro sestry, jak se chovat k zabránění vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Dále součástí výstupu bude sestaveno desatero preventivních opatření k zabránění vzniku pádu pro klienty s revmatoidní artritidou. To by klientům mělo podat ucelené informace o tom, co dělat, aby potlačili riziko pádu, které jim hrozí.

1. Současný stav

1.1 Revmatoidní artritida

Revmatoidní artritida je chronické systémové zánětlivé onemocnění, které postihuje především pohybový systém. Nejčastěji vede k destrukci a deformitám v kloubu, a proto dochází ke značnému omezení pohybu. Zároveň je nutné se zaměřit na prevenci pádu, která je vlivem sníženého pohybového rozsahu velice důležitá.

Jelikož se jedná také o systémové onemocnění, může dojít k tomu, že se rozšíří i do jiných orgánů lidského těla. Nejčastěji může zasáhnout dýchací systém, neurologický systém, srdeční systém apod. Dále revmatoidní artritida patří mezi autoimunitní onemocnění, kdy protilátky lidského těla bojují proti látkám vlastního organismu (1,5,14,18).

Tímto onemocněním trpí častěji ženy, především ve věku nad 30 let. Celosvětově je postiženo kolem 1% populace. Revmatoidní artritida nastupuje většinou plíživě, méně často akutně. Ovšem průběh onemocnění je velice proměnlivý. Nejčastěji se střídá fáze akutního vzplanutí s fází remise (1,12,18).

Život s tímto onemocněním znamená značné omezení a zkracuje život klienta přibližně o deset let, ale smrt v tomto případě přichází pouze výjimečně. Ovšem i přes značný pokrok ve zdravotnictví se jedná o léčbu celoživotní. V její léčbě se jedná pouze o navození tzv. remise onemocnění. (1,12,14,18).

1.1.1 Etiologie revmatoidní artritidy

Etiologie je doposud neznámá. Předpokládá se, že velkou úlohu hraje imunitní systém, především v podobě T- lymfocytů a makrofágů. B-lymfocyty produkují autoprottilátky, které vyvolávají zánět. Poté dochází vlivem zánětu k poškození chrupavky a následně k bolestivému poškození kloubu. Jednou z autoprottilátek je revmatoidní faktor, který se nachází přibližně u 80 % klientů s revmatoidní artritidou. Ten má veliký význam v diagnostice revmatoidní artritidy. K dalším protilátkám lze zahrnout antiperinukleární protilátky, antinukleární protilátky apod. Na vzniku onemocnění se dále podílí genetická prepozice jedince a infekce. Nesmí se ovšem opomenout i stres, kterým si pacient prochází. Ten riziko vzniku onemocnění zvyšuje.

V další kapitole zmíníme, jakými nepříjemnými projevy pacienti trpí. Mezi základní projevy patří tuhnutí v kloubu, bolest, otok kolem postiženého kloubu, později také deformace kloubu. Hybnost postiženého kloubu je minimální, a proto je riziko pádu velice vysoké. Toto riziko nesmí být opomíjeno a neustále se s ním musí pracovat (1,12,13,14,18).

1.1.2 Klinický obraz revmatoidní artritidy

Klinický obraz je velice různorodý a záleží na tom, ve kterém stádiu choroby se klient nachází a ve kterém kloubu zánět vznikl. Onemocnění může propuknout v jakémkoli věku, nejčastěji po 30. roce života. V prvotním stádiu tohoto onemocnění dochází k aktivaci imunitního systému a k rozvoji zánětlivého procesu. V této fázi se nejčastěji objevují nespecifické příznaky onemocnění jako nechutenství, únava, zvýšená teplota, bolest kloubů, úbytek hmotnosti. Tyto příznaky nejsou pro revmatoidní artritidu typické a vyskytují se i u jiných onemocnění (1,12,13,14).

Příznaky revmatoidní artritidy lze rozdělit na kloubní a mimo kloubní. K nejčastěji postiženým kloubům patří metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalageální (PIP) a radiokarpální (RC) klouby. Postižené klouby jsou teplejší, bolestivější na dotek, zduřelé, méně pohyblivé, oteklé a celkově nestabilní. Snížení pohyblivosti kloubu u pacientů s revmatoidní artritidou je velice časté, a proto riziko pádu je vysoké. Mezi první příznaky patří ranní ztuhlost, která je vyvolána otokem v zánětlivé tkáni. Ztuhlost může trvat až několik hodin a poté odeznívá. Z toho vyplývá, že v ranních hodinách hrozí riziko pádu nejvíce. Proto se při ošetřování těchto klientů musí na toto riziko myslet (1,12,13,14).

Při postupném zhoršování stavu dochází k určitým deformitám v kloubu. Pro postižení proximální interfalageální kloubů (PIP) je známá deformita tzv. labutí šíje (viz Příloha 1), knoflíkové dírky a nestabilní prst. S postupnou progresí onemocnění vedou destruktivní změny k ulnární deviaci prstů rukou (viz. Příloha 1). Postupné zhoršování hybnosti těchto kloubů vede především k poruchám sebeobsluhy.

Zánětlivý proces velice často postihuje i klouby nohy. Postiženy jsou, jak velké nosné klouby, tak i drobné klouby nohy. Poškození nosných kloubů je doprovázeno

bolestí a destrukcí související s kulháním a špatnou pohyblivostí. Často bývají postiženy kolenní klouby, kde dochází ke špatné stabilitě kolena. Méně často se vyskytuje postižení kyčelního kloubu. Poškození se objevuje i v metatarzofalangeálních kloubech (MTP), i zde je doprovázeno řadou deformit. Nejčastějším problémem je deformita kladívkových prstů (subluxace proximálních falangů) a hallux valgus (viz příloha 2), která vede především k omezení chůze a stability a tím zvyšuje riziko pádu. Deformity dolních končetin komplikují klientům výběr protiskluzové obuvi, která je, spolu s dalšími pomůckami, pro stabilní chůzi velice důležitá (1,12,13,14).

Závažným problémem může být postižení krční páteře, které vede k bolestem krku, závratím a paresteziím. I tyto komplikace u pacienta navozují pocit strachu z pádu.

Mimo kloubní příznaky se odvozují od toho, který orgánový systém je postižen. Vyskytují se plicní, srdeční, oční, jaterní, ledvinové, nervové a krevní postižení (1,12,14,18).

1.1.3 Diagnostika revmatoidní artritidy

Diagnostika revmatoidní artritidy zahrnuje několik vyšetření. V první řadě je to zjištění klientovy anamnézy, dále fyzikální vyšetření, laboratorní a diagnostického vyšetření. Při odběru anamnézy se klient rozpomíná, jakým onemocněním ve svém životě prošel. Přináší informace o klientově zdravotním stavu v minulosti. Při fyzikálním vyšetření se lékař zaměří na hybnost kloubů, celkový zdravotní stav, stav výživy, kloubní změny, stav kůže apod. Důležité je, rozpoznat revmatoidní artritidu od jiných onemocnění (osteoartróza, systémový lupus erythematoses..).

Laboratorní diagnostika zahrnuje vyšetření tzv. zánětlivých markerů. Sem patří vyšetření krevní sedimentace erytrocytů, která může být podstatně zvýšená. Dále určení CRP (C- reaktivní protein), který z důvodu autoimunního onemocnění nemusí být tolik vysoký (hodnoty nad 15 mg/l, obvykle 50 mg/l - míra zvýšení odráží vážnost poškození tkáně) a krevní obraz, kde se může vyskytnout leukocytoza (3,8,12,14,18,23).

Revmatoidní faktory se nejčastěji určují za pomoci latexového fixačního testu. Ovšem ani tyto faktory nejsou pro revmatoidní artritidu specifickými a mohou se

vyskytnout i u jiných onemocnění (bakteriální, parazitární infekce, plicní a jaterní onemocnění apod.).

K diagnostickým vyšetřovacím metodám patří především rentgen. Rentgen je schopný stanovit a poukázat na časné a pozdní změny. K časným změnám se dá zařadit kolemkloubní zduření měkké tkáně, osteoporóza či malé eroze kostí. K pozdějším změnám patří zúžení štěrbin a prohlubování místních povrchových erozí. Změny a určité deformity lze sledovat na rukou a zápěstí, nohou, kolenou, krční páteři apod. Dalším podstatným vyšetřením je počítačová tomografie, magnetická rezonance, ultrazvuková vyšetření a popřípadě scintigrafie. Zde se využívá radiofarmak podávaných do skeletu. Scintigrafie prokáže postižení v jednotlivých kloubech a využívá se k detekci nádorů, zlomenin a zánětu.

Mezi diagnostické metody se také řadí funkční testy revmatoidní artritidy. Tyto testy určují, do jaké míry je klient soběstačný. Dotazníků na funkční hodnocení byla navržena celá řada, ale nejčastěji se využívá dotazník HAQ (Health Assessment Questionnaire), (viz. Příloha 4). Dotazník obsahuje dvacet otázek týkajících se běžných denních činností. Tyto činnosti jsou zahrnuty do osmi kritérií: oblékání a úprava, vstávání, stravování, chůze, hygiena, dosažitelnost, stisk a činnosti (3,8,12,14,22).

Diferenciální diagnostika je založena na klinických projevech. Ta určuje progresi daného onemocnění. Využívá se diagnostika dle Steinbrockera (viz. Příloha 3), která rozlišuje 4 stádia revmatoidní artritidy. Hodnocení vyplývá z rozsahu postižení daného kloubu a RTG snímku. Klient je zařazen do určitého stadia, dle poškození určitého kloubu. Dále se revmatoidní artritida hodnotí dle kritérií Americké revmatologické asociace. Zde se diagnostikuje za pomoci určitých klinických kritérií, která se považují za diagnostická, až když trvají déle než šest týdnů. Klient musí splňovat minimálně čtyři kritéria ze sedmi.

Pokud u klienta diagnostika potvrdí onemocnění, je nutné se zaměřit na léčbu revmatoidní artritidy (3,12,13,14,22).

1.1.4 Terapie revmatoidní artritidy

Jelikož revmatoidní artritida ovlivňuje především činnost pohybového systému, omezuje klienta v běžných denních činnostech a především v pohybu, je důležité dbát na včasnou léčbu tohoto onemocnění. Cílem léčby je zmírnit bolest, omezit ranní ztuhlost, potlačit veškeré nežádoucí symptomy a dojít k remisi onemocnění. Léčba by měla být komplexní a mělo by se na ní podílet mnoho odborníků (revmatolog, psycholog, sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut, obvodní lékař, chirurg, sociální pracovník, ortoped). Léčba se dělí na farmakologickou, kdy se podávají farmaka (léčiv), dále na nefarmakologickou, kdy se využívá různých léčebných postupů. Velice podstatná je i spolupráce pacienta. Aby spolupráce byla co nejúčinnější, lékař revmatolog by měl klientovi sdělit veškeré informace, týkající se problematiky onemocnění, preventivních postupů, rizik komplikací, prognózy a především postupy a možnosti léčby, jedině tehdy bude úspěšná.

Nefarmakologická léčba nemoci zahrnuje režimová opatření, která by měl klient dodržovat. Důležitý je zejména dostatečný klid na lůžku, pokud je zrovna nemoc v akutní fázi a symptomy sužují klienta v plném rozsahu. V tomto případě je klid na lůžku přednější a rehabilitace se využívá jen jako prevence kontraktur.

Rehabilitace je komplex léčebných, diagnostických, preventivních a terapeutických opatření, které napomáhají vrátit jedince k maximální funkční svalové zdatnosti. Cílem rehabilitace je potlačit bolest, obnovit pohyb postiženého kloubu, dodat dostatečnou sílu postiženému kloubu a u zdravotně postižených pak zajistit co největší nezávislost. Rehabilitaci lze rozdělit na fyzikální léčbu, ergoterapii a sociální rehabilitaci. Fyzikální léčba využívá několik druhů energie za účelem prevence a léčení funkčních onemocnění. Ergoterapie se zabývá diagnostikou a tréninkem soběstačnosti v běžném denním životě (4,6,13,14,15,21).

Sociální rehabilitace spolu s ergoterapií se snaží klienta navrátit do společenského života. Zde lze zařadit Revma- ligu, sdružení, které se zaměřuje na zvyšování povědomí lidské populace o revmatických chorobách (17). Revma-liga pro své členy organizuje různé edukační akce a aktivity. K nejdůležitějším aktivitám této společnosti patří mimo jiné rehabilitační cvičení, které posiluje svalovou kondici

klienta. Odborníci této společnosti klientům také poradí, jaké pomůcky v oblasti sebezpečí a prevence rizika pádu by pro ně byly nejvýhodnější (17).

Lázeňská léčba je vhodná především pro klienty, kde nemoc není příliš aktivní. Vhodnost lázeňské léčby je určena specialistou revmatologem, který zváží, zda je onemocnění ve fázi, kdy by daná léčba byla účinná. Obecně je pobyt v lázních určen klientům, kteří se nacházejí ve druhém, třetím nebo čtvrtém stádiu onemocnění dle klasifikace Steinbrockera, a vyskytují se u nich funkční omezení typu b) dle dotazníku HAQ (podrobně probráno v kapitole 1.1.4). Lázeňský pobyt by měl zintenzivnit léčbu celého onemocnění. Tato léčba je založena na rehabilitaci a různých procedurách, které snižují riziko pádu. Procedury jsou navrženy tak, aby vyhovovaly zdravotnímu stavu klienta. Uvolňují svalové napětí a tím umožňují lepší pohyblivost v kloubu. Rehabilitace na proceduru navazuje pečlivým cvičením a tím dochází k upevnění stability chůze a pohybu. V prevenci pádu je proto rehabilitace velice podstatná. Klient nabude větší důvěry a chůze bude stabilnější a jistější (19).

Součástí komplexní léčby je farmakoterapie, užívají se především nesteroidní antirevmatika (NSA). Do této skupiny léčiv patří (ibuprofen, naproxen, diclofenac, který léčí zánětlivá a degenerativní onemocnění pohybového ústrojí). Používají se pro svůj analgetický a antipyretický účinek. Nástup účinku léku je velmi rychlý. Podávají se v počátku onemocnění, než začnou působit léky chorobu modifikující. NSA neovlivňují průběh zánětu a rentgenovou progresi onemocnění, a proto se dále kombinují s léky chorobu modifikující tzv. DMARDs. Tyto léky zlepšují stav nemocného a stav nemoci a zpomalují její destruktivní vývoj. Pro tento druh léků je typický pomalý nástup účinku. Do skupiny DMARDs léků patří sloučeniny zlata, sulfasalasin, methotrexát, penicilamin, popřípadě kortikosteroidy apod. Ty se podávají především v akutním stádiu choroby. Ovšem pro jejich velké množství nežádoucích účinků se po remisi klienta dávka těchto léků snižuje (1,4,12,14,15,18).

Léčba biologická je v dnešní době zároveň nejúčinnější. Je schopna blokovat cytokiny, popřípadě dokáže zastavit aktivaci imunitní buňky a tím může dojít až k potlačení RTG progresi onemocnění. Tato léčba spočívá v blokaci faktoru TNF- alfa,

který se podílí na daném zánětu. Při využívání tohoto druhu léčby dochází k brzké remisi onemocnění (12,13,14,15).

Invazivní intraartikulární léčba je charakterizována vpravením kortikosteroidů do postiženého kloubu. Tato metoda má výrazný protizánětlivý účinek, ovšem častá aplikace znamená poškození kloubu.

K chirurgické léčbě patří synovektomie, při které se odstraní část poškozené a zanícené synoviální membrány. Totální náhrady kloubů se provádějí především u větších dominantních kloubů (kolenní, kyčelní), ale mohou se využít i v léčbě malých kloubů ruky (ramenní, MCP atd.) (1,4,13,14).

1.2 Definice pádu

Ze slova „pád“ je odvozené slovo padat a to znamená klesat dolů. Doposud nebyla přijata žádná oficiální definice pádu. Naučný slovník pád definuje jako pohyb objektu svislým směrem k povrchu, způsobený zemskou přitažlivostí. Tato definice poukazuje na to, že pád je zařazen do mimořádných událostí, které vyústí klesnutím klienta k zemi. Mimořádná událost je situace, při které dojde k nějakému vážnému tělesnému či duševnímu traumatu. Uvedená definice upozorňuje, že se jedná o děj, který je nečekaný a nedobrovolný. Proto je pro klienty tak nebezpečný. Dochází při něm k různým komplikacím (uvedeny jsou v kapitole 1.2.2.). Pády jsou velice podstatným symptomem různých počínajících onemocnění pohybového aparátu, ale i zrakového vnímání, vestibulárního aparátu, nervového přenosu informací apod.

Revmatoidní artritida, jak už jsme jednou zmínili, je onemocnění pohybového aparátu, a právě proto je důležité se soustředit na prevenci pádu. Postižení kloubů a různé deformity dolních končetin riziko pádu zvyšují. Dále je podstatné si uvědomit, v jakém stádiu choroby se klient vyskytuje. Klienti, kteří dle klasifikace Steinbrockera (viz. Příloha 3) patří do třetího či čtvrtého stádia a byli už minimálně jednou hospitalizováni, jsou pro pád rizikovější. U těchto klientů bychom se měli na zvýšené riziko pádu více zaměřit (20,25,26).

1.2.1 Příčiny vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou

Příčina je předpoklad, který musí být splněn, proto, aby vznikla daná situace. V našem případě se to týká oblasti pádu. Pád nejčastěji vzniká působením mnoha příčin, a to vnitřních a vnějších (26, s. 24).

Mezi vnitřní příčiny patří předchozí pády, které u klienta navozují pocit strachu z dalšího pádu. Z toho vyplývá, že je podstatné u klientů s revmatoidní artritidou zjistit množství prodělaných pádů a usoudit, s čím daný pády souvisí. Dále je důležité odebrat od klienta veškeré důležité informace (jak často pád vzniká, kdy riziko pádu hrozí nejvíce apod.) a poté lékař klienta podrobí pečlivému vyšetření. Z toho lékař usoudí, zda je klient pro pád rizikový. Lékaře zajímají informace o poškození zraku, které riziko pádu zvyšuje. Dále nejistá chůze, která je u klientů s revmatoidní artritidou velice častá. Pokud klienta trápí nespavost, dochází k únavě, která pád více podmiňuje. Vnitřní faktory souvisí s každým jedincem a jsou výsledkem stárnoucího procesu. (7,9,25,26).

K vnějším příčinám vzniku pádu patří léky. Známe léky, u kterých hrozí větší riziko pádu (antidepresivy, hypnotika, sedativa, opiody, kortikoidy a nesteroidní protizánětlivé léky atd.). Je nutné z klientovy anamnézy zjistit, zda klient některý z těchto léků pravidelně užívá. U klientů s revmatoidní artritidou lze pomýšlet na pravidelné užívání nesteroidních protizánětlivých léků a kortikoidů. Popřípadě na zvýšené riziko klienta upozornit. Dále je nutné zjistit, zda klient využívá některých pomůcek, které zabraňují riziku pádu (držadla, hole). Je nutné upozornit na protiskluzovou obuv, která bude udržovat nohu ve správném funkčním postavení, bude pohodlná a pevná, nebude klientovi malá a bude mít protiskluzovou podrážku. Vnější příčiny jsou ovlivnitelné, riziko pádu lze co nejvíce z těchto příčin minimalizovat. Především u klientů s revmatoidní artritidou je nutno dbát na protiskluzovou obuv a kompenzační pomůcky (viz. Příloha 5). Pokud tyto pomůcky nejsou využívány, pak dochází k vyššímu riziku upadnutí (9,25,26).

1.2.2 Následky a komplikace pádů u klientů s revmatoidní artritidou

Následky a komplikace pádů jsou velice různé. Lze na ně pohlížet z hlediska zdravotnického zařízení a z pohledu poškozeného klienta. Zdravotní zařízení musí čelit

vyšším finančním nákladům spojeným s prodlužující se léčbou nemocného. Dále je podstatné zapsat pád do knihy úrazů. Každý klient, který je přijat do zdravotnického zařízení, by měl být podroben vyšetření, které se bude týkat rizika pádu. Nejčastěji to bývá prostřednictvím formulářů, které by měly být vyplněny po příchodu klienta na oddělení. Popřípadě zajistit dostatečná opatření, pokud informace z formuláře signalizují zvýšené riziko pádu.

Nejčastější následky pádu u pacientů s revmatoidní artritidou jsou podobné jako u jiných onemocnění. Revmatoidní artritida nejčastěji postihuje ženy a s tím souvisí i daleko větší riziko vzniku osteoporózy kostí, a proto lze zahrnout mezi nejčastější následky pádu zlomeniny. Dále sem patří různé hematomy, tržné rány či distorze. Velice časté bývají také poranění hlavy zahrnující komoče a kontuze. Nejzávažnější ovšem jsou mozková krvácení (9,25,26).

Mezi psychologické následky vzniklé po pádu patří strach z pádu, zhoršená rekonvalescence, deprese, pocit méněcennosti apod. Klient se po prodělaném pádu uzavírá do sebe, méně si věří, stydí se za svůj pád, cítí se starý, bez pomoci. Zdravotníci si tohoto aspektu musí všimnout, věnovat mu pozornost, měli by být trpěliví, klientovi věnovat při pohybu dostatek času a měli by minimalizovat veškeré příčiny vyvolávající upadnutí. Vlivem pádu mohou vzniknout i komplikace. Ty lze dělit na komplikace časně a pozdní. Komplikace časně jsou oděrky a sraženiny. K pozdním komplikacím patří vznik a vývoj imobility vzniklé z důsledku strachu z dalšího pádu. Velký vliv na úspěšné potlačení všech následků a komplikací vzniklých po pádu je včasná péče po pádu. Někdy je vhodné přizvat si pomoc psychologa. Pád je pro klienty velice nepříjemným zážitkem, nutná je odborná pomoc, kterou klientům poskytuje především sestra, která tráví s klientem nejvíce času, lékař, který léčí následky a komplikace po prodělaném pádu a velice často psycholog, který léčí psychické trauma prodělaného pádu. Psychické trauma znamená strach, úzkost, pocit méněcennosti, deprese. Klient se uzavírá do sebe a oddává se své nemoci. Pokud je klient dlouhodobě upoután na lůžko, hrozí riziko imobilizace a zhoršená sebek péče. (9,25,26).

1.2.3 Využití kompenzačních pomůcek v prevenci pádu klienty s revmatoidní artritidou

Kompenzace znamená náhradu určité selhávající funkce. Kompenzační pomůcky odstraňují klientovi určitý handicap a zároveň mu pomáhají zlepšit kvalitu života. Usnadňují pohyb a stabilitu klienta. Klienti s revmatoidní artritidou trpí hned několika handicapem, především v soběstačnosti, v pohybu a stabilitě klienta, a proto kompenzační pomůcky klientům napomáhají se zapojit zpět do života.

Ergoterapie znovu umožňuje posílit schopnost klientů s revmatoidní artritidou zvládnout nezávisle běžné denní aktivity. Cílem ergoterapie je navrátit klientovi s revmatoidní artritidou co největší soběstačnost a nezávislost v domácím a pracovním prostředí. Pomůcky na podporu soběstačnosti jsou využívány k usnadnění funkčních schopností a k zvýšení míry soběstačnosti. Pomáhají se klientům s revmatoidní artritidou navrátit do běžného života (2,6,9,10).

V dnešní době je v průmyslu na výběr z mnoha druhů pomůcek. Lze si je také dle klientova přání poupravit. Existují kompenzační pomůcky, které nahrazují určitou funkci úplně nebo jen částečně. Pomůcky lze rozlišovat na pomůcky pro lokomoci, pro domácnost, při sportu, pro sebeobsahu apod. Především se zaměříme na pomůcky vhodné k prevenci pádu. Je důležité rozlišit, které pomůcky jsou pro tento handicap nejvhodnější a které pomůcky by klienti s revmatoidní artritidou využili nejčastěji (9,10,26).

1.2.3.1 Prevence pádu v domácnosti s podporou klienta s revmatoidní artritidou

U klientů s revmatoidní artritidou by mělo dojít v domácnosti k určitým úpravám, aby se zabránilo riziku poškození zdraví klienta a minimalizovala se tak možnost upadnutí. V první řadě je důležité se zaměřit na dostatečné osvětlení a umístit protiskluzové podložky (viz. Příloha 5) všude, kde hrozí větší riziko pádu (koupelna, WC). Kompenzační pomůcky rozdělíme do skupin dle nebezpečných sektorů v bytě.

Kuchyň je velice nebezpečnou oblastí. Zde hrozí nejen riziko pádu, ale také komplikace vzniklé po pádu (popálení, říznutí apod.). Proto se i v tomto prostředí doporučují určitá opatření zabraňující pádu. Kuchyňská linka by měla vyhovovat

velikosti klienta. Potřebný je i dostatek místa k pohybu, pokud klient využívá invalidní vozík (viz. Příloha 5). V tomto případě je vhodné odstranit z bytu i prázky. Doporučují se vyšší židle nebo podsedáky na židli u jídelního stolu. Je vhodné při přípravě pokrmu v kuchyni si sednout a tím riziko pádu co nejvíce minimalizovat. V některých případech postačí různé úchyty, kterých se klient v případě únavy podrží. Dále zde klient využívá řadu kompenzačních pomůcek k udržení a podpoře soběstačnosti. Kuchyň je místnost, kde se připravují různé pokrmy a s ohledem na to se využívají určité kompenzační pomůcky. Klienti s revmatoidní artritidou trpí především zhoršenou možností úchopu. Tento problém lze vyřešit silnější rukojetí či jiným postavením rukojeti. Ke stravování klienti mohou využít talíře s vyšším okrajem, hrnečky s víčkem a příbor s nastavitelnou rukojetí. K přípravě potravy lze využívat různých otvíráků, držáků horkého nádobí, dále prkénko s protiskluzovou úpravou apod. Tyto pomůcky pomohou zkvalitnit soběstačnost klienta a především ho chrání před řadou různých úrazů (2,6,9,10,25).

Další rizikovou oblastí je koupelna a toaleta. Především zde je nutné používat protiskluzové podložky (viz. Příloha 5). Neměly by chybět v bytě žádného revmatika. Pokládají se nejčastěji v místech u vany či sprchy a u WC. Neopomenutelnou součástí vybavení WC jsou nástavce na toaletu (viz. Příloha 5). Klienti s revmatoidní artritidou velice často mívají problém s úchopem toaletního papíru, a proto využijí držák na papír s prodlužujícím úchopem. Do sprchy či vany se doporučuje umístit sedačky nebo opěrky (viz. Příloha 5), které riziko pádu velice potlačí. I úchyty (viz. Příloha 5) zde mají svoji nezastupitelnou úlohu. Důležité je zvolit správnou výšku umyvadla, protože nadměrné nahýbání klienta nad umyvadlem zvyšuje riziko upadnutí. V bytě revmatika lze pomýšlet na vodovodní baterii s čidlem pohybu nebo pákové vodovodní baterie, které spustí vodu bez velké námahy. K běžné denní hygieně jsou velmi vhodné hřebeny, kartáčky na chrup s upravenou rukojetí, speciální nastavitelné mycí houby a vaničky na mytí vlasů.

Zmiňovaná místa patří k nejrizikovějším oblastem pro pád. Je třeba si ale uvědomit, že k pádu může dojít kdekoliv a kdykoliv, proto by madla a úchyty měli být vhodně umístěny v celém bytě. Vhodnou prevencí pádu je i užívání protiskluzových bot a ponožek, ty by měli být neopomenutelnou součástí života revmatika (10,25).

1.2.3.2 Prevence pádu při chůzi klienta s revmatoidní artritidou

Potřeba chůze a přemísťování je velice individuální. Klienti s revmatoidní artritidou mají problémy s chůzí a v udržení rovnováhy. Pro klienty může tento handicap přinést celou řadu nepříjemných pocitů. V dnešní době se ovšem využívá mnoha kompenzačních pomůcek. K těmto pomůckám se nejčastěji využívají hole (viz. Příloha 5). Dnešní průmysl nabízí několik druhů holí (francouzské, podpažní a vycházkové), (9,10,24).

Francouzské hole se využívají v případě odlehčení zátěže dolních končetin a v případně zvýšení stability uživatele. Hůl postačí k zajištění stability u osob, které mají dostatečnou sílu v zápěstí. Hole podpažní se využívají v případě, kdy úchop rukojeti u francouzských holí není možný, kvůli velkému postižení kloubů ruky. Dále se využívají, pokud není dostatečná síla v zápěstí. Vycházková hůl se využívá pouze k podpoře těla.

Hole se nerozlišují jen podle funkce, ale také podle míry poskytované stability. Hole jsou buď obyčejné nebo dvou, tři či pěti bodové. Ty klient využije dle toho, jakou míru podpory a stability potřebuje. Je podstatné, že hole mají různá úchopová zakřivení, protiskluzové nástavce, různé opěrky apod. V případě větší imobility klienta je vhodné využít chodítka či invalidní vozík. Chodítka (viz. Příloha 5) lze rozdělit na pevná a s kolečky. Jejich velikost lze nastavit podle potřeb klienta. Invalidní vozík (viz. Příloha 5) je pro klienty s největší imobilizačním postižením. V dnešní době je na výběr z několika typů invalidních vozíků. Rozlišujeme především dva druhy vozíků. Elektrické vozíky jsou určeny především pro klienty, kteří nemohou sami manipulovat s vozíkem. Mechanické vozíky jsou určeny lidem, kteří mají dostatečnou sílu k ovládní vozíku v horních končetinách. Lze je vybrat dle různých příslušenství, která klient může využít (9,10,24).

1.2.3.3 Prevence pádu u klientů revmatoidní artritidou vleže

Klient potřebuje mít pocit, že i na lůžku bude v bezpečí. Potřeba zabezpečeného lůžka je ovšem závislá na tom, v jaké fázi onemocnění se klient nachází. Klient s lehčí fází (1. stupeň dle klasifikace Steinbrockera) choroby nepotřebuje žádné omezení lůžka,

kdežto klient s těžce imobilizující fází choroby lůžko s postranicí naopak využije. Lepší pohyblivost v lůžku je podmíněna využíváním hrazdičky, žebříčku apod. Je vhodné zaměřit pozornost i na volbu matrace a polštáře. Správná volba matrace a polštáře je velice důležitá pro fyziologické postavení páteře, to může poskytnout i polohovací lůžko. Klientovi s revmatoidní artritidou se z výše postaveného lůžka lépe vstává. Ovšem riziko pádu dále trvá, a proto je na místě, aby klientovi se vstáváním pomáhala druhá osoba. Jak jsme již zmínili, riziko pádu kvůli ranní ztuhlosti hrozí nejčastěji v ranních hodinách, a proto volba správné výšky a postavení lůžka je nezbytností. V ranních hodinách je důležité pomalé vstávání. Klienta nechat chvíli sedět, pokud to je trochu možné, přetrvat ranní ztuhlost na lůžku. Zapomínat by se nemělo ani na malé procvičení a rozhýbání ztuhlých kloubů.

Pokud je klient upoután pouze na lůžko, je vhodné využívat i jiné pomůcky zabraňující vzniku dekubitů, opruzenin a svalových kontraktur. Důležité je nezapomínat na pravidelné cvičení a rehabilitaci (9,10,25).

1.3 Intervence sester v prevenci pádu u klientů s revmatoidní artritidou v nemocnici

V péči o nemocné s revmatoidní artritidou je velice důležité využívat spolupráci všech specializovaných odborníků a vycházet z potřeb klienta, jedině tehdy bude léčba komplexní a účinná. Sestra plní hned několik rolí v poskytování péče o tyto klienty. Hlavním úkolem sestry v péči o nemocné s revmatoidní artritidou je zabránit vzniku pádu a pomáhat ve věcech sebeobsluhy. V první řadě sestra musí po příchodu klienta na oddělení zhodnotit spolu s lékařem jeho zdravotní stav. Poté se klient podrobí fyzikálnímu vyšetření lékaře a sestra vyplní několik formulářů. Jeden z nich je zaměřen na míru rizika vzniku pádu. Tento dotazník obsahuje několik otázek (klientův věk, zda bere některé léky, zda má pád v anamnéze apod.) Podle klientových odpovědí zjistíme výslednou míru rizika vzniku pádu. Pokud se zjistí, že klient je ohrožen větším rizikem pádu, zaměří se sestra na konkrétní intervence. První intervencí je umístit klienta na pokoj v blízkosti sesterny, kde bude dostatek prostoru. V případě pádu bude sestra na dosah. Pokoj by měl mít koupelnu zajištěnou držadly, sedáky ve sprchách a toalety s nástavcem. Nutné je klást dostatek pozornosti na suchou a protiskluzovou podlahu.

Dále zajistí klientovo lůžko signalizačním zařízením, které informuje sestru o klientově žádosti o pomoc. Sestra poté zajistí, aby klientovi byly ze strany lékaře sděleny veškeré informace (veškerá problematika onemocnění, preventivní postupy, riziko komplikací, prognóza a především možnosti léčby). Pak klienta upozorní na možná rizika pádu. Doporučí mu určité kompenzační pomůcky a zařídí, aby měl klient své pomůcky ve své blízkosti. Při výběru správných a vhodných kompenzačních pomůcek se sestra musí řídit klientovým stavem (stavem rovnováhy, stability, mírou postižení horních končetin apod.) a dále klientovými požadavky, které na pomůcky má. Při výběru správné kompenzační pomůcky je také důležitá spolupráce sestry s fyzioterapeutem a lékařem. V prevenci pádu především využije pomůcek, jako jsou berle, chodítka, popřípadě invalidní vozík. Je důležité dát klientovi tyto pomůcky do míst, kde na ně dosáhne. Riziko pádu se tím sníží. Klientovi sestra doporučí využívat protiskluzových bot, tím se riziko pádu také minimalizuje. Dalším krokem sestry je zajistit klientovi pravidelnou rehabilitaci, která zvyšuje svalovou sílu a zlepšuje koordinaci v pohybu. Sestra spolu s lékařem a fyzioterapeutem vytvoří cvičební plán a zhodnotí, jaké cviky by byli pro klienta nejvhodnější. Fyzioterapeut a sestra zaznamenávají klientův stav pravidelně do dokumentace. Opakovaně se provádějí testy (Barthelův test, test na riziko pádu apod.), které poukážou na zlepšení sebezpečí nebo na snížení rizika pádu. Důležité je ze strany sestry klientovi oznámit a připomenout určitá pravidla, která by měl dodržovat (pravidelně užívat léky a navštěvovat revmatologa, dodržovat plán rehabilitace, redukovat váhu apod.). Dále lze doporučit možnost charity domácí péče (1,6,11,24,26).

Riziko pádu hrozí především v ranních hodinách, jelikož ranní ztuhlost riziko pádu zvyšuje. Je nutné, aby na tuto skutečnost sestry braly ohledy a měly s klientem dostatek trpělivosti a vyčkaly, až ztuhlost postupně odezní. Je potřeba, aby sestry klientovi v ranních hodinách daly veškeré pomůcky důležité pro jejich sebezpečí do jejich bezprostřední blízkosti. Tím omezí riziko pádu v těchto nejrizikovějších hodinách.

Pád je velice traumatizující, a proto je třeba se mu co nejvíce vyhýbat. Klienti s revmatoidní artritidou mají veškeré dispozice, které poukazují na možné riziko pádu.

Proto je prvotní u těchto klientů pracovat s touto ošetrovatelskou diagnózou celou dobu hospitalizace a nadále i v domácnosti (1,9,11,26).

1.4 Intervence sestry v prevenci pádu u pacientů s revmatoidní artritidou v domácím prostředí

Pokud jde o ošetřování klienta s revmatoidní artritidou v domácím prostředí, je důležité zmapovat, o jaké prostředí se jedná. Jestli jde o jednopodlažní nebo vícepodlažní dům. Další důležitou informací je, zda klient bydlí sám, nebo v blízkosti svých příbuzných. Pokud se jedná o rodinný domek, je třeba doporučit bezbariérový přístup, nebo pacientovi doporučit bydlení v přízemní části domku. Ovšem to opět závisí na tom, v jakém stádiu nemoci se klient nachází. Klienti třetího nebo čtvrtého stadia onemocnění dle klasifikace Steinbrockera určitě bezbariérový přístup v domácím prostředí jedině uvítají. Důležité je doporučit kompenzační pomůcky, které by pohyb klientovi usnadnily. Do koupelny a na toaletu klientovi doporučíme protiskluzové podložky a různé další pomůcky. Užívání protiskluzových bot je také neopomenutelnou součástí života revmatika. Upozorníme, že v ranních hodinách musí být především velice opatrný. Nejlépe setrvat na lůžku než ranní ztuhlost odezní. Pokud je klient omezen i z hlediska sebeobsluhy a sebekpěče, doporučíme vhodné kompenzační pomůcky k podpoře sebekpěče.

Pokud s klientem v domácnosti bydlí jeho příbuzní, tak je sestra informuje o klientově zvýšeném riziku pádu. Doporučí jim veškeré vhodné kompenzační pomůcky, které by klientovi vyhovovaly (např. berle, chodítka, invalidní vozík, nástavce na toaletu apod.). Pokud to bude klientův stav vyžadovat, je třeba rodinu upozornit na určité změny v domácnosti. Toaletu vybavit nástavcem na toaletu a koupelnu vybavit madly, sedačkou do sprchy nebo vany. Kuchyň lze také začlenit do nebezpečných sektorů v bytě z hlediska pádu. Proto i tuto místnost bychom měli zabezpečit. Kuchyňský kout by měl vyhovovat klientově výšce, podsedáky na židle apod. (10,25).

Informujeme o důležitosti pravidelných návštěv u revmatologa. Klientovi sdělíme informaci o nutnosti užívání léků, které z části potlačí nepříjemné projevy tohoto onemocnění. Důležité je informovat i o pravidelném užívání antihypertenziv,

kteřé riziko pádu také podmiňuje. Připomeneme rehabilitaci, která je nezbytností. Lze doporučit možnost pravidelné návštěvy organizací zajišťujících domácí péči.

Toto onemocnění klienta dosti invalidizuje a musí se s tímto faktem smířit. Rozhodně se mu nesmí poddávat, ale dělat vše proto, aby byl co nejdéle samostatný a nezávislý. Riziko pádu je dost závažnou komplikací, která s sebou nese spousty následků. Je lepší se tomuto riziku co nejvíce bránit, a proto je prevence v této oblasti velice důležitá. Preventivní opatření v domácnosti je stejně podstatné jako preventivní opatření v nemocnici nebo venku. Riziko pádu hrozí klientovi všude, a proto se na to musí brát ohledy. Spektrum kompenzačních pomůcek v oblasti rizika pádu je v dnešním průmyslu velmi rozmanitý. Je zapotřebí pacienty s revmatoidní artritidou s pomůckami seznámit a následně vysvětlit jejich přednosti. Některé pomůcky se staly neopomenutelnou součástí života pacientů s revmatoidní artritidou (např. protiskluzová obuv a podložky.) a určitě budou přicházet pomůcky nové (11,10,24,25).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit opatření, které využívají klienti s revmatoidní artritidou k prevenci pádu.

Cíl 2: Zmapovat, jakých preventivních postupů sestry využívají v nemocničním zařízení k potlačení vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou.

Cíl 3: Zjistit jaká opatření, vedoucí k prevenci pádu, by klienti s revmatoidní artritidou přivítali.

2.2 Výzkumné otázky

V 1: Jaká opatření klienti s revmatoidní artritidou využívají k zabránění vzniku pádu?

V 2: Jakých preventivních postupů sestry využívají, aby zabránily vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou?

V 3: Jaká opatření by klienti v prevenci pádu s revmatoidní artritidou přivítali?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro zpracování bakalářské práce a k dosažení stanovených cílů byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru.

Před zahájením výzkumného šetření byla oslovena hlavní sestra nemocnice České Budějovice, která šetření povolila. Dále byla oslovena vrchní sestra a staniční sestra interního oddělení nemocnice České Budějovice, kteří výzkumné šetření umožnily.

Pro srozumitelnost a doplnění informací, byl proveden předvýzkum u 2 pacientů s revmatoidní artritidou a dvou sester. Na základě tohoto předvýzkumu byly otázky k rozhovoru upraveny. Některé otázky byly vyřazeny, některé doplněny. Odpovědi na otázky byly zpracovány písemně formou rozhovorů, kdy výsledky byly zpracovány do tabulek.

Rozhovor s pacienty s revmatoidní artritidou byl anonymní, obsahoval 10 otázek a byl veden na základě připravených otázek. Otázky, které byly kladeny, se týkaly preventivních postupů, v oblasti rizika pádu, u klientů s revmatoidní artritidou (viz. Příloha 6).

Rozhovor se sestrami byl také anonymní, obsahoval 8 otázek a byl také veden na základě připravených otázek. Otázky se týkaly preventivních postupů, které sestry využívají v prevenci pádu u pacientů s revmatoidní artritidou v nemocničním zařízení (viz. Příloha 7).

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný vzorek pro sběr dat tvořili nemocní s revmatoidní artritidou a sestry pečující o tyto klienty.

První zkoumaný vzorek tvořilo 5 pacientů s revmatoidní artritidou. Základním kritériem pro výběr pacientů byl předpoklad třetího a čtvrtého stádia onemocnění dle klasifikace Steinbrockera a dále v minulosti prodělaná

hospitalizace. S rozhovorem souhlasilo všech 5 dotazovaných respondentů. Údaje byly zpracovány během měsíce května 2011.

Druhý zkoumaný vzorek tvořilo 5 sester z interního oddělení v nemocnici Českých Budějovicích, které se o pacienty s revmatoidní artritidou starají. Základním kritériem pro výběr sester, byla spolupráce na ošetřování pacientů s revmatoidní artritidou. S rozhovorem všech 5 sester souhlasilo. Rozhovory se sestrami byly také anonymní a dobrovolné. Dotazování proběhlo během měsíce května 2011.

4. Výsledky

4.1 Rozhovory se sestrami

Rozhovor č 1- sestra 1

Respondentka č 1 je žena, která má vystudovanou SZŠ obor všeobecná sestra. Pracuje na interním oddělení v Českých Budějovicích. Jako sestra pracuje už 15 let, ovšem na zmiňovaném oddělení pracuje 10 let. Prvních 5 let pracovala na oddělení následné péče.

Rozhovor byl veden v oblasti rizika pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Na tomto oddělení sestry pečují o klienty s revmatoidní artritidou.

První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jaká preventivní opatření sestry využívají na oddělení, aby zabránily riziku pádu u klientů s revmatoidní artritidou. „Nejčastěji využíváme postranice u postele, které zvedáme u klientů, kterým hrozí riziko pádu nejvíce. Dále se na našem oddělení vyskytují madla, nástavce na WC a sedačky ve sprchách. Ty také využíváme velice často. Klienta s revmatoidní artritidou do sprchy doprovodíme. Klient může využít sedačky ve sprše, pokud se bude cítit bezpečněji. Na celém oddělení máme bezbariérový přístup, ikdyž to je povinnost každého oddělení. Po ulehnutí klienta do lůžka, podáme klientovi s revmatoidní artritidou veškeré pomůcky do nejbližší vzdálenosti a podáme mu signalizační zařízení. Kompenzační pomůcky klient s revmatoidní artritidou musí mít své, u nás na oddělení půjčíme jen berle a popřípadě invalidní vozík, jinak vše ostatní musí mít klient své nebo o tyto pomůcky požádat lékaře. Pomůcky pro udržení své soběstačnosti na oddělení také nemáme, tak i v tomto případě prosíme příbuzné nebo samotné klienty, aby si přinesli pomůcky své.“

Druhou oblastí výzkumného šetření jsme vybrali otázky, které zjišťovaly, jak dané oddělení zjistí, že je klient rizikový pro pád. „Většinou po příchodu klienta na oddělení sepisujeme klientovu ošetrovatelskou anamnézu. Zde zjistíme veškeré klientovi problémy, ke kterým patří i zvýšené riziko pádu a

snažíme se s nimi pracovat. V oblasti rizika pádu využíváme dotazník, který se u klientů vyplňuje, pokud mají zvýšené riziko pádu.“ *Jak zjistíte, že je klient rizikovější?* „Pokud klient sám ve své anamnéze popisuje zhoršenou chůzi, nebo nějaké závratě. Nebo pokud je to starší osoba 50-ti let a výše. Ale většinou to člověk na klientovi pozná už po příchodu na oddělení.“ *Jak často dotazníky u klientů se zvýšeným rizikem pádu vyplňujete?* „Dotazník vyplňujeme jen jednou při příchodu klienta na oddělení. Ovšem pokud se klient natolik zlepší, že riziko pádu už nehrozí, poté mu tuto ošetřovatelskou diagnózu zrušíme. To se ovšem stává velice zřídka. Ovšem informace o klientovi si předáváme každou službu, a proto riziko pádu zmíníme i u předávání směny. Dále klienti, kteří trpí zvýšeným rizikem pádu, jsou označeni na nástěnce pacientů vykřičníkem. Do této skupiny zařadíme i klienty s revmatoidní artritidou. Pro nás, jako zdravotnický personál, je to jen výhodou, při pohledu na nástěnku hned zjistíme, který z klientů je rizikový pro pád.“

Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na to, co dělají sestry, aby zajistily klientovi s revmatoidní artritidou větší bezpečnost. „Je pravda, že máme kolikrát na oddělení takový rumec, že péče o tyto klienty je stejná jako o ostatní. Ovšem pokud to jenom trochu jde, tak zvolíme častější kontrolu stavu klienta. Pokud je klient jen ležící pacient, v tom případě zajistíme postranici. Dodáme k lůžku veškeré pomůcky („bažanta“, berle, hole, invalidní vozíky...). Pokud je klient s revmatoidní artritidou chodící, tak mu doporučíme při návštěvě toalety, aby si zazvonil a řekl o doprovod, který pro něj bude bezpečnější. Lékař pro klienta zajistí pravidelnou rehabilitaci, která ovšem věnuje svým klientům na základě sníženého počtu fyzioterapeutů málo času. Denně s klienty cvičí přibližně 15 minut. Kompenzační pomůcky máme na oddělení jen v omezeném množství, a proto doporučujeme, aby si klienti brali své pomůcky z domova.“ *Vzhledem k tomu, že u těchto klientů hrozí větší riziko pádu v ranních hodinách v souvislosti s ranní ztuhlostí, děláte nějaká preventivní opatření v těchto ranních hodinách?* „Jelikož ráno provádíme ranní hygienu, tak jim raději dáváme lavory k lůžku, zde se opláchnou. Později

odpoledne, když je více času, tak je doprovodíme do sprchy, kde se mohou lépe omýt. V ranních hodinách jim dáme veškeré pomůcky určené k usnadnění pohybu do bezprostřední blízkosti. Ovšem, jak jsem již zmínila, je třeba, aby si veškeré pomůcky vzali sebou do nemocnice z domova. U nás na oddělení je těchto pomůcek omezené množství (3x pár berlí, 2x invalidní vozík).“ *Jelikož mají klienti s revmatoidní artritidou deficit i v sebekéči, jak zajistíte pomoc klientovi v takových případech?* „Samozřejmě to chce dost trpělivosti. Jelikož máme na oddělení více klientů, proto se snažíme mnoho výkonů udělat za ně. Umýt záda, učesat, pomoci obléci apod. Většinou nás tlačí čas, a proto jen dohled ve většině případu nestačí.“

Čtvrtou oblastí výzkumného šetření zjišťujeme, jaké informace sestry klientovi s revmatoidní artritidou podají z hlediska prevence pádu. „Informujeme klienty o zvýšeném riziku pádu. Proto jim oznámíme větší opatrnosti na chodbách. Při procházce nebo návštěvě toalety či sprchy doporučíme dopomoc sestry. Oznámíme klientovi nutnost používání svých kompenzačních pomůcek v oblasti chůze. Dále doporučíme protiskluzové boty, přece jen pantofle v těchto případech neplní kritéria pro správnou protiskluzovou obuv. Doporučíme rehabilitační cvičení, která s klientem bude cvičit fyzioterapeut. V ranních hodinách doporučíme především naší dopomoc, dostatek trpělivosti. Vysvětlíme, že v ranních hodinách je pohyblivost kloubů omezená nejvíce, a proto musí být velice opatrní a trpěliví. Ráno jim dopomůžeme ve všech činnostech hygieny a oblékání.“

Poslední oblastí výzkumného šetření je otázka, zda sestry získávají od klienta nějaké informace o prevenci pádu. Většinou jsou klienti obeznámeni, že mají zvýšené riziko pádu, ovšem prevenci nechávají na nás. Za svou praxi jsem se neseťkala ještě s klientem, který by nám něco doporučil. Asi mají k personálu nemocnice respekt a svůj názor se bojí vyjádřit.

Rozhovor č 2- sestra 2

Respondentka č 2 je žena, která má vystudovanou JČU- zdravotně sociální fakultu (obor všeobecná sestra). Před dvěma lety dokončila bakalářské studium na této škole a nastoupila na interní oddělení v nemocnici České Budějovice.

Rozhovor byl veden v oblasti rizika pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Na tomto oddělení sestry pečují o klienty s revmatoidní artritidou.

První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jaká preventivní opatření sestry využívají na oddělení, aby zabránily riziku pádu u klientů s revmatoidní artritidou. „Na oddělení využíváme především postranice, které riziko pádu u ležících pacientů s revmatoidní artritidou, velice potlačí. Pravidelně navštěvujeme pokoj. Častá kontrola stavu klienta, je v oblasti většího rizika pádu velice podstatná. Pokud hrozí klientova nespolupráce a ubližování sobě i ostatním zdravotníkům musí se použít kurty. Ovšem to podléhá pečlivé kontrole z hlediska Listiny práv a svobod jedince, a proto se snažíme řešit tento problém častěji pomocí jiných prostředků (např. domluvou apod.). Pokud je pacient pouze ležící pacient, je nutné mu dát do bezprostřední blízkosti veškeré pomůcky i určitá přídatná zařízení do lůžka (např. hrazdika, žebříček, antidekubitární pomůcky, signalizační zařízení apod.). V sociálním zařízení, jako je koupelna a toaleta, máme především madla a bezbariérový přístup. V některých koupelnách máme i sedačku, na kterou si klient při sprchování může sednout. Tu ovšem nemáme v každé koupelně. V ranních hodinách se vytírá, a proto pacienty na kluzkou podlahu upozorníme a popřípadě je kamkoliv doprovodíme.“ *Jste schopni pacientovi půjčit nějaké kompenzační pomůcky z hlediska prevence pádu?* „Pacientovi jsme schopni půjčit maximálně berle a invalidní vozík. Ovšem i tyto pomůcky máme v omezeném množství. Proto je třeba, když klient nemá pomůcky své, aby mu je předepsal lékař.“

Druhou oblastí výzkumného šetření jsme vybrali otázky, které zjišťovaly, jak dané oddělení zjistí, že je klient rizikový pro pád. „Nejčastěji tuto problematiku zjišťujeme pomocí dotazníků neboli formulářů. Formulář obsahuje

otázky, které poukazují na zvýšené riziko pádu. Pokud pacient vyjde z tohoto dotazníku jako rizikovější, označíme si ho na tabuli pacientů vykřičníkem. Dále u klientů vyplňujeme ošetřovatelskou anamnézu, kde se zaměřujeme také na riziko pádu.“ *Jak často tento dotazník neboli formulář vyplňujete?* „Formulář vyplňujeme jen při příchodu pacienta na oddělení.“ *Jakým způsobem si s ostatními sestrami předáváte hlášení o zvýšeném riziku pádu?* „S tímto rizikem pracujeme jako s ošetřovatelskou diagnózou, a proto každý den vyhodnocujeme, zda dochází ke zlepšení nebo zhoršení. To si každá služba přečte v ošetřovatelské anamnéze. Dále nám velice pomáhá vykřičník u těchto klientů na tabuli pacientů. Ovšem pokud dojde k nějakému zvrtnému zlepšení či zhoršení, určitě dojde k předání této informace následující službě.“

Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na to, co dělají sestry, aby zajistily klientovi s revmatoidní artritidou větší bezpečnost. „V první řadě, pokud to je jen trochu možné, klientovi s revmatoidní artritidou zajistím pokoj, který má koupelnu se sedačkou. V tomto případě bude pro tyto klienty sprchování jednodušší. Dále zajistím pravidelnou a častou kontrolu pacientova stavu. Upozorním ho, že ho ráda doprovodím, pokud bude třeba. Pokud je klient ležící, zajistím mu zvednuté postranice. Dle ordinace lékaře zajistím rehabilitaci. Fyzioterapeuti za pacienty dochází každý den a věnují se jim přibližně 15 minut. V tomto případě u klientů s revmatoidní artritidou je to nedostačující, ovšem s tím jako sestřičky nic neuděláme. Samy na rehabilitaci čas nemáme. Dále zajistíme klientovi veškeré kompenzační pomůcky. Nejčastěji si je pacient nosí z domova, v tom případě mu je dáme do bezprostřední blízkosti. Pokud si je nepřinesou, poprosíme rodinné příslušníky, aby je pacientovi přivezli, protože, jak už jsem zmínila, na oddělení máme pomůcky jen v omezeném množství.“ *Vzhledem k tomu, že u těchto klientů hrozí větší riziko pádu v ranních hodinách v souvislosti s ranní ztuhlostí, děláte nějaká preventivní opatření v těchto ranních hodinách?* „V ranních hodinách se provádí celková hygiena pacientů. Většinou na zvýšený dohled u těchto klientů není dostatek času. Ovšem pokud nám to čas jen trochu dovolí, zajistíme dohled při hygieně, samozřejmě

dopomoc při hygieně a oblékání. Hlavně to chce trpělivost. Pacientům s revmatoidní artritidou odeznívá ranní ztuhlost kolikrát až za hodinu, a proto jim v tuto dobu dáme veškeré kompenzační pomůcky na dosah a doporučíme jim, aby se nikam nevzdalovali, dokud ta ztuhlost neodezní.“ *Jelikož mají klienti s revmatoidní artritidou deficit i v sebekéči, jak zajistíte pomoc klientovi v takových případech?* „Jak už jsem zmínila, v ranních hodinách dosti často nemáme čas. Klientů máme na oddělení kolem třiceti, pokud je plný stav, a proto se nelze věnovat jen jednomu klientovi. Většinou mu s mytím a oblékáním pomáháme, někdy to raději uděláme za něj, abychom ušetřily čas. Většinou to chce čas a dost trpělivosti. Ráno je práce nejvíce, ovšem odpoledne je času více, a proto se jim věnujeme především v odpoledních hodinách. Pokud to čas dovoluje, cvičíme oblékání, hygienu apod. Ovšem pomůcky pro usnadnění sebekéče, musí mít pacienti s revmatoidní artritidou své z domova.“

Čtvrtou oblastí výzkumného šetření zjišťujeme, jaké informace sestry klientovi s revmatoidní artritidou podají z hlediska prevence pádu. „Informovanost u těchto pacientů je velice podstatná. Ovšem pacienti už z domova znají, jak se chovat po ránu, když hrozí riziko pádu nejvíce apod. Ovšem z hlediska informovanosti v nemocnici pacientovi podáme informace o důležitosti využívání protiskluzových bot a kompenzačních pomůcek. Dále doporučíme doprovod při chůzi. Pokud je ráno mokrá podlaha od vytírání, upozorníme na setrvání na lůžku po dobu mokré podlahy. V ranních hodinách doporučíme pomalé vstávání, vstávat až když odezní ranní ztuhlost, popřípadě dopomoc při návštěvě toalety apod.“

Poslední oblastí výzkumného šetření je otázka, zda sestry získávají od klienta nějaké informace o prevenci pádu. „Ikdyž si klienti často uvědomují své riziko v oblasti pádu, nikdy jsem se nesečkala s žádným klientem, který by podával informace z hlediska rizika pádu. Sestry většinou samy vyhodnotí riziko dle stavu klienta.“

Rozhovor č 3- sestra 3

Respondentka č 3 je žena, která má vystudovanou Střední zdravotnickou školu. Její praxe v nemocnici už trvá 35 let. Na interním oddělení v Českých Budějovicích pracuje už 25 let.

Rozhovor byl veden v oblasti rizika pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Na tomto oddělení sestry pečují o klienty s revmatoidní artritidou.

První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jaká preventivní opatření sestry využívají na oddělení, aby zabránily riziku pádu u klientů s revmatoidní artritidou. „V první řadě klientovi podáme signalizační zvonek a naučíme ho s ním zacházet. Pokud je pacient s revmatoidní artritidou ležící pacient, zvedneme mu postranice. Pacienta obeznámíme s oddělením, vysvětlíme, kde najde koupelnu a WC, kde bude mít stoleček apod. V koupelně je bezbariérový přístup, madla a sedačka ve sprše. Na toaletách jsou nástavce na toaletu a madla. Signalizační zařízení je nezbytnou součástí i sociálních zařízení. V těchto místnostech je riziko pádu velmi zvýšené. Dohled při hygieně je také velice důležitý.“ *Jste schopni pacientovi půjčit nějaké kompenzační pomůcky z hlediska prevence pádu?* „Na oddělení lze zapůjčit jen berle. Ovšem je nutné, aby pacientovi pomůcky předepsal lékař, protože tyto pomůcky jsou na oddělení jen v omezeném množství. Invalidní vozíky máme na oddělení jen dva a ty slouží k přepravě pacientů na různá vyšetření, proto je klientům půjčit nemůžeme. Ovšem může tuto pomůcku předepsat klientovi lékař, ten ji pak dostane svou. Všechny ostatní pomůcky musí mít klient své. Ostatní pomůcky klientovi nepůjčíme, protože je na oddělení ani nemáme. Předpokládá se, že klient má své.“

Druhou oblastí výzkumného šetření jsme vybrali otázky, které zjišťovaly, jak dané oddělení zjistí, že je klient rizikový pro pád. „Riziko pádu u pacientů zjišťujeme pomocí vyplňování dotazníků. Dotazník obsahuje přibližně 8 otázek, které se zabývají zvýšeným rizikem pádu. Pak dle výsledku s pacientem pracujeme. Když je pacient rizikovější, označíme to do jeho ošetřovatelské anamnézy, kterou sepisujeme při příjmu pacienta na oddělení. Dále to označíme

do rozpisu pacientů vykřičníkem. Takto každá sestra hned vidí, zda je klient rizikový pro pád nebo není.“ *Jak často tento dotazník neboli formulář vyplňujete?* „Dotazník pro pád vyplňujeme jen při příchodu klienta na oddělení, následovně ho vyplňujeme pouze tehdy, pokud dojde k významnému zhoršení. Pokud dojde k výraznému zlepšení, diagnóza se zruší.“ *Jakým způsobem si s ostatními sestrami předáváte hlášení o zvýšeném riziku pádu?* „O zvýšeném riziku si podáváme hlášení jak ústní při předávání služeb, tak písemné, formou vyplňování ošetřovatelských diagnóz. Ty se vyplňují každou směnu a tím sestra vidí určité zlepšení či zhoršení. Ovšem je to hrozné papírování. Sestra díky těmto papírům přestává mít čas na samotného pacienta.“

Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na to, co dělají sestry, aby zajistily klientovi s revmatoidní artritidou větší bezpečnost. „Nejprve pacientovi dám do blízkosti veškeré pomůcky a signalizační zařízení. Vysvětlím mu, jak má s daným zařízením zacházet a kdy ho použít. Pokud je pacient čistě jen ležící klient, zajistím mu zvednutí postranic. Častější kontrola stavu pacienta je zde na místě. Pokud lékař pacientovi předepíše rehabilitaci, tak ji zajistím. Po domluvě s fyzioterapeutem se s pacientem s revmatoidní artritidou cvičí. Ovšem v rámci času na cvičení je to velmi nedostačující. Dále je důležitá protiskluzová obuv, která by měla být neopomenutelnou pomůckou těchto klientů. Pacientovi vysvětlím, že doprovod kamkoliv je velice důležitý, a proto, aby si pokaždé zazvonil.“ *Vzhledem k tomu, že u těchto klientů hrozí větší riziko pádu v ranních hodinách v souvislosti s ranní ztuhlostí, děláte nějaká preventivní opatření v těchto ranních hodinách?* „Nejčastěji se snažíme jim věnovat více času při hygieně. Ovšem to v těchto ranních hodinách moc nejde. Čas na klienty, kteří musí být umytí a oblečení, je potřeba rovnoměrně rozdělit. Na oddělení bývá kolem třiceti klientů, a proto se sestry nemohou starat jen o klienty s revmatoidní artritidou se zvýšeným rizikem pádu. Ovšem, že se snažíme těmto klientům věnovat více, ale někdy to hold nejde. Každopádně je upozorníme, že vzhledem k jejich rannímu ztuhnutí, musí být trpěliví. Vše jim dáme do bezprostřední blízkosti a doporučíme, aby se vstáváním počkali do odeznění

ztuhlosti. Pokud budou potřebovat někam doprovodit, aby si vždy vyčkali na někoho, kdo půjde s nimi.“ *Jelikož mají klienti s revmatoidní artritidou deficit i v sebeběči, jak zajistíte pomoc klientovi v takových případech?* „Jak jsem zmínila, ráno toho času moc není, a proto se snažíme ve většině případů, místo dopomoci, raději koupel a oblékání provést za ně. Ovšem pokud ze strany klienta vidíme snahu, dáme klientovi větší možnost provést ranní hygienu a oblékání sám. Ovšem veškeré pomůcky, které klienti s revmatoidní artritidou potřebují, musí mít své.“

Čtvrtou oblastí výzkumného šetření zjišťujeme, jaké informace sestry klientovi s revmatoidní artritidou podají z hlediska prevence pádu. „Klientovi doporučím především pomalé ranní rozjezdy. Aby byl především po ránu velice trpělivý. Doporučím klientovi doprovod kamkoliv. Důležité je využívat veškeré kompenzační pomůcky, a pokud jde o hygienu, tak tu provádět po ránu u lůžka a odpoledne se nechat doprovodit do sprchy. Pokud je ráno mokrá podlaha od vytírání, klienta upozorním a doporučím zůstat na lůžku. Především rodinným příslušníkům vysvětlím, jak je důležité klientovi přinést veškeré kompenzační pomůcky, protože jsou bez nich v ohrožení.“

Poslední oblastí výzkumného šetření je otázka, zda sestry získávají od klienta nějaké informace o prevenci pádu. „Klienti si velice často ani své riziko v oblasti pádu neuvědomují. Od toho jsou sestry, aby jim prevenci v tomto problému poskytly. Pokud je to jen trochu možné, snažíme se klientovi riziko pádu vysvětlit a informovat o něm, ale ne vždy to stav klienta dovoluje.“

Rozhovor č 4- sestra 4

Respondentka č 4 je žena, která vystudovala Střední zdravotnickou školu. Pracuje na interním oddělení v Českých Budějovicích. Před dvěma lety vrátila z rodičovské dovolené. Pracuje na interním oddělení 10 let.

Rozhovor byl veden v oblasti rizika pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Na tomto oddělení sestry pečují o klienty s revmatoidní artritidou.

První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jaká preventivní opatření sestry využívají na oddělení, aby zabránily riziku pádu u klientů s revmatoidní artritidou. „Pro tyto klienty máme na oddělení bezbariérový přístup. Dále na pokojích mají koupelnu a toaletu vybavenou madly, sedačkou ve sprchách a nástavcem na toaletách. Pacienta seznámím s pokojem a nadále s celým oddělením. Pacientovi podám k lůžku veškeré kompenzační pomůcky, které potřebuje k bezpečnému přesunu.“ *Jste schopni pacientovi půjčit nějaké kompenzační pomůcky z hlediska prevence pádu?* „Je důležité, aby klient měl pomůcky své vlastní. Na oddělení můžeme půjčit jen francouzské berle, které máme také jen v omezeném počtu. Proto je třeba, aby klientům s revmatoidní artritidou donesli pomůcky rodinní příslušníci nebo aby pomůcky byly předepsány lékařem. Postranice vlastní každé lůžko, a pokud je třeba, tak je lze použít. To ovšem záleží na stavu pacienta. Jinak dalším přídatným zařízením každého lůžka je signalizační zařízení, které může klient použít vždy tehdy, pokud potřebuje pomoci. I tuto techniku mu vysvětlíme.“

Druhou oblastí výzkumného šetření jsme vybrali otázky, které zjišťovaly, jak dané oddělení zjistí, že je klient rizikový pro pád. „Na oddělení využíváme především formulářů, které jsou složeny z otázek, které hodnotí riziko pádu. Pokud je klient rizikovější pro pád, vytvoří se ošetřovatelská diagnóza, s kterou se nadále pracuje. Dále se o klientovi vypisuje ošetřovatelská anamnéza, do které se také zapisuje hlášení o riziku pádu. Riziko také zapíšeme do rozpisu pacientů, kde ho zakreslíme vykřičníkem.“ *Jak často tento dotazník neboli formulář vyplňujete?* „Tento dotazník vyplňujeme jen při příjmu klienta na oddělení. Ovšem s rizikem pádu pracujeme každý den. Pokud se klient nějak výrazně zlepšil, diagnózu zrušíme, pokud zhorší, pracujeme s ní nadále. O zvýšeném riziku pádu se každou výměnu směny dostatečně informujeme a zapisujeme o tom hlášení.“

Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na to, co dělají sestry, aby zajistily klientovi s revmatoidní artritidou větší bezpečnost. „Především je důležitý zvýšený dohled. Pravidelná kontrola stavu klienta.

Pomůcky mu umístím do nejbližší blízkosti a vysvětlím, že doprovod je pro něj jedinečně bezpečnější. Pokud je klient vyloženě upoután na lůžko, zvednu mu postranici. Zvonek umístím tak, aby na něj klient bez problémů dosáhl. V ranních hodinách mu oznámím, že riziko upadnutí hrozí nejvíce i z důvodů kluzké a mokré podlahy, a proto by se měl zdržovat na lůžku.“ *Vzhledem k tomu, že u těchto klientů hrozí větší riziko pádu v ranních hodinách v souvislosti s ranní ztuhlostí, děláte nějaká preventivní opatření v těchto ranních hodinách?* „V ranních hodinách probíhá ranní hygiena a převlíkání lůžka, proto těmto klientům dáváme umyvadlo k lůžku, tím riziko pádu velice minimalizujeme. S hygienou a oblékáním se snažíme co nejvíce dopomoci, popřípadě udělat za ně. Vzhledem k tomu, že máme na oddělení klientů více, nelze se těmto klientům natolik věnovat. Ale snažíme se dělat vše, co jde.“ *Jelikož mají klienti s revmatoidní artritidou deficit i v sebekéči, jak zajistíte pomoc klientovi v takových případech?* „Pacienti mají většinou své pomůcky a v tom případě je spolupráce maximální. Ovšem když na své pomůcky teprve čekají, tak musíme často vykonávat hygienu a všechny věci spojené se sebeobsluhou za ně. Někdy to chce spoustu trpělivosti. Ale to do povolání práce sestry také spadá.“

Čtvrtou oblastí výzkumného šetření zjišťujeme, jaké informace sestry klientovi s revmatoidní artritidou podají z hlediska prevence pádu. „Nejprve ho informuji o možném riziku pádu. Podáme mu veškeré informace o důležitosti kompenzačních pomůcek a protiskluzových bot. Dle ordinace lékaře zajistím rehabilitaci. Tu zabezpečuje fyzioterapeut. Ten cvičí s pacientem s revmatoidní artritidou přibližně 20 minut. Záleží na množství a náročnosti cviků. Z rána, kdy hrozí riziko nejvíce, doporučím dopomoc druhé osoby a pomalejší vstávání. Při kluzkých podlahách doporučím zdržovat se především na lůžku.“

Poslední oblastí výzkumného šetření je otázka, zda sestry získávají od klienta nějaké informace o prevenci pádu. „Klienti s revmatoidní artritidou jsou si většinou vědomi rizika pádu, který jim hrozí. Pomůcky k zabránění pádu používají i v domácím prostředí. Ovšem informace o prevenci pádu od nich

většinou nezískáváme. Naopak spíše čekají, že se nějaké preventivní postupy dozví od nás sester.“

Rozhovor č 5- sestra 5

Respondentka č 5 je žena, která má vystudovanou Střední zdravotnickou školu a následně Jihočeskou univerzitu- zdravotně sociální fakultu obor všeobecná sestra. Na interním oddělení v Českých Budějovicích pracuje 7 let.

Rozhovor byl veden v oblasti rizika pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Na tomto oddělení sestry pečují o klienty s revmatoidní artritidou.

První oblastí výzkumné šetření bylo zmapovat, jaká preventivní opatření sestry využívají na oddělení, aby zabránily riziku pádu u klientů s revmatoidní artritidou. „Na oddělení využíváme asi stejných preventivních postupů, jako jinde, nic extra. Každé lůžko pacienta má signalizační zařízení, které klient může využít vždy tehdy, když potřebuje pomoc. Dále má každé nemocniční lůžko postranice, které jsou velice užitečné, pokud je klient jen ležícím pacientem. Poté lůžko obsahuje hrazdičku, která usnadní klientovi lepší pohyblivost v lůžku. V pokoji je dostatek prostoru, bezbariérový přístup a v koupelně a na WC jsou různá držadla, sedačky ve sprchách a na některých WC i nástavce na toaletu. V koupelnách jsou protiskluzové dlaždice, ovšem moc se na to nespolehneme. Pokud je podlaha mokrá, tak na ni dáme nějakou osušku, která riziko upadnutí sníží.“ *Jste schopni pacientovi půjčit nějaké kompenzační pomůcky z hlediska prevence pádu?* „Z kompenzačních pomůcek máme na oddělení jen francouzské berle a invalidní vozík. Ty máme ovšem na oddělení jen v omezeném množství, a proto na klienty apelujeme, aby si nosili pomůcky své. Někdy jsem viděla i klienty s chodítkem. To ovšem jen když cvičí s fyzioterapeutem. Veškeré ostatní pomůcky jim musí předepsat lékař, nebo si je klienti musí přinést z domova.“

Druhou oblastí výzkumného šetření jsme vybrali otázky, které zjišťovaly, jak dané oddělení zjistí, že je klient rizikový pro pád. „Na oddělení využíváme především formuláře na riziko pádu. Dle výsledku jsme pak schopni zjistit, zda

je klient rizikový nebo není. Poté klienta zapíšeme na tabuli pacientů a označíme ho vykřičníkem. Tak značíme pacienty, kteří mají zvýšené riziko pádu. V některých případech jsem schopni riziko pádu rozpoznat už po příchodu klienta na oddělení a nemusíme ani dělat dotazník. To jsou klienti především ležící, kterým hrozí riziko pádu neustále.“ *Jak často tento dotazník neboli formulář vyplňujete?* „Jen po příchodu klienta na oddělení. Ovšem ošetřovatelské diagnózy vyplňujeme každý den, i zde je riziko pádu začleněné. Takže s touto diagnózou pracujeme každý den.“ *Jakým způsobem si s ostatními sestrami předáváte hlášení o zvýšeném riziku pádu?* „Určitě o zvýšeném riziku pádu sestry jiné služby informujeme slovně. Dále to zapisujeme do ošetřovatelské anamnézy, zde si to sestry následující služby přečtou a následovně budou pokračovat v hodnocení oše. diagnóz.“

Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na to, co dělají sestry, aby zajistily klientovi s revmatoidní artritidou větší bezpečnost. „Nejdříve zajistím dostatek prostoru klientovi při chůzi, dále mu zajistím veškeré kompenzační pomůcky, které jsou pro jeho stabilní chůzi velice důležité. Doporučím mu doprovod kamkoliv bude třeba. Na ranní komplikace, které mohou nastat vlivem ranní ztuhlosti, klienta také upozorním. Pokud bude pacient ležící, zvednu mu postranice a pomůcky mu dám do nejbližší blízkosti. Zajistím klientovi dle ordinace lékaře rehabilitaci. Tu mu zabezpečuje fyzioterapeut. Samotná rehabilitace je velice krátká, to závisí na malém počtu fyzioterapeutů na oddělení.“ *Vzhledem k tomu, že u těchto klientů hrozí větší riziko pádu v ranních hodinách v souvislosti s ranní ztuhlostí, děláte nějaká preventivní opatření v těchto ranních hodinách?* „V ranních hodinách probíhá ranní hygiena pacientů. Většinou není čas se těmto klientům nějak zvýšeně věnovat. Pacientům s revmatoidní artritidou dáme v ranních hodinách mycí lavor k lůžku a pomůžeme jim s hygienou a s oblékáním. Vysvětlíme jim, aby se v ranních hodinách zdržovali na lůžku, dokud ranní ztuhlost neodezní.“ *Jelikož mají klienti s revmatoidní artritidou deficit i v sebezpečí, jak zajistíte pomoc klientovi v takových případech?* „Snažíme se jim co nejvíce pomoci. Pokud mají

pomůcky u sebe, je spolupráce s těmito pacienty velice dobrá, pokud je u sebe nemají, většinu výkonů v sebekéči musíme provést za ně. Proto prosíme příbuzné, aby pomůcky klientům donesli z domova.“

Čtvrtou oblastí výzkumného šetření zjišťujeme, jaké informace sestry klientovi s revmatoidní artritidou podají z hlediska prevence pádu. „Především klienty upozorníme na zvýšené riziko pádu právě v ranních hodinách. Doporučíme setrvání na lůžku, dokud ranní ztuhlost neodezní. Dále klientovi doporučí používání protiskluzové obuvi a kompenzačních pomůcek. Navrhneme mu doprovod, vždy když někam půjde. Přece se bude cítit bezpečněji.“

Poslední oblastí výzkumného šetření je otázka, zda sestry získávají od klienta nějaké informace o prevenci pádu. „Klienti většinou neinformují žádný zdravotnický personál. Při příjmu sice zmíní, že jsou rizikovější pro pád, ovšem ohledně prevence nás jako personál neinformují. Většinou to nechávají na nás.

4.2 Rozhovory s pacienty

Rozhovor č 1- pacientka 1

Prvním dotazovaným respondentem je pacientka, které je 55 let. Pacientka trpí revmatoidní artritidou už 15 let. Mezi prvními příznaky pociťovala únavu a bolest kloubů. Postupně se příznaky zhoršovaly a bolest a pohyblivost kloubu byla postupně horší. Poté se rozhodla navštívit praktického lékaře. Ten ji podrobil vyšetření. Po zjištění, že se pravděpodobně jedná o revmatoidní artritidu, pacientku poslal k lékaři specialistovi- revmatologovi.

První oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření klienti využívají s revmatoidní artritidou k prevenci pádu v domácím prostředí. „Největší strach mám na WC a v koupelně. Proto mám koupelnu a toaletu nejvíce zabezpečenou. V koupelně mám držadlo u vany, dále využívám sedačky do vany, která mi velice usnadní hygienu a strach z pádu velice potlačí. Určitě se nedokážu obejít bez protiskluzové podložky, kterou mám u vany i u toalety. Ve vaně mám dále protiskluzové přísavky, které mi zajistí určité zvýšené bezpečí ve vaně. Na toaletě mám nástavec na toaletu, který mi usnadní vstávání ze záchodu. Dále tam mám protiskluzové podložky a madla. Také využívám některých pomůcek k zajištění sebepečce v oblasti hygieny. Jinak se v domácnosti snažím používat protiskluzovou obuv.“ *Využíváte nějaké kompenzační pomůcky k zajištění bezpečnější chůze?* „Zatím berle nepotřebuji. Strach mám jen v místech, kde mi hrozí uklouznutí a následné upadnutí. Tam mám většinou madla a protiskluzové podložky. Pokud jdu na procházku ven, tak berle nevyžívám. Mám je sice doma, protože mi je rodina koupila, ale nepoužívám je. Spíš je to taková jistota, kdybych náhodou potřebovala, tak je můžu využít.“ *Jaká opatření jste mohla využít v nemocničním zařízení, když jste se tam dostala?* „V nemocnici mi vyhovovala prostorná koupelna s toaletou. Já, jelikož bydlím v bytě, tak mám koupelnu daleko menší. V koupelnách a na WC na většině oddělení mají madla a různé sedáky do sprchy. S nástavcem na toaletu jsem se setkala jen velice zřídka, což si myslím, že je škoda. Z vyšší toalety se pacientům lépe vstává. Myslím, že by si sestřičky ušetřily namáhavé zvedání

klientů ze záchodu. Lůžko s postranicí je také v pořádku, i když to já sama nevyužívám. Jinak bezbariérový přístup je v nemocnici samozřejmostí.“ *Měla jste možnost si zapůjčit nějaké kompenzační pomůcky v oblasti prevence pádu?* „Já jsem měla pomůcky své, takže ani nevím, zda nějaké mohou půjčit. Jen při rehabilitaci sestry fyzioterapeutky půjčovaly cvičební pomůcky. Ovšem berle využívaly moje, abych se je naučila využívat. Ale jak říkám, většinou je nepoužívám.“

Druhou oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, co klienti dělají pro svou bezpečnost v oblasti pádu v ranních hodinách? „V ranních hodinách je vstávání velice obtížné. Ranní ztuhlost kolikrát trvá až 30 minut. Ovšem léky, které užívám, mi tyto příznaky hodně potlačily. Nejčastěji se snažím setrvat na „posteli“, dokud ztuhlost neodezní a pokud musím vstát, tak se snažím pomalu vstávat a přidržovat se věci kolem sebe, především nábytku. Většinou po 30 minutách je vše v pořádku a ztuhlost odezní.“

Další oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak klienti s revmatoidní artritidou cvičí a využívají možnosti rehabilitace? „Snažím se cvičit každý den, ovšem jsou dny, kdy se ke cvičení nedostanu, ale většinou se snažím tomu ten čas věnovat pokaždé. Snažím se cvičit aspoň 20 minut denně. Každý rok jezdím do lázní.“ *Kde jste zjistila, jaké cviky jsou pro vás nejlepší?* „Moc mi poradili fyzioterapeuti a rehabilitační lékaři. Nadále se snažím plnit veškeré cviky každý den.“ *Cvičíte raději v ranních hodinách nebo raději k večeru?* „To je různé. V ranních hodinách skoro vůbec, nejčastěji se věnuji cvičení v odpoledních nebo večerních hodinách. Ráno jsem unavená a hlavně ranní ztuhlost mi to většinou nedovoluje. Dvakrát za rok navštívím RHB centrum, kde cvičím se specialisty. Nejčastěji na jaře a na podzim.“ *Kde jste získala veškeré informace o využití kompenzačních pomůcek z hlediska prevence pádu?* „Nejvíce jsem se dozvěděla od rehabilitačního lékaře. Ten mi poskytl spoustu důležitých a věcných rad. Dále mě informovalo sdružení Revma- ligy. Tam se setkáváme každý měsíc a předáváme si veškeré poznatky. Jsem za toto sdružení velice ráda, moc ráda se ho účastním. Jsou tam lidé, kteří mají stejné problémy, jako mám já. Měli by si

ho vytvořit další lidé se společným problémem. Je to velmi motivující. Dále jsem se spoustu informací o kompenzačních pomůckách dozvěděla od přátel a známých.“ *Které kompenzační pomůcky využíváte k minimalizaci rizika pádu?* „Nejčastěji využívám protiskluzové boty nebo ponožky. Pokud je třeba, tak využiju i berle, ale jak jsem již zmínila, ty nepoužívám moc často. Dále využívám veškerých pomůcek, které jsem už zmínila. Madla, protiskluzové podložky, podsedačky, sedačku do vany apod.“ *Jak vnímáte jejich finanční dostupnost?* „Myslím si, že by mohly být větší příspěvky od pojišťoven. Některé pomůcky jsou pořád velice drahé. Pojišťovny by mohly přispívat i na zdravotnickou obuv. Myslím si, že mnoho klientů si většinu kompenzačních pomůcek nemůže dovolit. Pokud nemají rodinu, která je trochu finančně nepodrží. Dle mého názoru, by kompenzační pomůcky mohly být levnější.“

Poslední oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření by pacienti s revmatoidní artritidou, v prevenci pádu, přivítali. „Do budoucnosti bych opravdu uvítala nějaké pomůcky na zimu. Chodníky v zimě velice kloužou a já bych velice využila nějaké boty, které by riziko pádu z velké části potlačily. Protiskluzová obuv v dnešní době na zimní kluzké chodníky není dostačující. Ta dostačuje jen na mokré a kluzké podlahy v domácím prostředí, ovšem na ledové kluzké chodníky nestačí. Nebo nějaké protiskluzové berle, které neuklouznou ani na ledu. Poté lepší přístup do městské hromadné dopravy. Myslím si, že bezbariérových autobusů je v dnešní době velice málo. Pokud jsou bezbariérové, tak by neměly mít sedačky na schodu, které musí lidi překonat, aby si mohli sednout.“ *Jaké pomůcky byste přivítala v nemocničním zařízení?* „V nemocnici bych více doplnila nástavce na toaletu, jak už jsem jednou zmínila. Pro každého pacienta je z výše postavené toalety jednodušší vstát. Dále bych doporučila protiskluzovou podlahu na chodbách a především v koupelnách. Možná bych zajistila více personálu, který bude mít na klienty více prostoru a času. Tím se riziko pádu také sníží.“ *Jaké pomůcky byste přivítala v domácím prostředí?* „Myslím, že v dnešní době je na výběr z tolika kompenzačních pomůcek, že nemůžu říct, co bych přivítala. Možná bych rozšířila spektrum protiskluzových

podložek. Pro většinu domácností jsou samozřejmostí. Více mě opravdu nenapadá.“

Rozhovor č 2- pacientka 2

Druhým dotazovaným respondentem je pacientka, které je 50 let. Poprvé jí začaly problémy s klouby v 43 letech. První příznak byla silná bolest kloubů, která ji donutila navštívit lékaře. Lékař pacientku vyšetřil a doporučil jí návštěvu specialisty revmatologa. Ten diagnostikoval, že se jedná o revmatoidní artritidu.

První oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření klienti využívají s revmatoidní artritidou k prevenci pádu v domácím prostředí. „V první řadě využívám protiskluzových bot. Dále mám doma koberce, které riziko uklouznutí také snižují. V koupelně a na WC mám dlaždice, a proto v místech u sprchy a toalety mám položené protiskluzové podložky. Ve sprchovém koutě jsou protiskluzové přísavky a madla, které v případě únavy mohu využít. Na toaletě zatím nemám žádnou pomůcku, ovšem využila bych podsedák na toaletu.“ *Využíváte nějaké kompenzační pomůcky k zajištění bezpečnější chůze?* „Při chůzi využívám nejčastěji berle. Jiné pomůcky jako chodítka a invalidní vozík nepotřebuju. Berle jsou mi takovou oporou, nemusím se bát, že upadnu. Většinou v domácím prostředí chodím bez berlí, ale pokud jdu někam ven, tak si berle raději s sebou vždy беру. V domácím prostředí jsem si jistá, ovšem v cizím venkovním prostředí bych měla bez berlí strach.“ *Jaká opatření jste mohla využít v nemocničním zařízení, když jste se tam dostala?* „V nemocnici jsem byla zatím jen jednou a to ještě jen na velmi krátkou dobu, proto to nejsem moc schopna zhodnotit. Moc se mi líbilo, že koupelny a WC měly úchyty a madla. Bylo tam dostatek prostoru, což lidi na invalidním vozíku také využijí.“ *Měla jste možnost si zapůjčit nějaké kompenzační pomůcky v oblasti prevence pádu?* „V nemocnici jsem měla pomůcky své, proto nemůžu posoudit, zda některé kompenzační pomůcky půjčují. Ovšem myslím si, že základní pomůcky jako berle jsou schopni zapůjčit na určitou dobu. Ale většina pacientů měla pomůcky

již své. Protože pokud jsou rizikovější skupinou pro pád, tak tyto pomůcky rádi využijí i v domácím prostředí.“

Druhou oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, co klienti dělají pro svou bezpečnost v oblasti pádu v ranních hodinách? „Ráno je velice těžké. Kvůli ranní ztuhlosti jsem na 20 minut dosti omezená v pohybu. Není to jednoduché, když každé ráno musíte pomalu vstávat, pomalu si sednout a čekat až ztuhlost kloubů trochu povolí. Jinak každé ráno k přesunu používám berle. Přece jen je to jistější. Pomalejší chůze v ranních hodinách je samozřejmostí. Ranní ztuhlost vás ani rychleji nepustí. Zhruba po 20 minutách ztuhlost odezní a vše je v pořádku.

Další oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak klienti s revmatoidní artritidou cvičí a využívají možnosti rehabilitace? „Cvičení je pro nás revmatiky velice důležité. Snažím se cvičit každý den. Věnuji tomu většinou kolem 30-45 minut. Doma mám rotoped a jiné cvičební pomůcky, které mi cvičení udělají takové zábavnější a zajímavější. Nejraději mám cvičení na míči, kterému věnuji z celého cvičení nejvíce prostoru.“ *Jak se po cvičení cítíte?* „ Po cvičení se cítím taková jistější. Pohyby jsou plynulejší a tím pádem i chůze jistější. Pociťuji jistou úlevu, a proto mám cvičení velice ráda. Nejhorší je, se k němu přinutit.“ *Cvičíte raději v ranních hodinách, nebo raději k večeru?* „Nemám určenou přesnou dobu. Vždy když je čas, tak si zacvičím. Cvičím si doma sama, takže nejsem časově závislá na druhé osobě. Nejčastěji cvičím večer a přitom koukám na televizi. Ráno moc necvičím, protože většinou chvátám do práce a nestíhám to.“ *Kde jste získala veškeré informace o využití kompenzačních pomůcek z hlediska prevence pádu?* „Nejvíce informací jsem dostala od mého lékaře revmatologa. Ten mi dal veškeré informace o nemoci. Dále jelikož jsem členem Revma- ligy, tak mi velice cenné rady dala právě tato organizace. Právě v této organizaci dostáváme určité katalogy, kde si můžeme vybrat kompenzační pomůcky, které nám nejvíce vyhovují. Určitě mi pomohl i ortoped, který mi také velice pomohl ve výběru berlí. Pak také přátelé, kteří mi vždy řeknou, když někde o nějaké pomůcce slyší, nebo si o ní přečtou.“ *Které kompenzační*

pomůcky využíváte k minimalizaci rizika pádu? „Jak už jsem zmínila, nejčastěji využívám berle. Poté veškeré pomůcky, které mi dělají koupelnu a celý byt bezpečnější. Patří sem madla, protiskluzové podložky a boty a protiskluzové přísavky. Více zatím v domácnosti nemám. Ale chystám si pořídit nástavec na toaletu.“ *Jak vnímáte jejich finanční dostupnost?* „Myslím si, že některé pomůcky jsou finančně dostupné, ovšem některé by zasloužily větší spoluúčast pojišťoven. Jelikož průmysl nabízí celou řadu dosti dobrých kompenzačních pomůcek, ani se nedivím, že jsou tak drahé.“

Poslední oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření by pacienti s revmatoidní artritidou, v prevenci pádu, přivítali. „Je velice těžké říct, co bych využila. V dnešní době už je na výběr ze spousty kompenzačních pomůcek. Jak už jsem řekla, budu si v nejbližší době pořizovat nástavec na toaletu. Do budoucnosti by se mi líbilo určité poupravení úklidových pomůcek. Vysavač, stěrka na okna a vytírací mop by mohly mít vhodné zakřivení, jelikož my pro svůj zhoršený úchop máme veliký problém tyto úklidové pomůcky využít a abych se nemusela k tomu tolik ohýbat nebo naopak natahovat. Jinak mě nic nenapadá. Uvidíme, co nám budoucnost přinese nového. V nemocnici bych doplnila na každou toaletu nástavec a rozhodně bych prodloužila dobu rehabilitace. Zatím je dosti nedostačující, to ovšem souvisí s nedostačujícím množstvím personálu.“

Rozhovor č 3- pacientka 3

Třetí dotazovanou respondentkou je pacientka, která trpí revmatoidní artritidou 20 let. Pacientce je 55 let. Onemocnění u ní propuklo velkými bolestmi a únavou kloubů. Poté navštívila svého obvodního lékaře. Ten ji podrobil pečlivému vyšetření a poslal pacientku ke specialistovi. Lékař revmatolog jí oznámil, že se jedná o revmatoidní artritidu a začal toto onemocnění léčit.

První oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření klienti využívají s revmatoidní artritidou k prevenci pádu v domácím prostředí. „Tak

v domácím prostředí využívám především protiskluzových podložek. Myslím si, že ty mají v domácnosti skoro všichni. Dále se snažím mít veškeré kompenzační pomůcky v domácnosti při ruce. Jelikož bydlím v rodinném domě, mohli jsme si domácnost trochu upravit, a proto si nemusím ztěžovat na malé místnosti. Veškeré místnosti mám prostorné a především koupelnu, kde hrozí riziko pádu asi nejvíce. Jiné pomůcky zatím nepoužívám, ovšem přemýšlím nad koupelnou, kterou bych si mohla trochu vybavit madly apod.“ *Využíváte nějaké kompenzační pomůcky k zajištění bezpečnější chůze?* „Berle využívám jen v ranních hodinách, jinak je k chůzi zatím nepotřebuju a doufám, že je dlouho potřebovat ještě nebudu. Dále využívám protiskluzových bot. Zatím nemám problém s výběrem bot, proto si protiskluzovou obuv mohu pořídit poměrně jakoukoliv.“ *Jaká opatření jste mohla využít v nemocničním zařízení, když jste se tam dostala?* „V nemocnici jsem využila prostorné koupelny, která mi vyhovovala, jelikož jsem zvyklá na prostor z domova. Dále jsem využila madla, cítila jsme se s nimi v koupelně taková v bezpečí, proto si je chci pořídit i domů. Dále mi vyhovoval bezbariérový přístup, postranice u postele, které jsem nepoužívala a nástavce na toaletu. Nikdy jsem nevěřila, jak jsou nástavce na toaletu užitečné. Bylo hned jednodušší vstát z toalety. Nikdy na ně nedám dopustit.“ *Měla jste možnost si zapůjčit nějaké kompenzační pomůcky v oblasti prevence pádu?* „Vzhledem k tomu, že jsem byla v nemocnici jen jednou a to jen na krátkou dobu, nemůžu to moc posoudit. Měla jsem pomůcky v nemocnici své. Berle, které používám jen v ranních hodinách, jsem měla své. Jinak žádné pomůcky k přesunu nepoužívám.“

Druhou oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, co klienti dělají pro svou bezpečnost v oblasti pádu v ranních hodinách? „Jak už jsem zmínila, v ranních hodinách používám k přesunu především berle. Ranní ztuhlost tak po 20 minutách odezní a já jsem pak schopná fungovat. Určitě sem také patří neodmyslitelně pomalé vstávání, pokud to je třeba, tak se kolikrát přidržuji i věcí kolem sebe. Někdy mi velice pomůže, že si dám nohy a ruce pod teplou vodu. Trochu je takto rozhýbám.“

Další oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak klienti s revmatoidní artritidou cvičí a využívají možnosti rehabilitace? „Musím se přiznat, že cvičení moc nedám. Nemám na to moc času. Ovšem že vím, že je to velice častá výmluva. Někdy se k tomu sice přinutím, tak si teda zacvičím. Je pravda, že se potom cítím svěží a taková pohyblivější, ale přinutit se k tomu každý den, moc nejde. Rodina mi domu sice pořídila spoustu cvičebních pomůcek, ale ty doma jen leží v koutu a praší se na ně.“ *Jezdíte někam do lázní?* „Do lázní jezdím každý rok, je pravda, že tam si zacvičím dost. Ovšem tam mě to i baví a donutí mě k tomu druhá osoba. Sama se k tomu prostě nikdy nedonutím.“ *Kde jste získala veškeré informace o využití kompenzačních pomůcek z hlediska prevence pádu?* „Nejvíce informací jsem dostala od lékaře revmatologa. Vždy jsem dostala nějaký letáček s pomůckami, které bych mohla využít. Dále jsem spousty informací dostala od svých přátel. Jelikož znají můj zdravotní stav, informace, které se dočtou na internetu nebo v časopisech o kompenzačních pomůčkách mi hned volají.“ *Které kompenzační pomůcky využíváte k minimalizaci rizika pádu?* „Jak jsem zmínila, využívám protiskluzové podložky v koupelně a na toaletě. Dále protiskluzovou obuv, která je mi velkým pomocníkem v zimních měsících. V ranních hodinách nebo při nějaké daleké a neznámé cestě využívám berle. Jinak zatím žádné jiné pomůcky nepotřebuji. Uvidíme, co budu dále potřebovat do budoucna.“ *Jak vnímáte jejich finanční dostupnost?* „Myslím si, že pomůcky odpovídají kvalitě kompenzační pomůcky. Některé jsou sice drahé, ale ovšem kvalita té pomůcky za to stojí. Jelikož já tolik kompenzačních pomůcek nemám, tak si ceny těchto pomůcek moc nehlídám.“

Poslední oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření by pacienti s revmatoidní artritidou, v prevenci pádu, přivítali. „Jo tak to je velice těžké takhle určit. Průmysl nabízí celou řadu kompenzačních pomůcek. V nemocnici bych především poukázala na nedostatek personálu. Od toho se totiž odvíjí celý problém. Na pacienty není dostatek času a tím pádem hrozí větší riziko upadnutí. Ovšem tato skutečnost je závislá na vedení nemocnice. V domácnosti bych využila především větší spektrum protiskluzové obuvi. Mě se to zatím ještě

tolik netýká, ovšem budou časy, kdy bych také upravené protiskluzové boty využila.“

Rozhovor č 4- pacient 4

Čtvrtým dotazovaným respondentem byl muž, který revmatoidní artritidou onemocněl od 40- ti let. Bolestivost kloubu dlouhou dobu přecházel. Myslel jsi, že je to jen únava z práce. Jednoho dne se rozhodl jít k lékaři. Ten ho podrobil kompletnímu vyšetření a doporučil pacientovi návštěvu specialisty-revmatologa. Ten mu diagnostikoval revmatoidní artritidu. Rozhovor byl veden na základě zvýšeného rizika pádu, který pacientům s revmatoidní artritidou hrozí.

První oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření klienti využívají s revmatoidní artritidou k prevenci pádu v domácím prostředí. „Využívám především protiskluzové boty. Kolikrát jsem uklouznul právě kvůli nesprávné obuvi a byla z toho týdenní hospitalizace. Od té doby je protiskluzová obuv nezbytnou součástí mého botníku. Dále mám byt upraven tak, že jsem z bytu veškerý zbytečný nábytek vyhodil a tím jsem získal dostatečně prostorné místnosti. Jen koupelna s toaletou jsou na můj vkus dosti málo prostorné. Snažím se mít kompenzační pomůcky vždy po ruce, především pomůcky určené k pohybu- berle. Telefon nosím vždy u sebe, už jsem poučen z minulého pádu. Je to taková jistota, že se člověk vždy může dovolat pomoci. V koupelnách a na WC mám protiskluzové podložky.“ *Využíváte nějaké kompenzační pomůcky k zajištění bezpečnější chůze?* „Jak jsem již zmínil, využívám berle k přesunu. Jiné pomůcky jako invalidní vozík a chodítku zatím nepotřebuju. Doufám, že je potřebovat nebudu, nechci být invalida. Proto se snažím dělat vše proto, aby zůstala moje nezávislost co největší.“ *Jaká opatření jste mohl využít v nemocničním zařízení, když jste se tam dostal?* „V nemocnici jsem využil bezbariérový přístup, který doma nemám, a proto je to občas dosti složité. Dále jsem byl spokojený s koupelnou, kde byly madla u toalet i sprch a nástavec na toaletu, který je velkým přínosem pro pacienty. Přemýšlím, že si ho do

domácnosti pořídím, protože vstát z toalety není takový problém. Nic jiného mě nenapadá. Doma je doma, nelze srovnávat nemocnici s domovem.“ *Měl jste možnost si zapůjčit nějaké kompenzační pomůcky v oblasti prevence pádu?* „Vzhledem k tomu, že veškeré kompenzační pomůcky mám vlastní a stejně je potřebuju i v domácím prostředí, rodina mi veškeré pomůcky přinesla. Jen při rehabilitaci mi vždy půjčili nějaké jejich speciální cvičební pomůcky, ale ty jsem po skončení rehabilitace zase vrátil.“

Druhou oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, co klienti dělají pro svou bezpečnost v oblasti pádu v ranních hodinách? „Ráno především musím pomalu vstávat. Protože veškeré rychlé pohyby stejně nelze provést. Snažím se setrvat na lůžku, ovšem když musím někam dojít, tak se pro jistotu držím věci kolem sebe. V ranních hodinách pravidelně rozcvičuju své klouby, aby ztuhlost odezněla co nejdříve. Většinou odezní tak do 30 minut. Pak už je vše v pořádku a začíná pro mě nový den.“

Další oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak klienti s revmatoidní artritidou cvičí a využívají možnosti rehabilitace? „Ano cvičím a velice rád. Každý den, ráno cvičím asi 30 minut a pak cvičím ještě k večeru dalších 30 minut. Po cvičení se cítím daleko lépe. Pohyblivost kloubu je plynulejší a chůze je hned jistější. Doma mám rotoped, na kterém jezdím velice rád. Další cvičební pomůcky zatím nemám, ale uvažuji si ještě nějakou koupit. Rotoped přece jen není všechno.“ *Kde jste získal veškeré informace o využití kompenzačních pomůcek z hlediska prevence pádu?* „Mnoho informací mi dal samotný rehabilitační lékař. Dále vzhledem k tomu, že jsem členem Revma- ligy mi dalo mnoho informací i toto sdružení. Jsem moc rád, že jsem členem tohoto sdružení, moc mi pomohlo se s touto nemocí vyrovnat a pochopit, že nejsem jediný s tímto problémem. Moc mi vyhovuje, že si tam navzájem sdělujeme veškeré výhody kompenzačních pomůcek a zároveň i jejich nevýhody. Samozřejmě nemohu zapomenout na svého revmatologa, který mi také dal cenné rady.“ *Které kompenzační pomůcky využíváte k minimalizaci rizika pádu?* „Tak jak jsem už zmínil, určitě využívám protiskluzové obuvi, která je pro mě velice důležitá. Bez

ni bych asi ani neopustil lůžko, protože těch pádů už bylo mnoho. Dále určitě používám protiskluzové podložky v koupelnách a na WC. Berle při chůzi jsou také moji neopomenutelnou denní pomůckou. A to je zatím vše. Přemýšlím, že jsi do budoucnosti koupím nástavec na toaletu a nějaké madlo do koupelny.“ *Jak vnímáte jejich finanční dostupnost?* „Myslím jsi, že jsou všechny pomůcky velice drahé. Věřím, že jsou to velice kvalitní pomůcky, ale trochu je zlevnit by neškodilo. Kde na to mají pacienti brát peníze. Chápu, že to nemůže být levné, když jsou kvalitní, ale něco se mi zdá až moc přehnané.

Poslední oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření by pacienti s revmatoidní artritidou, v prevenci pádu, přivítali. „No tak to nevím, nad tím se budu muset zamyslet. V nemocnici bych určitě posílil množství zdravotních sester. Myslím, že jich je velice málo. Nelze v tomto počtu, aby se staraly o všechny pacienty a ještě je hlídaly, aby riziko pádu bylo co nejnižší. Myslím, že to takhle nejde. V domácnosti, mě opravdu nic nenapadá. Zatím jsem nepřišel na nic, co bych potřeboval, nebo využil. Opravdu nevím.“

Rozhovor č 5- pacientka 5

Pátou dotazovanou respondentkou je žena, které je 60 let. Revmatoidní artritidou trpí od 45- ti let. K doktorovi ji donutila bolest kloubů a zvýšená ztuhlost kloubu při pohybu. Navštívila nejdříve obvodního lékaře. Ten ji podrobil kompletnímu vyšetření a doporučil ji návštěvu specialisty-revmatologa. Ten ji vysvětlil, o jaké onemocnění se jedná a následnou léčbu celého onemocnění. Rozhovor byl veden na základě zvýšeného rizika pádu, který pacientům s revmatoidní artritidou hrozí.

První oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření klienti využívají s revmatoidní artritidou k prevenci pádu v domácím prostředí. „V domácím prostředí využívám především protiskluzové podložky a boty. Snažím se si svůj byt udělat co nejbezpečnější, a proto si pořizuji pořád nějaké kompenzační pomůcky. Své kompenzační pomůcky, jako berle, mám neustále v blízkosti. Nejsem doma sama, bydlím s manželem, a proto strach z upadnutí

není tak veliký, protože vím, že bych se vždy někoho dovolala. Snažím se mít u sebe pořád telefon, obzvláště když manžel není doma. V případě upadnutí si dokážu přivolat pomoc.“ *Využíváte nějaké kompenzační pomůcky k zajištění bezpečnější chůze?* „Jojo používám berle. Sice je k chůzi vyloženě nepotřebuju, ale cítím se s nimi v bezpečí. Zatím jsem žádný pád neprodělala, proto kolikrát riskuju, zatím se mi nikdy nic nestalo, ale už vím, že nejsem nejmladší a musím být opatrnější. Nohy už mě skoro neposlouchají, a proto je možné, že budu časem potřebovat už třeba invalidní vozík. Zatím mi ale stačí jen berle.“ *Jaká opatření jste mohla využít v nemocničním zařízení, když jste se tam dostala?* „V nemocnici jsem byla už mnohokrát, jsem tam skoro jako doma. Velice mi vyhovuje, jak mají zabezpečené sociální zařízení. V koupelnách jsou madla a u postele jsou postranice. V noci je velmi ráda využiju, jak říkám už nejsem nejmladší a v noci mívám dost živé sny, postranice mi už ušetřily několik pádů z postele. Je zajímavé, že doma spím v klidu. Vyhovující je také bezbariérový přístup, který je důležitý pro všechny méně pohyblivé pacienty.“ *Měla jste možnost si zapůjčit nějaké kompenzační pomůcky v oblasti prevence pádu?* „První den hospitalizace jsem měla půjčené berle, druhý den mi je přivezla už rodina. Jinak jsem jiné pomůcky nepotřebovala. Pomůcky k podpoře soběstačnosti jsem měla své, ty na oddělení určitě ani nemají.“

Druhou oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, co klienti dělají pro svou bezpečnost v oblasti pádu v ranních hodinách? „V první řadě se ráno neobejdu bez berlí, chodím s nimi i v odpoledních hodinách, ale ráno jsou mi největší oporou. Hlavně pomalu vstávám a rozcvičuju se. Trochu mi cvičení pomůže klouby rozhýbat. Trvá to kolem 30- ti minut, pak to odezní a vše je v naprostém pořádku. Ranní rozjezdy jsou nejhorší. Ted už jsem v důchodu, tak mě to tak neomezuje, ovšem když jsem chodila do práce, tak jsem musela vstávat minimálně o hodinu dřív a počítat s tím, že mi to ráno bude vše trochu déle trvat.“

Další oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak klienti s revmatoidní artritidou cvičí a využívají možnosti rehabilitace? „Abych pravdu řekla, skoro

necvičím. Nikdy jsem nebyla moc na sport, ani když jsem byla zdravá, teď na stará kolena k tomu mám větší odpor, už jen proto, že musím. Je pravda, že do lázní jezdím dvakrát do roka, tam cvičím poměrně pravidelně, protože tam se mnou cvičí specialista. Ovšem doma se k tomu sama nedokážu přemluvit. Hlavně mi přijde, že už k tomu nemám dosti sil. Je pravda, že každý ráno si udělám pár cviků, abych se dříve zbavila té ranní ztuhlosti, ale tomu se cvičení říkat ani nedá.“ *Kde jste získala veškeré informace o využití kompenzačních pomůcek z hlediska prevence pádu?* „Nejvíce informací mi dal sám revmatolog. Ten měl se mnou mnoho trpělivosti a vše mi vysvětlil, poradil, co by pro mě bylo nejvhodnější apod. V jeho čekárně je mnoho letáků, které nabízí celou řadu kompenzačních pomůcek. Dále mi moc pomohl rehabilitační lékař, který mi dal také informace o pomůckách, které mohu využít při chůzi. Nikdo jiný mě nenapadá.“ *Které kompenzační pomůcky využíváte k minimalizaci rizika pádu?* „Doma mám na WC nástavec na toaletu, který mi velice vyhovuje. V koupelně mám sedačku do vany, protiskluzové podložky a madla. Tyto dvě místnosti v bytě mám nejvíce zabezpečené vůči nebezpečnosti pádu. Dále využívám protiskluzových bot. Více pomůcek už nemám. Zatím mě ani nic dalšího nenapadá a nic dalšího nepotřebuju.“ *Jak vnímáte jejich finanční dostupnost?* „Myslím si, že jsou moc předražené. Mám doma sice spousty pomůcek, ale jen díky mé rodině, která mě finančně podpořila. Je pravda, že lidi dají do svého zdraví spousty peněz, ale aby zdravotnictví vydělávalo na invaliditě druhých, to mi přijde trochu moc. Myslím si, že by mohly být levnější.“

Poslední oblastí výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření by pacienti s revmatoidní artritidou, v prevenci pádu, přivítali. „ No v nemocnici bych trochu zajistila, aby bylo na WC více nástavců na toaletu. Nástavce na toaletu jsem viděla snad jen na jednom oddělení, což mi přijde škoda. Každý méně pohyblivý pacient záchod s nástavcem uvítá. Dále bych zvýšila délku rehabilitace. Myslím si, že časová kapacita na rehabilitaci s určitým pacientem je velice nedostačující. I s tím by se mělo do budoucnosti něco udělat. Ovšem vše

závisí na nedostatku personálu. V domácnosti bych uvítala rozšíření své koupelny. Do budoucnosti se na tom bude pracovat.“

4.3 Výsledky dat v tabulkách- sestry

Tabulka č. 1: Kompenzační pomůcky využívané v nemocnici u pacientů s revmatoidní artritidou k prevenci pádu sestrami

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	Celkem
Postranice u lůžka	X	X	X	X	X	5
Madla	X	X	X	X	X	5
Signalizační zařízení	X	X	X	X	X	5
Sedačka ve sprše	X	X	X		X	4
Nástavce na toaletu		X	X	X	X	4
Kurty	X					1
Protiskluzové dlaždice					X	1

Tabulka č. 1 – Tabulka znázorňuje, jaké kompenzační pomůcky v nemocnici využívají k prevenci pádu. 5x se vyskytla odpověď, že využívají na svém oddělení postranice, madla a signalizační zařízení. 4x se vyskytla odpověď, že dále na svém oddělení využívají také nástavce na toaletu a sedačku ve sprchách. 1x se vyskytla odpověď užívání kurtů a 1x se vyskytla odpověď využívání protiskluzových dlaždic.

Tabulka č. 2: Kompenzační pomůcky z hlediska prevence pádu k zapůjčení na oddělení

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	Celkem
Berle	X	X	X	X	X	5
Invalidní vozík	X	X			X	3

Tabulka č. 2 – Tabulka znázorňuje, které kompenzační pomůcky z hlediska pádu lze zapůjčit na oddělení. 5x se vyskytla odpověď, že lze pacientům zapůjčit berle. Dále byla 3 krát zmíněna odpověď, že lze zapůjčit i invalidní vozík.

Tabulka č. 3: Nejčastěji využívané prostředky k zjištění rizikivosti pádu u pacientů s revmatoidní artritidou sestrami

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	Celkem
Formulář	X	X	X	X	X	5
Pacientova anamnéza	X	X	X	X		4

Tabulka č. 3 – Tabulka znázorňuje, jaké prostředky sestry v nemocnici využívají, aby zjistily rizikovost pádu u pacientů. 5x se vyskytla odpověď, že sestry zjišťují zvýšenou rizikovost pádu u pacientů pomocí formulářů. 4x se navíc zmínila odpověď, že hodnotí rizikovost ještě dle pacientovy anamnézy.

Tabulka č. 4: Zjišťování rizikivosti pádu u pacientů s revmatoidní artritidou sestrami

Při příjmu	X	X	X	X	X	5
Při změně pacientova stavu	X	X	X	X		4

Tabulka č. 4 – Tabulka znázorňuje, jak často sestry rizikovost pádu u pacientů s revmatoidní artritidou vyhodnocují. 5x se vyskytla odpověď, že formulář vyplňují při příjmu pacienta na oddělení. 4x se vyskytla odpověď, že formulář znovu vyplňují i při změně pacientova stavu.

Tabulka č. 5: Preventivní opatření využívané v nemocnici u pacientů s revmatoidní artritidou k prevenci pádu

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	Celkem
Častý dohled	X	X	X	X		4
Rehabilitace	X	X	X		X	4
Kompenzační pomůcky k lůžku	X	X	X	X	X	5
Doprovod pacienta	X	X	X	X	X	5
Bezbariérový přístup	X	X	X	X	X	5
Dostatek prostoru při chůzi					X	1

Tabulka č. 5 – Tabulka znázorňuje, jaké preventivní opatření nemocnice využívá k prevenci pádu u pacientů s revmatoidní artritidou. 5x se vyskytla odpověď, že v nemocnici využívají kompenzační pomůcky, doprovod pacienta a bezbariérový přístup. 4x se vyskytla odpověď využívání rehabilitace a častý dohled nad pacientem. 1x se vyskytla odpověď dostatek prostoru při chůzi.

Tabulka č. 6: Intervence zajišťované sestrami v ranních hodinách k prevenci pádu u pacientů s revmatoidní artritidou

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	Celkem
Lavory k lůžku	X			X	X	3
Kompenzační pomůcky k lůžku	X	X	X			3
Dohled	X	X		X		3
Doprovod		X	X			2
Věnovat pacientovi více času			X			1
Dopomoc při hygieně	X	X	X	X	X	5

Tabulka č. 6 – Tabulka znázorňuje, jakých preventivních opatření na oddělení sestry využívají k prevenci pádu v ranních hodinách. 5x se vyskytla odpověď, že využívají dopomoc při hygieně. 3x se vyskytla odpověď, že využívají častý dohled, kompenzační pomůcky podané k lůžku a lavory podané k lůžku. 2x sestry uvádějí častý doprovod pacientů a pouze jedna sestra navíc uvedla věnovat dostatek času pacientovi.

Tabulka č. 7: Podávané informace o možnostech prevence pádu pacientům s revmatoidní artritidou sestrami

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	Celkem
Opatrnost při chůzi	X					1
Nutnost kompenzačních pomůcek	X	X	X	X	X	5
Nutnost protiskluzových bot	X	X		X	X	4
Pravidelná rehabilitace	X			X		2
Dopomoc při chůzi	X	X	X	X		4
Pomalé vstávání		X	X			2
Opatrnost na kluzkých podlahách		X	X	X		3

Tabulka č. 7 – Tabulka znázorňuje, jaké informace sestry klientům s revmatoidní artritidou z hlediska prevence pádu podávají. 5x se vyskytla odpověď, že kladou důraz informovat pacienta o nutnosti kompenzačních pomůcek. 4x se vyskytla odpověď, že informují o nutnosti používání protiskluzových bot a dopomoc při chůzi. 3x se vyskytla odpověď, že informují o zvýšené opatrnosti na kluzkých podlahách. 2x sestry udávají pomalé vstávání a nutnost pravidelné rehabilitace. 1x se vyskytla odpověď, že informují o opatrnosti při chůzi.

Tabulka č. 8: Informace o prevenci pádu získané od pacientů

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	Celkem
Informace nedostáváme	X	X	X	X	X	5

Tabulka č. 8 – Tabulka znázorňuje, zda pacienti podávají sestřám nějaké informace o prevenci pádu. 5x sestry udávají, že pacienti o prevenci pádu žádné informace neudávají.

4.4. Kategorie dat v tabulkách – pacienti

Tabulka č. 9: Preventivní opatření využívané v nemocnici k prevenci pádu pacienty

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Prostorná koupelna	X	X	X		X	4
Madla	X	X	X	X	X	5
Sedačky ve sprchách	X					1
Nástavce na WC	X		X	X		3
Bezbariérový přístup	X		X	X	X	4
Postranice	X		X		X	3

Tabulka č. 9 – Tabulka znázorňuje, jaká preventivní opatření pacienti v prevenci pádu s revmatoidní artritidou v nemocnici využili. 5x se vyskytla odpověď, že využili především madla v koupelně. 4x se vyskytla odpověď, že uvítali prostorovou koupelnu a bezbariérový přístup. 3x se vyskytla odpověď, že využili nástavce na toaletu a postranice. 1x se vyskytla odpověď, že využili sedačky ve sprchách.

Tabulka č. 10: Preventivní opatření související s pádem využívané v pacientově domácnosti

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Protiskluzové podložky v koupelně	X	X	X	X	X	5
Kompenzační pomůcky v blízkosti	X	X	X	X	X	5
Protiskluzové boty		X		X	X	3
Dostatek prostoru v bytě			X	X		2
Telefon při ruce				X	X	2

Tabulka č. 10 – Tabulka znázorňuje, jaká preventivní opatření v prevenci pádu pacienti s revmatoidní artritidou využívají v domácnosti. 5x se vyskytla odpověď, že v domácnosti využívají protiskluzových podložek a kompenzačních pomůcek. 3x se vyskytla odpověď, že využívají protiskluzových bot. 2x se vyskytla odpověď, že využívají prostorných pokojů v domě a telefon mají vždy po ruce.

Tabulka č. 11: Preventivní opatření využívané u pacientů s revmatoidní artritidou v ranních hodinách v domácím prostředí

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Pomalé vstávání	X	X	X	X	X	5
Přidržování se věcí kolem	X		X	X		3
Pravidelné užívání léků	X					1
Používání berlí		X	X		X	3
Nohy pod teplou vodu			X			1
Pomalé rozcvičování				X	X	2

Tabulka č. 11 – Tabulka znázorňuje, jaká preventivní opatření v prevenci pádu pacienti s revmatoidní artritidou využívají v ranních hodinách. 5x byla zmíněna odpověď, že ráno je důležité pomalé vstávání. 3x byla zmíněna odpověď, že se v ranních hodinách přidrží nábytku a používají berle k přesunu. 2x se vyskytla odpověď, že využívají pomalé rozcvičování v ranních hodinách na posteli a 1x se vyskytla odpověď nutnost pravidelného užívání léků a dále se 1x uvádí ponoření nohou do teplé vody.

Tabulka č. 12: Využití cvičení pacienty s revmatoidní artritidou

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Každý den	X			X		2
Občas vynechám		X				1
Skoro necvičím			X		X	2

Tabulka č. 12 – Tabulka znázorňuje, jak často pacienti s revmatoidní artritidou rehabilitují. 2x se vyskytla odpověď, že cvičí každý den. 1x se vyskytla odpověď, že cvičí občas a 2x se vyskytla odpověď, že necvičí skoro vůbec.

Tabulka č. 13: Získávání informací o kompenzačních pomůčkách zabraňující pádu

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Rehabilitační lékař	X			X	X	3
Revma-liga	X	X		X		3
Přátelé	X	X	X			3
Ortoped		X				1
revmatolog		X	X	X	X	4

Tabulka č. 13 – Tabulka znázorňuje, kdo pacienty informoval o kompenzačních pomůčkách v prevenci pádu. 4x se vyskytla odpověď, že revmatolog. 3x se vyskytla odpověď, že rehabilitační lékař, sdružení Revma- liga a přátelé. 1x se vyskytla odpověď, že ortoped.

Tabulka č. 14: Nejčastěji využívané kompenzační pomůcky k prevenci pádu pacienty s revmatoidní artritidou

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Protiskluzová obuv	X	X	X	X	X	5
Berle	X	X	X	X		4
Madla	X	X			X	3
Sedačka do vany	X				X	2
Protiskluzové podložky	X	X	X	X	X	5
Nástavec na toaletu	X				X	2
Koberce		X				1

Tabulka č. 14 – Tabulka znázorňuje, jaké kompenzační pomůcky k prevenci pádu pacienti s revmatoidní artritidou nejčastěji využívají. 5x se vyskytla odpověď, že využívají protiskluzové obuvi a podložek. 4x se vyskytla odpověď užívání berlí. 3x se vyskytla odpověď madla v koupelně. 2x se vyskytla odpověď, že využívají sedačky ve vaně a nástavců na toaletě. 1x se vyskytla odpověď, že má doma koberce.

Tabulka č. 15: Finanční dostupnost kompenzační pomůcky k prevenci pádu z pohledu pacienta

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Malá účast pojišťoven	X	X				2
Drahé				X	X	2
Ceny odpovídají			X			1

Tabulka č. 15 - Tabulka znázorňuje, jak pacienti vnímají finanční dostupnost kompenzačních pomůcek. 2x se vyskytla odpověď, že je malá účast pojišťoven, dále 2x se vyskytla odpověď, že jsou kompenzační pomůcky velice drahé a 1x se vyskytla odpověď, že cena odpovídá kvalitě kompenzačních pomůcek.

Tabulka č. 16: Kompenzační pomůcky, které by pacienti s revmatoidní artritidou k prevenci pádu využívali v nemocnici

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Dostatek nástavců na WC	X	X			X	3
Protiskluzové podlahy na chodbách	X					1
Dostatek personálu	X		X	X		3
Delší a častější rehabilitace		X			X	2

Tabulka č. 16 – Tabulka znázorňuje, které kompenzační pomůcky by pacienti s revmatoidní artritidou využili v nemocničním zařízení. 3x se vyskytla odpověď, že by využili dostatek nástavců na toaletu a dostatek personálu. 2x se vyskytla odpověď delší a častější rehabilitace a jednou se vyskytla odpověď protiskluzové podlahy na chodbách oddělení.

Tabulka č. 17: Kompenzační pomůcky, které by pacienti s revmatoidní artritidou k prevenci pádu uvítali v domácnosti

Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	Celkem
Rozšířit spektrum protiskluzových podložek	X					1
Úchyty v kuchyni	X					1
Úprava úklidových pomůcek		X				1
Větší spektrum protiskluzové obuvi			X			1
Rozšířit koupelnu a toaletu					X	1
Nevím				X		1

Tabulka č 17 – Tabulka znázorňuje, které kompenzační pomůcky k prevenci pádu by pacienti s revmatoidní artritidou využili v domácím prostředí. Každý pacient zmínil jinou odpověď. Jednou se zmínila odpověď rozšířit spektrum protiskluzových podložek. Další pacient zmínil možnost úchyťů v kuchyni, dále se jednou zmínila odpověď úprava úklidových pomůcek. Čtvrtý pacient zmínil, že by uvítal rozšířit si koupelnu a toaletu. Pátý pacient zmínil, že neví.

5. Diskuze

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního šetření, k získání dat bylo využito rozhovorů s pacienty s revmatoidní artritidou a následně sestrami, které pečují o tyto pacienty. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda klienti s revmatoidní artritidou, kteří trpí zvýšeným rizikem pádu, využívají v prevenci pádu nějakých preventivních opatření, a co by klienti v prevenci pádu rádi využili. V neposlední řadě bylo cílem zjistit, jaká preventivní opatření z hlediska prevence pádu u pacientů s revmatoidní artritidou využívají sestry v nemocničním zařízení.

V rámci sběru dat bylo rozdělené preventivní opatření v prevenci pádu z hlediska nemocničního zařízení, z hlediska domácího prostředí a v ranních hodinách. Prevence pádu v nemocničním zařízení je velice důležitá a podstatná, neboť i Vyhnánek (26) v publikaci uvádí, že pády u chronicky nemocných pacientů jsou nejčastější a nejrizikovější mimořádnou událostí komplikující hospitalizaci. Z tohoto vyplývá, že prevence pádu v nemocničním zařízení je často opomíjenou skutečností. Výzkumným souborem byli vybráni klienti s revmatoidní artritidou, kteří měli zkušenosti s nemocničním prostředím. Dotazovaní klienti 5 krát udávají, že v nemocničním zařízení nejraději využili madla. Lze tedy usuzovat, že klienti mají největší strach právě v prostorách koupelny a toalety. Lze se ztotožnit i s Vyhnánkem (26), který udává, že pacienti často upadnou v koupelně nebo na cestě k ní. V koupelně byla navíc pouze jedním respondentem zmíněna výhoda sedačky ve sprchách a 3 krát byla zmíněna prostorná koupelna. I v tomto případě lze pomyslet na značné nebezpečí upadnutí z hlediska kluzké podlahy, na kterou lze v koupelnách pomyslet. I zde je možné poukázat na Vyhnánka (26), který tvrdí, že je důležité dbát na kluzké a mokré podlahy, které riziko pádu zvyšují. V tomto případě ovšem ani jeden z dotazovaných klientů nezmínil protiskluzové dlaždice právě v těchto nebezpečných sektorech, jako je koupelna. Lze pomyslet na to, že klienti na to nebrali takový zřetel, nebo naopak předpokládali, že suché podlahy nebo protiskluzové podložky v koupelnách nemocnice jsou samozřejmostí. K další rizikové oblasti lze zahrnout toaletu. I zde klienti 3 krát zmínili nástavce na toaletu, neboť jim umožnili snadnější vstávání z toalety. Vyhnánek (26) zmiňuje, že na toaletách riziko pádu může snížit podlahová protiskluzová krytina a

každá sestra by měla vyhodnotit, zda bude klient potřebovat pomoci při usedání nebo vstávání z toalety. Na druhé straně z rozhovorů sester vyplynulo, že 4 krát k prevenci pádu využívají nástavce na toaletu (tab. č 1). Doprovod pacienta byl zmíněn ze strany sester 5 krát (tab. č 5). Z těchto výsledků lze usoudit, že doprovod na toaletu je u rizikovějších pacientů samozřejmostí. Dále klienti zmiňovali 4 krát využití bezbariérového přístupu, který je v dnešní době povinností každé nemocnice. Každý z pacientů doma pravděpodobně nemá možnost bezbariérové úpravy, a proto ji velice rádi využijí v nemocničním prostředí. Tři krát klienti zmínili postranice u lůžka, které jsou v dnešní době už neopomenutelnou součástí každého lůžka (tab. č 9). I tuto pomůcku zmiňuje Vyhnánek (26) ve své publikaci. Další výzkumné šetření bylo zaměřené na sestry, zda mají na oddělení některé kompenzační pomůcky, které klientovi mohou zapůjčit. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 5 krát odpověděly zapůjčení berlí a 4 krát zmínily invalidní vozík (tab. č 2). Otázkou je, zda je to postačující. Vypovídá to, o tom, že zdravotnické zařízení spoléhá na to, že klient má pomůcky své.

Preventivní opatření v prevenci pádu u pacientů s revmatoidní artritidou v domácím prostředí je také velice podstatné, jak zmiňuje Dvořáčková (25), která poukazuje na zvýšenou bezpečnost bytu pacienta, která má zásadní význam v prevenci pádu. Proto ve výzkumném šetření je důležité se zaměřit na prevenci využívanou dotazovanými pacienty v domácím prostředí. Dotazovaný klienti 5 krát odpovídají protiskluzovou podložku a protiskluzové boty. Z tohoto lze předpokládat, že klienti velkou jistotu přikládají právě těmto pomůckám. Navíc je má v domácnosti skoro každý. Dále klienti zmiňují 4 krát využívání berlí. Ty uvádí i Dvořáčková (25), která udává, že hole a berle jsou pro prevenci pádu nejužívanější kompenzační pomůckou. Je otázkou, z jakého důvodu jsou hole nejpoužívanější pomůckou? Myslím si, že je to pravděpodobně proto, že jsou poměrně finančně dostupné a klienti s nimi pocítují dostatečnou podporu při chůzi. Dále klienti udávají 3 krát používání madel v koupelně nebo na toaletě. I zde se potvrzuje Vyhnánkovo (26) tvrzení o nebezpečnosti pádu právě v koupelně nebo na toaletě. Ovšem i zde lze pomýšlet na vyšší ceny této pomůcky, a proto je v domácnosti nemají všichni klienti. Dále pouze jen 2 respondenti udávají

seadačku do vany nebo sprchy a také nástavec na toaletu. Tyto pomůcky sice velice potlačí riziko pádu, ovšem většině dotazovaným klientům stačí pouze protiskluzové podložky. Pouze jeden respondent dále odpovídá, že má doma k potlačení rizika pádu raději skoro všude koberce. Ovšem ani ty nejsou jistotou (tab. č 14). Klienti také jako preventivní opatření udávají 2 krát, že využívají dostatek prostoru v bytě a nosí telefon neustále u sebe (tab. č 10). Tyto klienti tvrdí, že se s telefonem cítí v bezpečí, vždy se dovolají pomoci. Ani toto preventivní opatření nelze opomenout. Rozhodně si myslím, že mít telefon při ruce je vhodné. Vždy se klient dovolá pomoci i přes to, že je v domácím prostředí zrovna sám.

Poslední výzkumné šetření z hlediska preventivních opatření byla prevence pádu u klientů s revmatoidní artritidou v ranních hodinách. V ranních hodinách lze u pacientů s revmatoidní artritidou pomýšlet na ranní ztuhlost, která riziko pádu umocňuje. I v publikaci Olejárové (12) je uvedeno, že je nutné respektovat denní maximum potíží v časných ranních hodinách. Proto je nutné dbát na prevenci ohled i v těchto ranních hodinách. Dotazovaní klienti zmiňují 5 krát pomalé vstávání. Dále bylo 3 krát zmíněné přidržování se věci kolem sebe a používání berlí. Právě berle jsou pro klienty v těchto ranních hodinách velkou oporou. Někteří dotazovaní klienti využívají berle jen v rizikových momentech, k těm neodmyslitelně patří ranní ztuhlost. Pouze od dvou klientů bylo zmíněné ranní rozcvičování (tab. č 11). I Pavelka (14) poukazuje na důležitost soustavného denního cvičení. Pouze dva klienti cvičí každý den, jeden klient cvičí pouze občas a dva klienti necvičí skoro vůbec (tab. č 12). Z toho vyplývá, že někteří klienti striktně dodržují veškeré doporučení lékaře a někteří tomu nevěnují tolik pozornosti. Pravděpodobně proto, že někteří klienti si riziko pádu nechtějí připustit. I tato problematika je zmíněna Dvořáčkovou (25), která tvrdí, že je důležité, aby si klienti uvědomovali nebezpečí a akceptovali riziko pádu, které jim horzí. Ovšem zatím ne všichni klienti respektují riziko, které jim bylo z hlediska prevence pádu zmiňováno. Nechtějí si připustit, že by mohli přijmout pomoc od specialistů, chtějí být nezávislí. Mezi preventivní opatření v ranních hodinách bylo dále jedním respondentem zmíněno ponoření kloubů do teplé vody a pravidelné užívání léků, což se ztotožňuje s tvrzením Pavelky (13) (tab. č 11). Sestry udávají v prevenci pádu v ranních hodinách 5 krát

dopomoc při hygieně. Zřejmě právě proto, že v ranních hodinách se provádí ranní hygiena pacientů. Tři sestry dále udávají, že klientům k lůžku podávají lavory a kompenzační pomůcky. Je důležité, aby klienti měli pomůcky ráno u sebe. Dále Vyhnanek (26) uvádí, že je podstatné kontrolovat stav kompenzačních pomůcek. To ovšem nebylo zmíněné ani jednou sestrou, proto se dá usuzovat, že toto opatření se nebere v potaz. Pravděpodobně sestry počítají s tím, že mají klienti své pomůcky v pořádku a pomůcky nemocniční kontrolují velice málo. Dále sestry třikrát udávají pravidelný dohled nad klientem. Jen dvě sestry udávají také pravidelný doprovod. Lze asi předpokládat, že na pravidelný doprovod klientů není dostatek času nebo personálu. Pouze jedna sestra doporučuje a využívá dostatek prostoru a času, který poskytne klientovi. Ovšem právě v ranních hodinách je v nemocnici nejvíce práce, a proto lze usuzovat, že dostatek prostoru a času v ranních hodinách klientům nevěnují.

Neméně důležité je zmínit, kde klienti získávají veškeré informace o kompenzačních pomůckách. Čtyři klienti zmínili revmatologa. Klienti revmatologovi dost důvěřují. Lze tedy předpokládat, že informace dostali především u tohoto lékaře. Poté tři klienti dále udávají, že informace dostávají od přátel, rehabilitačního lékaře a Revma- ligy. Klienti udávají, že informace získané z Revma-ligy jsou velice přínosné. Dostávají letáčky a mohou si některé preventivní pomůcky vyzkoušet právě při setkání členů Revma- ligy. Pokud budou vyhovovat, tak si je rovnou mohou přes společnost objednat, nebo dostanou kontakt. Na rozdíl od jiných klientů, kteří nejsou v členství Revma- ligy, kteří si mohou maximálně prohlédnout daný letáček. Pouze jeden klient zmínil, že informace dostal i od ortopeda. Tyto výsledky poukazují na skutečnost, že ortoped předepíše pomůcku, ovšem informace o jejím zacházení zřejmě nepodává (tab. č 13).

Dále se výzkumné šetření zaměřovalo na finanční dostupnost kompenzačních pomůcek. Dotazovaní klienti 2 krát zmínili, že je nedostačující účast pojišťoven, 1 klient udává, že ceny odpovídají kvalitě kompenzační pomůcky. Dva klienti dále udávají, že jsou pomůcky příliš drahé (tab. č 15). Z toho vyplývá, že vnímání finanční dostupnosti je dosti odlišné. Samozřejmě, že velice záleží na finančním zabezpečení klienta. Od toho se odvíjí, jejich pohled na finanční dostupnost kompenzačních pomůcek.

První částí šetření ze strany klientů byly odpovědi na první výzkumnou otázku: „*Jaká preventivní opatření klienti s revmatoidní artritidou využívají k zabránění vzniku pádu?*“ Klienti s revmatoidní artritidou v nemocničním zařízení využívají prostornou koupelnu, madla, sedačky ve sprchách, nástavce na toaletu, bezbariérový přístup a postranice (tab. č 9). Dále klienti s revmatoidní artritidou v domácím prostředí vlastní protiskluzové podložky a obuv, kompenzační pomůcky, dostatek prostoru v bytě, telefon při ruce, madla, berle, sedačka do vany, nástavec na toaletu, koberce (tab. č 10,14). Preventivní opatření využívané klienty s revmatoidní artritidou v ranních hodinách jsou pomalé vstávání, přidržování se věcí kolem, používání berlí, nohy pod teplou vodu, pravidelné užívání léků a pomalé rozcvičování (tab. č 11).

Druhým cílem bylo zmapovat, jakých preventivních postupů sestry využívají v nemocničním zařízení k potlačení vzniku pádu u pacientů s revmatoidní artritidou. I zde byl sběr dat rozdělen na preventivní opatření využívané sestrami v nemocnici a preventivní opatření využívané sestrami v ranních hodinách v prevenci pádu v nemocnici. I Vyhnánek (26) ve své publikaci zmiňuje důležitost prevence pádu právě ve zdravotnickém zařízení. Dotazované sestry 5 krát udávají, že jako preventivní opatření využívají častý doprovod pacienta, kompenzační pomůcky podají k lůžku a bezbariérový přístup. Tyto odpovědi se dosti shodují s výpovědi klientů. Lze tedy předpokládat, že se tato opatření v praxi ujaly. Dále čtyři sestry uvedly, že zajistí rehabilitaci a častěji stav pacienta kontrolují. Pouze jedna sestra upozornila na dostatek prostoru při chůzi. Lze z toho usuzovat, že většina sester tuto skutečnost bere jako samozřejmost nebo ji nepřikládají tolik pozornosti (tab. č 5). Poté sestry udávají, jaké kompenzační pomůcky v nemocnici využívají. Sestry zmínily 5 krát postranice, madla a signalizační zařízení. Signalizační zařízení klienty nebylo vůbec zmíněno. Asi tuto pomůcku berou v nemocničním zařízení jako samozřejmost. Na signalizační zařízení poukazuje i Vyhnánek (26) ve své publikaci. Dále 4 krát byly zmíněny sedačky ve sprchách a nástavce na toaletu. Tyto výpovědi sester se ztotožňují z výpovědi pacientů, proto lze usoudit, že tyto pomůcky jsou na oddělení využívány. Pouze jednou sestrou jsou zmíněny kurty a protiskluzové dlaždice (tab. č 1). Tyto pomůcky nebyly z hlediska

pacientů vůbec zmíněny. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že kurty využívají jen v krajních případech a dlaždice jsou brány jako samozřejmost. Používání omezovacích prostředků je přísně právně kontrolováno. Věnuje se tomu, především věstník MZ ČR č. 7/2009. Věstník udává, že omezovacích prostředků lze využít jen v případech, kdy je nezbytně nutné zklidnit klienta, který svým chováním ohrožuje život svůj nebo svého okolí (16).

Preventivní opatření v ranních hodinách prováděné v nemocnici je také velice důležité. Jak bylo zmíněno výše, ráno u klientů s revmatoidní artritidou hrozí ranní ztuhlost a u každého klienta trvá různou dobu. Cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jaká opatření sestry využívají u pacientů s revmatoidní artritidou k potlačení rizika pádu právě v ranních hodinách. Sestrami bylo 5 krát zmíněno dopomoc při hygieně. Tři sestry udávají, že podávají lavory k lůžku. Tato skutečnost souvisí s ranní hygienou prováděnou v ranních hodinách. Dále tři sestry zmiňují pravidelný dohled a kompenzační pomůcky podané k lůžku klienta. Dvě sestry udávají doprovod v ranních hodinách a pouze jedna sestra udává, že klientovi věnuje více prostoru (tab. č 6). Lze tedy předpokládat, že v ranních hodinách sestry na klienty a jejich hygienu a potřeby nemají moc času. S tím souvisí Vyhnánkovo (26) upozornění na nedostatek personálu, a tím se zvyšuje riziko pádu u klientů, protože na klienty není dostatek prostoru a času.

Důležité je také zjistit, jak sestry zjišťují, že jsou klienti rizikovější pro daný pád. I Vyhnánek (26) tvrdí, že je podstatné zjistit klientovu míru rizika, kterou je ohrožen. Pět sester udává, že po příchodu klienta na oddělení vyplňují formulář zaměřený na rizikovost pádu. Čtyři sestry navíc udávají, že klienta posuzují dále dle klientovy anamnézy (tab. č 3). Dále jsme zjišťovali, jak často sestry rizikovost pádu vyhodnocují. Pět krát sestry uvádí při příjmu klienta na oddělení a čtyři krát při změně klientova stavu (tab. č 4). Dle Vyhnánka (26) by se mělo screeningové vyšetření rizikovosti pádu provádět vždy při sebemenší změně stavu klienta. Proto lze předpokládat, že hodnocení rizika u klientů je dostačující.

Sestry podávají z hlediska rizika pádu klientům také informace. Pětkrát sestry udávají, že klienty informují o důležitosti využívání kompenzačních pomůcek. Dále čtyři sestry zmínily důležitost protiskluzových bot a pravidelnou dopomoc při chůzi. Tři

krát klienty upozorňují na opatrnost na kluzkých podlahách. Dva krát udávají pomalé vstávání a pravidelnou rehabilitaci. Pouze jednou zmínily opatrnost při chůzi (tab. č 7). Informovanost klientů je také velmi podstatná. Proto je důležité, že jí sestry věnují dostatek pozornosti.

Druhou částí šetření ze strany sester, byly odpovědi na druhou výzkumnou otázku: *Jakých preventivních postupů sestry využívají, aby zabránily vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou?*“ Sestry využívají k prevenci pádu u klientů s revmatoidní artritidou v nemocnici postranice u lůžka, madla, signalizační zařízení, sedačku ve sprše, nástavec na toaletu, kurty, protiskluzové dlaždice, poté častý dohled nad klientem, rehabilitaci, kompenzační pomůcky, doprovod pacienta, bezbariérový přístup a dostatek prostoru při chůzi (tab. č 1, 5). V ranních hodinách využívají sestry v nemocnici lavory k lůžku, dohled, doprovod, kompenzační pomůcky podané k lůžku (berle, chodítka, invalidní vozík, pomůcky na hygienu apod.), věnovat klientovi více času a dopomoc při hygieně (tab. č 6).

Posledním výzkumným šetřením bylo zjištění, jaké kompenzační pomůcky by klienti rádi využili. I zde využíváme rozdělení jako v předchozích šetřeních. Kompenzační pomůcky, které by klienti rádi využili v nemocničním zařízení a kompenzační pomůcky, které by využili v domácím prostředí. Zde klienti museli v některých případech využít i fantazii. První představíme pomůcky, které by rádi klienti využili v nemocničním zařízení. Tři klienti odpověděli, že by využili více nástavců na toaletu, z toho lze usoudit, že tato pomůcka není na všech pokojích. Rozhodně nedostatek nástavců na toaletu stojí za zvážení. Sestry by se ušetřily těžkého zvedání klientů z toalety. Dále byl třemi klienty zmíněn dostatek personálu. Z toho lze předpokládat, že i klienti si všímají nedostatku personálu, to se může odrážet i na ošetrovatelské péči spojené s prevencí pádu. Dále bylo dvakrát zmíněno, že je důležité zajistit dostatek prostoru při rehabilitaci. Nedostatečný prostor a čas při cvičení je další připomínkou klientů. I tato připomínka je na místě. Z mého pohledu by bylo vhodné cvičit s klienty minimálně hodinu dopoledne a hodinu odpoledne. Ovšem v tom případě by na oddělení muselo být více fyzioterapeutů. Pouze jeden klient zmínil, že by na

chodbách využil protiskluzové dlaždice. Je pravda, že pád může ohrožovat klienta kdekoliv, proto by měly být protiskluzové dlaždice i na chodbách nemocnice (tab. č 16).

V domácím prostředí klienti měli s odpovědí docela problém. Uváděli, že spektrum kompenzačních pomůcek už je natolik široký, že je velice těžké říci, co by rádi využili v domácnosti. Jeden klient by rád využil, kdyby se rozšířilo spektrum protiskluzových podložek. Přece jen je to součástí skoro každého bytu. Proto lze protiskluzové podložky více zdokonalovat. Další odpovědi byly úchyty v kuchyni. Ty už ovšem v průmyslu existují, ovšem klientka je zmínila, právě proto, že jsou dosti finančně nedostupné. Dále byla jedním klientem zmíněna úprava úklidových pomůcek a dalším klientem větší spektrum protiskluzové obuvi. To ovšem klienti s revmatoidní artritidou velice rádi uvítají. Pro vícečetné deformity na dolních končetinách mají velice často problém sehnat vyhovující obuv. Jeden klient dále zmínil rozšířit koupelnu a toaletu. Dostatek prostoru v domácnosti nemá každý klient, a proto v mnohých případech lze dostatek prostoru v těchto prostorách považovat za preventivní opatření do budoucna. Poslední klient neudává žádnou pomůcku, zřejmě nic nepoužívá (tab. č 17).

Poslední částí šetření ze strany klientů, byla odpověď na poslední výzkumnou otázku: „*Jaká opatření by klienti v prevenci pádu s revmatoidní artritidou přivítali?*“ V nemocničním zařízení by klienti s revmatoidní artritidou rádi přivítali dostatek nástavců na WC, protiskluzové podlahy na chodbách, dostatek personálu a delší a častější rehabilitace (tab. č 16). V domácím prostředí by využili rozšíření spektra protiskluzových podložek, větší spektrum protiskluzových bot, úchyty do kuchyně, úprava úklidových pomůcek a rozšířit koupelnu a toaletu (tab. č 17).

6. Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na téma prevence pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Stanoveny byly celkem tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit opatření, které využívají klienti s revmatoidní artritidou k prevenci pádu. Druhým cílem bylo zmapovat, jakých preventivních postupů sestry využívají v nemocničním zařízení k potlačení vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Posledním třetím cílem bylo zjistit, jaká opatření, vedoucí k prevenci pádu, by klienti s revmatoidní artritidou přivítali.

Pro kvalitní šetření byly stanoveny 3 výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou: Jaká opatření klienti s revmatoidní artritidou využívají k zabránění vzniku pádu? Druhou výzkumnou otázkou: Jakých preventivních postupů sestry využívají, aby zabránily vzniku pádu u klientů s revmatoidní artritidou? Třetí výzkumnou otázkou: Jaká opatření by klienti v prevenci pádu s revmatoidní artritidou přivítali? Zvolenou metodou bylo dotazování, technika nestandardizovaného rozhovoru.

Na základě analýzy výsledků odpovědí respondentů odpovídáme na výzkumné otázky:

Odpověď 1: Nemocní s revmatoidní artritidou v nemocničním zařízení využívají k zabránění vzniku pádu prostornou koupelnu, madla, sedačky ve sprchách, nástavce na toaletu, bezbariérový přístup a postranice. V domácím prostředí klienti s revmatoidní artritidou využívají protiskluzové podložky a obuv, kompenzační pomůcky (berle, chodítka...), dostatek prostoru v bytě, telefon při ruce, madla, berle, sedačka do vany, nástavec na toaletu, koberce. Preventivní opatření využívané klienty s revmatoidní artritidou v ranních hodinách jsou pomalé vstávání, přidržování se věcí kolem sebe, používání berlí, nohy pod teplou vodu, pravidelné užívání léků a pomalé rozcvičování.

Odpověď 2: Sestry využívají k prevenci pádu v nemocničním zařízení u klientů s revmatoidní artritidou postranice u lůžka, madla, signalizační zařízení, sedačka ve sprše, nástavce na toaletu, kurty, protiskluzové dlaždice, častý dohled nad klientem, rehabilitaci, kompenzační pomůcky (berle, chodítka...), doprovod pacienta, bezbariérový přístup, dostatek prostoru k chůzi. V ranních hodinách sestry využívají


k prevenci pádu u klientů s revmatoidní artritidou lavory podávané k lůžku, dohled, doprovod, kompenzační pomůcky podané k lůžku (berle, chodítka, invalidní vozík apod.), věnovat klientovi více času a dopomoc při hygieně.

Odpověď 3: Klienti s revmatoidní artritidou by v nemocničním zařízení rádi využili dostatek nástavců na toaletu, protiskluzové dlaždice na chodbách, dostatek personálu a delší a častější rehabilitace. V domácím prostředí by klienti s revmatoidní artritidou využili větší spektrum protiskluzových podložek, větší spektrum protiskluzových bot, úchyty do kuchyně, úprava úklidových pomůcek a rozšířit koupelnu a toaletu.

Bakalářská práce měla poukázat na prevenci pádu u pacientů s revmatoidní artritidou. Výzkumné šetření poukázalo na to, že klienti z větší části pomůcky k prevenci pádu využívají.

Na základě výsledků odpovědí sester a klientů byl proveden návrh opatření pro sestry v nemocničním zařízení k prevenci pádu. Poté bylo vytvořeno desatero opatření pro klienty s revmatoidní artritidou v prevenci pádu. Návrh opatření pro sestry by měl, sestrám sjednotit veškeré preventivní opatření v prevenci pádu u klientů s revmatoidní artritidou. Návrh by mohl být součástí ošetřovatelského procesu. Desatero opatření by mělo klientům poskytnout informace o tom, co dělat, aby zabránili riziku pádu v domácím prostředí a i mimo něj. Mohl by být rozdáván v revmatologických ambulancích.

Jak předcházet pádu v nemocničním zařízení- návrh pro pacienty s revmatoidní artritidou a sestry o ně pečující

Sestry	Klienti
Kompenzační pomůcky využívané v nemocnici sestrami	Preventivní opatření využívané v nemocnici k prevenci pádu klienty
Postranice u lůžka	Prostorná koupelna
Madla	Madla
Signalizační zařízení	Sedačky ve sprchách
Sedačka ve sprchách	Nástavce na toaletu
Nástavce na toaletu	Bezbariérový přístup
Kurty	Postranice
Protiskluzové dlaždice	
Berle	
Intervence zajišťované sestrami v ranních hodinách k prevenci pádu u pacientů s RA	Kompenzační pomůcky, které by pacienti s revmatoidní artritidou k prevenci pádu využili v nemocničním zařízení
Dohled	! Dostatek návstavců na WC !
Doprovod	
Věnovat klientovi dostatek času	! Protiskluzové podlahy na chodbách!
Dopomoc při ranní hygieně	
Kompenzační pomůcky podat k lůžku (berle, chodítko...)	
Postranice u lůžka	!Dostatek personálu!
Preventivní opatření využívané v nemocnici u pacientů s revmatoidní artritidou k prevenci pádu	
Častý dohled	!Delší RHB!
Rehabilitace	
Kompenzační pomůcky k lůžku	
Doprovod pacienta	
Bezbarierový přístup	
Dostatek prostoru při chůzi	

Desatero doporučení pro pacienty s revmatoidní artritidou v prevenci pádu

1. Klient musí v ranních hodinách pomalu vstávat z lůžka.
2. Je vhodné pomalé rozcvičování ztuhlých kloubů.
3. Doporučuje se setrvání na lůžku do odeznění ztuhlosti
4. Pokud je to nutné, využít k přesunu kompenzačních pomůcek (berle, chodítka...).
5. Popřípadně využít druhé osoby k doprovodu.
6. Je vhodné vyhnout se rizikovým výkonům, které riziko pádu zvyšují (běh, spěch).
7. Během dne používat protiskluzové boty.
8. Dbát na suchou podlahu.
9. Pravidelně kontrolovat stav kompenzačních pomůcek.
10. Pravidelné dodržování preventivních prohlídek u svého revmatologa a pravidelné užívání léků.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ALUŠÍK, Š. *Revmatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 111 s. ISBN 80-7254-279-6.
2. DMA. *Kompenzační, ortopedické a rehabilitační pomůcky 2010*. Praha: DMA, 2010. 72 s. ISSN neuvedeno.
3. DOHERTY, M., DOHERTY, J. *Klinické vyšetření v revmatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 200 s. ISBN 80-7169-538-6.
4. DRÁSKÁ, L. léčba revmatického pacienta. *Sestra*. 2005, vol. 15, no. 11, s. 55-56. ISSN 1210-0404.
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
6. Ergoterapie. *Sestra*. [online], [cit. 2010-10-02].
Dostupné z: <http://www.zdn.cz/oborove-specialy/ergoterapie/>
7. GEBAUEROVÁ, E. Sledování pádů a úrazů. *Sestra*. Praha: Sanoma magazines, 2004. Vol. 14, no 9, s. 37. ISSN 1210-0404.
8. HALADOVÁ, E., NECHVÁTALOVÁ, L. *Vyšetřovací metody hybné systému*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 135 s. ISBN 80-7013-393-7.
9. Informační materiály- Jak předcházet pádům. [online], [cit. 2008-3-23].
Dostupné z: <http://www.gerontocentrum.cz/gema/predchazet.php>.

10. JERSÁKOVÁ, A. Používání kompenzačních pomůcek (nejen v domácím prostředí) z pohledu ergoterapeuta. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2005, vol. 1, no. 3, s. 120-121. ISSN 1801-1349.
11. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetrovatelství: I. díl Systémový přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
12. OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie*. 1. vyd. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN- neuvedeno.
13. PAVELKA, K. a kol. *Pokroky v revmatologii*. 1. vyd. Praha: Alter, 1996. 191 s. ISBN 80-85775-42-5.
14. PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie*. 1. vyd. Praha: Galen, 2002. 149 s. ISBN 80-7262-145-9.
15. PAVELKA, K. Terapie revmatoidní artritidy syntetickými a biologickými chorobu modifikujícími léky. *Postgraduální medicína*. 2009, vol. 11, no. 7, s. 704-717. ISSN 1212-4184.
16. Používání omezovacích prostředků. Věstník MZ ČR. [online], [cit. 2005-07-05]. Dostupné z :
http://www.ferovanemocnice.cz/data/Pouzivani_omezovacich_prostredku.pdf
17. Revma- liga[online], [cit. 2011-06-17] Dostupné z:
<http://www.revmaliga.cz/aktuality.html>.

18. Revmatoidní artritida, juvenilní idiopatická artritida. [online]. [cit. 2010-11-24] Dostupné z: <http://www.revmaticke-nemoci.cz/novinky-revmatoidni-artritida/nepodcenujte-nebezpeci-osteoporozy-330>.
19. Revmatoidní artritida. [online]. [cit 2010-12-27] Dostupné z: <http://www.revmaticke-nemoci.cz/lazne>.
20. Růžička, E., Kalvach, Z., Lischkeová, B. et al.: Závratě, instabilita a pády ve stáří. In: Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R. et al.: Geriatrie a gerontologie. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 208-209 s. ISBN 80-247-0548-6.
21. ŠEDO VÁ, L. Farmakoterapie revmatoidní artritidy (nová doporučení České reumatologické společnosti). *Medicina pro praxi*. Praha: 2007, vol. 4, no. 10, s. 402-405. ISSN 1212-9445.
22. ŠLÉGLOVÁ, O. Posuzování funkční schopnosti u pacientů s revmatoidní artritidou. *Česká reumatologie*, 2010, vol. 18, no. 2, s. 73-83. ISSN 1210-7905.
23. TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu 5- Dolní končetina*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Miroslav Tichý. 2008. 123 s. ISBN 978-80-254-2251-9.
24. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékačských zdravotnických oborů, 2006. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
25. Úrazy seniorů v domácím prostředí. *Sestra*. [Online], [cit. 2009-12-9]. dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/urazy-senioru-v-domacim-prostredi-448650>.

26. VYHNÁNEK R. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2007, s. 172. ISBN 978-80-247-1715-9.

8. Klíčová slova

Revmatoidní artritida

Ošetrovatelská péče

Prevence pádu

Sestra

Pacient

Pomůcky

Podpora

9. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1: Deformity kloubů u revmatoidní artritidy na horních končetinách

Příloha 2: Hallux Valgus na nohách

Příloha 3: Stádia revmatoidní artritidy dle klasifikace Steinbrockera

Příloha 4: Dotazník HAQ

Příloha 5: Kompenzační pomůcky nejčastěji využívané v prevenci pádu

Příloha 6: Otázky k rozhovoru s klienty

Příloha 7: Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 1

Deformity kloubů u revmatoidní artritidy na horních končetinách



Deformita typu „labutí šíje“



Těžká ulnární deviace

Zdroj: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 149 s.
ISBN 80-7262-145-9.

Příloha 2

Hallux Valgus na nohách



Zdroj: Wikiskripta, *Hallux valgus* [Online]. [cit. 2011-02-07]. Dostupný z WWW:
http://www.wikiskripta.eu/index.php/Hallux_valgus_u_d%C4%9Bt%C3%AD

Příloha 3

Stádia revmatoidní artritidy dle klasifikace Steinbrockera

Stádium I	Rozšíření měkkých tkání, periartikulární poróza, žádné destruktivní změny
Stádium II	Na RTG patrná osteoporóza, mírné známky destrukce chrupavky a kosti, nejsou přítomny kloubní deformity, rozsah pohybu může být omezen, může být přítomna atrofie přilehlých svalů a léze mimokloubních tkání (revmatické uzly, tendovaginitidy)
Stádium III	Kromě osteoporózy je na RTG prokázána destrukce chrupavky a kosti, vyskytují se kloubní deformity, chybí fibrózní a kostěná ankylóza, svalové atrofie jsou rozsáhlé a mohou se vyskytovat léze mimokloubních tkání (revmatické uzly, tendovaginitidy)
Stádium IV	Kostní nebo fibrózní ankylóza, přičemž mohou být přítomna všechna kritéria III.stádia

Zdroj: OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 172 s. ISBN- neobsahuje

Příloha 4

Dotazník HAQ



CENTRUM BIOSTATISTIKY A ANALYZ MU v Brně
ČESKÁ REVMATOLOGICKÁ SPOLEČNOST
Kamenice 126 / 3
625 00 Brno
www.cba.muni.cz
e-mail: cba@cba.muni.cz
tel.: 547 121 408
fax: 547 121 413



PROJEKT ATTRA

Dotazníky kvality života HAQ





CENTRUM BIOSTATISTIKY A ANALYZ MU v Brně
ČESKÁ REVMATOLOGICKÁ SPOLEČNOST

Kamenice 126 / 3
625 00 Brno

www.cba.muni.cz
e-mail: cba@cba.muni.cz

tel.: 547 121 408
fax: 547 121 413



Dotazník na zhodnocení zdravotního stavu (HAQ)

Prosíme, zaškrtněte jednu odpověď, která nejlépe popisuje Vaše běžné schopnosti v uplynulém týdnu.

	Bez obtíží	S určitými obtížemi	Se značnými obtížemi	Nejsem schopen
1. Oblékání a úprava				
Jste schopen/schopna:				
a) sám/a se obléci včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíků?	_____	_____	_____	_____
b) umýt si vlasy šamponem?	_____	_____	_____	_____
2. Vstávání				
Jste schopen/schopna:				
a) vstát ze židle bez opěrek?	_____	_____	_____	_____
b) ulehnout a vstát z postele?	_____	_____	_____	_____
3. Stravování				
Jste schopen/schopna:				
a) nakrátet si maso na talíři?	_____	_____	_____	_____
b) zvednout plný šálek nebo sklenici k ústům?	_____	_____	_____	_____
c) otevřít nový pytlík bonbónů?	_____	_____	_____	_____
4. Chůze				
Jste schopen/schopna:				
a) chodit venku po rovném terénu?	_____	_____	_____	_____
b) vyjít pět schodů?	_____	_____	_____	_____

Zaškrtněte všechny pomůcky nebo zařízení, které obvykle používáte k výše uvedeným činnostem:

_____ Hůl	_____ Pomůcky pro oblékání (háček na zapínání knoflíků, táhlo na zip, lžice na boty s dlouhým držadlem apod.)
_____ Chodítka	_____ Upravené nebo speciální nádobí
_____ Berle	_____ Speciální nebo upravené židle
_____	_____ Jmé (upřesněte _____)

Prosíme, zaškrtněte u kterých činností obvykle potřebujete pomoc jiné osoby:

_____ Oblékání a úprava	_____ Stravování
_____ Vstávání	_____ Chůze



Prosíme, zaškrtněte jednu odpověď, která nejlépe popisuje Vaše běžné schopnosti v uplynulém týdnu.

	Bez obtíží	S určitými obtížemi	Se značnými obtížemi	Nejsem schopen
5. Hygiena				
Jste schopen/schopna:				
a) umýt a osušit si tělo?	_____	_____	_____	_____
b) vykoupat se ve vaně?	_____	_____	_____	_____
c) usednout na toaletu a vstát z ní?	_____	_____	_____	_____
6. Dosazitelnost				
Jste schopen/schopna:				
a) sundat předmět vážící 2,5 kg (např. pytlík s brambory) z výšky těsně nad hlavou?	_____	_____	_____	_____
b) ohnout se a zvednout oblečení z podlahy?	_____	_____	_____	_____
7. Stisk				
Jste schopen/schopna:				
a) otevřít dveře auta?	_____	_____	_____	_____
b) otevřít zavařovací sklenice, které již byly předtím otevřené?	_____	_____	_____	_____
c) otevřít a zavřít kohoutek?	_____	_____	_____	_____
8. Činnosti				
Jste schopen/schopna:				
a) vyřídít pochůzku a nakupovat?	_____	_____	_____	_____
b) nastoupit a vystoupit z auta?	_____	_____	_____	_____
c) vykonávat běžné domácí práce, např. luxovat či pracovat na zahrádce?	_____	_____	_____	_____

Zaškrtněte všechny pomůcky nebo zařízení, které obvykle používáte k výše uvedeným činnostem:

_____ Toaletní nástavec	_____ Madlo u vany
_____ Sedátko do vany	_____ Dlouhé podavače
_____ Otvírač na zavařovací sklenice (již předtím otevřené)	_____ Hygienické pomůcky opatřené dlouhým držadlem
	_____ Jiné upřesněte _____)

Prosíme, zaškrtněte u kterých činností obvykle potřebujete pomoc jiné osoby:

_____ Hygiena	_____ Stisknutí a otvírání věcí
_____ Dosáhnutí	_____ Pochůzky a běžné domácí práce

Zdroj: HAQ- dotazník kvality života. [Online]. Praha: Česká reumatologická společnost [cit. 2010-09-16]. Dostupný z WWW: <http://www.revma.cz/crs/dotazniky.htm>

Příloha 5

Kompenzační pomůcky nejčastěji využívané v prevenci pádu



Berle



Vycházková hůl



Elektrický invalidní vozík



Mechanický invalidní vozík



Chodítko



Pojízdné chodítko



Nástavec na toaletu



Opěrka u toalety



Sedačka do vany



Madla



Protiskluzová podložka

Zdroj: Kompenzační pomůcky [Online]. - dostupné z : <http://www.zdravotnicke-potreby.net/prodejna.php?zbozi=2>

Příloha 6

Otázky k rozhovoru s klienty

Otázky k rozhovoru:

- **Pro klienty s revmatoidní artritidou, kteří navštívili nemocniční zařízení:**

- **1. Cíl: Zjistit opatření, které využívají klienti s revmatoidní artritidou k prevenci pádu.**

1. Jaká opatření (preventivní postupy- kompenzační pomůcky, protiskluzová obuv, vybavení bytu apod.) využíváte v prevenci pádu?

Nemocniční prostředí:

- Jaká opatření jste využila v nemocničním prostředí?

Domácí prostředí:

- Jaká opatření jste využila v domácím prostředí?
Jak máte domov zabezpečen v oblasti rizika pádu?
- Co vše děláte pro svoji bezpečnost v oblasti pádu v ranních hodinách? (riziko pádu je v ranních hodinách vyšší) – Jak se cítíte po ránu?
- Jak cvičíte? Cvičíte raději po ránu nebo večer?
Cvičíte každý den? Se specialistou, nebo sama?
Kolik hodin denně? Jak se cítíte po cvičení?
(Jistější v chůzi, nebo unavená...)
- Kde jste získala informace o kompenzačních pomůckách zabraňující pádu?

- Které kompenzační pomůcky využíváte k minimalizaci rizika pádu?
- Jak vnímáte jejich finanční dostupnost?

➤ **3. Cíl: Zjistit jaká opatření, vedoucí k prevenci pádu, by klienti s revmatoidní artritidou přivítali?**

1. Co byste v prevenci pádu uvítali?

V nemocničním zařízení

- Jaké pomůcky byste přivítali v nemocničním zařízení? Jak by měli upravit zdravotnické prostředí, aby bylo pro Vás bezpečnější? Navrhněte, jak by mělo být prostředí v nemocnici upraveno- svou představu.

V domácím prostředí

- Jaké pomůcky v domácím prostředí? (z hlediska rizikových oblastí bytu- koupelna, WC, kuchyně apod.)

Příloha 7

Otázky k rozhovoru se sestrami

- **Pro sestry pracující s klienty s revmatoidní artritidou:**
 - **2. Cíl: Zmapovat, jakých preventivních postupů sestry využívají v nemocničním zařízení k potlačení vzniku pádu u klientů s RA.**
 - Jaká preventivní opatření využíváte na oddělení u klientů s revmatoidní artritidou, abyste zabránili vzniku pádu?
 - Jakým způsobem zjistíte, že je klient rizikovější pro pád? Využíváte dotazníky nebo to posoudíte jen pohledem nebo využíváte jiné metody, popřípadně jaké? Jaké dotazníky využíváte, abyste posoudila, zda je klient rizikový pro pád? Jak často je vyplňujete- opakovaně, či jednou po příchodu klienta na oddělení?
 - Pokud je klient rizikový pro pád, zapisujete o tom hlášení? Kam ho zapisujete a proč?
 - Co děláte pro větší bezpečnost klienta s RA s větším rizikem pádu? (zabezpečíte mu nějakou rehabilitaci, podáte mu nějaké kompenzační pomůcky)?
Jaké bezpečnostní opatření využíváte v pokoji tohoto klienta?
 - Jaké informace klientovi s revmatoidní artritidou podáte z hlediska rizika pádu? Jak ho upozorníte na možná rizika pádu, co mu doporučíte, jaké pomůcky, rehabilitaci apod.
 - Získáváte od klienta nějaké informace o prevenci pádu?