

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Prevence úrazů u pacientů
ve zdravotnických zařízeních**

bakalářská práce

Autor práce: Aneta Kubátová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2012

Abstrakt

Bakalářské práce: Prevence úrazů u pacientů ve zdravotnických zařízeních se zabývá předcházením úrazů pacientů ve zdravotnických zařízeních. Výzkum práce byl proveden kvantitativním šetřením, ve kterém byly zvoleny dva cíle. Cíl 1: Zjistit odlišnosti v úrazovosti pacientů na interním a chirurgickém oddělení. Cíl 2: Zjistit druhy současných preventivních opatření v úrazovosti pacientů na interním a chirurgickém oddělení. Na základě těchto cílů byly zvoleny hypotézy: Hypotéza 1: Úrazovost pacientů se liší na interním a chirurgickém oddělení. Hypotéza 2: Na interním oddělení zdravotnický personál užívá pomůcky ke snížení úrazovosti pacientů. Hypotéza 3: Na chirurgickém oddělení zdravotnický personál užívá pomůcky ke snížení úrazovosti pacientů. Hypotéza 4: Postupy prevence úrazů pacientů jsou stanoveny v ošetrovatelských standardech. Hypotéza 5: Zdravotnický personál zná postupy v oblasti šetření úrazů pacientů. Hypotéza 6: Zdravotnický personál zná postupy v oblasti hlášení úrazů pacientů.

K potvrzení hypotéz byla použita metoda anonymního dotazníku, který byl určen pro sestry pracující na interním a chirurgickém oddělení. Z výsledků kvantitativního šetření bylo zjištěno, že hypotéza 1 potvrzena nebyla, protože úrazovost pacientů se na obou odděleních liší pouze ve věkovém rozmezí přijatých pacientů. Hypotézy 2 a 3 se potvrdily. Hypotéza 4 se také potvrdila, ale byly zjištěny nedostatečné znalosti sester v přehodnocování rizika pádu pacienta. Hypotéza 5 byla také potvrzena. Poslední hypotéza 6 byla potvrzena s tím, že sestřím interního a chirurgického oddělení chybí dostatečné znalosti údajů, které by měl obsahovat formulář o mimořádné události.

Šetření ukázalo, že se sestry prevencí úrazů pacientů ve zdravotnickém zařízení zabývají, ale do budoucna je nutné, aby se zjištěnými nedostatky v šetření zabýval také management nemocnice. S touto problematikou je potřeba seznamovat také pacienty, a proto je výstupem této bakalářské práce informační materiál pro pacienty, který se týká hlavně prevence pádů ve zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova: prevence úrazů, pacient, mimořádná událost, kvalita péče

Abstract

The thesis concerns the prevention of injuries of patients in health facilities. Two main objectives were set for the quantitative research. Objective 1: Discover the differences in the injury rate of patients at the department of internal medicine and the surgical department. Objective 2: Discover the types of current precautions to injuries at the department of internal medicine and the surgical department. On the basis of the main objectives the hypotheses were set: Hypothesis 1: Injuries of the patients at the department of internal medicine differ from the injuries at the surgical department. Hypothesis 2: Medical staff at the department of internal medicine uses the devices to decrease the injury rate of patients. Hypothesis 3: Medical staff at the surgical department uses the devices to decrease the injury rate of patients. Hypothesis 4: Methods of prevention of injuries of patients are defined in the standards of nursing. Hypothesis 5: Medical staff knows the methods of researching the injuries of patients. Hypothesis 6: Medical staff knows the methods of reporting the injuries of patients.

The method of anonymous questionnaire was used to confirm the hypothesis. The anonymous questionnaire was destined for nurses working at the department of internal medicine and at the surgical department. The results of the research showed that hypothesis 1 was not confirmed as the injury rate of patients at the departments differs only by the age intervals of patients. Hypothesis 2 and 3 were confirmed. Hypothesis 4 was also confirmed although insufficient knowledge of nurses in re-appraisal of risks of falls of patients was discovered. Hypothesis 5 was also confirmed. Hypothesis 6 was confirmed although it discovered that nurses of surgical department do not have enough knowledge about the entries necessary for the form of extraordinary event.

The research showed that nurses are interested in prevention of injuries of patients in health facilities, however, for the future it is necessary that the hospital management was familiarized with discovered imperfections. The patients should also be acquainted with this issue, therefore the output of the thesis is information material for patients which concerns mainly the prevention of falls in health facilities.

Key words: prevention of injuries, patient, extraordinary event, quality of care

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Prevence úrazů u pacientů ve zdravotnických zařízeních 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 své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou – elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání 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 dne 13. 8. 2012

.....

Aneta Kubátová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Aleně Polanové za její laskavý přístup, vstřícnost, ochotu, cenné připomínky a rady při zpracování této bakalářské práce. Rovněž bych zde chtěla poděkovat všem, kteří mi byli ochotni poskytnout potřebné údaje, informace a zkušenosti.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav.....	10
1.1 Úrazy pacientů.....	10
1.2 Úraz způsobený pádem pacienta.....	11
1.2.1 Etiologie pádů.....	12
1.2.2 Klasifikace pádů a jejich rizika	13
1.2.3 Diagnostika pádu sestrou	14
1.3 Popáleniny.....	15
1.3.1 Popáleniny způsobené požárem.....	16
1.3.2 Poranění elektrickým proudem.....	17
1.4 Management mimořádných událostí.....	18
1.4.1 Mimořádné události.....	19
1.4.2 Postup při vzniku mimořádné události	19
1.5 Management kvality.....	21
1.5.1 Kvalita péče a bezpečí pacientů prioritou	22
1.5.2 Akční plán kvality MZ ČR.....	23
1.6 Kultura bezpečí.....	24
1.6.1 Vytvoření kultury bezpečí.....	25
1.7 Prevence úrazů u pacientů	26
1.7.1 Prevence pádů pacientů.....	26
1.7.2 Prevence úrazů vzniklých popálením pacienta.....	28
2 Cíle práce a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy	29
3 Metodika	30
3.1 Metodika.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 Výsledky.....	31

4.1	<i>Grafy k otázkám z dotazníku pro sestry</i>	31
5	Diskuse	49
6	Závěr	56
7	Seznam použitých zdrojů	57
8	Přílohy	60

Úvod

V posledních letech došlo ve zdravotnictví k podstatné změně ve vnímání pacienta. Dříve se málokdo zabýval právy pacientů nebo empatickým přístupem ke každému z nich. Pacient byl pasivní a v podstatě „vložen“ do rukou lékařů a zdravotních sester, kdy se jim obával sdělit své připomínky nebo požadavky. Dnes se však z pacienta stal klient, který má právo dostat, jako každý klient jiných služeb, kvalitní péči v bezpečném prostředí a stát se součástí lékařského a ošetrovatelského procesu. Kvalita péče a bezpečnost pacientů během hospitalizace se staly aktuálními tématy nejen v České republice, ale i v dalších zemích světa, kdy si společnost uvědomila jejich důležitost a naléhavost.

V bakalářské práci se zabývám prevencí úrazů u pacientů ve zdravotnických zařízeních. Tato tematika mě zaujala pro svou aktuálnost, kdy se v současné době téměř všechna zdravotnická zařízení snaží splnit normu ISO 9001:2000 a získat tak akreditaci, která pro pacienty může znamenat, že v daném zařízení jim budou poskytnuty služby k jejich spokojenosti. Přestože se zdravotnická zařízení snaží o zajištění bezpečného prostředí, stále se během ošetrovatelské praxe setkáme s úrazy pacientů, které jsou nejčastěji způsobeny pádem pacienta, vznikem požáru během hospitalizace a poraněním elektrickým proudem.

Ve své práci se zajímám o to, zda je rozdíl mezi úrazovostí pacientů na interním a chirurgickém oddělení. Chtěla jsem zjistit, jestli je v úrazovosti pacientů interního a chirurgického rozdíl nebo zda má na vznik úrazu na oddělení vliv věkové rozmezí přijímaných pacientů. V této souvislosti se také zabývám druhy preventivních opatření v úrazovosti pacientů na interním a chirurgickém oddělení. Zaměřuji se na to, zda sestry po diagnostikování vzniku rizika pádu pacienta tento poznatek označí na tabuli pacientů červeným vykřičníkem a kolikrát týdně poté toto riziko přehodnotí. Dále se zabývám znalostmi sester, které se týkají správného postupu při vzniku mimořádné události na oddělení a jejich povědomím o údajích, které musí obsahovat formulář o mimořádné události, a osobě, které musí mimořádnou událost nahlásit.

Práce má upozornit na stále běžné mimořádné události během hospitalizace, ke kterým i přes zajištění preventivních opatření neustále dochází. Výsledky práce bych chtěla využít ke zvýšení informovanosti sester o možných druzích preventivních opatření úrazů pacientů a k jejich motivování k ohlášení mimořádných událostí nadřiznému bez pocitu strachu.

1 Současný stav

1.1 Úrazy pacientů

Onemocnění a přijetí do nemocnice znamená pro každého člověka velkou zátěž. Často se jedná o narušení nebo úplnou ztrátu dosavadního soukromí. Náhle se zdravý člověk stane pacientem a musí se zcela podřídit požadavkům hospitalizace. Dochází k radikální změně jeho sociální situace, kdy se ocitá v postavení člověka psychicky a společensky podřízeného. V nemocnici oproti běžnému životu nesmí nic, co by nebylo vysloveně povolené. Reakce každého člověka je na tuto změnu jiná a odvíjí se od typu osobnosti a schopnosti adaptovat se v novém prostředí. Hospitalizovaní starší lidé mají schopnost adaptace snižovanou. Stav nedostatečné schopnosti přizpůsobivosti se nazývá geriatrický maladaptivní syndrom (GMS). GMS je typický pro starší věk a dochází k němu v souvislosti s chronickým stresem, projevující se nejčastěji v kardiovaskulárním nebo imunitním systému a také v porušené psychice staršího pacienta. Zdraví pacienta může být následně ohroženo na životě (1, 2).

Úrazem rozumíme jakékoliv neúmyslné nebo úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo působením tepelné, mechanické, elektrické nebo chemické energie (3).

Schopnost osob chránit se před úrazy závisí na mnoha faktorech, jako je například věk, smyslové vnímání, schopnost správně komunikovat, také na anamnéze předešlých úrazů nebo na emocionálním stavu. Při plánování péče o pacienta, by sestry tyto faktory neměly přehlížet. Pokud mají pacienti například poruchu smyslové vnímavosti, trpí paralýzou, nemusí cítit, když se při hygieně opaří horkou vodou. Pacient, který má sníženou schopnost komunikovat, například pokud trpí jazykovou bariérou nebo má změny intelektu, si nedokáže vysvětlit značku „Nekouřit, tady se pracuje s kyslíkem“, může zapříčinit požár (4).

Pro bezpečnost hospitalizovaných pacientů je nezbytné, aby je sestry při příjmu dostatečně seznámily s neznámým prostředím a poučily pacienta o bezpečnostních opatřeních. Těmito kroky lze předcházet potencionálnímu riziku vzniku úrazu (4).

Mezi příčiny úrazů pacientů ve zdravotnických zařízeních patří například pády, poranění elektrickým proudem nebo vznik požáru na oddělení (4).

1.2 Úraz způsobený pádem pacienta

Pokud mluvíme o pádu pacienta, myslíme tím náhlé a neplánované sesunutí pacienta na zem nebo také o neplánovanou událost, která není způsobená záměrným pohybem nebo vnitřní událostí – mozková mrtvice, mdloba nebo křeče (5).

Pády a úrazy pacientů ve zdravotnických zařízeních jsou závažnou problematikou, která se netýká pouze seniorů. Při pádech dochází často ke zlomeninám, které bývají spojeny s dlouhodobou nemocností. Dalšími podstatnými poraněními jsou také popáleniny nebo opařeniny často vzniklé při pádech. Statistické výsledky ukazují, že 20 % osob nad 65 let ve své anamnéze uvedlo alespoň jeden pád za poslední rok. Tento údaj se také vyskytuje u 50 % osob nad 75 let. Ze statistického šetření dále vyplývá, že k pádům dochází u 20 % pacientů hospitalizovaných na Oddělení následné péče, u 40–60 % pacientů dochází k pádům v domovech důchodců (důsledkem je horší zdravotní a funkční stav seniorů) (5).

Touto problematikou se zabývá také Česká asociace sester (ČAS), pod jejímž vedením byl v roce 2002 navržen projekt Pády pacientů při hospitalizaci, kterého se zúčastnilo několik fakultních nemocnic z České republiky. Pády pacientů při hospitalizaci se sledovaly v letech 2004-2010 jako indikátory kvality péče, kdy se hodnotil podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovacích dnů. Přesné členění dat se uvádí v tabulkách (Příloha 1, 2), kde jsou pacienti uvedeni do věkové kategorie do 65 let a nad 65 let, identifikátor se vztahuje na konkrétní oddělení, kterými jsou interní, chirurgické, pediatrické a oddělení následné péče. Zranění způsobená pádem se v tabulkách nespécifikují, pouze jsou rozdělena na lehká a těžká.

Mezi hlavní vytyčené cíle projektu patřilo například zjištění počtu pádů ve zdravotnických zařízeních v České republice, analyzování závažnosti zranění a okolností pádů nebo navržení škály k identifikaci rizikového pacienta (6).

1.2.1 Etiologie pádů

Pády je možné rozdělit dle etiologie na dvě skupiny. První skupinu tvoří pády symptomatické, kde je příčinou některá ze somatických chorob. Mezi nejrizikovější onemocnění patří ta, která zhoršují stabilitu, koordinaci, kloubní pohyblivost a svalovou sílu. Do druhé skupiny patří pády mechanické, které způsobují zevní faktory. Většina pádů má multifaktoriální příčinu (1).

Mezi symptomatické pády se řadí neurologická a cerebrovaskulární onemocnění, onemocnění pohybového aparátu a smyslová onemocnění. U neurologických a cerebrovaskulárních onemocnění se jedná o cévní mozkové příhody, neurodegenerativní onemocnění a polyneuropatie. K náhlým pádům může často docházet u pacientů po CMP v důsledku slabosti nebo bezvládnosti spastické končetiny. Rizikovou skupinou jsou také pacienti trpící Parkinsonovou chorobou, kteří mají typickou šouravou chůzi, při které dělají malé krůčky a nezvedají dostatečně nohy nad podložku. Tohle je první okamžik, kdy může dojít u těchto pacientů k pádu. Parkinsonici mají problémy s otáčením se za chůze, kdy u nich často dochází k tzv. zamrznutí – na několik sekund se zastaví a nejsou schopni v chůzi znovu pokračovat. Zamrznutí je druhým okamžikem pro vznik pádu pacienta. Důsledky pádů jsou u této skupiny pacientů závažnější než u jiných onemocnění, protože pacientům s Parkinsonovou chorobou při pádu chybí reflexy horních končetin (1).

Nejen pacienti s onemocněním pohybového aparátu (ortopedické výkony, onemocnění jako je osteoartróza, osteoporóza nebo revmatoidní artritida), jsou ohroženi rizikem pádu. Rizikovou skupinou jsou také pacienti, kteří mají na chodidlech různé defekty – otlaky, „kuří oka“, kožní ragády nebo deformované nehty plísňovou infekcí. Ke změně těžiště celého těla a k nestabilní chůzi může docházet i při těchto často podceňovaných kožních defektech (1).

Podskupina Smyslová onemocnění zahrnuje pacienty s poruchami zraku, pro které je nejslabším místem chůze po schodech a prostorová orientace při špatném osvětlení. Pacientům s poruchami vestibulárního ústrojí hrozí riziko pádu například při vstávání ze židle, když se otáčí nebo pracují se záklonem hlavy. Mezi somatické choroby, kde hrozí

zvýšené riziko pádu, také patří psychiatrická onemocnění – zejména demence a deprese, také kardiovaskulární onemocnění – arytmie a ortostatická hypotenze.

Pády mohou být podmíněné i iatrogeně, kdy dochází k nežádoucím účinkům léčiv. Mezi léky zvyšující riziko pádu, patří například neuroleptika, diuretika nebo antihypertenziva (1).

Mechanické pády pacientů jsou zapříčiněny zevními faktory a přibližně tvoří 25–30 % všech pádů. Nejrizikovější místa pro vznik pádu jsou schodiště, sociální zařízení, kluzké podlahy nebo nerovnoměrné povrchy, předměty na podlaze – šňůry elektrospotřebičů nebo pohyblivé koberečky, také postele a židle. Na mechanických pádech se také podílí nevhodná obuv, špatně zvolené kompenzační pomůcky se špatnou údržbou (příliš vysoké berle s opotřebovanými gumovými chrániči). Pro hospitalizované pacienty je rizikovým faktorem neznalost prostředí (1).

1.2.2 Klasifikace pádů a jejich rizika

Klasifikací pádů a jejich rizik se dlouhodobě zabývají různá zdravotnická zařízení společně s mnoha výzkumnými pracovníky. Mezi výzkumné pracovníky například patří Janice Morse z USA, která navrhla rozdělení pádů pacientů na *náhodné, fyziologické nepředvídané* a *fyziologické předvídané* (5).

Náhodné pády považuje za neúmyslné upadnutí pacienta, kdy může zakopnout nebo uklouznout a následně i upadnout. Příčinou může být selhání pomůcek nebo některý z faktorů prostředí – rozlitá tekutina na podlaze.

Nepředvídatelné fyziologické pády mohou nastat, pokud je pád způsoben fyzickým stavem, jež se do té doby nedal předvídat. Jedná se například o mdlobu, epileptický záchvat nebo patologickou zlomeninu krčku (5).

O předvídatelné fyziologické pády se jedná, když jsou pacienti podle bodového systému označeni na stupnici rizika pádu jako rizikoví. Pro tyto pacienty je charakteristické např. uvedení pádu v jejich anamnéze, zhoršená chůze, užívání konkrétních pomůcek k chůzi (berle/chodítko), zavedená i. v. kanyla nebo porucha duševních funkcí (5).

Další klasifikace se opírají o působení *vnitřních* a *vnějších faktorů* na pád pacienta.

Mezi vnitřní rizikové faktory patří např. záznam o předchozím pádu, nejistá chůze pacienta – způsob a typ chůze nebo poruchy zraku. Zraková ostrost může být v 90 letech věku snížena až o 80 %. Změna intenzity světla může u starších lidí způsobit, že jejich adaptace na změnu bude pomalejší. Velmi významné jsou také změny na pohybovém aparátu – svalová atrofie, zakřivení páteře (osteoporóza). V souvislosti s vyšším věkem starších pacientů a užíváním některých léků – diuretika, antihypertenziva, psychoaktivní látky, také hrozí ortostatická hypotenze. Změny v duševním stavu – dezorientace, poruchy paměti, akutní onemocnění – epilepsie, cévní mozková příhoda, chronická onemocnění – šedý a zelený zákal, Parkinsonova choroba se také řadí mezi vnitřní rizikové faktory (5).

Vnější rizikové faktory vycházejí ze vztahu k prostředí. Mezi ně se řadí mimo jiné podávání léků (sedativa, benzodiazepiny), které se může stát rizikovým faktorem v případě, že se nedodrží jejich užívané množství. Tento poznatek uvádí i nejnovější studie, která tvrdí, že u 20–30 % obyvatel domů ošetrovatelské péče hrozí chyba v užívání léků. Dalšími rizikovými vnějšími faktory jsou prostorová vybavení bez opory, například chybějící madla ve sprchových koutech a na toaletách, povrchová kvalita – klouzající koberce, nedržící linoleum, vlhké povrchy.

Mezi nejčastěji zmiňované zevními příčiny pádů patří malé koberce či předložky, kluzké podlahy a také dveřní prahy. Zhruba 10 % pádů se odehraje na schodech. V tomto případě se může kombinovat více faktorů jako například nevyhovující zábradlí, snížená viditelnost a snížená svalová síla dolních končetin. Důležitý je také typ a stav obuvi – malé nebo příliš velké boty, či nevyhovující podrážky také patří mezi vnější rizikové faktory (5).

1.2.3 Diagnostika pádu sestrou

Při příjmu pacienta na oddělení je důležité správné odebrání jeho anamnestických údajů, kdy sestra musí zhodnotit stav pacienta. Ke zhodnocení stavu pacienta může sloužit sestře screeningový test, který patří mezi vyšetření mobility pacienta. Jeho cílem je zhodnocení posazování a vstávání ze židle, udržení rovnováhy při zavřených a otevřených očích, zhodnocení chůze a záklon hlavy. Dále je možno využít test ke

zhodnocení soběstačnosti v základních denních činnostech nebo kognitivních funkcí (1).

Zjištěné skóre sestra zaznamená do příslušné ošetrovatelské dokumentace a pacienta s rizikem pádu označí výrazným červeným vykřičníkem. Toto označení musí být v ošetrovatelské dokumentaci i na tabuli pacientů. Je důležité zaměřit se na dezorientované nebo depresivní pacienty, na pacienty s demencí, na vyšší věk pacientů, dále na aktuální stav pacienta – bolest, závratě, medikace, používání kompenzačních pomůcek. Riziko pádu pacienta je potřeba pravidelně přehodnocovat 1x týdně a také vždy při jakékoli změně stavu pacienta (1, 7).

1.3 Popáleniny

Popálenina je stav, kdy na kůži a eventuálně hlouběji uložené tkáně působí extrémně vysoké teploty a tím dochází k místnímu poškození kůže a sliznic. Nemusí se však jednat pouze o místní poškození, ale i o celkové změny v organismu, ke kterým může dojít velmi brzy a mohou tak ohrozit život poraněného. Pro odhad plošného rozsahu popálenin u dospělých je nejčastěji užívané tzv. pravidlo devíti, kdy se rozlišují procenta na jednotlivých postižených částech těla (např. hlava 9 %, ruka 9 %, trup 18 %). U dětí a menších popálených ploch se pro rychlejší odhad užívá jednodušší „pravidlo dlaně“, kdy dlaň poraněného značí 1% celkového tělesného povrchu (8).

Popáleniny mohou vznikat například při kontaktu se suchým teplem nebo vlhkým teplem, kdy se může jednat o horkou páru, tekutinu. Také se může jednat o popáleniny v souvislosti s požárem. Ve zdravotnickém zařízení může k popálení pacienta dojít při použití hořlavých antiseptik na operačním sále, pokud se nedodrží stanovená doba k jejich zaschnutí. Popálením jsou také ohroženi pacienti, kteří mají oslabenou citlivost kůže, mohou se tak při hygieně opařit příliš horkou vodou nebo se může jednat o terapeutickou aplikaci tepla, kdy popáleniny mohou zapříčinit ohřívací lampy (4, 9).

Popáleniny se rozdělují do tří stupňů, kdy druhý stupeň má ještě dva podstupně A a B. Některé zdroje však uvádějí i stupeň čtvrtý. V prvním stupni se jedná o zčervenání, bolestivost a zduření pokožky, kdy se rána hojí spontánně a bez jizev. Postižena je epidermis. Podstupeň A označuje kůži červenou, bolestivou s tvorbou puchýřů. Hojení

probíhá bez jizev, postižena je epidermis i část koria. Následně podstupeň B značí tvorbu puchýřů, zasažené místo kůže je bolestivé a anemické. Tvoří se jizvy, postižena je epidermis a korium. Fungujícími částmi koria jsou pouze hluboko uložené potní žlázy a vlasové folikuly. Ve třetím stupni je už na popálené kůži rozpoznatelná nekróza, kdy je barva kůže šedá, bílá nebo černá. Třetí stupeň popálenin je nebolestivý, povrch je suchý a necitlivý. Kůže je postižena ve všech třech vrstvách. Čtvrtý stupeň popálenin je prakticky neslučitelný se životem, proto se jeho popis v literatuře často nevyskytuje (10, 11).

Ošetření popálenin předchází poskytnutí bezprostřední první pomoci zdravotnickým personálem. Je důležité, aby sestra okamžitě přerušila přívod tepla, odstranila možné vodiče tepla, jako například prsteny a náušnice, následně zajistila vitálních funkce pacienta. Pokud je pacient v bezvědomí a nedýchá, je nutné zahájit KPR. Pokud pacient dýchá, sestra okamžitě chladí pouze popálené plochy I. a II. stupně tekoucí, ne ledovou vodou po dobu nejméně 15–20 minut. Důležité je především ochlazování obličeje, krku a rukou. Velmi rozsáhlé popáleniny se nechladí (8, 11).

Dále by měl mít pacient zajištěn alespoň jeden žilní vstup, měl by být doplňován krevní oběh, také je nutné zajistit ventilaci, analgosedaci a oxygenaci. Základní fyziologické funkce by měly být nadále monitorovány (9, 12).

1.3.1 Popáleniny způsobené požárem

Požár může vzniknout, pokud jsou přítomny tři prvky. Jedná se o dostatečné množství tepla a kyslíku pro vznik ohně a přítomnost hořlavého materiálu. Častou příčinou požáru ve zdravotnickém zařízení může být chybné elektrické zařízení nebo pacient, který si zapálí cigaretu v nemocničním lůžku, také nedopalek od cigarety nebo požár může být úmyslně založen. Pokud požár nastane, sestra musí splnit dva hlavní cíle. Za prvé musí chránit pacienta před požárem a za druhé musí zmírnit nebo uhasit požár. Tyto cíle může splnit, pokud se bude řídit všeobecnými preventivními opatřeními, mezi která patří například znalost nouzových východů na oddělení, umístění a typy hasicích přístrojů nebo zajištění volných chodeb bez zbytečného nábytku pro volný přístup k evakuaci pacientů (4).

V případě vzniku požáru, by zdravotnický personál měl nejprve evakuovat pacienty, kteří jsou v přímém nebezpečí, následně by na bezpečné místo měl poslat chodící pacienty nebo může využít jejich pomoc při evakuaci imobilních pacientů. Požár je velmi nebezpečný obzvláště pro dezorientované pacienty, kteří nejsou v případě požáru schopni opustit budovu bez pomoci druhé osoby. Dále by sestra měla zapnout poplašné zařízení a zavolat na hasičskou stanici. Jestliže je požár malý, použije hasiči přístroj, zavře okna a dveře v oblasti požáru kvůli omezení přístupu vzduchu. Poté vypne přívod kyslíku a všechny elektrická zařízení v oblasti požáru, otevře nouzové východy a chrání pacienty před vdechováním dýmu pomocí přiložení vlhké tkaniny na nos a ústa (3, 4).

1.3.2 Poranění elektrickým proudem

Při poranění elektrickým proudem působí na organismus celkem tři složky, které se mohou vyskytovat samostatně nebo se kombinovat. Jedná se o patofyziologický účinek elektrického proudu, účinek tepla vznikajícího při průchodu proudu tkáněmi a popáleniny ze vzníceného oděvu (8).

Vodivost elektrického proudu v tkáních se liší v závislosti na jejich druhu – největší odpor klade kost, nejmenší nervová tkáň. Jestliže je zasaženo srdce nebo mozek elektrickým proudem, může se jednat o okamžitou smrt zasaženého. Projde-li elektrický proud kosterními svaly, vyvolá silné křeče, které mohou způsobit kontrakce svalů ruky a následně zabránit zasaženému pustit se zdroje. Na kůži, v místech vstupu a výstupu elektrického proudu, se mohou objevit tzv. proudové známky – ohraničené nekrózy žlutého nebo šedého zbarvení (13).

Během hospitalizace může dojít k poranění elektrickým proudem a následně k popálení pacienta například na operačním sále, kde se pacientova kůže může dostat do kontaktu s bodovou neutrální elektrodou, která je špatně uzemněna. Pacient se také může elektrickým proudem poranit, pokud jsou elektrické zásuvky na oddělení nebo na nemocničním pokoji ve špatném stavu, například mohou být zastaralé a uvolněné nebo chybí jejich ochranné kryty (12).

Dojde-li k poranění, následuje poskytnutí první pomoci. V první řadě je potřeba myslet na vlastní bezpečí, takže nejdříve by sestra měla vypnout elektrický okruh a zajistit ho před možným propojením. Pokud se například jedná o poškozený kabel monitorovacího přístroje, sestra by se nejprve měla snažit vypnout monitor nebo pojistkovou skříň - shodit pojistky. V případě, že sestra vypínač nenajde a neví, kde jsou umístěné pojistky, je nutné poškozený drát z postiženého odstranit nejlépe suchým a nevodivým předmětem (kusem dřeva). Odstraňování poškozeného kabelu by sestra měla vždy provádět pravou rukou, protože pokud by se elektrickým proudem sama poranila, je lepší pokud elektrický proud projde pravou stranou těla než srdcem na levé straně. Následně je důležité zajistit vitální funkce zasaženého. Pokud je zasažený v bezvědomí a nedýchá, zahájí sestra KPR, poté asistuje lékaři při ošetření popálenin a dalších zranění (8, 12).

1.4 Management mimořádných událostí

„Management mimořádných událostí je důležitou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality a tento program je v oblasti řízené péče součástí managementu rizik (14, s. 59).“

Management rizik je proces, který se zabývá plánováním, organizováním a řízením komplexního programu aktivit. Zabývá se jím tak, aby bylo možné monitorování, vyhodnocení a napravení rizik, která mohou vést k poškození pacientů, zdravotnického personálu nebo také ke ztrátě či poškození majetku (15).

V dnešní době si je velká část zdravotnických zařízení vědoma, že zajištění bezpečné péče a také bezpečného prostředí pro pacienty, by se mělo stát hlavní prioritou jejich zařízení. Aby tato priorita byla úspěšně dosažena, je zapotřebí zajištění rychlého hlášení mimořádných událostí, následně je efektivně vyšetřit a smysluplně vyhodnotit. Cílem tohoto procesu je zapojení všech zaměstnanců do důsledného a soustavného napravování a zlepšování nekvalitních procesů a systémů, nikoli však hledání viníků s následným potrestáním (14).

Přestože je téma bezpečnost pacientů aktuální, dle výroku české Společnosti všeobecného lékařství (ČLS JEP), systém hlášení pochybení v ČR téměř neexistuje.

Důvodem je nedostatečné pochopení a nejasná definice mimořádných událostí, strach z potrestání, obavy incident nahlásit nebo nepochopení, jak efektivní hlášení mimořádné události může pomoci zlepšit kvalitu na oddělení. Hlášení mimořádných událostí však v moderním zdravotnictví představuje důležitou zpětnou vazbu, která slouží k nápravným opatřením v systému (14).

1.4.1 *Mimořádné události*

Mimořádnou událostí se nazývá situace, během níž došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta, nebo v průběhu procedury, kdy lékařská nebo ošetrovatelská intervence neproběhla podle daného plánu nebo platných směrnic a ošetrovatelských standardů. Následně došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance nebo jiné osoby a majetku. Do mimořádných událostí spadají – medikační chyby, pochybení ve strategii léčby, pády, poranění způsobená požárem, selhání přístrojové techniky, ztráta nebo poškození nemocničního majetku nebo majetku pacienta a neopatrné nebo nebezpečné chování zaměstnanců či pacientů (14).

Mimořádné události lze podle výsledků závažnosti rozdělit do dvou základních kategorií *Incident/mimořádná událost* a *Závažný incident/mimořádná událost*.

Incident/mimořádná událost neohrožuje život pacientů, zaměstnanců nebo návštěv, dále se neslučuje s rutinní praxí a s předpisy zdravotnického zařízení. *Mimořádná událost* může být zapříčiněna nehodou nebo okolnostmi s následkem zranění, poškození majetku nebo ohrožení pověsti zdravotnického zařízení. *Závažný incident/mimořádná událost* – ohrožuje život pacientů, zaměstnanců nebo návštěv a neslučuje se s rutinní praxí a předpisy zdravotnického zařízení. Příčinou může být nehoda nebo okolnosti s následkem vážné újmy na zdraví nebo smrti postižené osoby. Ve výsledku může tato mimořádná událost skončit soudním řízením nebo kriminálním vyšetřováním (14).

1.4.2 *Postup při vzniku mimořádné události*

Pokud dojde k mimořádné události, sestra musí pacientovi okamžitě poskytnout ošetrovatelskou péči a popřípadě zajistit i lékařskou. V případě pádu pacienta, se sestra

snaží učinit potřebné kroky k jeho zmírnění, kdy se snaží přidržit hlavu a trup, v žádném případě však pacienta sama nezvedá. Dalším krokem je kontrola a posouzení aktuálního stavu pacienta – stav vědomí, reakce na oslovení, kontrola základních fyziologických funkcí, rozsah možného poranění a hybnost končetin. O pádu pacienta musí být informován lékař, který provede fyzikální vyšetření, zápis do dokumentace a příslušných formulářů (1, 15).

Dále je nutné, z důvodu šetření příčin této události, zajistit a bezpečně uschovat pomůcky, materiály nebo zdravotnickou techniku, které mohly být příčinou vzniku mimořádné události. Poté sestra provede zápis o mimořádné události do formuláře „Hlášení mimořádné události“. Zaměstnanec, který formulář vyplňuje, si musí být vědom, že musí uvést pouze objektivní a konkrétní fakta, nikoli však subjektivní fráze, úvahy nebo spekulace (14, 15).

Formulář mimořádných událostí by měl obsahovat následující údaje – identifikaci poškozeného pacienta nebo zaměstnance, charakter události, rozsah poranění nebo škod, popis události, jména svědků, informaci o tom, zda byl informován lékař, záznam o poskytnuté první pomoci a závěr šetření. Dále musí zapsat datum a čas, kdy k události došlo a uvést svůj podpis. U pádu pacienta je nutné ještě uvést jeho okolnosti – zda k němu došlo v souvislosti s vlivem prostředí nebo jiných důvodů, například medikace, problémy s hydratací a výživou, používané lokomoční pomůcky (1, 14, 15).

Zaznamenané údaje v tomto formuláři, slouží ke zlepšování kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb, také k ochraně zdrojů zdravotnického zařízení a je kladen důraz na to, aby uvedené informace o konkrétních osobách zůstaly utajeny. Zaměstnanci, kteří se na mimořádné události podíleli nebo se stali jejím svědkem, jsou povinni jí okamžitě nahlásit svému přímému nadřízenému (14).

Pacient a jeho rodina jsou oprávněni mít o této události dostatek informací a moci se podílet na strategii náprav vzniklých škod. Jedná-li se o pochybení ze strany lékaře nebo sestry, je důležité, aby pacient obdržel pravdivé vysvětlení o pochybení a informace týkající se možné nápravy. Pacient by také měl být ujistěn o tom, že

okolnosti celé situace budou důsledně vyšetřeny a budou zavedena taková preventivní opatření, aby v budoucnu k podobnému pochybení nedošlo (14).

1.5 Management kvality

Kvalitou (jakostí) se lidé zabývají již od středověku, kdy je zajímala jakost a využitelnost výrobků, jež směňovali na trzích. Sledováním kvality se začaly zabývat jednotlivé cechy, které se o sledování kvality zajímaly mezi prvními organizacemi. Cechy stanovily jednotlivá pravidla, jejichž dodržování poctivě sledovaly a za jejich nedodržení nebo šizení zákazníků nepoctivé jedince tvrdě trestaly. V následujících letech se pravidly na dodržování kvality výrobků začaly také zabývat státní struktury, převážně z důvodu ochrany spotřebitelů. Důležitý zlom ve vnímání kvality přišel s obdobím druhé světové války, kdy v rámci armádní výroby prudce stoupl počet výrobků a bylo tedy zapotřebí zajistit jejich dostatečnou kvalitu. Následovalo vytváření řady norem, jejichž efektivita byla vyhodnocována dle pravidelného měření s následnou analýzou výsledků (16, 17, 18).

V posledních dvaceti letech je zájem o kvalitu, tak velký, že odborná veřejnost někdy dokonce hovoří o revoluci jakosti. O kvalitu byl viditelný zájem již v 80. letech minulého století v západoevropských firmách, kdy byl v roce 1989 Evropskou nadací pro řízení jakosti (EFQM) proveden výzkum, z něhož vyplynulo, že 90 % vrcholových manažerů už tehdy kvalitu považovalo za kritickou otázku konkurenční schopnosti a

55 % z nich, kvalitu hodnotilo jako nejdůležitější faktor pro řízení firem (16).

V managementu kvality se především jedná o koordinovanou činnost, která by měla řídit a usměrňovat organizace s důrazem na kvalitu. V 80. letech 20. století se různé organizace (NATO, NASA) snaží management kvality prokázat. Vznikají pravidla pro civilní oblasti, kdy je ustanovena technická komise *ISO/TC 176*, která se zabývá návrhem norem pro řízení jakosti. V roce 1987 následuje jejich schválení jako norem řady 9000 a může se podle nich řídit jakákoli organizace v kterémkoli státě na světě. Postupně začínají vznikat různé „podnormy“ ISO pro různé oblasti. Jednou z mnoha oblastí je také zdravotnictví. Kvalita ve zdravotnictví nezajímá pouze provozovatele zdravotnických zařízení, ale také státní správu, plátce zdravotního

pojištění a samozřejmě širokou veřejnost v zastoupení pacientů. Kvalitu poskytované zdravotní péče například pacient vnímá podle léčebného úkonu, podávání informací, zajištění bezpečnosti nebo organizace péče (10, 14).

Norma *ISO 9001:2000*, která stanovuje požadavky na systém řízení kvality, patří na veřejnosti mezi nejznámější normu a lze ji považovat za stěžejní. Pro širokou veřejnost je mimo jiné známá tím, že se podle ní provádí kontroly (auditování) zavedeného systému jakosti. Tato norma je také nazývána jako *norma kritériální* kvůli svým požadavkům, které musí různé organizace splnit, pokud chtějí přesvědčit a ujistit stálé zákazníky (pacienty) o své schopnosti trvale poskytovat takový výrobek (služby), jež následně zvýší jejich spokojenost. Obecně lze říci, že normy z řady ISO 9001 Pokud organizace požadavky dle normy splní, následuje její oficiální uznání (akreditace), že je způsobilá provádět specifické činnosti (19, 20).

Dalšími měřítky kvality jsou například indikátory kvality, které ukazují rozsah dosažení určitého standardu nebo požadavku. Indikátory mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces nebo na klinickou událost. V praxi se rozlišují dva druhy indikátorů – *Indikátory vztahu/poměru (poměrové indikátory)* a *Strážní (sentinelové) indikátory*. *Poměrové indikátory* se opírají o sběr dat takových jevů, jež se vyskytují s určitou frekvencí a mohou tak být popsány jako poměry nebo průměry. Jedná se například o dekubity, císařské řezy nebo opakované rentgenové snímky. Získaná čísla musí být pro přesný výsledek porovnatelná. *Strážní indikátory* se především vztahují na mimořádné události a používají se v managementu rizik. Identifikují výskyt takových jevů nebo fenoménů, kdy bezprostředně po jejich výskytu následuje vyšetřování a analýza příčin. Strážním identifikátorem je například smrt pacienta během operace (14, 17).

1.5.1 Kvalita péče a bezpečí pacientů prioritou

V posledních letech je celosvětově viditelný zvýšený zájem o kvalitu ve zdravotnictví a s tím spojené i bezpečí pacientů během hospitalizace. Společnost si uvědomila, že kvalita zdravotnické péče a bezpečí pacientů by mělo být hlavní prioritou. Nástrojem ke zvýšení bezpečí pacientů může být například bezpečnostní

kultura, kdy se jedná o prostředí, ve kterém je bezpečnost pacientů na prvním místě (18).

Rozvoj programů kvality zdravotnické péče začal v USA na počátku minulého století. American College of Surgeons v roce 1917 rozvinula Základní standardy pro nemocnice a později během provádění inspekcí, zjistila, že stanovené požadavky splnilo pouze 15 % nemocnic. O pár let později, od roku 1950 se akreditačními standardy začalo řídit více než 3 200 nemocnic a roku 1951 vznikla Společná komise pro akreditaci nemocnic. V roce 1987 se organizace přejmenovala na dnešní Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCACHO), která v současné době hodnotí 15 000 zdravotnických zařízení v USA a udává globální standard kvality a bezpečnosti péče (14, 21).

V roce 1998 v České republice byla založena Spojená akreditační komise a byla vydána vyhláška MZ ČR, která klasifikovala 50 akreditačních standardů. V akreditačním standardu jsou uvedeny jednotlivé parametry, které musí nemocnice splňovat, pro to aby získala akreditaci. Parametry jsou například správné vedení zdravotnické dokumentace, podávání léků, hygienická pravidla nebo ekonomické ukazatele. Na základě usnesení č. 458/2000 byla v ČR přijata Národní politika podpory jakosti, ve stejném roce vznikla na MZ ČR Rada pro kvalitu ve zdravotnictví. Každá nemocnice přímo řízená MZ ČR je povinna na svých webových stránkách uvádět některé údaje, které se týkají kvality zdravotní péče (22).

1.5.2 Akční plán kvality MZ ČR

V souvislosti se zvýšením bezpečnosti pacientů bylo dalším krokem MZ ČR představení Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012. V rámci Akčního plánu kvality péče MZ ČR uvádí systémová opatření, která mají vést k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů a kvality poskytované zdravotní péče. Vyhlášení Rezortních bezpečnostních cílů pro rok 2010 je jedním z těchto opatření a byly vyhlášeny formou doporučených postupů, které by měly vést k eliminaci rizik poškozených pacientů a jiných osob v průběhu poskytované zdravotní péče. Rezortní bezpečnostní cíle jsou závazné pro dané organizace a slouží také jako doporučení pro

další zdravotnická zařízení. Jako součást Akčního plánu kvality péče vznikla Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče s cílem zahrnutí otázek bezpečnosti a kvality péče do již rozpracovaných nebo existujících programů (23).

Do aktuálních opatření například patří bezpečná identifikace pacientů, bezpečnost při používání rizikových léčiv, prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, prevence pádů pacienta a také zavedení přísných postupů hygieny (zejména hygiena rukou). Na prevenci pádů pacientů je zaměřena velká pozornost, protože patří mezi nejčastější úrazy ve zdravotnických zařízeních a pacientům často způsobují trvalé následky (23).

Na základě výsledků jednoho z mnoha provedených výzkumů týkající se prevence pádů, vznikl projekt „Bezpečný pokoj“. Výsledky výzkumu ukázaly, že pacienti nad 65 let upadnou ve zdravotnickém zařízení v 81 % nejčastěji na pokoji. Až 28,2 % seniorů upadne při vstávání z lůžka, 19,4 % upadne přímo z lůžka a přibližně 7,1 % pacientů upadne, pokud se opře o nestabilní oporu (brzdy nezajištěný stoleček u lůžka pacienta). Z výsledků je tedy patrné, že až 54,7 % seniorů upadne při používání lůžka nebo nemocničního vybavení. Autoři projektu a výrobci nemocničních lůžek se společně začali zabývat takovými parametry uspořádání pokoje, aby se vzniku pádu u pacientů dalo předejít. V projektu se pokoušejí řešit technické oblasti vybavení pokojů, jako například velikost pokoje, vlastnost podlahových krytin, umístění signalizačního zařízení nebo osvětlení pokoje (23).

1.6 Kultura bezpečí

Kultura bezpečí, by mělo být takové prostředí, ve kterém zdravotnický personál svým pozitivním postojem přispívá k bezpečnosti pacientů a jejich bezpečí se tak stává prioritou. Jedná se o prostředí, ve kterém se hledají možnosti pro zlepšení celého systému péče, nehledají se zde viníci, omyly ani chyby, naopak je zde kladen důraz na hlášení nejen aktuálních chyb a omylů, ale také těch, kterým bylo včas zabráněno. V kultuře bezpečí se podporuje proces vzdělávání ne však obviňování, vytváří se nové bezpečné systémy a procesy a také se uplatňují poznatky ze studií o lidském faktoru (18).

V prostředí, které kulturu bezpečí neuznává, se mohou objevovat takové faktory, jako je nepochopení nebo zakrývání problémů, kultura zaměřená na obviňování a trestání jednotlivce za chybu a také neochota vidět problémy systémově. Prevencí těchto faktorů je navržení nových vzorců chování jednotlivců nebo celé organizace s cílem zajistit bezpečí pacientů a předejít tak poškození jejich zdraví (18).

1.6.1 Vytvoření kultury bezpečí

Předpokladem vytvoření kultury bezpečí je vzájemná a otevřená komunikace o chybách a omylech a také o jejich následcích, změna myšlení, chování a postojů všech členů multidisciplinárního týmu k hlášení omylů a chyb. Znamená to, že by všichni zaměstnanci měli své omyly a chyby hlásit, následně se snažit najít preventivní opatření a jejich vzájemná komunikace by měla být velice dobře promyšlena, protože se vztahuje na pacientovo bezpečí (17, 18).

Výsledky výzkumů kognitivní psychologie podporují vnímání lidského pochybení jako symptom hlubšího systémového selhání ne však osobního selhání. Bylo prokázáno, že pokud organizace na tyto výsledky nereagují, jejich zaměstnanci mají tendenci chyby skrývat a nehlásit a tak je v konečném výsledku nahlášeno méně než 5 % všech chyb, ke kterým skutečně dojde (18).

Důležité by tedy mělo být vytvoření prostředí bez obviňování, které by mělo vypadat tak, že bude vytvořené otevřené a důvěryhodné prostředí, kde bude hlášení pochybení přirozené a kde zaměstnanci nebudou mít strach z případných trestů (18). Profesor, doktor Leape z Harvardské univerzity řekl: „Pouze výjimečně jsou medicínské omyly výsledkem nedbalosti nebo nevhodného chování jednoho člověka.“ (18, s. 129).

Klíčem ke změně by tedy měla být změna systému, kdy by měly být navrženy takové procesy, ve kterých je chyba nemožná a kde se nespolehá pouze na neomylnost lékařů a sester. Dále by se měla vytvořit strategie, která se soustředí na vytvoření seznamů, protokolů a standardizaci procesů (18).

V kultuře bezpečí by tedy mělo fungovat zavedení hlášení pochybení bez potrestání a také nových programů jako prevence pochybení, dále zavedení podpory v týmovou práci a vzájemnou komunikaci (18).

1.7 Prevence úrazů u pacientů

Prevenčí rozumíme opatření zaměřená na účinnou ochranu a uchování zdraví člověka, zvířat a rostlin. Prevence také zahrnuje preventivní péči, kdy se jedná o soubor zdravotnických i sociálních opatření, která umožňují předcházet poškození zdraví, vzniku nákaz, nemocí, zdravotnických komplikací a trvalých následků nemocí. Mezi kritéria preventivních opatření například patří efektivnost opatření nebo preference typu preventivního opatření – technického a technologického (24).

Ve zdravotnických zařízeních jsou úrazem často ohroženi senioři. Stáří je nevratný, univerzální a biologický proces, který s různou rychlostí postihuje téměř všechny orgány. Následně postižené orgány ztrácejí svou funkční rezervu a dochází ke snižování adaptační schopnosti celého organismu na vnitřní a vnější změny. Jedná se o „stařeckou“ křehkost, kdy funkční poruchy jednotlivých orgánů vedou ke snížení tělesné a duševní výkonnosti. Tím hrozí zvýšené riziko vzniku úrazu. Nejčastějšími úrazy u seniorů jsou pády, které jsou často příčinou zlomenin krčku stehenní kosti. Hlavním mechanismem pádů ve stáří, je snížená schopnost rychlé posturální adaptace, jež je patrná při vstávání ze sedu nebo při chůzi ze schodů (25).

1.7.1 Prevence pádů pacientů

Prevenčí pádů se rozumí multidisciplinární odhad rizik a strategií, která mají za cíl včasné zavedení maximálních účinných opatření. Prevenčí pádu pacienta by se měl zdravotnický personál zabývat už při přijímání pacienta, kdy je posouzení rizika pádu součástí jeho anamnézy (26), (Příloha 3).

V primární prevenci se sestra zaměřuje na edukaci pacienta. S edukací pacienta by sestra měla začít již při jeho příjmu, kdy by ho měla seznámit s prostorovým uspořádáním oddělení a s možností přivolání pomoci, k čemuž většinou slouží

signalizační zařízení. Dále by měla poučit pacienta o rizikových místech na oddělení. Mezi častá riziková místa patří schody a sociální zařízení, kde by neměly chybět madla, zábradlí a protiskluzové podložky. Pacient by měl také znát bezpečnostní opatření, se kterými se může setkat na oddělení, jako například používání lokomočních pomůcek – chodítka, noční osvětlení, vhodná obuv. Důležitá je i dostatečná hydratace a aktivizace pacienta (25, 26, 27).

Sekundární a terciální prevence se zabývá vyhledáváním rizikových faktorů. Rizikové faktory jsou rozděleny na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory se řadí kardiovaskulární, neurologická nebo smyslová onemocnění, také onemocnění pohybového aparátu a medikace (antidepresiva, hypnotika). Vnější faktory zahrnují prostředí, kdy se jedná o neznámý terén, o pomůcky (chodítka), rehabilitaci. Uvedenými příklady rizikových faktorů by se sestra také měla zabývat při příjmu pacienta na oddělení a snažit se co nejdříve daný rizikový faktor u něho rozpoznat (1, 27).

Mezi další druhy prevence se také například řadí vystavení bezpečnostního stojanu při vytírání na chodbách nemocničního zařízení nebo zajištění bezpečného prostředí nemocničního pokoje. Za vystavení bezpečnostního stojanu s nápisem „Pozor kluzká podlaha“ jsou odpovědné uklízečky. Správné postupy provádění úklidu na pracovišti spadají do pravidelného školení zaměstnanců v BOZP. Bezpečné prostředí pokoje je pro pacienta volný prostor okolo lůžka, bez zbytečných překážek, snadný přístup k věcem denní potřeby. V nemocničním pokoji by měl být stabilní nábytek – lůžko, noční stolek. Pro bezpečnost pacienta je také důležité vhodné denní a noční osvětlení (28, 29).

V souladu s Akčním plánem kvality a bezpečí zdravotní péče na období 2010–2012 Ministerstva zdravotnictví ČR, vypracovala Havlíčkobrodská nemocnice projekt – Bezpečnostní pás jako prevence pádu pacienta. Jedná se o použití bezpečnostního pásu u transportních sedaček při převozu pacienta z jednotlivých oddělení (30).

Pilotní projekt byl realizován na chirurgickém oddělení a centrální jednotce intenzivní péče v období 15. 1. – 15. 4. 2010 s cílem zvýšení bezpečnosti pacientů při transportu mimo ošetrovací jednotku. Mezi přednostní stránky projektu například uvedla pocit bezpečí pacienta, zvýšenou eliminaci pádu pacienta, snížení počtu nežádoucích/mimořádných událostí a zvýšení komfortu převážených pacientů mimo

ošetřovatelskou jednotku. V lednu 2011 na Dnech bezpečí v Jihlavě, kde byl projekt Havlíčkovobrodské nemocnice prezentován, byl vyhodnocen jako nejlepší a bezpečnostní pásy vzbudily zájem v dalších nemocničních zařízeních (30).

„I přes veškerá opatření mající za cíl snížení rizika pádu, je nerealistické očekávat, že k pádům přestane docházet. Každý pád by však měl být doprovázen analýzou faktorů, které mohly k pádu buď přímo, nebo nepřímo přispět. Zároveň je důležité snažit se také odpovědět na otázku, zda je tyto faktory možno odstranit, nebo alespoň zmírnit jejich vliv (27, s. 32).

1.7.2 Prevence úrazů vzniklých popálením pacienta

Ve zdravotnickém zařízení může být faktorem, který vyvolá popálení pacienta elektrický proud nebo požár (10).

Poranění elektrickým proudem lze předcházet, pokud se ve zdravotnických zařízeních používají elektrická zařízení, jež jsou uzemněná a v dobrém stavu. Dále je také důležitý stav elektrických zásuvek a jejich zabezpečení ochrannými kryty na pokojích pacientů i na oddělení. Pokud zdravotnický personál nebo pacient používají jakékoli elektrické zařízení, měli by se vždy před jeho zapnutím přesvědčit, že elektrické šňůry nejsou zalomené, poškozené nebo ve vlhkém prostředí (4).

Obvyklými příčinami vzniku požáru ve zdravotnickém zařízení bývá chybné elektrické zařízení a kouření v nemocničním lůžku, kdy pacient nedopalkem cigarety ohrožuje okolní prostředí. V tomto případě je prevencí dostatečné seznámení pacienta s bezpečnostními opatřeními a pravidly chování na oddělení při jeho příjmu nebo během jeho hospitalizace (4).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit odlišnosti v úrazovosti pacientů na interním a chirurgickém oddělení.

Cíl 2: Zjistit druhy současných preventivních opatření v úrazovosti pacientů na interním a chirurgickém oddělení.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Úrazovost pacientů se liší na interním a chirurgickém oddělení.

Hypotéza 2: Na interním oddělení zdravotnický personál užívá pomůcky ke snížení úrazovosti pacientů.

Hypotéza 3: Na chirurgickém oddělení zdravotnický personál užívá pomůcky ke snížení úrazovosti pacientů.

Hypotéza 4: Postupy prevence úrazů u pacientů jsou stanoveny v ošetrovatelských standardech.

Hypotéza 5: Zdravotnický personál zná postupy v oblasti šetření úrazů pacientů.

Hypotéza 6: Zdravotnický personál zná postupy v oblasti hlášení úrazů pacientů.

3 Metodika

3.1 Metodika

K naplnění cílů bakalářské práce na téma Prevence úrazů u pacientů ve zdravotnických zařízeních bylo zvoleno kvantitativní šetření. Kvantitativní šetření probíhalo pomocí anonymního dotazníku (Příloha 4), který obsahoval 31 otázek. Celkem bylo rozdáno 120 (100 %) dotazníků. Z celkového množství se však vrátilo 84 vyplněných dotazníků (70 %). 84 (100 %) dotazníků tvoří 41 dotazníků vyplněných na interním oddělení a 43 dotazníků na chirurgickém oddělení.

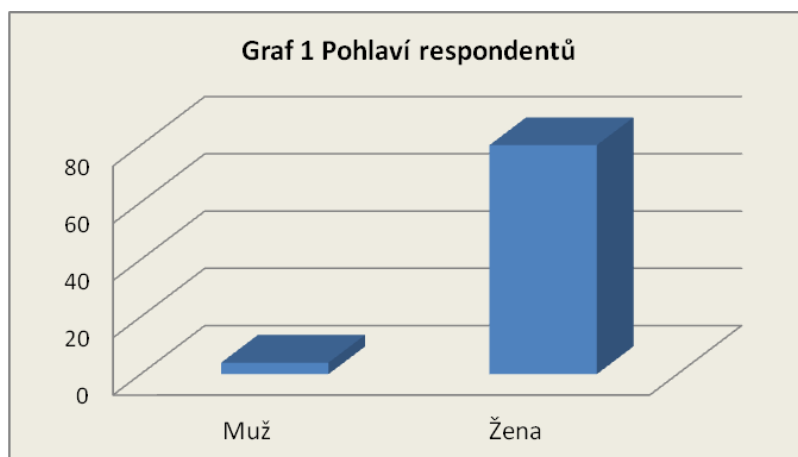
Výzkum probíhal v měsících dubnu a květnu 2012 s písemným souhlasem hlavních sester.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

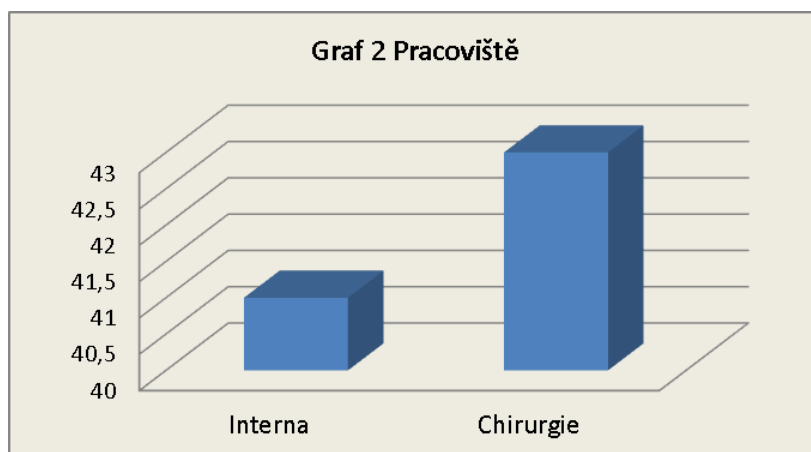
Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na interním a chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. a Nemocnice Tábor. Z celkového počtu 84 dotázaných, 41 sester pracovalo v Nemocnici České Budějovice a. s., a 43 sester pracovalo v Nemocnici Tábor.

4 Výsledky

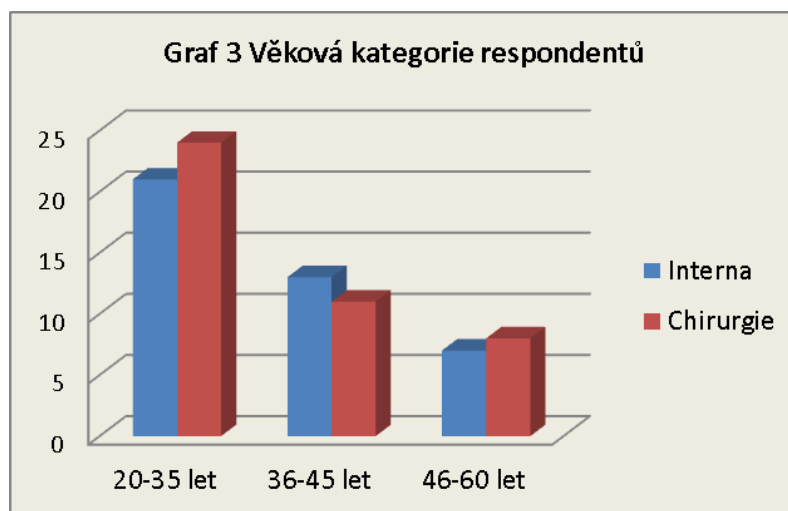
4.1 Grafy k otázkám z dotazníku pro sestry



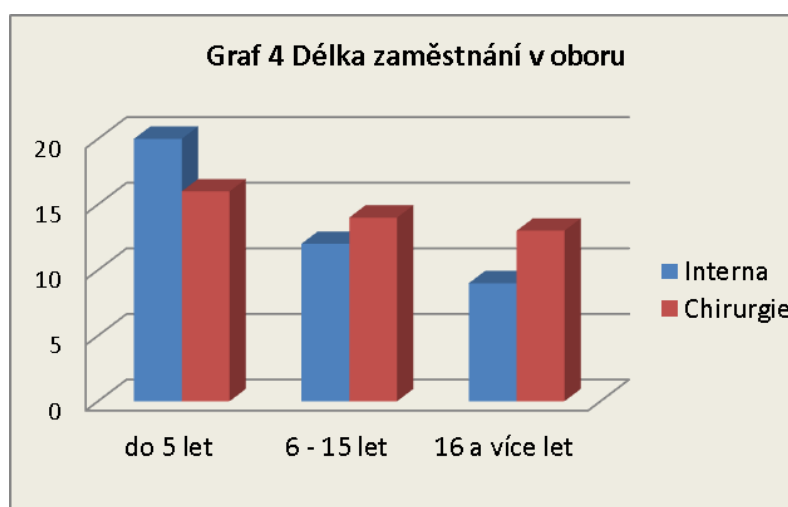
Z celkového počtu respondentů 84 (100 %) se šetření zúčastnili 4 (5 %) muži a 80 (95 %) žen.



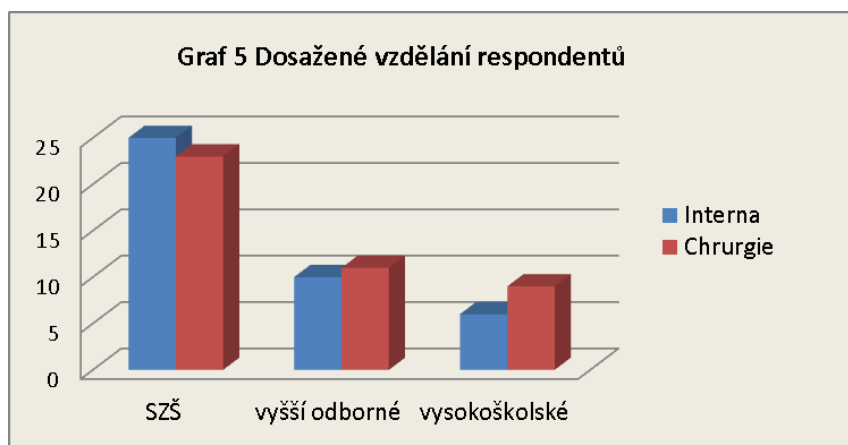
Z celkového počtu respondentů 84 (100 %) jich 41 (49 %) pracuje na interním oddělení a 43 (51 %) na chirurgickém oddělení.



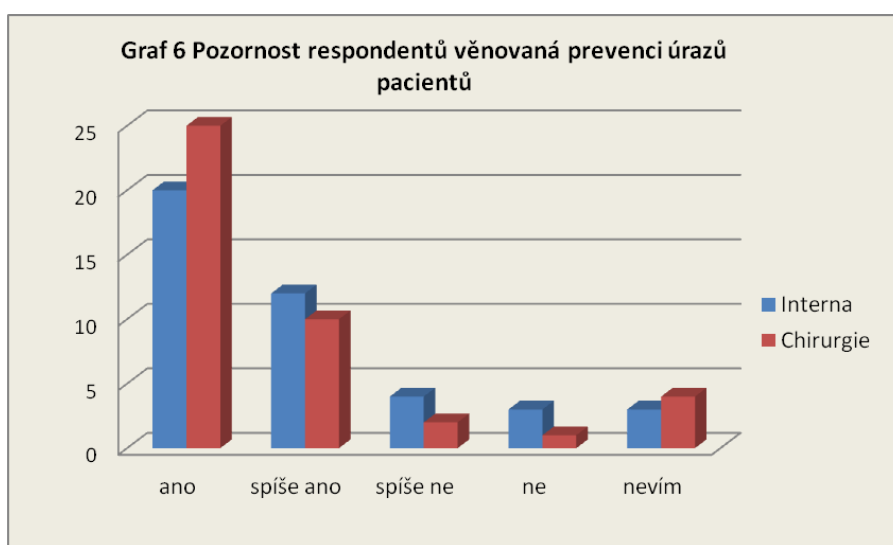
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení je jich 21 (50 %) ve věku 20–35 let, 13 (32 %) ve věku 36–45 let, 7 (17 %) ve věku 46–60 let. Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 43 (100 %) respondentů jich pracuje 24 (51 %) ve věku 20–35 let, 11 (26 %) ve věku 36–45 let a 8 (19 %) ve věku 46 a výše.



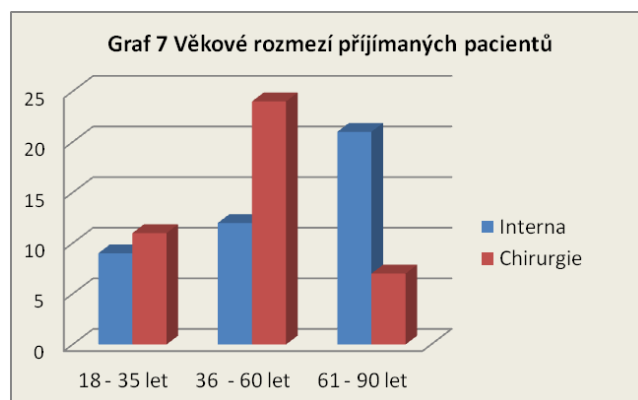
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 20 (49 %) pracuje v oboru méně než 5 let, 12 (29 %) v rozmezí 6–15 let a 9 (22 %) 16 a více let. Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 43 (100 %) jich 16 (37 %) pracuje v oboru méně než 5 let, 14 (33 %) v rozmezí 6–15 let a 13 (30 %) 16 a více let.



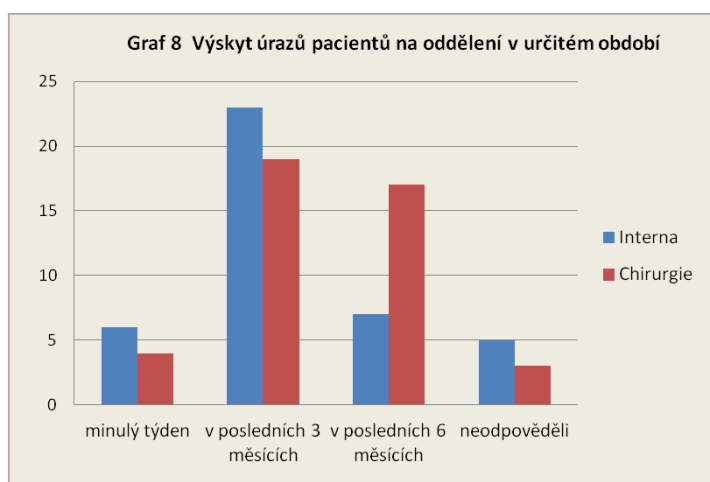
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 25 (61 %) má středoškolské vzdělání, 10 (24 %) vystudovalo vyšší odbornou školu a 6 (15 %) respondentů má vysokoškolské vzdělání. Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 43 (100 %) respondentů jich 23 (53 %) má středoškolské vzdělání, 11 (26 %) vystudovalo vyšší odbornou školu a 9 (21 %) respondentů má vysokoškolské vzdělání.



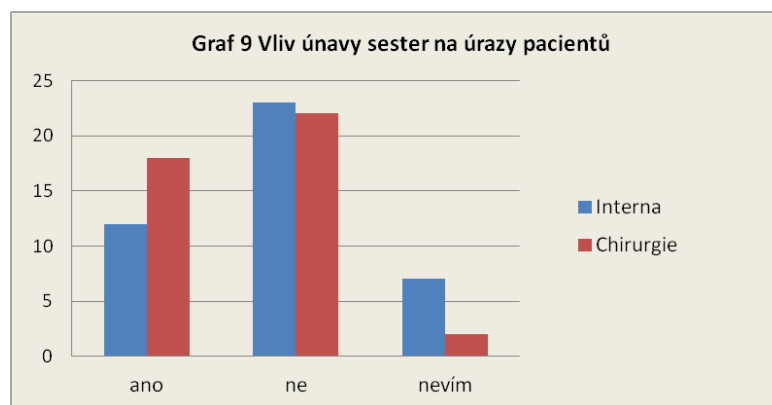
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 20 (49%) věnuje pozornost prevenci úrazů pacientů, spíše ano uvedlo 12 (29 %) respondentů, spíše ne odpovědělo 4 (10 %), pozornost prevenci úrazům pacientů nevěnuje 3 (7 %) a 2 (5 %) jich uvedlo, že neví. Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 43 (100 %) respondentů jich odpověď ano uvedlo 25 (58%), spíše ano 10 (23 %), spíše ne 2 (5 %) , pozornost úrazům pacientů nevěnuje 2 (5 %) a odpověď nevím uvedlo 4 (9 %).



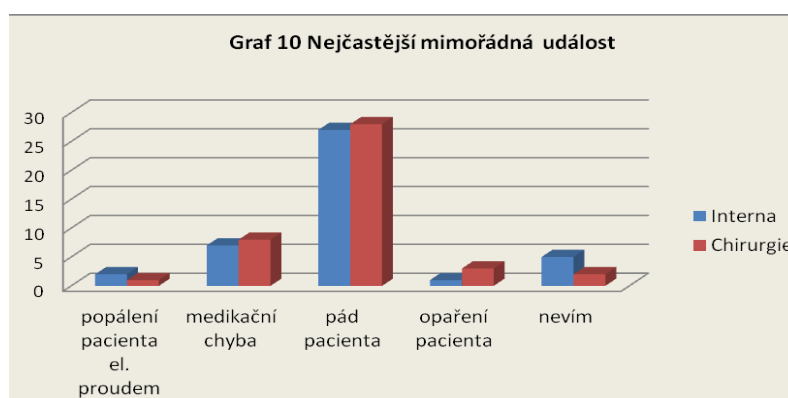
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 9 (22 %) uvedlo, že na oddělení přijímají pacienty ve věku 18–35 let, 12 (29 %) respondentů uvedlo věkovou kategorii 36–60 let a 20 (49 %) jich uvedlo věkové rozmezí přijímaných pacientů 61–90 let. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich 11 (26 %) uvedlo, že na oddělení přijímají pacienty ve věkové kategorii 18–35 let, 24 (56 %) jich uvedlo věkovou kategorii 36–60 let a 8 (19 %) jich uvedlo věkové rozmezí přijímaných pacientů 61–90 let.



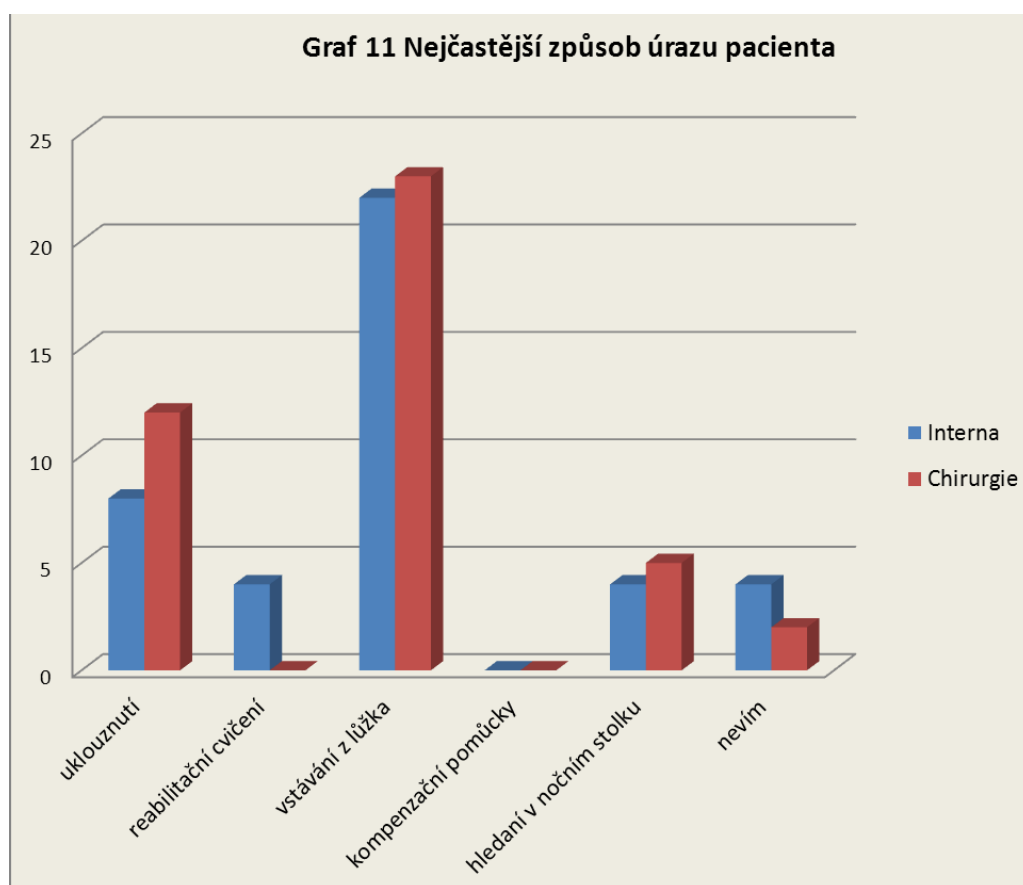
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 6 (15 %) uvedlo, že k úrazu pacienta došlo minulý týden, 23 (56 %) jich uvedlo období 3 měsíců, 7 (17 %) jich uvedlo období 6 měsíců a 5 (12 %) respondentů na otázku neodpovědělo. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení 4 (9 %) uvedli, že k úrazu pacienta došlo minulý týden, 19 (44 %) jich uvedlo období 3 měsíců, 17 (40 %) jich uvedlo období 6 měsíců a 3 (7 %) respondentů na otázku neodpovědělo.



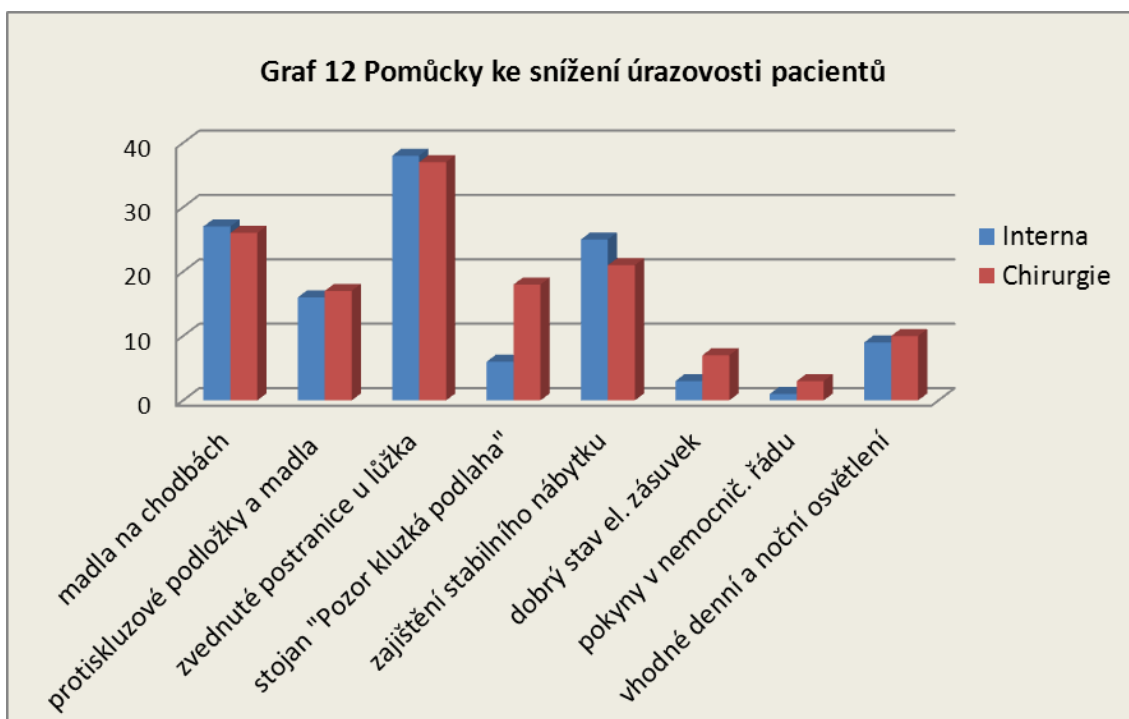
Na otázku, zda má únava sester vliv na úrazy pacientů, z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 12 (29 %) uvedlo odpověď ano, 23 (56 %) jich uvedlo odpověď ne a 6 (15 %) respondentů uvedlo odpověď nevím. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich 19 (44 %) na stejnou otázku uvedlo odpověď ano, 22 (51 %) uvedlo odpověď ne a 2 (5 %) respondentů uvedlo odpověď nevím.



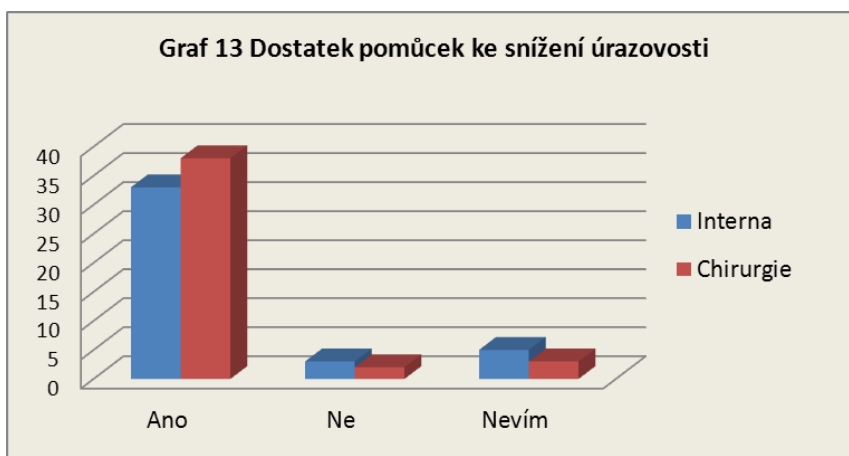
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 2 (5 %) jako nejčastější mimořádnou událost uvedlo popálení pacienta el. proudem, 7 (17 %) jich uvedlo medikační chybu, 26 (63 %) jich uvedlo pád pacienta, 1 (2 %) jich uvedlo opaření pacienta a 5 (12 %) respondentů uvedlo odpověď nevím. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich 1 (2 %) uvedlo jako nejčastější mimořádnou událost popálení pacienta el. proudem, 8 (19 %) jich uvedlo medikační chybu, 29 (67 %) jich uvedlo pád pacienta, 3 (7 %) jich uvedlo opaření pacienta a 2 (5 %) respondentů uvedlo odpověď nevím.



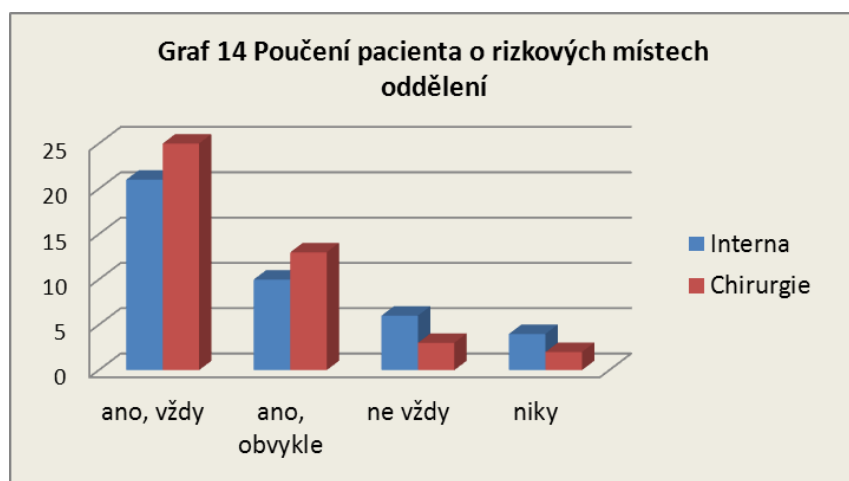
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů z interního oddělení jich 7 (17 %) jako nejčastější úraz na jejich oddělení uvedlo uklouznutí pacienta, 4 (10 %) uvedlo rehabilitační cvičení, 22 (54 %) jich uvedlo vstávání z lůžka, nikdo neuvedl kompenzační pomůcky, 4 (10 %) jich uvedlo hledání v nočním stolku a stejný počet respondentů uvedl odpověď nevím. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich 13 (30 %) jako nejčastější úraz na jejich oddělení uvedlo uklouznutí, nikdo z nich neuvedl rehabilitační cvičení, 23 (53 %) jich uvedlo vstávání z lůžka, nikdo z nich neuvedl kompenzační pomůcky, 5 (12 %) jich uvedlo hledání v nočním stolku a 2 (5 %) uvedlo odpověď nevím.



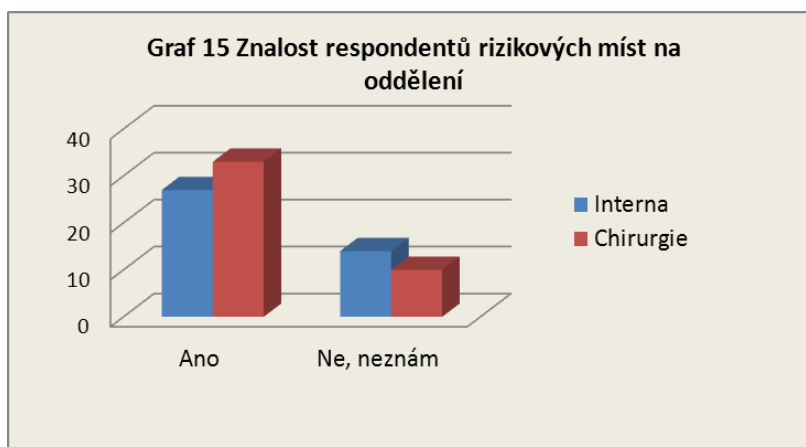
V této otázce si respondenti mohli zvolit až tři možnosti z pomůcek ke snížení úrazovosti pacientů. Na interním oddělení bylo celkově uvedeno 125 odpovědí. Z celkového počtu odpovědí na interním oddělení byly označeny tyto pomůcky: 27x madla na chodbách, 16x protiskluzové podložky a madla, 38x zvednuté postranice u lůžka, 6x stojan „Pozor kluzká podlaha“, 25x zajištění stabilního nábytku, 3x dobrý stav el. zásuvek, 1x pokyny v nemocničním řádu a 9x vhodné denní a noční osvětlení. Na chirurgickém oddělení bylo celkově zvoleno 128 odpovědí. Z celkového počtu odpovědí na chirurgickém oddělení byly označeny tyto pomůcky: 26x označeno madla na chodbách, 17x protiskluzové podložky a madla, 37x zvednuté postranice u lůžka, 10x stojan „Pozor kluzká podlaha“, 21x zajištění stabilního nábytku, 7x dobrý stav el. zásuvek, 2x pokyny v nemocničním řádu a 8x vhodné denní a noční osvětlení.



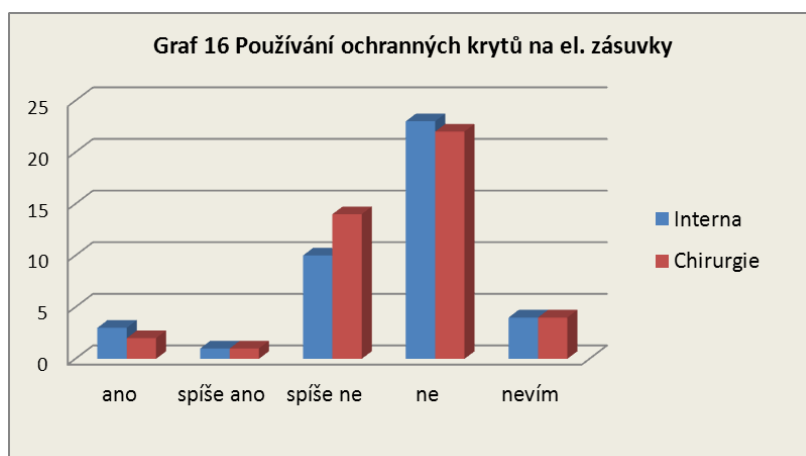
Na otázku, zda na oddělení mají dostatek pomůcek uvedlo z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení 33 (80 %) odpověď ano, odpověď ne 3 (7 %) a 5 (12 %) uvedlo odpověď nevím. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku uvedlo odpověď ano 38 (88 %), odpověď ne uvedli 2 (5 %) a 3 (7 %) uvedlo odpověď nevím.



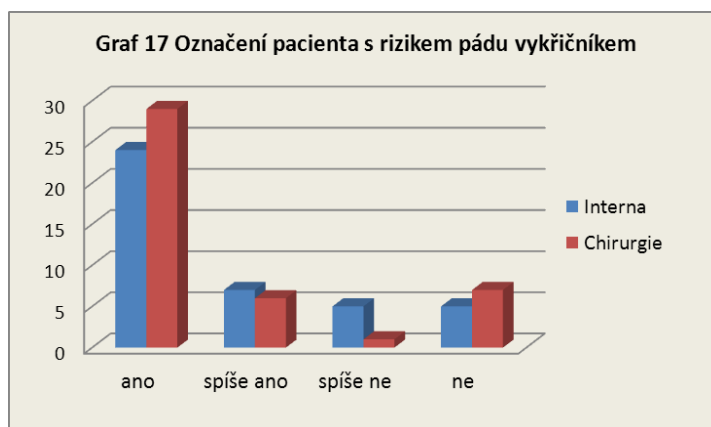
Na otázku, zda poučí pacienta o rizikových místech oddělení uvedlo z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení odpověď ano vždy 21 (50 %), ano, obvykle 10 (24 %), ne vždy uvedlo 6 (14 %) respondentů a odpověď nikdy uvedli 4 (10 %). Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich ano, vždy uvedlo 25 (60 %), ano, obvykle 13 (31 %), ne vždy uvedli 3 (7 %) respondentů a odpověď nikdy jich uvedli 2 (5 %).



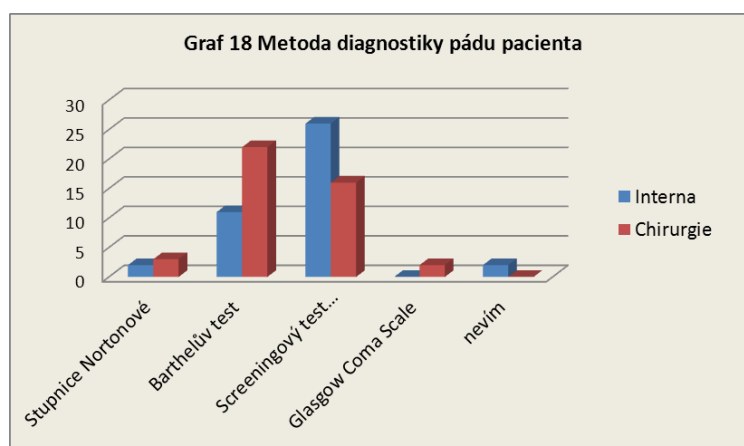
Na otázku, zda respondenti znají riziková místa na oddělení, jich z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení odpověď ano uvedlo 27 (66 %) a odpověď ne, neznám uvedlo 14 (34 %) respondentů. Na stejnou otázku, z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení, odpověď ano uvedlo 33 (77 %) a odpověď ne, neznám uvedlo 10 (23 %) respondentů.



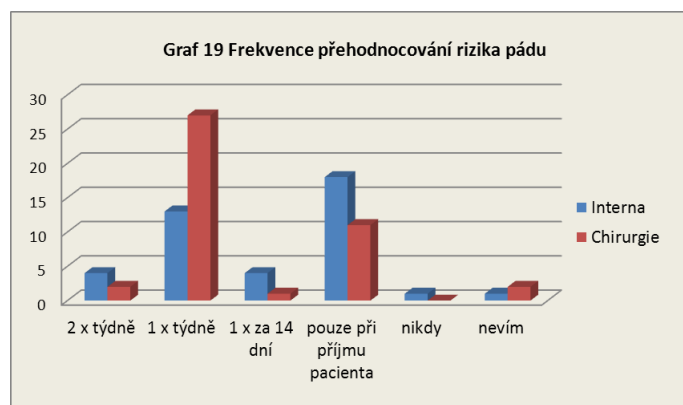
Na otázku, zda respondenti používají ochranné kryty na el. zásuvky, jich z celkového počtu 41 (100 %) interního oddělení odpověď ano uvedlo 3 (7 %), spíše ano uvedlo 1 (2 %), spíše ne jich uvedlo 10 (24 %), ne jich uvedlo 23 (56 %) a nevím uvedlo 4 (10 %) respondentů. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku 2 (5 %) uvedlo odpověď ano, spíše ano uvedlo 1 (2 %), spíše ne jich uvedlo 14 (33 %), ne jich uvedlo 22 (51 %) a nevím uvedli 4 (9 %) respondentů.



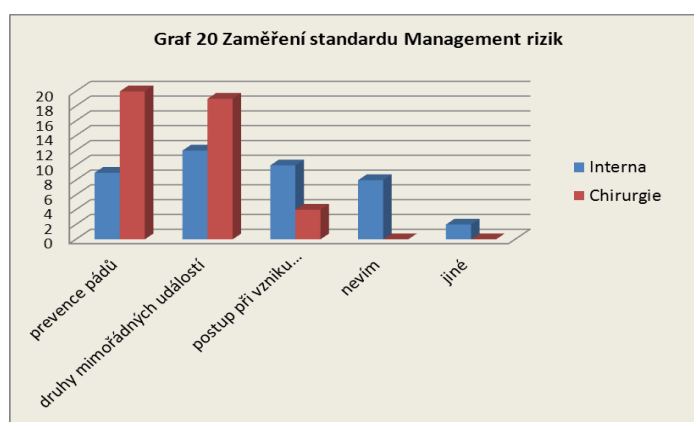
Na otázku, zda respondenti označí pacienta s rizikem pádu vykřičníkem, jich z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení odpověď ano uvedlo 24 (59 %), spíše ano jich uvedlo 7 (17 %), spíše ne jich uvedlo 5 (12 %) a stejný počet uvedl odpověď ne. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku uvedlo odpověď ano 29 (67 %), spíše ano jich uvedlo 6 (14 %), spíše ne jich uvedl 1 (2 %) a odpověď ne uvedlo 7 (16 %) respondentů.



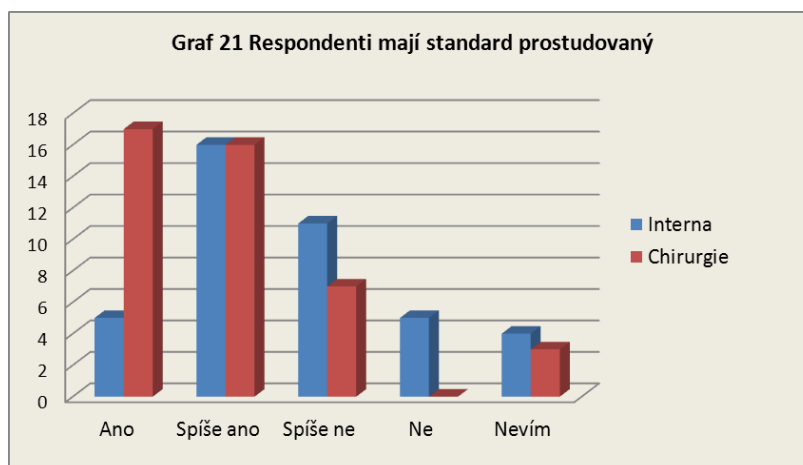
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení, jich jako metodu diagnostiky pádu pacienta uvedli Stupnice Nortonové 2 (5 %), Barthelův test jich uvedlo 11 (27 %), Screeningový test mobility jich uvedlo 26 (63 %), Glasgow Coma Scale nevedl nikdo a odpověď nevím uvedli 2 (5 %) respondenti. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení Stupnice Nortonové uvedli 3 (7 %), Barthelův test jich uvedlo 22 (51 %), Screeningový test mobility jich uvedlo 16 (37 %), Glasgow Coma Scale jich uvedli 2 (5 %) a odpověď nevím nevedl nikdo z respondentů.



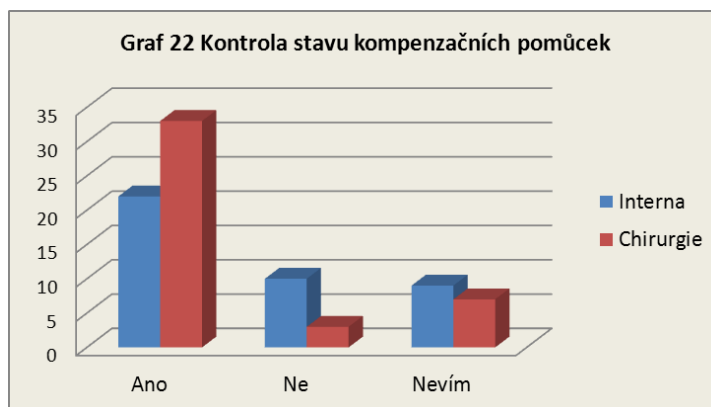
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich riziko pádu pacienta přehodnotí 2x týdně 4 (10 %) respondenti, 1x týdně jich toto provede 13 (32 %), 1x za 14 dní 4 (10 %), pouze při příjmu pacienta přehodnotí riziko pádu 18 (44 %), nikdy neprovede 1 (2 %) a stejný počet odpověděl nevím. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich riziko pádu pacienta 2x týdně přehodnotí 2 (5 %), 1x týdně 27 (63 %), 1x za 14 dní toto provede 1 (2 %), pouze při příjmu pacienta přehodnotí riziko 11 (26 %), odpověď nikdy neuvedl nikdo z respondentů a odpověď nevím uvedli 2 (5 %) z nich.



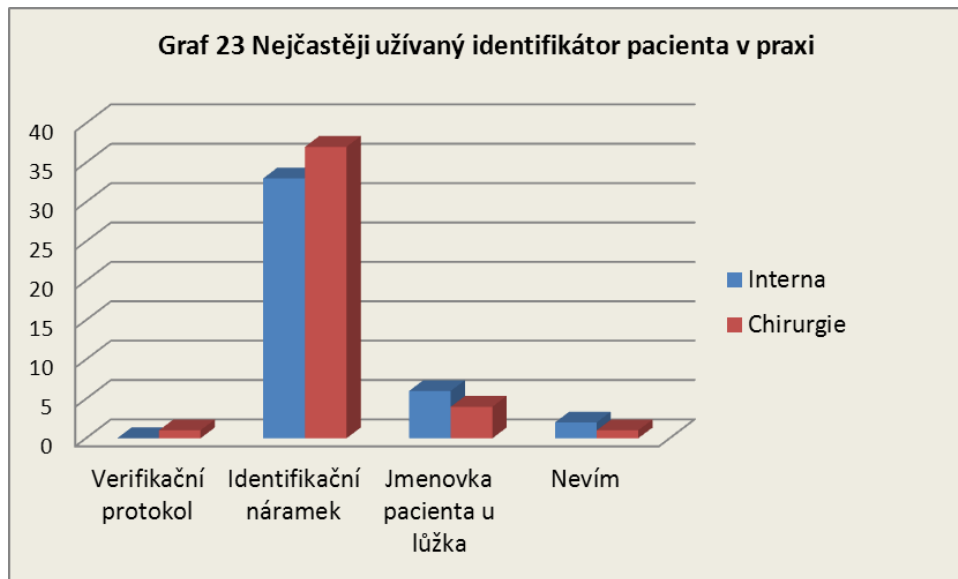
Jako zaměření standardu Management rizik označilo z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení 9 (22 %) prevenci pádů, 12 (29 %) druhy mimořádných událostí, 10 (24 %) postup při vzniku mimořádné události, odpověď nevím uvedlo 8 (20 %) a odpověď jiné uvedli 2 (5 %) respondenti. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení 20 (47 %) označilo prevenci pádů, 19 (44 %) jich uvedlo druhy mimořádných událostí, 4 (9 %) jich uvedlo postup při vzniku mimořádné události, odpověď nevím a jiné neuvedl nikdo z respondentů.



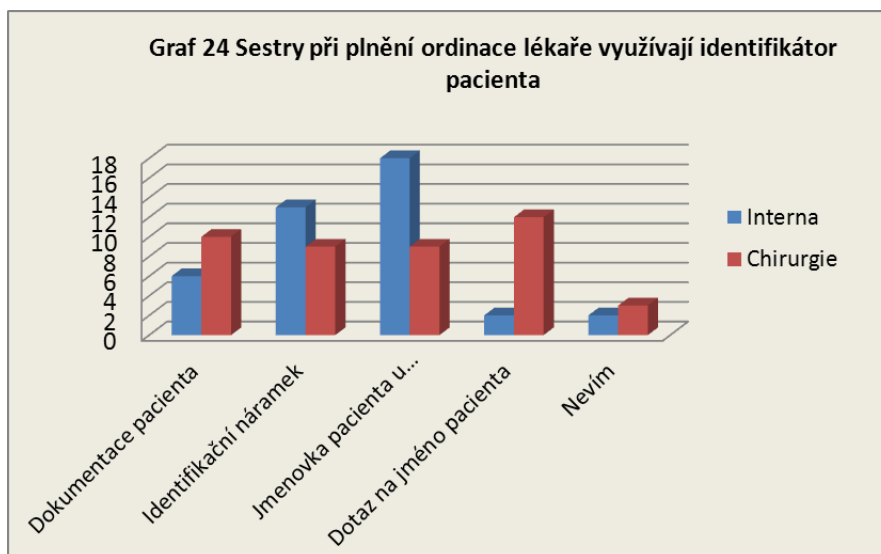
Na otázku, zda respondenti mají daný standard prostudovaný jich z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení 5 (12 %) uvedlo odpověď ano, 16 (39 %) jich uvedlo odpověď spíše ano, spíše ne jich uvedlo 11 (27 %), odpověď ne jich uvedlo 5 (12 %) a nevím uvedli 4 (10 %) respondenti. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku uvedlo odpověď ano 17 (40 %), 16 (37 %) jich uvedlo odpověď spíše ano, spíše ne jich uvedlo 7 (16 %), odpověď ne neuvedl nikdo z nich a odpověď nevím uvedli 3 (7 %) respondenti.



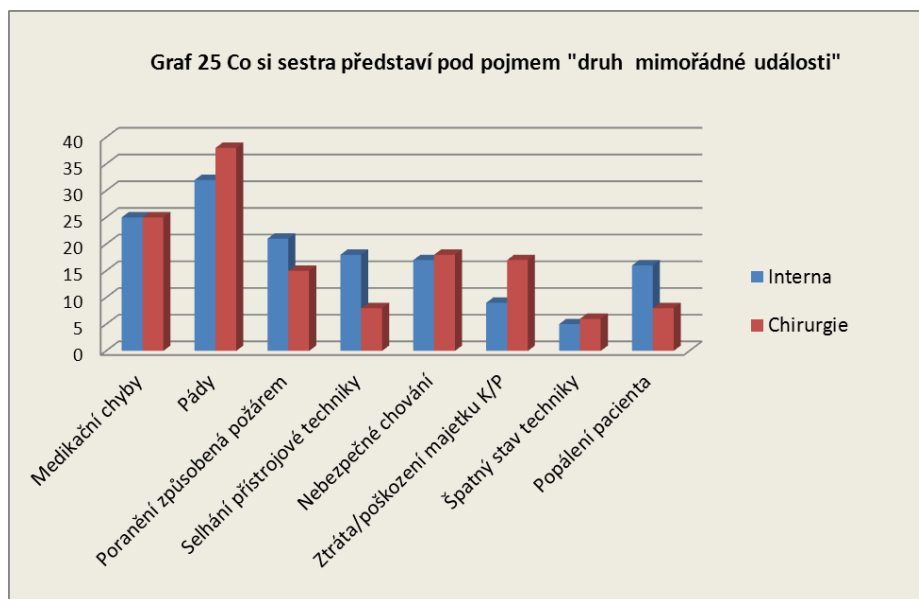
Na otázku, zda respondenti kontrolují stav kompenzačních pomůcek jich z celkového počtu 41(100%) respondentů interního oddělení uvedlo odpověď ano 22 (54 %), odpověď ne 10 (24 %) a nevím 9 (22 %) respondentů. Z celkového počtu 43(100%) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku uvedlo odpověď ano 33 (77 %) z nich, odpověď ne 3 (7 %) a nevím uvedlo 7 (16 %) respondentů.



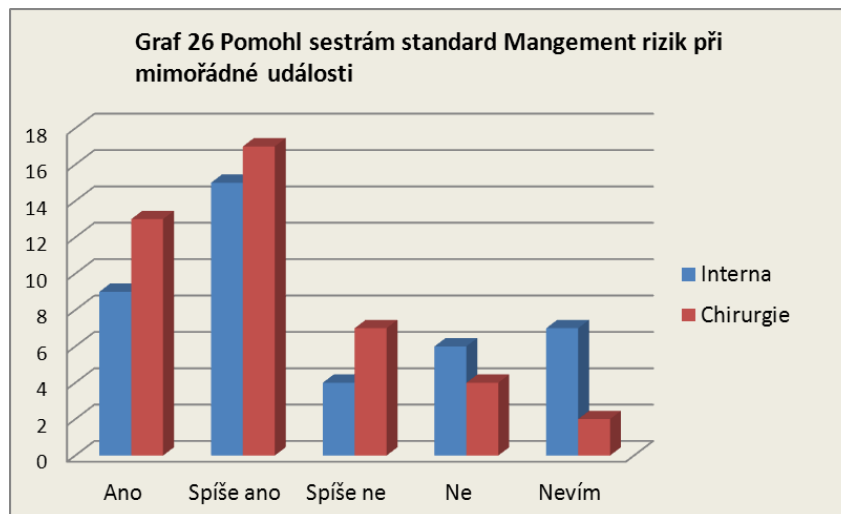
V této otázce měli respondenti zvolit nejčastěji užívaný identifikátor pacienta v praxi. Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení nikdo neuvedl Verifikační protokol, 33 (80 %) jich uvedlo identifikační náramek, 6 (15 %) jich uvedlo jmenovku pacienta u lůžka a 2 (5 %) respondenti uvedli odpověď nevím. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení za nejčastěji užívaný identifikátor pacienta v praxi uvedl 1 (2 %) Verifikační protokol, 37 (86 %) jich uvedlo identifikační náramek, 4 (9 %) jich uvedli jmenovku pacienta u lůžka a 1 (2 %) respondent uvedl odpověď nevím.



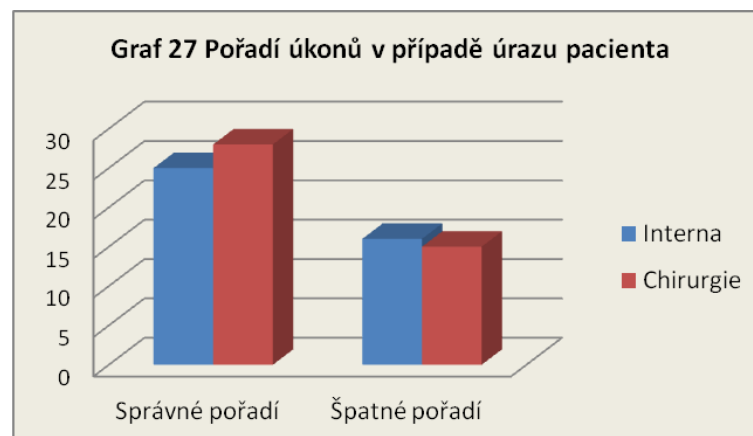
V této otázce měli respondenti označit, jaký využívají konkrétní identifikátor pacienta. Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 6 (15 %) uvedlo dokumentaci pacienta, 13 (32 %) jich uvedlo identifikační náramek, 18 (44 %) jich uvedlo jmenovku pacienta u lůžka, 2 (5 %) jich uvedlo dotaz na jméno pacienta a stejný počet jich uvedl odpověď nevím. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich 10 (23 %) uvedlo dokumentaci pacienta, 9 (21 %) jich uvedlo identifikační náramek, stejný počet jich uvedlo jmenovku pacienta u lůžka, 12 (28 %) jich uvedlo dotaz na jméno pacienta a 3 (7 %) respondentů uvedlo odpověď nevím.



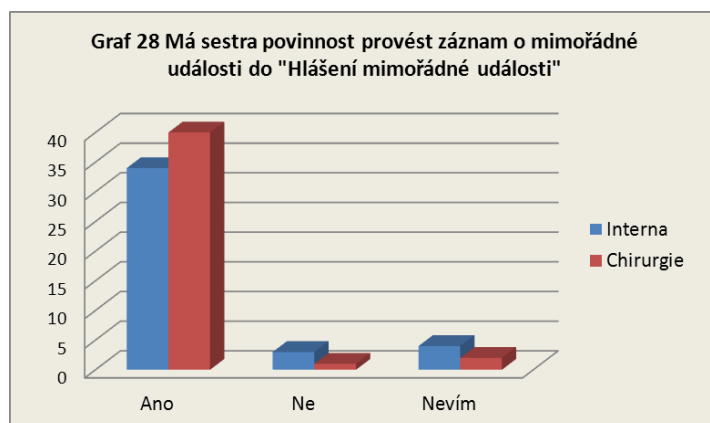
V této otázce si respondenti mohli zvolit až tři možnosti z druhů mimořádné události. Na interním oddělení bylo celkově uvedeno 125 odpovědí. Z celkového počtu odpovědí na interním oddělení byly označeny tyto druhy mimořádné události: 25x medikační chyby, 32x pády, 13x poranění způsobená požárem, 14x selhání přístrojové techniky, 17x nebezpečné chování, 9x ztráta/poškození majetku K/P, 5x špatný stav techniky a 10x popálení pacienta. Na chirurgickém oddělení bylo celkově uvedeno 128 odpovědí. Z celkového počtu odpovědí na chirurgickém oddělení byly označeny tyto druhy mimořádné události: 23x medikační chyby, 35x pády, 12x poranění způsobená požárem, 10x selhání přístrojové techniky, 18x nebezpečné chování, 17x ztráta/poškození majetku K/P, 6x špatný stav techniky a 7x popálení pacienta.



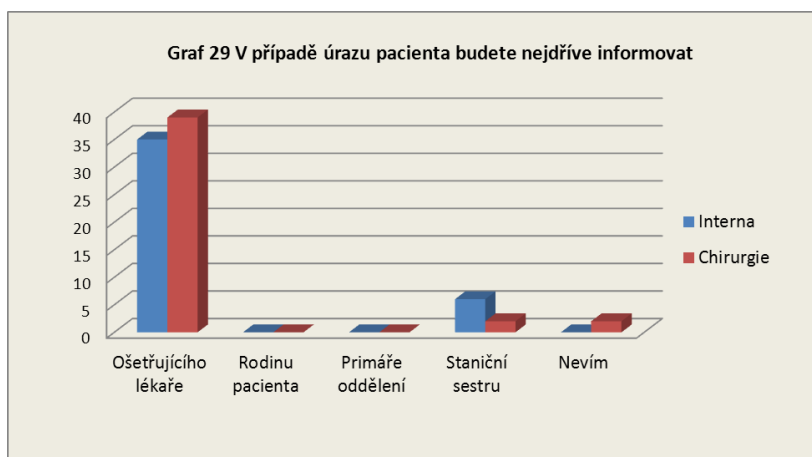
Na otázku, zda sestřám pomohl standard Management rizik při mimořádné události jich z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení uvedlo 9 (22 %) odpověď ano, 15 (37 %) jich uvedlo spíše ano, spíše ne jich uvedlo 4 (10 %), odpověď ne jich uvedlo 6 (15 %) a odpověď nevím uvedlo 7 (17 %) respondentů. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku uvedlo 13 (30 %) odpověď ano, 17 (40 %) jich uvedlo spíše ano, spíše ne jich uvedlo 7 (16 %), odpověď ne jich uvedli 4 (9 %) a odpověď nevím uvedli 2 (5 %) respondenti.



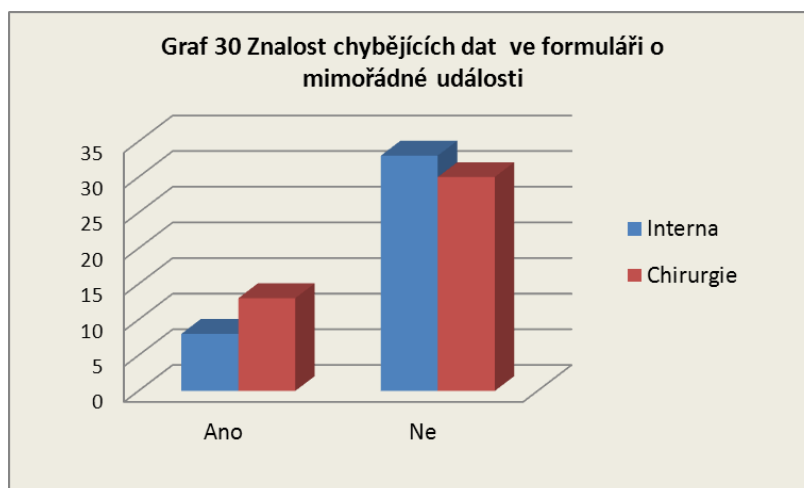
V této otázce měli respondenti zvolit správné pořadí úkonů, podle kterého by postupovali v případě úrazu pacienta. Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich 25 (51 %) zvolilo správné pořadí a 16 (39 %) špatně. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich 28 (65 %) zvolilo správné pořadí a 15 (35 %) špatně.



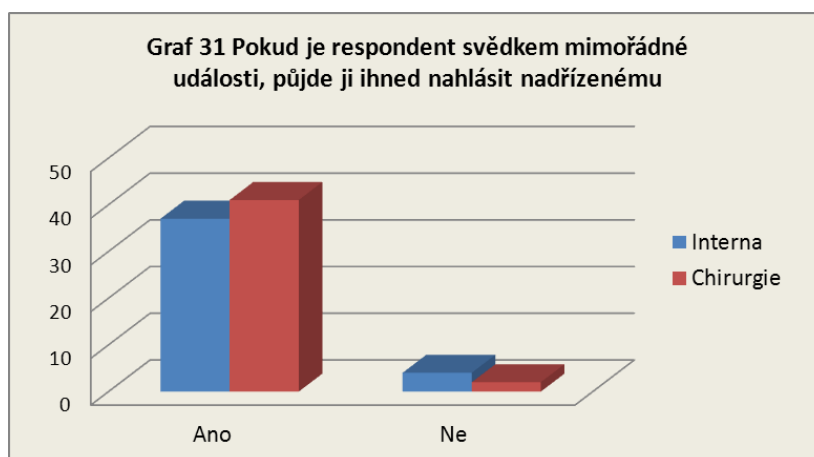
Na otázku, zda má sestra povinnost provést záznam o mimořádné události do „Hlášení mimořádné události“, z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení uvedlo odpověď ano 34 (83 %), odpověď ne jich uvedlo 3 (7 %) a odpověď nevím uvedlo 4 (10 %) respondentů. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku uvedlo odpověď ano 40 (93 %), odpověď ne jich uvedlo 1 (2 %) a odpověď nevím uvedlo 2 (5 %) respondentů.



Na otázku, koho bude sestra nejdříve informovat v případě úrazu pacienta, z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení 35 (85 %) uvedlo ošetřujícího lékaře, nikdo z respondentů neuvedl rodinu pacienta ani primáře oddělení, 6 (15 %) jich uvedlo staniční sestru a nikdo neuvedl odpověď nevím. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku odpověď uvedlo 39 (90 %) ošetřujícího lékaře, nikdo z respondentů neuvedl rodinu pacienta ani primáře oddělení, 2 (5 %) jich uvedlo staniční sestru a stejný počet respondentů uvedl odpověď nevím.



Na otázku, zda sestry znají chybějící data ve formuláři o mimořádné události, z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení uvedlo odpověď ano 8 (20 %) a odpověď ne uvedlo 33 (80 %) respondentů. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku uvedlo 13 (30 %) odpověď ano a odpověď ne uvedlo 30 (70 %) respondentů.



Na otázku, zda respondent okamžitě půjde nahlásit mimořádnou událost nadřízenému, když bude jejím svědkem, z celkového počtu 41 (100 %) respondentů interního oddělení jich uvedlo 37 (90 %) odpověď ano a odpověď ne uvedlo 4 (10 %) respondentů. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chirurgického oddělení jich na stejnou otázku uvedlo 41 (95 %) odpověď ano a odpověď ne uvedlo 2 (5 %) respondentů.

5 Diskuse

Bakalářská práce s názvem Prevence úrazů u pacientů ve zdravotnických zařízeních, se zabývá předcházením úrazů pacientů ve zdravotnických zařízeních. V posledních letech je celosvětově viditelný zvýšený zájem o kvalitu ve zdravotnictví a s tím spojené i bezpečí pacientů během hospitalizace. Společnost si uvědomila, že kvalita zdravotnické péče a bezpečí pacientů by měla být hlavní prioritou (22).

Záměrem výzkumné části práce bylo zjistit odlišnosti v úrazovosti pacientů na interním a chirurgickém oddělení a druhy současných preventivních opatření v úrazovosti pacientů na těchto odděleních.

Ve výzkumné části práce bylo použito kvantitativní šetření pomocí anonymního dotazníku, který obsahoval 31 otázek. Prvních pět otázek bylo identifikačních, 22 otázek bylo uzavřených, 1 polootevřená a 3 otázky byly otevřené (volné). Bylo rozdáno 120 anonymních dotazníků v Nemocnici České Budějovice, a. s., a v Nemocnici Tábor, které byly určeny sestřám interního a chirurgického oddělení. K výzkumnému šetření bylo použito 84 vyplněných dotazníků.

První stanovená hypotéza měla potvrdit, zda se úrazovost pacientů liší na interním a chirurgickém oddělení. Z výsledků znázorněných v grafu 7 je patrné odlišné věkové rozmezí přijímaných pacientů na interní a chirurgické oddělení. Na interní oddělení jsou pacienti nejčastěji přijímány ve věkovém rozmezí 61–90 let, které uvedlo 20 (49 %) sester. Naopak na chirurgickém oddělení 24 (56 %) sester uvedlo, že na jejich oddělení jsou pacienti nejčastěji přijímány ve věkovém rozmezí 36–60 let. Tento výsledek mě nepřekvapil, protože již během ošetrovatelské praxe v nemocnici jsem zaznamenala, že na chirurgickém oddělení jsem se setkala s věkově mladšími pacienty než na interním oddělení.

Bez ohledu na věk pacientů však obě oddělení jako nejčastější mimořádnou událost uvedla pád pacienta, který je znázorněn v grafu 10. Na interním oddělení pád pacienta uvedlo 26 (63 %) sester a na chirurgickém 29 (67 %) sester. Tento výsledek byl pro mě celkem překvapivý, protože bych v souvislosti s věkovým rozmezím přijatých pacientů na interní oddělení očekávala, že počet pádů pacientů na tomto oddělení převáží nad

počtem pádů pacientů na chirurgickém oddělení. Ve své úvaze jsem vycházela z práce P. Zimmelové „Prevence úrazů, otrav a násilí“, která uvádí, že ve zdravotnických zařízeních jsou vznikem úrazu často ohroženi senioři, kdy nejčastější příčinou je pád (25). Mojí úvahu potvrzuje také projekt ČAS (České asociace sester), který byl v letech 2004 - 2010 zaměřen na sledování pádů pacientů ve zdravotnických zařízeních, jako indikátor kvality péče. Z výsledků z roku 2010 je patrné, že na interním oddělení bylo zaznamenáno 5 461 pádů pacientů, ale na chirurgickém oddělení jich zaznamenali pouze 2 065 (Příloha č. 1).

V grafu 11 bylo zjištěno, že interní a chirurgické oddělení se neliší v nejčastějším způsobu úrazu pacienta. Obě oddělení shodně uvádějí, že nejčastěji k úrazu pacienta dojde při vstávání z lůžka. Tento fakt na interním oddělení uvedlo 22 (54 %) sester a na chirurgickém 23 (53 %). Je zajímavé, že nejčastěji k úrazu na obou odděleních dochází právě tímto způsobem. Myslím si, že hlavním důvodem může být nedokonalé zabezpečení lůžka. V souvislosti se zajištěním bezpečného prostředí ve zdravotnickém zařízení, Vyhnálek R. (5) ve své publikaci uvádí, že u lůžka pacienta je důležitá jeho nastavitelná výška, která by měla být ponechána v nejnižší poloze a také matrace by měla být dostatečně pevná, aby pacientovi umožnila bezpečné přesouvání na lůžku. Ve své publikaci dále uvádí, že pod kolečka lůžka by měly být umístěny protiskluzové lepicí pásy zamezující klouzáni lůžka. Sestry by samozřejmě měly zajistit, aby lůžko bylo dostatečně zabrzděné. Zmiňuje také užívání spíše polovičních zábran v horní části lůžka, kdy se je pacienti oproti postranním zábránám nesnaží přelézat, čímž může dojít k zabránění vzniku úrazu pacienta.

Ve druhém ročníku bakalářského studia jsem absolvovala tříměsíční stáž ve Finsku, kde jsem vykonávala ošetrovatelskou praxi v místní nemocnici a s lůžky polohovatelnými elektrickým ovládním jsem se setkala na většině oddělení. Lůžka, která se polohují manuálně, už v tamní nemocnici nepoužívali. Všimla jsem si, že sestry dávaly lůžka do nejnižší polohy nejen, když pacient z lůžka vstával nebo do něho uléhal, ale také lůžko do této polohy uváděly při ranním stlaní. Tato lůžka pro mě byla jednou z mnoha „vymožeností“, se kterými jsem se během své praxe v místní nemocnici setkala.

Rozdíl v úrazovosti pacientů na jednotlivých odděleních tak můžeme vidět, pouze ve věkovém rozmezí přijímaných pacientů. První hypotéza byla tedy vyvrácena.

Druhá a třetí hypotéza měla potvrdit, zda sestry na jednotlivých odděleních používají pomůcky ke snížení úrazovosti pacientů. Nejčastěji používané pomůcky jsou znázorněny v grafu 12, který ukazuje, že sestry na obou odděleních nejčastěji používají zvednuté postranice u lůžka, instalovaná madla po obvodu chodeb oddělení a zajišťují, aby lůžko a noční stolek pacienta byly dostatečně zabrzděné. Malé množství sester ale uvádělo vystavení bezpečnostního stojanu na chodbě oddělení s nápisem „Pozor kluzká podlaha“. Bezpečnostní stojan sestry interního oddělení v dotazníku označili pouze 6x a na chirurgickém oddělení pouze 10x. Tato skutečnost mě nepřekvapila, protože sama jsem se s tímto stojanem na oddělení setkala málokdy. Myslím si však, že bezpečnostní stojan signalizující kluzkou podlahu, která je čerstvě vytřená, by měl být samozřejmou součástí každého oddělení a je důležitý nejen pro bezpečnost pacientů, ale i pro bezpečnost zdravotnického personálu.

Překvapilo mě však, že v rámci prevence poranění pacientů elektrickým proudem sestry na interním a chirurgickém oddělení téměř nepoužívají ochranné kryty na elektrické zásuvky. Jak je patrné z grafu 16, na interním oddělení na otázku, zda tyto kryty používají, 23 (56 %) sester uvedlo odpověď ne a na chirurgickém oddělení jich zápornou odpověď uvedlo 22 (51 %). Kozierová ve své publikaci uvádí, že používání ochranných krytů na elektrické zásuvky, by mělo být nezbytnou součástí zajištění prevence poranění pacientů elektrickým proudem během hospitalizace (4). Používání bezpečnostního stojanu a ochranných krytů na elektrické zásuvky je na obou odděleních nedostatečné. Domnívám se, že management nemocnice by se v rámci zajištění bezpečnosti pacientů měl tímto výsledkem zabývat.

Přestože z výše uvedených grafů lze usuzovat nedostatečné zajištění pomůcek ke snížení úrazovosti pacientů, další grafy 14 a 15 dokládají, že sestry na jednotlivých odděleních pomůcky ke snížení úrazovosti používají.

Graf 14 vypovídá o tom, že je pacient při příjmu sestrou poučen o rizikových místech daného oddělení, s čímž souvisí i zjištění vyplývající z grafu 15, z kterého je patrné, že sestry znají riziková místa daného oddělení.

Ze zjištění na základě výše uvedených grafů vyplývá, že hypotéza č. 2 a 3 se potvrdila, tj. sestry na jednotlivých odděleních používají pomůcky ke snížení úrazovosti pacientů.

Postupy prevence úrazů u pacientů jsou stanoveny v ošetrovatelských standardech, tak zněla hypotéza 4. V případě pacienta s rizikem pádu je ve Standardu č. 049 Management rizik uvedeno, že pokud sestry na základě sběru anamnestických dat od pacienta při příjmu na oddělení diagnostikují riziko pádu, mají povinnost tento výsledek zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace a viditelně označit na tabuli pacientů červeným vykřičníkem (15). Přesné informace jsou znázorněny v grafu 17, který ukazuje, že 24 (59 %) sester interního oddělení by pacienta s rizikem pádu označilo červeným vykřičníkem a 7 (17 %) sester odpovědělo spíše ano. Na chirurgickém oddělení odpověď ano uvedlo 29 (67 %) sester a spíše ano jich odpovědělo 6 (14 %). Z tohoto šetření vyplývá, že sestry postupují správně. Riziko pádu pacienta zhodnotí ihned při příjmu na oddělení a následně zaznamenají v ošetrovatelské dokumentaci a označí vykřičníkem na tabuli pacientů. Vyhnálek R. (5) však ve své publikaci poukazuje na to, že v některých zařízeních se hodnocení rizika pádu provádí pouze v případě nařízení komplexního hodnocení funkčních schopností pacienta. Od příjmu pacienta do nařízení tohoto komplexního hodnocení funkčních schopností, tak může uběhnout několik dní, kdy může rizikový pacient upadnout.

Pektorová R. (1) ve své publikaci uvádí, že diagnostikované riziko pádu při příjmu pacienta je nutné 1x týdně a při každé změně zdravotního stavu pacienta opět přehodnotit. Graf 19 ukazuje, že 13 (32 %) sester interního oddělení jich riziko přehodnotí 1x týdně a 18 (44 %) jich riziko pádu hodnotí pouze při příjmu pacienta. Na chirurgickém oddělení 27 (63 %) sester přehodnocuje riziko pádu 1x týdně a 11 (26 %) sester pouze při příjmu pacienta. Výsledky z chirurgického oddělení se tedy výroku Pektorové R. (1) přiblížily nejvíce, ale v souvislosti s osobními zkušenostmi z praxe, mě výsledná čísla z grafu interního a chirurgického oddělení nepřekvapila. Jak už jsem uváděla výše, sestry v případě zhodnocení rizika pádu pacienta postupují správně, ale s přehodnocováním rizika pádu 1x týdně jsem se bohužel během ošetrovatelské praxe nesečkala.

Když jsem tento poznatek probírala na konzultaci se svou vedoucí práce, sama mi tuto zkušenost také potvrdila a uvedla mi následující příklad. Na oddělení je přijat pacient, který se pohybuje samostatně bez kompenzačních pomůcek a čeká ho operace. Sestry tedy při příjmu pacienta žádné riziko pádu nediodnostikují. Pacient je po operaci, kdy je v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem ohrožen rizikem pádu, tj. sestry by toto riziko měly přehodnotit. Sestry to ale neudělají, protože vycházejí z ošetřovatelské dokumentace pacienta, kde je na základě provedených vyšetření při příjmu uvedeno, že pacientovi riziko pádu nehrozí.

Z výše uvedeného grafu jsou zřejmé nedostatky v postupech přehodnocování rizika pádu pacienta na interním oddělení, ale hypotéza č. 4 byla potvrzena, protože postupy prevence úrazů u pacientů jsou ve standardech stanoveny. Management nemocnic by se však měl postarat o to, aby zdravotnický personál postupoval dle daného standardu a předcházel tak potenciálnímu vzniku úrazu. Také si myslím, že by management nemocnic měl v souvislosti s tímto standardem prohloubit znalosti zdravotnického personálu, například novým školením a následným ověřením znalostí pomocí krátkého dotazníku.

Hypotéza 5 měla potvrdit, zda zdravotnický personál zná postupy v oblasti šetření úrazů pacientů, tj. jak by postupoval, pokud by na oddělení došlo k mimořádné události. Škrla P. (14, 18) ve své publikaci tento postup popisuje a uvádí, že na prvním místě je vždy zajištění péče o pacienta, následně je potřeba zajistit důkazy, tj. zabezpečit techniku nebo pomůcku, která mimořádnou událost způsobila, dále je důležité provést zápis o mimořádné události do formuláře, následuje nahlášení události vrchní nebo staniční sestře, která zodpovídá za ověření všech informací zaznamenaných v daném formuláři svědkem nebo účastníkem této události. Vrchní nebo staniční sestra je dále odpovědná za komunikaci s postiženým pacientem i se svědkem mimořádné události a také za splnění všech návrhů nápravných opatření.

Graf 27 se zabýval správným pořadím úkonů v případě úrazu pacienta a výsledky ukázaly, že 25 (51 %) sester interního oddělení a 28 (65 %) sester chirurgického oddělení by postupovaly správně. Výsledky uvedeného grafu tedy souhlasí se zněním, které ve své publikaci uvedl Škrla (14, 18). Toto zjištění mě potěšilo a vypovídá o tom,

že zdravotnický personál má zřejmě s tímto postupem zkušenosti, které umí správně využít. Hypotéza č. 5 byla tedy potvrzena.

Poslední stanovená hypotéza 6 měla potvrdit, zda zdravotnický personál zná postupy v oblasti hlášení úrazů pacienta. Výsledky grafu 29 překvapivě ukazují na rozpor v osobě, které by měly sestry mimořádnou událost nahlásit, tj. Škrla P. (14) uvedl, že by mimořádná událost měla být nahlášena staniční nebo vrchní sestře oddělení. Výsledky z grafu 29 ale uvádějí, že sestry na interním i na chirurgickém oddělení by v počtu 35 (85 %) a 39 (90 %) mimořádnou událost nahlásily ošetřujícímu lékaři pacienta. Myslím si, že volba ošetřujícího lékaře není špatná nebo nelogická. Pokud na oddělení dojde k úrazu pacienta, sestra má povinnost v případě potřeby ošetřujícího lékaře zavolat (14). Je tedy zřejmé, že lékaře s nastalou událostí seznámí, tj. událost mu nahlásí. Z odpovědí sester lze tedy usuzovat, že v případě mimořádné události na jejich oddělení bylo zřejmě často potřeba zavolat ošetřujícího lékaře, takže on byl tou osobou, které událost nahlásily. Domnívám se, že není důležitá konkrétní osoba, které je mimořádná událost nahlášena, ale okamžik přiznání nebo nahlášení účastníka či svědka této události.

V pořadí další graf 30, se zabýval znalostí sester chybějících dat ve formuláři o mimořádné události. V dotazníku jsem u této otázky uvedla pár základních údajů, které musí formulář obsahovat a zbytek chybějících dat musely sestry doplnit. Otázka nepatřila mezi nejnepříjemnější, ale myslím si, že dostatečně tuto znalost prověřila. Ukázalo se, že sestry interního a chirurgického oddělení údaje patřící do formuláře o mimořádné události příliš neznají. Z interního oddělení na tuto otázku špatně odpovědělo 33 (80 %) sester a z chirurgického oddělení 30 (70 %). Takový výsledek mi přišel celkem zarážející. Myslím si, že pokud zdravotnický pracovník tento formulář vyplní neúplně, může tak na základě nepřesných informací dojít ke ztížení vyšetřování mimořádné události.

Jak uvádí Škrla P. (18), formulář o mimořádné události by měl například obsahovat charakter události, rozsah a charakter škod nebo poranění, záznam o poskytnutí první pomoci, jméno svědka, podpis zaměstnance, datum a čas incidentu. Dále Škrla P. (18) popisuje povinnosti svědka, mezi které například patří popis jen objektivních faktů,

nespekulovat o možných příčinách nebo vinících. Také ve své publikaci napsal: „Osoba vyplňující hlášení o mimořádné události si musí být neustále vědoma, že tento dokument si může vyžádat právník a že přiznání viny nebo svalení viny na někoho jiného může takovou osobu nebo zaměstnance trvale poškodit.“ (18, s. 137). Z výše popsaných tvrzení tedy vyplývá, že by si sestry měly ve vlastním zájmu části patřící do tohoto formuláře doplnit, samozřejmě pod záštitou vedení nemocnice.

Během ověřování hypotézy č. 6 jsem došla k závěru, že přestože sestry mají nedostatečné znalosti při vyplňování formuláře o mimořádné události, postupy při jejím hlášení znají. Hypotéza 6 se tak potvrdila.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou prevence úrazů u pacientů ve zdravotnických zařízeních. Téma je v dnešní době velmi aktuální, protože pacient už není v rámci léčebného nebo ošetrovatelského procesu tak pasivní, jako v dřívějších dobách. Nyní při příchodu do nemocnice očekává, že se s ním bude jednat jako s klientem, který má právo na kvalitní péči v bezpečném prostředí.

Ve výzkumném šetření byly zvoleny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit odlišnosti v úrazovosti pacientů na interním a chirurgickém oddělení a druhým cílem bylo zjistit druhy současných preventivních opatření v úrazovosti pacientů na těchto odděleních. Na základě těchto cílů byly zvoleny následující hypotézy: Hypotéza 1 měla ověřit, zda se úrazovost pacientů liší na interním a chirurgickém oddělení. Tato hypotéza potvrzena nebyla, protože z dotazníkového šetření vyplynulo, že úrazovost pacientů se na obou odděleních liší pouze ve věkovém rozmezí přijatých pacientů na oddělení.

Hypotézy 2 a 3: Zdravotnický personál na interním a chirurgickém oddělení používá pomůcky ke snížení úrazovosti pacientů, byly potvrzeny. Hypotéza 4: Postupy prevence úrazů pacientů jsou stanoveny v ošetrovatelských standardech, se navzdory zjištěným nedostatečným znalostem sester v souvislosti s přehodnocováním rizika pádů, také potvrdila. Hypotéza 5: Zdravotnický personál zná postupy v oblasti šetření úrazů pacientů, byla také potvrzena. Potvrzena byla i poslední stanovená hypotéza 6: Zdravotnický personál zná postupy v oblasti hlášení úrazů pacientů, ale současně bylo zjištěno, že sestry na obou odděleních mají nedostatky ve znalostech údajů, které má obsahovat formulář o mimořádné události.

Z výzkumu celkově vyplývá, že se sestry ve zdravotnických zařízeních prevencí úrazů pacientů zabývají, ale myslím si, že management nemocnic by měl klást větší důraz na školení zdravotnického personálu v této tématice.

O této tématice by měli mít informace i pacienti, a proto jsem vypracovala informační materiál týkající se prevence pádu ve zdravotnických zařízeních, který by bylo možno využít na odděleních zdravotnických zařízení (Příloha 5).

7 Seznam použitých zdrojů

1. PEKTOROVÁ, R. Pády ve zdravotnických zařízeních, domovech důchodců a domácnostech, *Florence*, Praha: 2006, roč. 2., č. 4, s. 42 - 43, ISSN 1801-464X
2. BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, 6. vyd., Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1197-4
3. ČELKO, A. M. *Epidemiologie úrazů v České republice*. [online]. [cit. 2012-06-20]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-urazu-v-ceske-republice-162707>
4. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo 1: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995, 836 s., ISBN 80-217-0528-0.
5. VYHNÁLEK, R. *Prevence pádů ve zdravotnických zařízeních – cesta k dokonalosti zvyšování kvality*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1715-9
6. SVOBODOVÁ, D., *Pády*. ČAS [online]. [cit. 2012-07-21]. Dostupné z:
<http://www.cna.cz/pady/>
7. MANDYSOVÁ, P. – VORLÍČKOVÁ H. *Pády*. [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z:
http://www.eunio.cz/offline/review_win_soubory/
8. SUCHÁ, Š., a kol. *Bezpečí pacienta na operačním sále*. [online]. [cit. 2012-01-25]. Dostupné z:
<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bezpeci-pacienta-na-operacnim-sale-417257>
9. *Popálení*. [online]. [cit. 2012-07-05]. Dostupné z:
<http://galenus.cz/popaleni.php> (Institut Galenus)
10. *Popáleniny*. [online]. [cit. 2012-01-25]. Dostupné z:
<http://www.hojeni21.cz/popaleniny.php>
11. DRÁBKOVÁ, J. – KÖNIGOVÁ, R. *První pomoc u pacienta s termickým úrazem*. [online]. [cit. 2012-01-25]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prvni-pomoc-u-pacienta-s-termickym-urazem-453259>

12. *První pomoc při popálení*. [online]. [cit. 2012-01-25]. Dostupné z:
<http://www.uzdravim.cz/prvni-pomoc-pri-popaleni.html>
13. ŠKRLA, P. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-701-3419-4
14. Standard ošetrovatelské péče č. 049 Management rizik, Nemocnice České Budějovice a. s., 2009
15. VEBER, J. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. [online]. [cit. 2012-01-25]. Dostupné z:
<http://books.google.cz/books?id=2lTUVJOgJ8IC&pg=PA64&lpg=PA64&dq=evropev%C3%A1+nadace+pro+%C5%99%C3%ADzen%C3%AD+jakosti#v=onepage&q&f=false>
16. MADAR, J. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
17. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*, 1. vyd., Praha: Advent – Orion, 2003, ISBN 80-7172-841-1
18. ISO 9001. [online]. [cit. 2012-01-14]. Dostupné z:
http://www.iso.cz/?page_id=38
19. *Historie systémů řízení kvality*. [online]. [cit. 2012-01-16]. Dostupné z:
<http://www.qcom.cz/systemy-rizeni/qms/>
20. *Ministerstvo zdravotnictví se zaměřuje na bezpečnost pacientů, představuje Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012*. [online]. [cit. 2012-07-20]. Dostupné z:
http://mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1513_1.html

21. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních: základy hodnocení zdravotních rizik*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 158 s. ISBN 978-802-4726-168.
22. JURÁSKOVÁ, D. *Bezpečný pokoj*. [online]. [cit. 2012-07-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/10_Juraskova.pdf
23. ZIMMELOVÁ, P. *Prevence úrazů seniorů*. [online]. [cit. 2012-06-20]. Dostupné z: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_7515/12.pdf
24. PROVAZNÍK, K. *Manuál prevence v lékařské praxi 8: základy hodnocení zdravotních rizik*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000, 158 s. ISBN 80-707-1161-2.
25. *Bezpečná péče: Prevence*. [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: http://restrikce.cz/html/prevent.htmlrni/kpk_7515/12.pdf
26. DOSTÁLOVÁ B., NAHODILOVÁ H., *Prevence úrazu ve zdravotnickém zařízení, Sestra*, Praha: 2011, roč. 21, č. 01, s. 31-32, ISSN 1210-0404
27. *Výstražný stojan*. [online]. [cit. 2012-01-25]. Dostupné z: http://www.e-safetyshop.eu/product.asp?P_ID=777
28. *Provádění úklidu*. [online]. [cit. 2012-07-21]. Dostupné z: http://www.spsslipnik.cz/prilohy/Provani_uklidu.pdf
29. CETLOVÁ, L., KAFKOVÁ, M., *Bezpečnostní pás jako prevence pádu pacienta v nemocnici Havlíčkův Brod, Florence*, Praha: 2011, roč. 7, č. 7 - 8. s. 8 – 9, ISSN 1801-464X
30. *Výklad různých forem prevence*. [online]. [cit. 2012-06-20]. Dostupné z: https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3j_Vyklad_ruznych_forem_prevence.pdf

8 Přílohy

Příloha 1 – Pády a zranění pacientů r. 2009

Příloha 2 – Pády a zranění pacientů r. 2010

Příloha 3 – Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Příloha 4 – Dotazník

Příloha 5 – Informační leták pro pacienty

Příloha 1 – Pády a zranění pacientů v roce 2009

Pády a zranění pacientů v roce 2009

Pády a zranění pacientů	Výsledky interní obory	Výsledky chirurgické obory
Počet pádů	4 900	1 889
Počet zranění	1 979	775
• lehká zranění	1 564	625
• těžká zranění	415	150

Poznámka:

Zúčastnily se nemocnice FN Brno, FN Bulovka Praha, FN Hradec Králové, FN Olomouc, FN Ostrava, FN Plzeň, FNusA Brno, FTNsP Praha, N Jihlava, MOÚ Brno, N Kyjov, N Písek, N Litoměřice, N Most, N Pelhřimov, N Prostějov, N Štamberk, N Třebíč, N Třinec, N Přerov, VFN Praha, N Kladno, N Nové Město na Moravě, N Náchod, VN Olomouc, N Havlíčkův Brod, N Louny, N Teplice, N Chomutov, N Děčín, N Ústí nad Labem, N Na Františku Praha, N Znojmo.

Zdroj:

SVOBODOVÁ, D., *Pády*. ČAS [online]. [cit. 2012-07-21]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/pady/>

Příloha 2 – Pády a zranění pacientů r. 2010

Pády a zranění pacientů v roce 2010

Pády a zranění pacientů	Výsledky interní obory	Výsledky chirurgické obory
Počet pádů	5 461	2 065
Počet zranění	2 244	763
• lehká zranění	1 838	586
• těžká zranění	406	177

Poznámka:

Zúčastnily se nemocnice FN Brno, FN Bulovka Praha, FN Hradec Králové, FN Olomouc, FN Ostrava, FN Plzeň, FNusA Brno, FTNSP Praha, N Jihlava, MOÚ Brno, N Kyjov, N Písek, N Litoměřice, N Most, N Pelhřimov, N Prostějov, N Štamberk, N Třebíč, N Třinec, N Přerov, VFN Praha, N Kladno, N Nové Město na Moravě, N Náchod, VN Olomouc, N Havlíčkův Brod, N Louny, N Teplice, N Chomutov, N Děčín, N Ústí nad Labem, N NF Praha, N Znojmo, NSP Karviná Ráj, N Havířov, Home Care Dolní Rychnov, SZZ Krnov, N MB Brno. N Chomutov a N Děčín se zapojily v 1. a 2. Q, N Kladno dodaly údaje bez 4. Q, N Louny předložily údaje pouze za 1. Q.

Zdroj:

SVOBODOVÁ, D., *Pády*. ČAS [online]. [cit. 2012-07-21]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/pady/>

Příloha 3 – Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Zhodnocení rizika pádu u pacienta

(součást ošetřovatelské anamnézy)

Rizikové faktory pro vznik pádu

Anamnéza

- | | | |
|--------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> | DDD (dezorientace, demence, deprese) | 3 body |
| <input type="checkbox"/> | věk 65 let a více | 2 body |
| <input type="checkbox"/> | pád v anamnéze | 1 bod |
| <input type="checkbox"/> | pobyt v prvních 24 hodinách po přijetí nebo překladu na lůžkové odd. | 1 bod |
| <input type="checkbox"/> | zrakový / sluchový problém | 1 bod |
| <input type="checkbox"/> | Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia) | 1 bod |

Vyšetření

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Soběstačnost | |
| | - úplná | 0 bodů |
| | - částečná | 2 body |
| | - nesoběstačnost | 3 body |
| <input type="checkbox"/> | Schopnost spolupráce | |
| | - spolupracující | 0 bodů |
| | - částečně spolupracující | 1 bod |
| | - nespolečující | 2 body |

Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Míváte někdy závratě? | 3 body |
| <input type="checkbox"/> | Máte v noci nucení na močení? | 1 bod |
| <input type="checkbox"/> | Budíte se v noci a nemůžete usnout? | 1 bod |

Celkem

0 - 4 body *	5 - 13 bodů *	14 - 19 bodů *
bez rizika	střední riziko	vysoké riziko

* zaškrtněte možnosti

Příloha 4 – Dotazník

Vážené sestry, kolegové

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a pracuji na bakalářské práci, ve které se zabývám **prevencí úrazů u pacientů** ve zdravotnických zařízeních. Výsledkem bakalářské práce by mělo být zmapování úrazovosti pacientů **na interním a chirurgickém oddělení** a získání informací o současných preventivních opatřeních úrazovosti pacientů.

Byla bych velmi ráda, kdybyste se na této problematice podíleli pomocí vyplnění tohoto anonymního dotazníku.

Velice Vám děkuji

Aneta Kubátová
studentka oboru Všeobecná sestra

DOTAZNÍK

Odpovědi označte zakroužkováním, případně doplňte text. U otázky č. 12 a č. 25 zakroužkujte nejvíce 3 možnosti. U otázky č. 27 uveďte číslice označující pořadí.

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Věk:

- a) 20–35 let
- b) 36–45 let
- c) 46–60 let

3. Oddělení, kde pracujete:

- a) interní
- b) chirurgické

4. Jak dlouho pracujete na oddělení?

- a) do 5 let
- b) 6–15 let
- c) více než 16 let

5. Jaké je vaše dosažené kvalifikační vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysoká škola
- d) jiné

6. Myslíte si, že je na vašem oddělení prevenci úrazů pacientů věnována dostatečná pozornost?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

- 7. Jaké je věkové rozmezí přijímaných pacientů na vaše oddělení?**
- a) 18–35 let
 - b) 36–60 let
 - c) 61–90 let
- 8. Kdy naposledy jste na vašem oddělení zaznamenali úraz pacienta?**
- a) minulý týden
 - b) v posledních 3 měsících
 - c) v posledních 6 měsících
- 9. Myslíte si, že únava sestry má vliv na vznik úrazu pacienta?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 10. Nejčastějším úrazem (mimořádnou událostí) je:**
- a) popálení pacienta elektrickým proudem
 - b) medikační chyba
 - c) pád pacienta
 - d) opaření pacienta
 - e) nevím
- 11. Pokud pacient upadne, je to nejčastěji způsobeno:**
- a) uklouznutím na mokřém povrchu
 - b) během rehabilitačního cvičení
 - c) při vstávání z lůžka
 - d) při použití nevhodných kompenzačních pomůcek
 - e) při hledání osobních věcí v nočním stolku
 - f) nevím
- 12. Jaké pomůcky (opatření) používáte na vašem oddělení nejčastěji ke snížení úrazovosti pacientů?**
- a) madla po obvodu chodeb na oddělení
 - b) protiskluzové podložky a madla na sociálních zařízeních
 - c) zvednuté postranice u lůžka pacienta
 - d) vystavení bezpečnostního stojanu na chodbě oddělení s nápisem „Pozor kluzká podlaha“
 - e) zajištění stabilního nábytku – zabrzděné lůžko a noční stolek pacienta
 - f) zajištění dobrého stavu elektrických zásuvek na pokojích pacientů
 - g) pokyny k bezpečnému používání elektrických spotřebičů v nemocničních pokojích
 - h) vhodné denní a noční osvětlení
- 13. Myslíte si, že na vašem oddělení máte takových pomůcek dostatek? Pokud ne, prosím vypište, jaké další pomůcky na vašem oddělení chybí.**
- a) ano
 - b) ne _____
 - c) nevím

- 14. Pokud přijímáte rizikového pacienta na oddělení, poučíte ho o rizikových místech?**
- a) ano, vždy
 - b) ano, obvykle
 - c) ne vždy
 - d) nikdy
- 15. Znáte riziková místa na vašem oddělení, na kterých by mohlo dojít k poranění pacienta?**
- a) ano, prosím vypište _____
 - b) ne, neznám
- 16. Používáte ochranné kryty na elektrické zásuvky, jako prevenci poranění elektrickým proudem?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
- 17. Pokud při příjmu zjistíte, že se jedná o pacienta s rizikem pádu, označíte ho v jeho dokumentaci a na tabuli pacientů červeným vykřičníkem?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 18. Jakou metodu byste použila při diagnostice pádu pacienta?**
- a) hodnocení rizika vzniku dekubitů (stupnice Nortonové)
 - b) Barthelův test základních všedních činností
 - c) Screeningový test mobility
 - d) Glasgow Coma Scale
 - e) nevím
- 19. Jak často provádíte přehodnocování rizika pádu pacienta?**
- a) 2x týdně
 - b) 1x týdně
 - c) 1x za 14 dní
 - d) pouze při příjmu pacienta
 - e) nikdy
 - f) nevím
- 20. Standard Management rizik je především zaměřen na:**
- a) prevenci pádů
 - b) druhy mimořádných událostí
 - c) postup při vzniku mimořádné události
 - d) nevím
 - e) jiné, prosím vypište _____

- 21. Myslíte si, že máte daný standard dostatečně prostudovaný?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
- 22. Provádíte na vašem oddělení kontrolu stavu kompenzačních pomůcek (francouzské hole, chodítka, invalidní vozíky)?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 23. Jaký identifikátor pacienta je v běžné praxi užíván nejčastěji?**
- a) Verifikační protokol
 - b) identifikační náramek
 - c) jmenovka se jménem u lůžka pacienta
 - d) nevím
- 24. Co vám nejčastěji pomáhá při plnění ordinací lékaře k identifikaci pacienta?**
- a) dokumentace pacienta
 - b) identifikační náramek pacienta
 - c) jmenovka se jménem u lůžka pacienta
 - d) dotaz na jméno příslušného pacienta
 - e) nevím
- 25. Co si představíte pod pojmem „druh mimořádné události“?**
- a) medikační chyby
 - b) pády
 - c) poranění způsobené požárem
 - d) selhání zdravotnické přístrojové techniky
 - e) nebezpečné chování zaměstnanců nebo pacientů
 - f) ztráta nebo poškození majetku pacienta
 - g) nesprávná údržba techniky
 - h) popálení pacienta
- 26. Pokud mimořádná událost na vašem oddělení nastala, pomohl vám daný standard při jejím řešení?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím

- 27. V jakém pořadí byste postupovala, pokud by na oddělení došlo k úrazu pacienta? (Prosím, očísľujte.)**
- _ Poskytnete pacientovi ošetrovatelskou péči, popřípadě zajistíte lékařskou péči.
 - _ Zajistíte a bezpečně uschováte pomůcky, materiály nebo zdravotnickou techniku, které by mohly být příčinou úrazu pacienta.
 - _ Provedete zápis o události do příslušného formuláře.
 - _ Vše ohledně úrazu pacienta neprodleně nahlásíte vašemu nadřízenému.
 - _ Zajistíte, aby pacient a jeho rodina o události měly dostatek informací.
- 28. Mysľíte si, že záznam o mimořádné události musíte provést do speciálního formuláře „Hlášení mimořádné události“?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 29. Pokud na oddělení dojde k úrazu pacienta, koho budete informovat nejdříve?**
- a) ošetrojícího lékaře
 - b) rodinu pacienta
 - c) primáře oddělení
 - d) staniční sestru
 - e) nevím
- 30. Věděla byste, jaké další údaje musíte ještě uvést ve formuláři o mimořádné události, pokud jste již do formuláře zaznamenala (identifikační údaje poraněného pacienta, charakter události, rozsah poranění, popis události, jména svědků nebo závěr šetření)?**
- a) ano, prosím vypište _____
 - b) ne
- 31. Pokud jste svědkem nebo původcem mimořádné události, půjdete ji okamžitě nahlásit vašemu nadřízenému?**
- a) ano
 - b) ne

Datum vyplnění dotazníku: _____

JAK PŘEDCHÁZET PÁDU NA ODDĚLENÍ

Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních jsou v současné době závažnou problematikou. Statistické výsledky ukazují, že 20 % osob nad 65 let ve své anamnéze uvedlo alespoň jeden pád za poslední rok. Tento údaj se také vyskytuje u 50 % osob nad 75 let.

Ze statistického šetření dále vyplývá, že k pádům dochází u 20 % pacientů hospitalizovaných na Oddělení následné

péče, u 40–60 % pacientů dochází k pádům v domovech důchodců.

Uvádí se, že nejrizikovějšími onemocněními pro vznik pádu jsou taková, která zhoršují stabilitu, koordinaci, kloubní pohyblivost a svalovou sílu.

Patříte do této skupiny pacientů?

Právě Vás se týkají následující doporučení, jak pádu předcházet!

CO SE ROZUMÍ PÁDEM PACIENTA?

Náhlé a neplánované sesunutí na zem nebo také neplánovaná událost, která není způsobená záměrným pohybem nebo vnitřní událostí – mozková mrtvice, mdloba nebo křeče.

NEJRIZIKOVĚJŠÍ MÍSTA NA ODDĚLENÍ

- ❖ *Schodiště*
- ❖ *Sociální zařízení (chybějící madla, protiskluzové podložky ve sprše)*
- ❖ *Kluzké podlahy*
- ❖ *Nerovnoměrné povrchy*

PREVENCE VZNIKU PÁDU NA ODDĚLENÍ

- ❖ *Sestra by Vás měla seznámit s prostorovým uspořádáním oddělení.*
- ❖ *Sestra by Vás také měla poučit o používání signalizačního zařízení.*
- ❖ *Na oddělení chodte pouze ve vhodné a protiskluzové obuvi.*
- ❖ *Vyhýbejte se kluzkým a mokrým podlahám na oddělení.*
- ❖ *Všimněte si, zda jsou lokomoční pomůcky, které používáte (hole, chodítka) v dobrém stavu.*
- ❖ *Lůžko a stoleček by měly být vždy zabrzděné.*
- ❖ *Seznamte se s „Domácím řádem“ oddělení.*
- ❖ *Nezapomínejte na dostatečný pitný režim.*
- ❖ *Pokud máte zdravotní potíže a potřebujete si dojít například na toaletu, neváhejte použít „zvoneček“ a přivolat sestru, která Vám pomůže.*