

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s rizikem pádu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Pavel Scholz

2012

Autor práce:  
Marcela Červenková

## **Abstract**

Patients' falls not only in home environment but just when they are hospitalized are not pleasant for the hospital medical team, and are much more uncomfortable for the patients themselves. Falls are unintended situations into which the patient gets unintentionally and involuntarily, resulting in a reduced quality of life. In summary, complications arising from falls have an adverse bio-psycho-social impact. As the patients' falls are considered undesirable events and their frequency is being monitored by many health care facilities, falls belong to indicators of the nursing care quality. Informed health professionals, providing active nursing care, take targeted preventive measures aiming to prevent patients' falls.

The aim of this thesis is to determine the specifics of nursing care for patients at risk for fall and to find out the patients' at risk of fall views on implemented prevention measures, since the feedback from patients is an important factor for evaluation of this care.

This research work is composed by using qualitative research methods. Two research groups were involved in the survey. The first research group consisted of eight nurses working in a standard hospital ward, and a second group consisted of seven patients hospitalized in these wards. The resulting data were processed into summary and categorized tables. The outcomes of the research have confirmed that the patients at risk for fall need a specific nursing care and this care is received positively by those patients.

The results of this thesis will be provided to the management of České Budějovice hospital, where the research investigation was carried out, and this can help improve the quality of care provided to hospitalized patients who are at risk for fall.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s rizikem pádu“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejích internetových stránkách.

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 .....

.....  
Marcela Červenková

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla upřímně poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce, Mgr. Pavlu Scholzovi, za jeho čas, odborné konzultační vedení a cenné rady.

## OBSAH

ÚVOD.....	4
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>5</b>
1.1 Ošetrovatelský proces .....	5
1.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu .....	6
1.2 Ošetrovatelské diagnózy a riziko pádu .....	7
1.3 Pády pacientů.....	8
1.3.1 Rozdělení pádů.....	9
1.3.2 Incidence .....	10
1.3.3 Identifikace pacienta s rizikem pádu .....	11
1.3.4 Důsledky.....	12
1.3.5 Finanční náklady spojené s pády.....	13
1.3.6 Mimořádné události .....	14
1.4 Prevence pádu .....	15
1.4.1 Obecná opatření prevence pádů .....	15
1.4.2 Primární prevence pádu .....	16
1.4.3 Sekundární prevence pádu.....	16
1.4.4 Terciární prevence pádu .....	17
1.4.5 Edukace pacienta s rizikem pádu.....	17
1.4.6 Komunikace s pacientem s rizikem pádu .....	18
1.5 Míra rizika pádu.....	19
1.6 Kompenzační pomůcky .....	21
1.7 Postup při pádu pacienta .....	22
1.8 Restriktivní opatření v ošetrovatelství .....	22
1.9 Psychologická problematika pacienta.....	24
<b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>26</b>
2.1 Cíle práce .....	26
2.2 Výzkumné otázky .....	26

<b>3</b>	<b>METODIKA</b> .....	<b>27</b>
3.1	Metodika výzkumu a technika sběru dat .....	27
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	27
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>29</b>
4.1	Rozhovory – všeobecné sestry.....	29
4.2	Rozhovory s pacienty s rizikem pádu .....	45
4.3	Souhrnné a kategorizační tabulky.....	57
<b>5</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>79</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>87</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>89</b>
<b>8</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>93</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>94</b>

## **Seznam použitých zkratk**

ČSN – Československá státní norma, Státní technická norma ČR

FH – francouzské hole

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

LDK – levá dolní končetina

i.v. - intravenózní

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

Např. - například

PDK – pravá dolní končetina

TEP – totální endoprotéza

Tzv. – takzvaný

## ÚVOD

Pády pacientů v domácím prostředí a zvláště ve zdravotnických zařízeních jsou pro zdravotnický tým vždy nepříjemné. Mnohem více jsou však nepříjemné pro pacienty samotné. Pády rozumíme nezamýšlené situace, do kterých se pacient dostane neúmyslně a nechtěně, vedoucí k poškození stavu pacienta. Důsledky pádu mohou být úrazy, nedobrovolné omezení aktivit pacienta, následný strach a úzkost či obecně řečeno snížení kvality života. V neposlední řadě je následkem pádu též prodloužení doby hospitalizace pacienta, které vede ke zvýšení nákladů na jeho léčbu a péči. Prodloužený pobyt v nemocnici se stává nákladnějším i pro pacienta samotného. Souhrnně lze říci, že komplikace plynoucí z pádů mají nepříznivý bio-psycho-sociální dopad.

Jelikož pády pacientů považujeme za nežádoucí události, patří mezi indikátory kvality péče, jež jsou mnoha zařízeními sledovány. V popředí zájmu většiny organizací zdravotního a sociálního typu je předcházet pádům konkrétními preventivními zásahy. Tyto organizace si správně uvědomují, že pády pacientů nejsou ojedinělou záležitostí a je třeba jim věnovat pozornost. V takových zařízeních jsou vypracovávány postupy, jak pády pacientů eliminovat. Profesionální zdravotnický personál je informován o této problematice, aktivně poskytuje ošetrovatelskou péči a cílenými zásahy zabezpečuje preventivní opatření. Tato opatření se snaží cíleně pádům pacientů předcházet. Bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s rizikem pádu“ jsem si vybrala především s cílem získání informací, jak je tato péče zajišťována, jaké metody jsou užívány a jaký názor mají pacienti na poskytovanou péči, jelikož zpětná vazba od pacientů je důležitým faktorem pro hodnocení dané problematiky.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je metoda poskytování ošetřovatelské péče. Pojem ošetřovatelský proces zavedla Lydia Hallová roku 1955 a byl používán ve Spojených státech amerických od 50. let 20. století. Hallová používala jako aspekty ošetřovatelské péče osobu pacienta, tělo a nemoc s pohledem na pacienta, péči o něho i jeho rodinu. Mimo Hallové se ošetřovatelským procesem zabývaly Johnsonová, Orlandová, Hendersonová, Wiederhochová, Oremová a další. Od roku 1967 je tato metoda sestrami široce akceptována. V roce 1973 sestry Mary Ann Lavin a Kristine Gebbie ze St. Louis v Missouri uspořádaly konferenci, na níž byly popisovány podněty ohniska zájmu sester. Od té doby se konference schází každé dva roky. Formulace ošetřovatelského procesu procházela změnami a rozšířila se i struktura zájmu jednotlivých fází procesu. Koncem 60. let se teorie ošetřovatelského procesu dostala do Evropy a stala se koncepčním modelem přístupu k ošetřovatelské péči o nemocného.

Ošetřovatelský proces znamená systematickou organizaci práce, vytvářející proces na sebe navazujících kroků holistické komplexní péče o nemocného. Je rámcem sestrou vykonávaných činností, jejichž cílem je rozpoznání potřeb vyžadujících ošetřovatelskou péči a tím žádoucí změna zdravotního stavu pacienta. Dílčí kroky jsou zaměřeny na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby pacienta, jeho rodiny nebo komunity. V současné době již nestojí v protikladu k tradičnímu přístupu, jenž je založen na plnění intervencí, ordinací lékaře, ošetřování nemocných a dodržování zásad provozu pracoviště. Ošetřovatelský proces je dnes vnímám jako základní pracovní metoda v ošetřovatelství. Zahrnuje činnosti všeobecných sester, zdravotnických asistentů i ostatních členů ošetřovatelského týmu v interakci s pacientem, vycházejících z poznání nemocného a jeho individuálních potřeb (10, 22).

### *1.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu*

V ošetrovatelské praxi v České republice se setkáváme nejčastěji se zaváděným procesem, jehož fáze nazýváme zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Tyto fáze na sebe navazují, jsou propojené a na sobě závislé.

Zhodnocení je první fází ošetrovatelského procesu. Jde o sběr dat, získávání informací a posouzení stavu nemocného. Tyto informace lze získat rozhovorem či dotazníkem od pacienta, doprovodu nebo příbuzných, analýzou zdravotní dokumentace, od spolupracovníků či vlastním pozorováním. Získané informace tvoří ošetrovatelskou anamnézu, která by měla být uceleně zhotovena do 24 hodin po přijetí v závislosti na stavu pacienta. Anamnéza má obsahovat základní údaje o pacientovi, nezbytné pro následné rozpoznání pacientova problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy.

V části diagnostiky sestra identifikuje ošetrovatelské problémy a stanovuje jejich priority. Diagnostika je navazující reakcí na zhodnocení pacientových problémů, identifikovaných z odebrané anamnézy. Výsledná diagnóza popisuje reakci pacienta na nemoc či změnu prostředí a je výstupem ze správného zhodnocení současných i potencionálních potíží pacienta.

Výše uvedená fáze plánování znamená stanovení priorit, výsledných cílů a jejich kritérií, ošetrovatelských intervencí a dalších opatření vedoucích k dosažení stanovených individuálních cílů. V plánování cílů se vychází ze stanovených ošetrovatelských diagnóz. Intervence se určují co nejefektivněji, aby bylo možné jejich prostřednictvím dosáhnout cíle. Vhodně vytvořený ošetrovatelský plán je rozhodující faktor pro správnou realizaci procesu. Plán je nutné zaznamenávat srozumitelným způsobem pro personál. Podle zvyklostí zařízení a oddělení je plán v časových intervalech hodnocen a aktualizován.

Realizace ošetrovatelského plánu znamená uskutečnění činností daných intervencí z plánu péče. Při realizaci se zároveň ověřuje aktuálnost ošetrovatelského plánu a provádí se sběr dalších informací při ošetrování. Uskutečněné intervence se zaznamenávají pro nadcházející realizace.

Vyhodnocení je pátou a poslední fází ošetrovatelského procesu. Výsledkem může být splnění cíle, částečné splnění, nedosažené splnění cíle nebo nový aktuální

problém pacienta. Vyhodnocení se provádí průběžně a také před propuštěním pacienta (1, 10, 34).

## 1.2 Ošetřovatelské diagnózy a riziko pádu

K identifikaci ošetřovatelských diagnóz docházelo na základě výzkumů samotných sester. Nejstarší definici použila roku 1957 Faye Abdellahová. Tato zdravotní sestra, výzkumná pracovnice a pedagožka popisovala ošetřovatelskou diagnózu jako výběr charakteru a rozsahu problémů jedince, jemuž je poskytována ošetřovatelská péče. Do roku 1986 byly diagnózy řazeny podle abecedy. Od roku 1998, kdy bylo zveřejněno 80 identifikovaných a definovaných ošetřovatelských diagnóz, se jejich seznam stále rozrůstá a je pravidelně revidován a schvalován. Všeobecně uznávanou asociací zabývající se ošetřovatelskými diagnózami je NANDA - International, založená roku 1982. Téhož roku vydala první taxonomii ošetřovatelských diagnóz. Tato organizace se rozvíjí již více než 40 let a jejím výstupem je klasifikace možných ošetřovatelských problémů u pacientů. Ošetřovatelské diagnózy vytvořené a uznané asociací poskytují standardizovanou společnou řeč zdravotnickému personálu. Kromě jednotného pojmenování mají diagnózy přiřazený mezinárodní číselný kód. Tento široce uplatnitelný systém ošetřovatelské diagnostiky vyplývá z nezávislých činností sestry, tedy z činností vykonávaných i bez ordinací lékaře. Systém v současné době člení diagnózy na 13 domén podle okruhů jejich působnosti, domény jsou dále rozlišeny na třídy, které se blíže zaměřují na specifické lidské potřeby. Taxonomie diagnóz je v pořadí druhá, jelikož první taxonomie byla pro nízkou klinickou využitelnost pozměněna. Nový systém, aktualizovaný roku 2009, označen jako NANDA taxonomie 2 vychází z modelu Funkčních vzorců zdraví M. Gordonové. V České republice byl předchůdcem tohoto systému Kapesní průvodce zdravotní sestry. Diagnostická rozvaha sestry vede k dosažení žádoucích výsledků u pacientů, proto je pro sestru znalost ošetřovatelských diagnóz nezbytná.

Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o reakci pacienta, rodiny, komunity na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy. V průběhu ošetřovatelského procesu se může tato diagnóza měnit, nebo dokonce zaniknout. Mění se podle změn zdravotního

stavu, změn tělesných, sociálních či kulturních. Ošetrovatelská diagnózu tvoří dvě nebo tři části. Dvě v případě ošetrovatelského problému a jeho příčiny. V případě tříložkové diagnózy se ještě přidávají projevy daného problému. Ošetrovatelské diagnózy nestojí v opozici k lékařské diagnóze, naopak ji doplňují.

Ošetrovatelská diagnóza riziko pádu je podle NANDA - International zařazena do domény *bezpečnosti a ochrany*, pod třídu *fyzické poškození*. Stejně jako ostatní ošetrovatelské diagnózy má i *riziko pádu* přiřazený číselný kód, sloužící k prevenci záměny diagnózy.

Diagnóza riziko pádu je podložena rizikovými faktory, které přispívají ke zvýšené zranitelnosti pacienta. Riziko pádu je diagnózou dvousložkovou, obsahující problém a etiologii. Rizikové ošetrovatelské diagnózy nemají projevy, tudíž ani diagnóza *riziko pádu* nemá tři části. Jde o diagnózu potencionální, ke které může dojít vlivem rizikových faktorů, ale správnými intervencemi a ošetrovatelskou péčí je možné rizikové události předejít. Riziko pádu představuje konkrétné ohrožení pacienta na jeho bezpečí a zdraví a je signálem k plánování a realizaci preventivních opatření (8, 21, 22, 23).

### 1.3 Pády pacientů

Existují různé definice pádu pacientů. Obecně ovšem nebyl pád dosud jednotně definován, proto je zaznamenáván a hlášen různými způsoby. Stejně jako jsou odlišná pracoviště, jsou odlišné i definice pádu v těchto zařízeních. Souhrnně mají definice společné, že jde o mimořádné události, při nichž se pacient neúmyslně ocitne na zemi a tím může dojít k poškození a traumatickým zraněním pacienta, dokonce i ke smrti. Při zranění pacienta je prodloužena doba jeho hospitalizace. Významný je také psychologický dopad vzhledem k pacientovým potřebám, vedoucí k dalším ošetrovatelským diagnózám, jako je například strach nebo úzkost. Pád je tedy nedobrovolnou událostí. Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních jsou v popředí zájmu většiny organizací a tyto události nejsou jevem ojedinělým. Informované sestry mohou některým pádům předejít ošetrovatelskou péčí a konkrétními preventivními zásahy (9, 11, 15).

### *1.3.1 Rozdělení pádů*

Janice Morse uvádí dělení pádů podle vlivů prostředí a vlivů fyziologických. Člení pády na náhodné, nepředvídatelné fyziologické a předvídatelné fyziologické.

K pádům náhodným dochází neúmyslně. Zde se jako rizikový faktor uplatňuje vnější prostředí a selhání kompenzačních pomůcek, v jejichž důsledku pacient může zakopnout či uklouznout. Příkladem může být samotné zakopnutí o překážku či uklouznutí na mokré podlaze.

Pády nepředvídatelné fyziologické jsou neočekávaně způsobeny poškozeným fyzickým stavem. Příkladem jsou závratě, mdloby, epileptické záchvaty, porucha rovnováhy způsobující pád a další.

Předvídatelné fyziologické pády jsou zapříčiněny vlivem zhoršené mobility pacientů, dále užíváním kompenzačních pomůcek k chůzi či poruchou duševních funkcí. Riziko předvídatelného fyziologického pádu se vyskytuje také u pacientů s opakovanými pády v anamnéze. V tomto případě nelze vždy eliminovat rizikové faktory pádu (11).

K pádům dochází často i v důsledku somatického onemocnění, kdy se pád projeví jako příznak určitého onemocnění. Nazýváme je proto pády symptomatickými. Tyto se mohou vyskytovat například u ortostatické hypotenze. Ohrožení symptomatickým pádem jsou též pacienti po cévních mozkových příhodách a pacienti užívající léky navozující útlum vědomí, jako jsou anxiolytika, hypnotika, antihistaminika. Symptomatické pády mohou být také vyvolané nežádoucím účinkem léků u hypotenziv, diuretik či psychofarmak. Nejedná se však jen o léky způsobující symptomatické pády, ale také například o alkohol při nestřídmé konzumaci, jelikož v důsledku způsobuje snížení schopnosti pohybové a svalové koordinace. Mezi rizikové faktory patří i neurologická onemocnění, osteoporóza, zpomalení psychomotorického tempa, oslabení reflexních pohybů ve stáří, poruchy rovnováhy, anémie, únava, poruchy psychiky, demence, delirantní stavy apod. Velmi častým příznakem u pacientů nad 75 let věku je vertigo, neboli závrať, vyskytuje se dokonce u 45% těchto pacientů. Vertigo je pocit porušené rovnováhy s rozmanitou etiologií. Závrať čili vertigo je stav, při kterém jedinec vnímá zdánlivý pohyb okolí vůči sobě v různých směrech. Dochází ke

ztrátě přesného rozeznání polohy těla či jeho částí v prostoru, což může vést k vrávoravé chůzi, tápání po opoře nebo pádu. (18, 20)

Mechanické pády vznikají vlivem špatně uspořádaného prostředí, důsledkem vnějších příčin, náhlých změn v prostředí či přemístěním objektů. Ve zdravotnickém zařízení může být mechanický pád způsoben nesprávným používáním kompenzačních pomůcek pacientem, například chodítek, dále nevhodnou obuví, chybou personálu, nezabrzdným lůžkem a dalším nestabilním nábytkem, kluzkou podlahou v koupelně, čerstvě vytřenými povrchy, elektrickými kabely, umístěním infuzních pump, poškozenými postranicemi a jinými vlivy prostředí. Mechanickým pádům lze předejít pozornou ošetrovatelskou péčí, edukací pacienta a úpravou prostředí. Přesto jsou vnější příčiny důsledkem 25 – 30 % všech pádů. Pokud si shrneme tyto faktory, můžeme za nejrizikovější označit 6 hlavních kategorií: porucha kognitivních funkcí, poruchy zraku, instabilita a poruchy chůze, farmakoterapie, Parkinsonova choroba a ortostatická hypotenze. Jednoduše můžeme rozčlenit rizikové faktory na vnitřní a vnější (12, 20, 33).

### *1.3.2 Incidence*

Během jednoho roku upadne více než jedna třetina seniorů. Tato hladina se po odečtení ostatních věkových skupin pacientů sníží, jelikož nejčastější pády se objevují u skupin osob nad 65 let věku. Počet pádů pacientů při hospitalizaci tvoří indikátor kvality péče poskytované ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Mezi lety 2002 a 2010 sledovalo tuto problematiku 39 nemocničních zařízení v ČR. Mimo jiné sledovaly především počet pádů v zařízeních, okolnosti vedoucí k pádu, závažnost následného zranění či zda jde o pacienta staršího 65 let. Na základě těchto poznatků stanovily indikátor kvality péče a navrhly škálu k identifikaci rizikového pacienta (2,14).

Incidenci pádů můžeme nejlépe porovnávat pomocí počtu pádů na 1000 lůžkodnů, tím můžeme srovnávat různá zařízení o proměnlivé kapacitě s kolísavou obložeností. Dále můžeme sledovat incidenci pádů pomocí počtu pádů připadajících na lůžko za rok. Výsledné poznatky z šetření pádů v nemocničních a sociálních zařízeních poukazují na shodu v místě samotného pádu, nejčastěji (ze 70 %) šlo o pokoj pacienta,

z 20 % o koupelnu a toaletu. Podíl zranění v roce 2009 v projektu sledování pádů činil 40,74 % v zúčastněných nemocnicích. Vyšší pravděpodobnost pádu u pacientů nad 65 let věku byla potvrzena, podíl pádů byl u mužů a žen stejný (7). Dále bylo z monitoringů zjištěno, že se frekvence pádů zvyšuje v dopoledních hodinách, v době podávání stravy, a poté až v nočních hodinách. 15 % pacientů si při pádu přivodilo lehké zranění, a 5 % dokonce zranění těžká, především zlomeniny (18).

### *1.3.3 Identifikace pacienta s rizikem pádu*

Prvotním krokem pro zahájení preventivních opatření je zaměření se na cílovou skupinu pacientů nebo individuálně na jednotlivce. V ošetrovatelském procesu se zaměřujeme na každého pacienta jednotlivě a sledujeme riziko pádu u každého konkrétního pacienta. Správný a důsledný způsob hodnocení a posuzování pacienta přispívá k efektivnímu výsledku, naplánování a poskytování péče. Hodnocení se odvíjí od zjištěné anamnézy a ze screeningové metody pro riziko pádu. Screeningová metoda se provádí při přijetí pacienta, načež se opakovaně aktualizuje - většinou po týdnu hospitalizace pacienta a také při změně jeho stavu. Do tohoto hodnocení nespadá uspořádání bytového prostoru. Pozornost sestry soustřeďuje na pacienta jako na bio-psycho-sociální celek neboli holistickou interakci biologických, psychologických a sociálních vlivů, protože porucha jedné komponenty může ovlivnit druhou.

Sestra identifikuje pacienta jako rizikového na základě rizikových faktorů, do nichž patří poruchy smyslových funkcí a vestibulárního aparátu, poruchy mobility, snížené funkce motoriky, poruchy chůze či chůze s kompenzační pomůckou. Do rizikových faktorů zařazujeme též pokročilý věk, jelikož z incidencí vyplývá, že u pacientů starších 65 let se pády vyskytují ve zvýšeném množství. Pozornost věnuje i nežádoucím vlivům léků, poruchám psychiky, přidruženým onemocněním a traumatům (6, 11).

### *1.3.4 Důsledky*

Následky pádů mohou být fatální pro pacienta a nepříjemné pro nemocnice. Pro pacienta je náročné každé poškození jeho zdravotního stavu a psychiky, ale také důsledky v sociální i ekonomické oblasti.

Zdravotní komplikace představují zejména zlomeniny, tržné rány a neurologická poranění. Nepříjemná jsou i mírná poranění, která mohou vést ke strachu a úzkosti pacienta z vykonávání činností a aktivit spojených s předešlým pádem. Vlivem pádu u starších lidí mnohdy dochází ke zlomeninám krčku femuru, frakturám obratlů či dlouhých kostí horních končetin. Kaňkovský uvádí stejnou míru závažnosti poranění horních i dolních končetin u seniorů (18, 20).

Dokonce až jedna čtvrtina starších pacientů se zlomeninou krčku stehenní kosti může během následujícího půl roku zemřít. Pacienti, kteří přežijí frakturu proximálního femuru, mají následně sníženou kvalitu života, zapříčiněnou mnohdy strachem z možných pádů (5). Dalšími závažnými důsledky jsou kraniocerebrální poranění, subdurální a epidurální hematomy, mozkové komoce a kontuze, popáleniny, prochladnutí, pokud pacient nemůže vstát svépomocí, úzkosti a deprese vlivem ztráty nebo zhoršení soběstačnosti (4, 5).

Nemožnost vstát po pádu může pro pacienta v důsledcích znamenat například také podchlazení, zejména pokud jde o pád v prostředí se zvýšenou větratelností a nižší teplotou místnosti, jako jsou mnohé koupelny a toalety. K podchlazení pacienta může též přispět ischemie a poruchy termoregulace organismu. V některých situacích při nemožnosti vstát může hrozit kompartment a crush syndrom. Pacienti se zhoršenou pohyblivostí, obézní pacienti, pacienti s těžkou osteoartrózou a svalovou slabostí se velice těžko sami zvedají, zvláště po pádu. Sestra vychází z pacientových potřeb, jeho fyzické zdatnosti, charakteru jeho onemocnění a na pacienta pravidelně dohlíží. Pravidelným dohledem a kontrolou nemocného může sestra včas zachytit pacientův problém a předejít možnému pádu nebo včas pomoci pacientovi, který již upadl a nemohl si sám přivolat pomoc či sám nemohl vstát (15).

Úzkost a deprese vzniká u pacientů, kteří již upadli opakovaně. Omezují své aktivity, zvláště ze strachu z bezmoci při dlouhém ležení na zemi po pádu, a to právě po



zkušenosti s předchozím pádem. V horším případě se může po individuální časový úsek dostavit až nutková myšlenka na pád, zapříčiňující neschopnost věnovat se jiným činnostem než této domněnce.

Dalším důsledkem pádu pacienta, související s předešlým, je strach. Pacient, který má již jakoukoli předchozí zkušenost s pádem, může mít následně strach z dalšího pádu. Obecně jsou pády pro pacienta negativní zkušeností, jelikož se dostávají do nepříjemné situace, kterou si sami zapříčinili nechtěli. Zvláště geriatrickí pacienti pociťují obavy z pádu a z jím vyvolaného zranění. Pociťují strach o své zdraví, který je umocněný, pokud neví, jak si přivolat pomoc, nemají dostatek schopností zvládnout vstát a zmáčknout signalizační tlačítko, nebo pokud nemají dostatek fyzických sil volat o pomoc (15).

### *1.3.5 Finanční náklady spojené s pády*

Finanční následky, přesněji zvýšení nákladů, postihují pacienty a také zdravotnická zařízení poskytující péči těmto pacientům. Riziko pádu vyvolává špatnou pověst zdravotnického zařízení. Následek pádů prodlužuje hospitalizaci a léčbu pacientů, čímž se samozřejmě zvyšují i náklady na léčbu daného pacienta. Finanční dopady jsou obtížné pro nemocnici, zdravotní pojišťovny a samozřejmě i pro pacienta následkem prodloužené hospitalizace.

Britské statistiky v článku časopisu *British Medical Journal* vyčíslují zdravotnické náklady na léčbu zlomenin a pádů u seniorů nad 65 let na 4,6 miliónu liber (136 mil. Kč) denně. Vysoké náklady vyplývají z komplikovaného léčení – operačních výkonů, poskytování kloubních implantátů, rehabilitace a následné péče. Pády jsou nejčastější příčinou zranění a úmrtí britských seniorů a jsou důvodem více než poloviny jejich hospitalizací (32).

V České republice se před rokem 2006 neprováděla analýza nákladů spojených s pády pacientů. Šetření, probíhající po dobu jednoho roku ve dvanácti českých zdravotnických zařízeních, poukázalo na vysoké finanční dopady na lékařskou i nelékařskou péči o pacienta poškozeného pádem. Z 335 286 sledovaných pacientů utrpělo pádem 3 913 pacientů, celkem 1 899 pacientů bylo vlivem pádu zraněných.

Z expertního odhadu činní náklady na diagnostiku pacientů po pádu 2 179 671,- Kč, na ošetření zraněných pacientů 2 162 426,- Kč. Nelze opomenout ani úhradu vykonané práce zdravotníků, která byla ohodnocena na 2 094 225,- Kč. Nejvyšší nákladnost byla zaznamenána na lůžkách následné péče s převahou geriatrických pacientů (13).

### *1.3.6 Mimořádné události*

Prioritou českého zdravotnictví je zajištění bezpečí a bezpečné péče pro všechny pacienty. Cílem managementu hlášení mimořádných událostí je zainteresování zaměstnanců na pečlivém a uceleném napravování a zkvalitňování vadných procesů a systémů, čímž management uceleně napomáhá ke zvyšování kvality bezpečné péče o pacienty. Hlášení a prevence mimořádných událostí tvoří pro zdravotnická zařízení součást programu v podpoře snížení rizik ve zdravotnictví. Sledování těchto událostí je důležitým faktorem pro zpětnou vazbu v návaznosti na poskytovanou péči. Mimořádné události se mohou klasifikovat podle Changa, který uvádí deset stupňů možného poškození od žádného až po smrt, většinou si ale zdravotnická zařízení upravují klasifikaci podle svých požadavků nebo si vytváří vlastní systém hodnocení a klasifikace (31).

Mimořádná událost je stav nebo výsledek, k němuž došlo vlivem lékařské či ošetrovatelské intervence, jejímž následkem bylo poškozeno zdraví pacienta. Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních zahrnujeme právě mezi mimořádné situace. Pád nemusí mít závažné následky, pacient nemusí být zraněn a může být bez projevů bolesti, ovšem i takovým pádům je třeba zabránit, jelikož pád sám o sobě je nežádoucím jevem. Vzhledem k častým závažnějším následkům pádů je jejich hlášení jako mimořádné události o to důležitější. Toto hlášení a zaznamenávání vede především k prevenci opakovaného výskytu pádů a prevenci pochybení personálu, pomáhá určit opakující se problémy a vyhodnotit situaci z hlediska možného soudního sporu. Při hlášení mimořádných událostí ve zdravotnických zařízeních je největším problémem strach a obava sester a ošetrovatelského personálu z následného potrestání jejich pochybení. Ve vyspělých zemích je hlášeno pouze 5 – 30 % mimořádných událostí ve zdravotnických zařízeních. Při vyplňování formulářů „Hlášení o mimořádné události“

musí každý dbát na užívání objektivních výrazů, nedomýšlet a nezapojovat vlastní subjektivní úsudek o události. Pro správné zaznamenávání je důležitá edukace zaměstnanců. Výchozí opatření z hodnocení mimořádných událostí, z pádů nebo zranění pacienta vlivem pádu se mají týkat vzdělávání personálu, změn zavedených směrnic, úpravy dosavadních postupů, standardů péče a technického šetření (30, 31).

## 1.4 Prevence pádu

### *1.4.1 Obecná opatření prevence pádů*

Základem prevence pádů a bezpečnosti pacienta je bezpečné prostředí. Pokud bychom měli obecně shrnout preventivní opatření realizovaná u pacientů s rizikem pádu, řadíme sem: určení rizikových faktorů pádu, poskytnutí informací pacientům a personálu o riziku pádu, systém hlášení pádů a mimořádných událostí, zajištění bezpečného prostředí pacienta, jednoznačné značení pacientů rizikových pro pád, např. označení lůžka, záznam v dokumentaci, identifikační náramky (20).

Jurásková ve svém projektu Bezpečný pokoj uvádí pravidla a možnosti zabezpečení pokojů pacientů s cílem snížit incidenci pádů. Doporučuje zajištění nočního a lokálního osvětlení lůžka, protiskluzovou podlahu na pokojích pacientů a chodbách oddělení, prostor kolem lůžka přístupného ze tří stran minimálně 90 cm či nastavitelnou výšku lůžka. Lůžko pro pacienta s rizikem pádu by mělo být sníženo do co nejnižší polohy. V prostoru kolem lůžka navrhuje neumisťovat žádné další osobní věci pacienta a pozici nočního stolku vedle lůžka v jeho 1/3 od hlavy s dvířky otočenými k nemocnému. Doporučuje také zábrany lůžka podle ČSN, ideálně dělené a nastavené v tzv. mobilizační poloze, dále by měl být všechn nábytek opatřený kolečky a vybavený automatickou brzdou, rohy nábytku by měly být zakulaceny a dřevěný nábytek by měl být z masivního nábytku se širokou základnou. Stoly by měly být připevněny ke zdi a stěny pokoje vymalovány v kontrastních barvách (12).

#### *1.4.2 Primární prevence pádu*

Primární prevence spočívá v oddálení či zamezení vzniku rizika pádu. V této základní části využíváme prvky aktivní mobilizace pacienta, snažíme se o co nejlepší udržení soběstačnosti a mobility, podporu svalstva a kloubní pohyblivosti. Pacienta edukujeme a motivujeme k fyzické aktivitě. V rámci prevence se mohou upravit objekty v prostředí pacienta, zajistit dostatečné osvětlení, přiblížit se co nejvíce bezpečnému pokoji. Pacient bez rizika pádu sice nevyžaduje specifické kompenzační pomůcky a úpravu zařízení, ale nevhodně zařízený pokoj může riziko pádu vyvolat.

Specifickou ošetrovatelskou péčí v primární prevenci se tedy rozumí edukace a komunikace, jež je základem pro uspokojování potřeb, motivace podporující aktivní pohyb pacienta a srozumitelná forma předávání informací o konkrétních prostředcích předcházení rizikovým faktorům způsobujících pád. Primární prevencí je též užívání kalcia jakožto doplňku stravy nebo v přirozené formě v mléčných výrobcích, jelikož podporuje pevnost kostí. Užívání vitaminů C a D předchází nedostatečné resorpci vápníku a tím má vliv na náš pohybový aparát. Dále do primární prevence zahrnujeme rehabilitační ošetrovatelskou péči, aktivizační prvky posilující fyzické zdraví a preventivní prohlídky pacienta. Pacienta ve zdravotnickém zařízení seznámíme s prostorovým uspořádáním a upozorníme ho na možnost přivolání pomoci prostřednictvím tlačítka signalizace. Provedeme pacienta oddělením a seznámíme jej s rizikovými prostory, jako jsou toalety, koupelna a sprchy (4, 36, 28).

#### *1.4.3 Sekundární prevence pádu*

Sekundární prevencí pádu rozumíme způsob vyhledávání rizika pádu u pacientů. Jde o screeningové metody užívané k posouzení pacientova rizika. V těchto screeningových postupech vyhledáváme vnitřní a vnější rizikové faktory pro vznik pádu (popsané výše). V literatuře je popsáno mnoho stupnic a krátkých dotazníků k hodnocení rizika pádu, ovšem ne všechny jsou aplikovatelné na určitá zdravotnická zařízení. V zařízeních mentálně a fyzicky postižených osob budeme používat jiných screeningových dotazníků než na oddělení následné péče v nemocnici. Jinými slovy

pacient hodnocený jednou metodou může být posouzen jako rizikový, ale použitím jiného dotazníku se riziko pádu nemusí prokázat. Jednotlivá zařízení si mohou určit výběr aplikované screeningové metody nebo si ji upravit podle svých vlastních potřeb a kritérií (4, 7, 20).

#### *1.4.4 Terciární prevence pádu*

Terciární prevence se nachází v popředí zájmu, pokud má pacient nějaké předešlé pády zaznamenané v anamnéze, je u něho určené riziko pádu a může vlivem vnějších či vnitřních faktorů dojít k dalšímu zranění vlivem pádu.

Specifickou ošetrovatelskou péčí soustředíme do oblasti patologických stavů a chorob, které mohou mít souvislost s pádem. Dále věnujeme pozornost úpravě prostředí a podpoře mobility. Důležité je i omezení či úplné odbourání rizikové medikace, zabránění progresu choroby, vzniku komplikací a dalších pádů (4).

#### *1.4.5 Edukace pacienta s rizikem pádu*

V posledních letech je v moderním ošetrovatelství uplatňován důraz na edukaci a edukační proces v ošetrovatelství, jako na podstatnou součást kvalifikované péče. Pojem edukace lze vysvětlit jako výchova, proces vzdělávání, předávání informací, výuka nových návyků a dovedností. Edukace v ošetrovatelství je proces, jehož cílem je informovaný, spolupracující a orientovaný pacient ve svém zdraví či nemoci. Důležitým prvkem při tomto procesu je partnerský vztah mezi zdravotníkem, pacientem a jeho rodinou. Hlavní podmínkou účinné edukace je dostatečná motivace a vůle pacientů něčeho dosáhnout. Správná edukace je součástí péče o pacienty s rizikem pádu a vede k zabránění pádu rizikového pacienta. Edukace je zaměřena na prevenci vzniku pádu. V rámci prevence pádů je nutné pacienta seznámit o možných bezpečnostních opatřeních při hospitalizaci a upravit kolem klienta prostředí v nemocnici. Bezpečnostní opatření se týkají nejen vhodného vstávání z lůžka, nácvičku sedu, chůze, ale především nácvičku používání signalizačního zařízení v případě volání o pomoc. Vzhledem k možným poruchám kognitivních funkcí u seniorů je vhodná edukace i rodinných

příslušníků. Pacientům se doporučuje zlepšení pohybové aktivity a celková úprava životosprávy, tedy primární prevence, kterou popisujeme výše. Obzvláště trpělivě je nutné přistupovat ke starším pacientům, kterým je třeba poskytnout více času na vyjádření svých potřeb a možných obav. Samozřejmostí by mělo být ověření, zda pacient poskytnutým informacím rozuměl. Podle toho by měli být vhodně zopakovány, nebo doplněny jednotlivé edukační kroky. Metody používané v edukaci pacientů jsou slovní, dialogické a názorné. Tyto metody by měly individuálně odpovídat konkrétním pacientům. Účinnost edukace se může zvýšit využitím kombinace edukačních metod. O edukaci se provádí záznam opatřený datem, stručným zhodnocením, razítkem a podpisem (2).

#### *1.4.6 Komunikace s pacientem s rizikem pádu*

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma, nebo více komunikujícími osobami. Riziko pádu je objektem komunikace mezi zdravotníky a pacientem s rizikem pádu. Pády se ve zvýšeném množství vyskytují u pacientů s věkem nad 65 let. Již jsme zmiňovali, že při edukačním procesu obzvláště ke starším pacientům přistupujeme pomaleji, trpělivě a dle potřeby opakovaně edukujeme. V komunikaci respektujeme emocionální, kognitivní a tělesné změny schopností nejen seniorů a přizpůsobujeme komunikační techniky jejich schopnostem individuálně. Komunikaci s pacienty s rizikem pádu mohou ovlivnit poruchy smyslových funkcí a vestibulárního aparátu, které jsou zároveň rizikovými faktory pro pád. Těmto pacientům individuálně přizpůsobíme délku a rychlost komunikace. Pozornost věnuje i nežádoucím vlivům léků, poruchám psychiky, přidruženým onemocněním a traumatům, které by narušily proces vnímání poskytnutých informací pacientovi. Kdykoli verbálně komunikujeme s pacienty, je třeba mít ujasněné, co jsme chtěli říci, co jsme pacientovi skutečně řekli. Někdy se může od skutečnosti lišit, co si pacient myslí, že od nás slyšel (27).

## 1.5 Míra rizika pádu

Podle výsledků ze screeningu můžeme plánovat a realizovat ošetrovatelskou péči. Výsledek screeningové metody poukazuje, zda je u pacienta prokázáno riziko pádu nebo o jakou míru rizika pádu jde. Výsledky různých screeningových testů rizika pádu pacienta se od sebe mohou vzájemně lišit.

Pokud prostřednictvím screeningových testů a pozorováním pacienta stanovíme, že u tohoto pacienta nehrozí riziko pádu, nezaznamenáváme ošetrovatelskou diagnózu riziko pádu, a není tedy potřeba ošetrovatelského plánu zaměřeného na riziko pádu pacienta.

Střední riziko se nejčastěji objevuje u pacientů, kteří mají více rizikových faktorů pro vznik pádu. Těmito faktory jsou například pády v anamnéze, částečné zrakové nebo sluchové problémy, zhoršená soběstačnost, závratě nebo další rizikové faktory. Stanovujeme potencionální ošetrovatelskou diagnózu riziko pádu a určujeme ošetrovatelský plán. Při středním riziku pádu dbáme na všeobecná bezpečnostní opatření v rámci prevence pádu. Obecně tedy zpočátku identifikujeme individuální rizikové faktory pro vznik pádu u daného pacienta. Potencionální diagnózu riziko pádu vyznačíme v ošetrovatelské dokumentaci pacienta a založíme ošetrovatelský plán péče. Snažíme se o co nejvyšší míru bezpečnosti při pohybu pacienta na oddělení. Věnujeme pozornost vhodnému osvětlení a bezpečnosti podlah, například na chodbě, kudy pacient může přecházet, nebo v pokoji pacienta. Při údržbě a vytírání podlah by měli být o bezpečnosti prostor proškoleni pracovníci k těmto činnostem pověřeni (zaměstnanci úklidové služby), měli by dostatečně vyznačit plochu, kde by mohly osoby na mokré podlaze uklouznout, nebo zajistit, aby byla například rozlitá tekutina na podlaze včas dosucha setřena. Konkrétní opatření zaměříme na edukaci pacienta, upozorníme ho na jednotlivá místa riziková pro vznik pádu a obeznámíme ho s prostorovým uspořádáním. Zjišťujeme, zda pacient používá k pohybu kompenzačních pomůcek, zda je má s sebou při hospitalizaci a zvládá obsluhu této pomůcky. Pokud je pacient mobilní, chodící, ať už s pomůckami nebo bez nich, zkontrolujeme, zda má vhodnou obuv a také vhodné oblečení vzhledem k jeho mobilitě. Ležícím pacientům samozřejmě nekontrolujeme obuv, kterou nepoužívají. Pacientovi s rizikem pádu doporučíme vhodný odpočinek,

jelikož odpočínutý pacient se cítí lépe a čerstvěji než pacient unavený. Průběžně (nejméně však jednou až dvakrát za dvě hodiny) dohlížíme na pacienta a jeho potřeby, věnujeme mu pozornost a jsme mu nablízku. Pacienty s rizikem pádu sledujeme zejména v době největších aktivit, jako je například ranní hygiena. Vhodné je pro pacienty se středním rizikem pádu používání zvýšených sedátek na toaletě. Oblíbené jsou u pacientů také stoličky pod nohy, které mohou využít při poloze vsedě s nohama spuštěnými z postele, přičemž dopomáhají ke stabilitě při sezení. Nutné je pokoj opatřit signalizačním zařízením. Pacient v lůžku musí mít signalizaci v dosahu ruky a musí mu být vysvětleno, jak s ní zacházet. Kromě zařazení bezpečnostních opatření také označíme pacienta identifikačním náramkem odlišné barvy, a to dle zvyklostí oddělení. Riziko pádu pacienta máme vyznačené v jeho dokumentaci, plníme ošetřovatelský plán. Průběžně tuto dokumentaci aktualizujeme a doplňujeme, nejméně však jednou týdně a při každé změně pacientova stavu. Pamatujeme i na ostatní personál konající službu a upozorňujeme, že pokud přes použitá bezpečnostní opatření dojde k pádu pacienta, nebude nikdo za tuto událost potrestán. Všechny pády monitorujeme a zaznamenáváme.

Potencionální diagnózu riziko pádu stanovujeme samozřejmě i ve vysokém riziku pádu. Vysoké riziko může nastat u pacientů, kterým hrozí četné rizikové faktory pro pád, jinak řečeno se u nich uplatňuje více rizik najednou. Dále je riziko vysoké, pokud na pacienta působí některé rizikové faktory a má již pády zaznamenané v anamnéze.

Ošetřovatelskou péčí o pacienty s vysokým rizikem pádu zaměřujeme stejným směrem jako předchozí, aplikujeme stejné intervence jako u středního rizika pádu. Ovšem jak z názvu vyplývá, vysoké riziko je vyšší než střední a k prevenci pádu jsou zapotřebí i další opatření. Dbáme nejen na všeobecná opatření a opatření vyjmenovaná výše, ale dále zvažujeme užití poplašných zařízení na lůžku a židli. Umístíme pacienta na pokoj do blízkosti sesterny, v noci můžeme nechat lehce pootevřené dveře pokoje. Minimálně jednou za hodinu kontrolujeme pacienta v noci i ve dne. Vhodné je umístění postranic na lůžko pacienta, nejlépe však až po konzultaci s lékařem, aby byla dodržena zásada více výhod umístění postranic než nevýhoda omezení volného pohybu pacienta (4, 11, 20, 35).



## 1.6 Kompenzační pomůcky

V současné době je na trhu k dispozici široký sortiment kompenzačních pomůcek od mnoha výrobců. Těmito pomůckami jsou nástroje, přístroje, zařízení a jiný materiál sloužící ke specifickému použití. V dnešní době jsou vyráběny v různých variantách v nejrůznějších škálách materiálů, tvarů a barev. Jedním ze známých poskytovatelů je například Ortoservis. Kompenzační pomůcky pacient využívá při nedostatečně rozvinuté nebo již porušené či částečně porušené funkci tělesných orgánů, přičemž pomůcky uplatňují potřebu využití zachovaných orgánů. Můžeme je rozlišit na nástroje pro zvedání a přesun pacienta, pomůcky pomáhající k mobilitě pacienta, antidekubitní pomůcky a předměty domácí péče využívané v koupelně a na toaletě.

Pacient s ošetrovatelskou diagnózou riziko pádu se může před pádem chránit správnými pomůckami a jejich správným používáním. Pro pohyb a chůzi se nejčastěji používají chodítka, berle a hole umožňující podporu stability. Někteří pacienti volí individuální ortézy na instabilitu kolena. Pro pacienty neschopné chůze se doporučuje mechanický vozík, ale ani ten není zárukou snížení rizika pádu, jelikož k pádu může v častých případech dojít při přesunu z vozíku na lůžko a naopak.

K úspěšnému snížení rizika pádu lze zajistit bezpečnost pokoje pacienta. Rizikovými prostory jsou schodiště, koupelny či toalety, které je třeba vybavit madly a úchyty pro bezpečnější pohyb a hladké podlahy obstatat protiskluzovými podložkami. Naopak nevhodné jsou nepripevněné koberečky. Ve všech těchto prostorách by měly být odstraněny předměty, o které by pacient mohl zakopnout nebo zavadit a následně utrpět pád.

Jako prevence úrazu při pádu se dobře uplatňují moderní ochranné vycpávky, měkké chrániče boku a kyčlí. Přirozeně dbáme na vhodnou a pohodlnou obuv, která by měla mít protiskluznou podrážku či tzv. „nesmeky“ používané při náledí. Pacienta vždy poučíme o významu kompenzační pomůcky, vysvětlíme použitelnost dané pomůcky a zajistíme zpětnou vazbu od pacienta. Ten by měl správně pochopit a poznat, k čemu danou kompenzační pomůcku potřebuje a naučit se s ní manipulovat. V používání pomůcky by neměl bránit stud, strach, pocit degradace ani pocit nedůstojnosti (16).

## 1.7 Postup při pádu pacienta

Pokud je u pacienta přítomen zdravotnický pracovník, snaží se šetrnou manipulací zmírnit pád pacienta, a tak snížit možnost úrazu. Po pádu pacienta by měl přidržovat hlavu a trup, nepokoušet se zvedat ho nebo držet vzhůru. Zdravotník přivolá pomoc, posoudí stav a vědomí pacienta, schopnost reakce na slovní podnět, zkontroluje základní životní funkce, zjistí možná zranění, kontaktuje lékaře a ve spolupráci zajistí potřebná ošetření a diagnostické postupy podle stavu pacienta. Další potřebná vyšetření a ošetření zajistí dle ordinace lékaře. Do dokumentace je nutné uvést pád a okolnosti k němu vedoucí, zhodnotit a zaznamenat následky pádu a případně provést kroky zabraňující opakování pádu.

V případě, že nebyl pacient při screeningovém hodnocení vyhodnocen jako rizikový, je nutné po pádu tyto screeniny opakovat, stejně jako při přijetí. Každý rizikový pacient musí být viditelně označen dle zvyklostí zařízení. Zdravotnický pracovník provede řádný záznam do formuláře „Hlášení o mimořádné události“ nebo „Zápis o nežádoucí události“ dle pokynů zdravotnického zařízení a postupů a při kontaktu s osobou určenou pacientem či zákonným zástupcem předá nutné informace o události (3).

## 1.8 Restriktivní opatření v ošetrovatelství

Restriktivní opatření je krajním řešením zajištění bezpečnosti pacienta, jelikož pacientovi způsobuje vysokou psychickou zátěž. Souhrnně se jedná o pohyb omezující prostředky, zejména klecová a síťová lůžka, která jsou již zakázána, medikace, kurtování či nepřiměřené použití postranic.

Smyslem opatření omezujících pohyb osob jsou funkce omezující restriktivní a funkce preventivní. Omezující restriktivní funkce má za následek omezení ve volném pohybu pacienta. Preventivní bezpečnostní opatření má za úkol předejít zranění a pádu více či méně imobilního pacienta (27).

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. se v ustanovení § 89 věnuje omezování svobody pohybu osob, určuje zákaz používání opatření omezujících pohyb při poskytování sociálních služeb a dále určuje podmínky, za kterých přípouští užití

těchto opatření v případech přímého ohrožení života nebo zdraví osob. Právní řád České republiky vychází z principu, že osobní svoboda je zaručena každému.

Přistoupit k použití restrikcí lze jen tehdy, pokud je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta a nelze ji zabezpečit jiným způsobem. Přínos musí jistě převažovat nad rizikem nebezpečí. V žádném případě nesmí personál použít restriktivních opatření za účelem usnadnění péče o pacienta. V případě použití jakéhokoli restriktivního opatření je nutné vždy zvolit jen to nejmírnější opatření.

Mezi fyzické omezovací prostředky patří úchopy a držení rukama, které personál používá v sebeobraně po pečlivém proškolení.

Mechanické prostředky jsou síťová lůžka, kurty, zamykání dveří, izolační místnosti a mechanické zábrany znemožňující volný pohyb dotyčného člověka.

Mezi další prostředky omezující pohyb řadíme farmakologické látky, pod které spadají medikamenty na uklidnění, tj. neuroleptika, sedativa či antipsychotika.

V případě použití některého z vyjmenovaných prostředků je nutné zachovat pacientovu důstojnost, neustále mu vysvětlovat a opakovat jeho stav, a to bez ohledu na stav jeho vědomí. Pacienta nenecháváme bez dozoru, a pokud je to možné, udržujeme verbální i vizuální kontakt.

Rozhodnutí o použití restriktivních opatření vydává vždy lékař. Sestra může intervenovat restrikci pouze v případě, kdy hrozí zranění a závažné poškození okolí, a neprodleně informuje lékaře. Všechny tyto události je nutné pečlivě dokumentovat. Hlavním kritériem je bezpečí pacienta a dobrá dostupnost ošetrovatelské péče. Omezovací prostředky se používají u pacientů, při různých typech jejich neklidu, zvláště u psychiatrických pacientů, v agresivitě zaměřené proti svému okolí, či proti sobě, a také v delirantním stavu pacienta. U rizika pádu pacienta se mnohdy užívá restriktivního opatření fixací, omezení břišním pásem v lůžku nebo křesle či užití postranic. Sestra u pacienta, u kterého je použito restriktivní opatření, provádí ošetrovatelskou péči, kdy zajišťuje, aby nedošlo k dehydrataci a podvýživě, podchlazení, proleženinám, zajišťuje osobní hygienu pacienta a péči o vyprazdňování (19, 35).

### *1.8.1 Ochrana pacienta v lůžku*

U pacienta s ošetrovatelskou diagnózou riziko pádu, zvláště pokud je toto riziko vysoké, je zapotřebí za určitých okolností užití ochranných pomůcek pro jeho bezpečnost. Tato opatření mohou být pro pacienta omezující v jeho pohybu. Použití bezpečnostních postranic lůžka je restriktivní opatření považované za omezující v osobní svobodě, pokud jsou vytažené po celé délce lůžka. Za restrikcí se nepovažují postranice, které nejsou vytažené zcela, tedy je vytažena jen jedna jejich část v jedné části plochy lůžka. Postranice mohou být mnohdy prvním prvkem bránícím pádu, ovšem jejich používání by nemělo být automatické. V některých zemích se pečlivě dokumentuje jejich používání, které musí být odsouhlaseno pacientem. V zařízeních v České republice se setkáváme s běžným užíváním postranic v rámci ochrany bezpečnosti pacienta, zvláště u geriatrických a imobilních pacientů. Pacienti mohou na aplikaci vysunutí postranic reagovat různě, pozitivně ve smyslu zajištění pocitu bezpečí a jistoty, nebo naopak negativně kvůli pocitu omezení v pohybu (24).

### 1.9 Psychologická problematika pacienta

Každý nemocný prožívá svůj stav odlišným individuálním způsobem. Prožívání nemoci ovlivňuje nejen fyzický stav pacienta, ale také stav psychický. Prožívání je individuální podle osobnosti, emocionálního stavu pacienta, nálady, informovanosti a podle míry obranných mechanismů. Při změně zdraví v nemoc dochází k narušení zdraví jedince i k narušení jeho společenské role, která se pro něho může stát velice nepříjemnou. Model zdravotního přesvědčení dle Beckera popisuje čtyři základní faktory, kterými jsou: vnímání vlastní zranitelnosti či podlehnutí choroby při nedodržení léčebného režimu, vnímání závažnosti důsledků nedodržení příkazů lékaře, vnímání rovnováhy mezi tím, co člověk pro své zdraví udělá a jak se mu to vrátí ve formě zlepšeného zdravotního stavu, a vnímání překážek, které se kladou do cesty poslechnutí příkazů lékaře (17). Pacient s rizikem pádu je ovlivněn různými rizikovými faktory a překážkami, které snižují kvalitu života a hrozí mu pádem. Pacient s rizikem pádu, jenž

je vhodně edukován zdravotnickým personálem a lékařem, si správně uvědomuje, že prevencí a jednotlivými specifickými kroky (které jsme uváděli výše) může pádu a jeho následkům předejít.

Mezi pacientem docházejícím k léčbě ambulantně a pacientem hospitalizovaným je několik rozdílů. Ambulantní návštěvy lékaře znamenají pro pacienta spíše dobrovolné rozhodnutí k nápravě negativního zdravotního stavu, hospitalizace je obvykle dána rozhodnutím autority vzhledem ke zhoršené nemoci či její vážnosti. Z mnoha zdrojů se dozvídáme, že 98 % pacientů je odesláno k hospitalizaci ošetřujícím lékařem.

Zdravotnické zařízení je pro pacienta odlišné od prostředí jeho běžného života. Mnohdy zahrnuje spíše naslouchání autorit než spolupráci. Při hospitalizaci se mění psychika pacienta, případně i jeho duchovní přesvědčení. V porovnání psychické situace v době zdraví a nemoci jsou patrné odlišnosti. Hospitalizovaný nemocný je v péči zdravotníků a svěřuje jim kontrolu nad sebou samým. Nemocný, který dodržuje léčebný režim, respektuje a plní pokyny zdravotníků, musí tedy činit, jak oni určí, i v případě, že tyto aktivity neovládá. Tím se může jeho psychika měnit ve smyslu snížení sebedůvěry. Kontakt s cizími a neznámými lidmi v nemocnici převažuje nad kontaktem s jeho rodinou. V takovém případě může být omezena potřeba jistoty a bezpečí konkrétním omezením kontaktu s rodinou na dobu návštěvních hodin. Pacient se ocitá v jemu zcela neznámém prostředí, pokud na daném místě nebyl hospitalizován dříve či opakovaně. Okruh zájmů pacienta od své práce a zálib se přesouvá na největší zájem o uzdravení. Emoce nemocného jsou často negativní, s centrem ve strachu, obavách a nejistotě, cítí obavy z budoucnosti. Všechny tyto změny ovlivňují psychiku nemocného a působí po celou dobu hospitalizace. Pacient se dostává do určité zátěže a stresu, na jejichž zvládnutí je zapotřebí jistého stupně odolnosti vedoucí k adaptaci (17, 25).

Cílem ošetřovatelství a ošetřovatelského procesu je aktivní vyhledávání a dynamické uspokojování pacientových potřeb. Interakcí prostředí a jedince se potřeby vytvářejí a zanikají. Během nemoci a hospitalizace mohou zůstat potřeby pacienta stejné a neměnit se, ale mohou se také modifikovat a vznikat nové (37).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

- 1.) Zjistit, v čem spočívají zvláštnosti ošetrovatelské péče poskytované pacientům s rizikem pádu.
  
- 2.) Zjistit názor pacientů na realizovaná opatření u pacientů s rizikem pádu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- 1.) Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s rizikem pádu?
  
- 2.) Jaké informace o prevenci pádu jsou pacientům s rizikem pádu od sester poskytovány?
  
- 3.) Jaký názor mají pacienti s ošetrovatelskou diagnózou riziko pádu na používání restriktivních opatření?

### 3 METODIKA

#### 3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

K naplnění cílů bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního šetření. Výzkumné šetření k získání informací bylo v první části vedeno s osmi sestrami pomocí polostrukturovaného rozhovoru a jedné simulační otázky. Rozhovor se sestrami se věnuje zjištění intervencí prováděných zdravotnickým personálem u pacientů s rizikem pádu. V rozhovoru se sestrami bylo použito celkem 27 otázek, které mapovaly práci sester se zdravotnickou ošetrovatelskou dokumentací, s diagnostikou, intervencemi a realizováním ošetrovatelské péče o pacienta s rizikem pádu. Otázky byly sestaveny na základě odborné literatury.

V části věnované zjištění názorů pacientů s rizikem pádu na realizovaná opatření k prevenci jejich pádu bylo také využito metody kvalitativního šetření, nyní formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl veden s osmi hospitalizovanými pacienty oddělení lůžkového typu. Na základě provedených rozhovorů s pacienty byly vytvořeny kazuistiky. S obsahem a účelem rozhovoru byli respondenti seznámeni, samozřejmě s upozorněním na anonymitu.

Všichni dotazovaní respondenti poskytli rozhovor dobrovolně. Na základě výsledků rozhovorů jsou sestaveny souhrnné a také kategorizační tabulky. Přehled otázek podávaných sestrám a pacientům je uveden v přílohách práce. Výzkumné šetření probíhalo v období od dubna do května 2011.

#### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V této práci bylo využito dvou zkoumaných souborů. První výzkumný soubor tvořilo osm sester standardního oddělení nemocnice. Výběr těchto sester byl náhodný. Rozhovory probíhaly na oddělení následné péče, na rehabilitačním, neurologickém, interním a ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. Na uvedených

odděleních byl zajištěn i druhý výzkumný soubor. Ten byl sestaven ze sedmi hospitalizovaných pacientů, majících zavedenou ošetrovatelskou diagnózu riziko pádu. Respondenti - pacienti byli náhodně vybráni ze všech pacientů s rizikem pádu na již zmíněných odděleních. Pacienti s rizikem pádu byli určeni staniční sestrou příslušného oddělení.



## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 4.1 Rozhovory – všeobecné sestry

#### **Respondentka č. 1 (S1)**

Respondentka dosáhla středního odborného vzdělání s maturitou. Pracuje třetím rokem od ukončení svého vzdělání na interním oddělení.

Riziko pádu pacienta zjišťuje vizuálně, pohledem na daného pacienta nebo ho také určuje či odhaduje na základě zjištění lékařských diagnóz a z dřívější anamnézy pacienta. Jako techniku hodnocení pádu používá, stejně jako sestry pracující na tomto oddělení, tabulku vytvořenou přímo pro hodnocení rizika pádu pacienta. Zmíněná respondentka tedy používá screeningovou tabulku Zhodnocení rizika pádu u pacienta uvedenou v příloze. Na základě zjištění rizika pádu pacienta vypisuje ošetrovatelskou diagnózu riziko pádu a také plán péče. Na svém pracovišti mají zaveden standardní postup péče o pacienta s rizikem pádu.

Aby dosáhla cíle snížit riziko pádu pacienta, používá respondentka vysunutí postranic na lůžku a také kurtování podle indikace lékaře. Pacientovi s ošetrovatelskou diagnózou riziko pádu dále věnuje zvýšený dohled. Při zjištění rizika pádu pacienta provádí jednotlivé na sebe navazující intervence. Pacienta s rizikem pádu ukládá na jeho pokoj. Pokud by byl zmatený nebo imobilní, dala by na jeho lůžko postranice. Pacientovi sestra zajišťuje zvýšený dohled a doprovod v případě potřeby chodících pacientů s rizikem pádu, popřípadě si vezme k pomoci pojízdnou sedačku pro přesun pacienta. Na pacienta s rizikem pádu dohlíží během své pracovní doby po půl hodině.

Respondentka odpověděla, že pády pacientů hlásí lékaři, který vypisuje hodnocení pádu, přičemž ona sama se podepíše jako svědek. Ostatní personál upozorní na riziko pádu pacienta při ústním předávání hlášení, jelikož písemné denní hlášení sester o pacientech už na oddělení nezapisují. Dále využije symbolu červeného vykřičníku, který zaznamenává na jídelní lístek pacientů a na seznam hospitalizovaných pacientů. Respondentka uvádí, že dále se spolupracující personál dozví o riziku pádu pacienta z jeho ošetrovatelské dokumentace, kam riziko pádu zaznamená.

Nepříjemné důsledky pádu pro pacienta spatřuje již v samotném pádu a v možném následném úrazu pacienta. Sestra připomíná, že záleží na tom, kde a jak dojde k pádu pacienta. Další pramenící důsledky z pádu nevedla. Dle této sestry dochází k pádům nejčastěji pádem při chůzi nebo při vstávání z lůžka v důsledku oslabení motorických funkcí. V další otázce se od sestry dozvídáme, že na jejich oddělení má k dispozici každý pacient signalizační zařízení.

Zmíněná respondentka nevyužívá možnost snížení výšky lůžka, jelikož takováto lůžka na oddělení k dispozici nemají a disponují pouze lůžky mechanickými.

Na otázku, jakým způsobem zajišťuje osvětlení v noci na pokojích a chodbě oddělení, odpovídá: „Nad postelí na panelu nechám svítit malé světlo a také noční světlo nad dveřmi, nechávám otevřené dveře na pokoj pacienta.“

Respondentka jednoznačně uvádí, že preferuje mobilizaci před omezením pacientových aktivit. Doslova uvedla: „Nechci, aby pacient zůstal ležící nebo se ležícím stal.“

Restriktivní opatření u pacienta s rizikem pádu již použila, jednalo se o kurty. Tato opatření se odvíjela od neklidu pacienta a v souvislosti s jeho dalšími problémy. O restrikci vždy rozhodl lékař. Postranice po obou délkách lůžka s úplným uzávěrem používá zcela běžně. Postranice vysouvá na lůžku pacientům imobilním nebo pokud jsou neklidní. Dále také v případě, že je u pacienta známé vysoké riziko pádu, čili aby neupadl z lůžka.

V péči o pacienty uplatňuje respondentka ošetrovatelský proces a využívá ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA. Tyto ošetrovatelské diagnózy mají všechny založené na oddělení.

Zároveň s diagnózou riziko pádu u pacienta nejčastěji používá dalších ošetrovatelských diagnóz, kterými jsou akutní zmatenost a deficit tělesných tekutin. Na otázku, jak edukuje pacienta při hospitalizaci, aby nedošlo k pádu, sestra odpovídá: „Vysvětlím mu, proč ho zavírám v posteli, upozorním ho, aby zůstal ležet. Dám mu signalizaci na dosah ruky.“ Při trvajícím riziku pádu pacienta v době propuštění needukuje pacienta ani jeho příbuzné o tom, jak předcházet pádům v domácím

prostředí. Respondentka uvedla, že pacienta a jeho rodinu před propuštěním informuje o následné péči lékař.

Na otázku, co respondentka udělá v tomto případě: *„Na oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní pokoje. Objektivně je unavený a slabý.“*, odpověděla: *„Do ošetrovatelské dokumentace založím diagnózu riziko pádu. Zavedu pacienta na pokoj, nejlépe ho uložím do postele. Pacient bude uložen na lůžku a vysunu mu jednu postranici. Konzultuji s lékařem zmatenost pacienta při středním riziku pádu, další péči nechám rozhodnout lékaře.“*

## **Respondentka č. 2 (S2)**

Respondentka je sestrou na interním oddělení. Po dosažení vyššího odborného vzdělání s titulem DiS. nastoupila na toto oddělení, kde pracuje necelé dva roky.

Při zjišťování rizika pádu pacienta postupuje následovně: *„Nejprve si zjistím potřebné údaje z anamnézy, na jejich základě vyplním tabulku screeningu rizika pádu.“* Hodnoticí technikou je tedy tabulka Zhodnocení rizika pádu u pacienta. Respondentka dále pracuje s ošetrovatelskou dokumentací. U pacienta s rizikem pádu dokumentuje ošetrovatelskou anamnézu, zavádí ošetrovatelskou diagnózu riziko pádu a následně plán péče. Plán péče aktualizuje a vyhodnocuje každá pracovní směna na oddělení. Tím je zajištěna aktuální platnost ošetrovatelského plánu péče. Na otázku, zda mají na oddělení zaveden standardní postup péče o pacienta s rizikem pádu, odpověděla respondentka, že ano. Standard v péči o pacienta s rizikem pádu, který užívají, se nazývá Management rizik pod pořadovým číslem 49.

Aby snížila možnost rizika pádu pacientů, intervenuje při používání přídatných zařízení lůžka, užívání madel na chodbě a zajištění doprovodu pacienta při jeho pohybu. Jak intervenuje po zjištění rizika pádu u pacienta, odpověděla: *„Odstráním překážky v dosahu pohybu pacienta, zajistím, aby nábytek, kde má pacient potřebné osobní věci, byl stabilní, upozorním pacienta na riziko pádu a naučím ho používat hrazdičku, dám*

mu zvoneček a opakovaně ho upozorním, že může kdykoli zazvonit, pokud bude potřebovat pomoc.“ Tato sestra pečuje o oblast bezpečného pokoje pacienta, o nácvik používání pomůcek a zajišťuje pomoc na základě alarmu signalizace spuštěné pacientem. Na pacienta s rizikem pádu dohlíží jednou za hodinu.

Monitoraci a záznam pádů provádí zapsáním do formuláře mimořádných událostí, také lékař zapisuje záznam, který dvě sestry podepíší jako svědci. Ostatní personál srozumí s rizikem pádu pacientů při ústním předávání hlášení, písemně v ošetřovatelské dokumentaci a také použije symbolu červeného vykřičníku u jména pacienta na tabulce seznamu pacientů. Předání informace o riziku pádu zajišťuje písemně i ústně.

Na otázku, jaké nepříjemné důsledky může pád pacientovi způsobit, odpověděla: „Důsledkem pádu může být úraz, strach z dalších pádů a tím pádem tady bude pacient déle ležet. Může být i dehydratován nebo třeba pomočen, pokud bychom pacienta našli po delší době.“ Činnosti, které mohou pacienta ohrožovat pádem, jsou podle zmíněné respondentky sprchování, vstávání z lůžka, manipulace s předměty a kompenzačními pomůckami.

Jak již zmiňovala respondentka č. 1 pracující na témže oddělení, má každý pacient k dispozici signalizační systém. Shodně s S1 také respondentka S2 uvedla, že nemají lůžka s možností nastavitelnosti jejich výšky.

Dodává, že pacientům nechává svítit noční světlo a také světlo u lůžka, pokud ho pacient chce nechat rozsvícené.

Na otázku, zda upřednostňuje aktivizaci či omezení aktivit pacienta s cílem prevence pádu a proč, uvedla sestra preferenci spíše omezení aktivit pacienta, jelikož při jeho činnostech mu aktivně dopomáhá a nevybízí ho k pohybu.

U pacienta s rizikem pádu již použila restriktivních opatření, ale pouze v případech zmatenosti a agresivity pacienta. Šlo tehdy o použití kurtů a zklidňující medikace. Postranice lůžka používá u imobilních pacientů, při neklidu a zmatenosti pacientů a také při polohování pacienta. U pacienta, jemuž hrozí riziko pádu, používá nejlépe jen jednu postranici s cílem zabezpečit pacientovi pocit jistoty. Postranice jsou takovému pacientovi pomůckou při pohybu.

Ošetrovatelský proces v péči o pacienta aplikuje s použitím ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA. V souvislosti s rizikem pádu pacienta používá nejčastěji ošetrovatelských diagnóz porušení integrity kůže, riziko infekce, deficit sebepéče a deficit znalostí.

Na otázku, jak edukuje pacienta při hospitalizaci, aby nedošlo k pádu, odpovídá: „Ukážu mu, kde co má, kde je signalizace a upozorním na mokrou podlahu, pokud je zrovna vytřeno. Obecně mu řeknu, aby byl opatrný při chůzi a při vstávání z postele.“

Pacienta před jeho propuštěním needukuje o prevenci pádu. Sestra se domnívá, že pacienti ví, jak a na co si mají dávat v domácí péči pozor.

Jak zareaguje sestra v tomto případě: *„Na oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní pokoje. Objektivně je unavený a slabý.“*, odpověděla: „Opakovaně budu pacientovi vysvětlovat, kde je jeho pokoj, odvedu ho na jeho lůžko, nasadím jednu postranici a o další péči a postupu se poradím s lékařem.“

### **Respondentka č. 3 (S3)**

Tato sestra pracuje od ukončení středního odborného vzdělání s maturitní zkouškou na neurologickém lůžkovém oddělení. Délka její praxe je přibližně jeden a půl roku.

Riziko pádu pacienta zjistí vizuálně, pohledem na něho. Ovšem také zná screeningovou tabulku zjištění rizika pádu dostupnou na oddělení. U pacienta s rizikem pádu vyplňuje ošetrovatelskou dokumentaci a Barthelův test základních všedních činností. Standardní postup péče na oddělení zaveden mají. S cílem snížit riziko pádu používají na oddělení mechanismů postranic, a dokonce i kurtů a zklidňující medikace.

Po zjištění rizika pádu u pacienta udělá sestra červený vykřičník u jména nad postelí pacienta a v chorobopisu. V okolí pohybu pacienta odstraní nebezpečné předměty. Pacienta s rizikem pádu kontroluje po dvou hodinách a při každém kontaktu

s ním, pokud jde vykonávat ošetrovatelskou péči k tomuto pacientovi nebo na pokoj, kde leží.

Na dotaz, jak zapisují a monitorují pády pacientů, sestra odpověděla, že zapisuje pád do dokumentace pacienta a dále pád hlásí lékaři ve službě. Do mimořádných událostí pády pacientů sestra nezaznamenává. Ostatní personál oddělení informuje o riziku pádu pacienta při sesterském hlášení při výměně služby.

Na otázku, jaké důsledky zapříčiněné pádem mohou být pro pacienta nepříjemné, odpověděla: „Zlomeniny a úrazy zapříčiněné pádem. Pokud se pacientovi nic nestane a sám po pádu vstane, tak je to nejlepší. Ale nepříjemné jsou i podlitiny nebo poškození kůže, které se musí následně ošetřovat.“ Dodává, že vstávání z lůžka bez dohledu a doprovodu či chůze po mokré podlaze mohou být vysoce rizikové činitele pádu.

Sestra uvedla, že všichni pacienti na tomto oddělení mají na svých pokojích k dispozici signalizační zařízení. Na otázku, zda používá možnost snížení výšky lůžka s cílem omezit riziko pádu a s ním spojených zranění, sestra uvedla, že ne. Nemají možnost nastavit výšku lůžka. Co se týče zajištění osvětlení v noci na pokojích pacientů, uvedla noční světlo. Na chodbě oddělení se svítí pořád.

Respondentka si myslí, že pokud pacient již upadl, je lepší aktivity omezit a přejít k minimalizaci pohybu. Bez předchozího pádu pacienta upřednostňuje aktivizaci a mobilizaci pacienta.

Na otázku, zda použila někdy restriktivní opatření u pacienta s rizikem pádu a jaká opatření to byla, odpovídá: „Ano, ale jen pokud pacient s rizikem pádu byl neklidný a agresivní. Pokud by se pacient s vysokým rizikem pádu mohl zranit, konzultujeme nejprve restriktivní opatření s lékařem. Byly to kurty.“ K postranicím se respondentka vyjádřila tak, že obě vysouvá každému imobilnímu pacientovi. Postranici po jedné délce lůžka používá u pacientů s porušenou pohyblivostí. U pacientů s rizikem pádu postranice samozřejmě využívá. Jsou vhodným doplňkem lůžka pro usnadnění pohybu nebo vstávání z lůžka. Respondentka také spatřuje výhodu postranic v zajištění pocitu bezpečí pacienta.

V péči o pacienty uplatňují ošetrovatelský proces s ošetrovatelskými diagnózami podle NANDA. S diagnózou riziko pádu nejčastěji používá ošetrovatelskou diagnózu deficit sebeděče.

Na otázku, jak edukuje pacienta, aby při jeho hospitalizaci nedošlo k pádu, odpovídá: „Upozorňuji na možnost přivolání sestry signalizací, pokud někam chce jít nebo potřebuje pomoc. Řeknu mu, proč mu dávám na lůžko postranici a jak ji využít, ukážu mu, že se může při pohybu přidržovat madel, a pokud chce a potřebuje, dám mu k posteli bažanta.“

O edukaci prevence pádu pacienta před jeho propuštěním se vyjádřila, že o takové věci se nestará, ty zajistí lékař.

Jak by se zachovala v následujícím případě: *„Na oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní pokoje. Objektivně je unavený a slabý.“*, odpověděla: „Pacienta uložím na lůžko, zajistím ho postranicemi a opakovaně upozorním, že signalizací může přivolat sestru.“

#### **Respondentka č. 4 (S4)**

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentky je vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. Nyní pracuje na oddělení následné péče. Je zde zaměstnána dva roky.

Při hodnocení rizika pádu pacienta používá screeningový test Zhodnocení rizika pádu u pacienta, přičemž dále vyplňuje ošetrovatelskou anamnézu a plán péče. Sestra uvedla, že pracoviště, kde je zaměstnána, nemá zaveden standardní postup péče o pacienta s rizikem pádu.

Na dotaz, jakých preventivních mechanismů s cílem snížit riziko pádu na oddělení využíváte, odpověděla: „V první řadě dohlížíme na pacienta, jeho stav a mobilitu. Dbám na jeho bezpečnost při pohybu a v lůžku. Pokud je třeba, zajistím dopomoc. Také sem za pacienty dochází rehabilitační pracovnice.“

Po zjištění rizika pádu u pacienta sestra intervnuje těmito kroky: použitím postranic podle stavu pacienta a individuální míry rizika pádu, umístěním toaletního pojízdného křesla k lůžku, zajištěním dohledu a doprovodu při přemísťování pacienta. Pacienta také edukuje o prevenci pádu, upozorňuje na jednotlivá možná rizika vedoucí k pádu, jako je například mokrá vytřená podlaha, používání vhodné pevné obuvi a opatrné pomalé vstávání z lůžka. Sestra dále popsala dohled nad pacientem během směny, a to opakovaným individuálním dozorem, který blíže nespecifikovala.

Uvádí, že pády pacientů na tomto oddělení zaznamenává do Mimořádných událostí a také zapisuje pád pacienta do písemného denního hlášení sester, tudíž touto cestou informuje ostatní personál o riziku pádu daného pacienta. Informuje své spolupracovníky také slovně při předávání ústního hlášení.

Zranění v důsledku pádu, krvácení, poranění hlavy a zmatenost jsou podle respondentky nejvíce nepříjemnými důsledky pádu pro pacienta. Myslí si, že pro pacienta může být nácvik chůze s kompenzační pomůckou vysoce rizikovou činností vedoucí k pádu. Mezi tyto činnosti také řadí úplně všechny situace, kdy pacient přecení své síly a snaží se o sebezpečí bez dopomoci, o vstávání z lůžka nebo přesun ze sedačky či lůžka.

Na tomto oddělení má každý hospitalizovaný pacient k dispozici signalizační zařízení, jímž si může přivolat sestru. Jestli zajišťují osvětlení v noci na chodbách a pokojích pacientů, odpověděla sestra, že na chodbách oddělení svítí stále a na pokoje pacientů nechává otevřené dveře z chodby dovnitř.

Na otázku, zda sestra upřednostňuje mobilizaci pacienta či omezení jeho aktivit s cílem snížit možnost pádu pacienta, odpovídá, že preferuje aktivizaci pacienta jako prvek prevence pádu, ovšem pouze při dostatečném počtu personálu ve službě a také za pomoci rehabilitačních pracovníků. Pokud je momentálně nedostatek sester a pomocného personálu, nepouští se raději do zvyšování aktivit pacienta.

Odpověď na otázku, zda sestra někdy použila restriktivní opatření, zní takto: „Používám postranice po obou stranách lůžka bez celkového uzávěru lůžka, medikaci zvolí lékař a podávám dle ordinace při neklidu nejčastěji Tiapridal.“ Vysunutí postranic



na lůžku využívá u všech ležících pacientů, a také pokud si pacient přeje mít při umístění v lůžku postranice zvednuté. Využívá je pro zajištění bezpečí pacienta.

Dotazem bylo také zjištěno, že sestra aplikuje ošetrovatelský proces do péče o pacienta, přičemž využívá klasifikace ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA. Na další otázku, jaké ošetrovatelské diagnózy používá současně s diagnózou riziko pádu, jednoznačně jmenuje zhoršenou pohyblivost, akutní bolest, potulku, deficit sebepéče a nauzeu.

Aby respondentka předešla pádu, upozorňuje pacienty, aby dbali zvýšené opatrnosti při přecházení po mokré podlaze, jelikož „zdejší uklízečky drží heslo - co je mokré, to je čisté“. Před propuštěním pacienta do domácí péče doporučuje pacientovi vhodnou obuv, pomalé vstávání z lůžka a opatrnost při přesunu ze židle. Další upozornění směřuje k věnování pozornosti při přecházení prahů a koberečků. Propuštění pacienta bývá mnohdy přítomna rodina, které podává podobné informace týkající se prevence pádu. Ráda také doporučí kompenzační pomůcky, pokud je jich potřeba.

Jak zareaguje sestra v tomto případě: *„Na oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní pokoje. Objektivně je unavený a slabý.“*, odpověděla: „Dojdu za daným pánem, odvedu ho na pokoj, uložím ho do postele, zvednu obě postranice a podle jeho dalšího chování bych volala lékaře o možnosti změny medikace.“

### **Respondentka č. 5 (S5)**

Respondentka je zaměstnána na oddělení následné péče. Pracuje zde čtyři roky po ukončení středního odborného vzdělání ukončeném maturitou.

Jako zásadní pro odhalení rizika pádu pacienta používá formulář, dostupný na oddělení, s názvem Zhodnocení rizika pádu u pacienta. Tato metoda má několik částí mapujících věk, pády v anamnéze, smyslové potíže, užívání rizikové medikace a stav soběstačnosti pacienta. Ke zjištění míry rizika pádu vyplňuje sestra s pacientem tento dotazník týkající se uvedených faktorů. Sestra sděluje, že pracuje také s další dokumentací pacienta, nejen s tímto formulářem. U pacienta s rizikem pádu vyplňuje

ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelské diagnózy a plán péče. Standardní postup péče, který by charakterizoval kroky potřebné k péči o pacienta s rizikem pádu, na pracovišti, kde sestra pracuje, nemají zaveden.

Přesto zajistí pacientovi s rizikem pádu dohled, potřebnou pomoc, případně klozetové křeslo k lůžku či jiné pomůcky a postranice na lůžku. Na otázku, jak intervenuje, pokud zjistí riziko pádu u pacienta, odpovídá: „Edukuji pacienta o nošení vhodné pevné obuvi, upozorním na možnost přidržení se madel na chodbě oddělení a že na pokoji a toaletě nalezne signalizační zařízení. Upozorním na opatrné vstávání z lůžka, aby nevstával, pokud se mu točí hlava.“ Pacientovi s rizikem pádu zajistí opakovaný dohled nejméně po dvou hodinách sestrou či pomocným personálem. Na riziko pádu u pacienta upozorní i ostatní personál předáním informací při ústním hlášení, zaznamená potřebné údaje písemně do hlášení sester a pomocný personál oddělení seznámí s rizikem pádu pacienta ústně.

Respondentka udává, že pády pacientů zaznamenává do hlášení mimořádných událostí a do písemného hlášení sester. Pacientovi po pádu mohou dělat problémy zhoršení zdravotního stavu, následné ošetřování a léčba včetně rehabilitace. Na otázku, jaké činnosti mohou být pro pacienta vedoucí k pádu, odpovídá: „Při špatném používání chodítek, například když ho pacient strká před sebou a zároveň si rukama brzdí. Když si pacient přenáší věci, jako jsou hygienické pomůcky nebo snídaně, po pokoji. U nás na oddělení mohou nejen pacienti, ale i sestry lehce uklouznout na mokré podlaze.“

Uvádí, že všichni pacienti na tomto oddělení mají možnost přivolat si pomoc způsobem alarmu signalizací. Dalším dotazem bylo, zda sestra využívá možnosti snížení výšky lůžka s cílem snížit možnost pádu. Sestra tuto možnost využívá aktivně, neboť tato lůžka k dispozici na oddělení mají. Také využívá k prevenci pádu osvětlení místností, které je zajištěno neustálým svícením na chodbě oddělení, přičemž na pokoje pacientů nechává sestra pootevřené dveře. Pacientům s rizikem pádu poskytuje dohled a pomoc při jejich aktivizaci.

Restriktivních opatření u pacienta s rizikem pádu nikdy vědomě nepoužila. Postranice jako přídatná zařízení lůžka používá u zmatených pacientů, ale právě i u pacientů s rizikem pádu v rámci prevence pádu a následného úrazu. Sestra říká, že

v péči o pacienta využívá ošetrovatelského procesu a diagnóz dle taxonomie NANDA. Dalšími ošetrovatelskými diagnózami, které používá u pacienta s rizikem pádu současně, jsou akutní bolest, deficit tělesných tekutin a zhoršená pohyblivost.

Sestra také podotýká, že na tomto oddělení je nutné upozorňovat opakovaně pacienty, aby nechodili po mokré, čerstvě vytřené podlaze. Před propuštěním domů edukuje pacienta o prevenci pádů v domácím prostředí.

Jaké intervence zajistí sestra v tomto případě: „*Na oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní pokoje. Objektivně je unavený a slabý.*“, odpovídá: „Informuji lékaře, pacienta odvedu na správný pokoj, uložím pacienta na lůžko, promluví s ním, zda si pamatuje číslo pokoje nebo proč chodí na jiné pokoje, dále se řídím ordinacemi lékaře. Také využívám pomůcek, které naše oddělení poskytuje. Uzamykám oddělení podle řízené dokumentace.“

### **Respondentka č. 6 (S6)**

Respondentka s ukončeným vyšším odborným vzděláním pracuje v oboru dva roky, a to na oddělení následné péče.

Říká, že k prvotnímu zjištění rizika pádu pacienta a míry tohoto rizika používá písemného dotazníku Zhodnocení rizika pádu u pacienta. Dále také používá Barthelův test základních všedních činností k určení závislosti pacienta v těchto činnostech. Poté v ošetrovatelské dokumentaci vyplňuje záznam provedené ošetrovatelské péče u pacienta. Na tomto pracovišti chybí respondentce standardní postup péče o pacienta s rizikem pádu.

S cílem prevence pádu používá sestra vysunutí postranic na lůžkách, zajištění dopomoci v sebepéči pacienta, spolupráci s rehabilitačními pracovníky k udržení či náviku soběstačnosti, přiblížení toaletního křesla k lůžku pacienta. Sestra sděluje, že pacienta s rizikem pádu informuje o preventivních opatřeních pádu, veškeré potřebné věci pacienta přisune blíže k lůžku, aby je měl na dosah. Mezitím se stará o

dokumentaci pacienta. Ostatní personál upozorní na riziko pádu pacienta při verbální komunikaci s nimi.

Sestra také uvádí, že pády pacientů zaznamenává do hlášení, které blíže nespecifikuje. Na otázku, o kterých důsledcích plynoucích z pádu pacienta se domnívá, že jsou pro pacienta nepříjemné, odpovídá: „Zranění a zlomeniny u seniorů, kteří trpí úbytkem kostní hmoty. Kolikrát se sami nemohou zvednout a nemohou si přivolat pomoc signalizací. Když leží na zemi, je dobré, když mají na pokoji pacienta, který jeho pád vidí a pomoc přivolá. Někteří pacienti se za svůj pád až stydí a omlouvají se nám, že nám přidělali práci, ale za to nemohou.“ K pádům podle sestry mohou vést činnosti, jako jsou samostatné vstávání z lůžka, chůze s překážkami v prostoru nebo vliv špatného osvětlení. Osvětlení je zde prý zajištěno stálým světlem na chodbách a možností nočního světla nad lůžkem pacienta.

Respondentka udává, že všichni pacienti na tomto oddělení mají k dispozici signalizační zařízení. U některých pacientů mají možnost snížit či zvýšit výšku lůžka, této možnosti využívá. Při dostatečném počtu personálu upřednostňuje mobilizaci a aktivizaci pacienta.

Restriktivní opatření provádí jen po ordinaci lékaře. Postranice po obou délkách lůžka využívá u všech ležících pacientů. Tato sestra u pacientů s rizikem pádu také používá postranice, nejčastěji v nočních hodinách. Přes den vysune pacientovi s rizikem pádu pouze jednu postranici jako možnost dopomoci při pohybu.

Ošetrovatelský proces používá v péči o všechny pacienty, včetně používání ošetrovatelských diagnóz NANDA taxonomie. Jako nejčastěji používanou ošetrovatelskou diagnózu zároveň s rizikem pádu uvádí sestra zhoršenou pohyblivost a akutní či chronickou bolest.

Na otázku, jak pacienta edukuje, aby nedošlo k pádu při hospitalizaci, říká: „Upozorním pacienta, že by mohl upadnout, seznámím ho se signalizací, kde ji najde a jak ji použije, dále aby měl vhodnou, pevnou, pohodlnou obuv při chůzi, popřípadě pokud používá kompenzační pomůcku, zda ji umí vhodně používat. Ukážu mu postranice a hrazdičku, upozorním na možnost přidržení se madel.“ Edukaci pacienta a jeho rodiny před jeho propuštěním domů zajišťuje podle sestry lékař.

Co sestra udělá v tomto případě: „Na oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní pokoje. Objektivně je unavený a slabý.“, odpověděla: „Nechám pacienta přecházet po oddělení, upozorním ho na riziko pádu, zopakuji mu, který pokoj je jeho, upozorním lékaře na zmatenost pacienta, doporučím pacientovi odpočinek.“

### **Respondentka č. 7 (S7)**

Respondentce náleží titul Bc. po ukončení vysokoškolského vzdělání. Pracuje na rehabilitačním oddělení a její praxe v oboru je přibližně 27 let.

Riziko pádu daného pacienta při přijetí hodnotí vizuálně, tedy pohledem na jeho chůzi a motoriku při prvním kontaktu s ním. Také používá písemnou techniku zpracování dotazníku Zhodnocení rizika pádu u pacienta, jednotného pro tuto celou nemocnici. Další dokumentací vyplňovanou u pacienta s rizikem pádu, kterou zmíněná sestra uvedla, je plán poskytované péče související s ošetřovatelskou diagnózou. Standardní postup péče u pacienta s rizikem pádu rehabilitační oddělení zavedený nemá.

Na tomto oddělení sestra uvádí využívání možnosti madel, postranic a dalších přídatných zařízení lůžka, protiskluzových podložek, včetně možnosti zajištění a zabrzdění obsluhovaného nábytku na pokoji pacienta. Mezi další intervence, jež sestra uvádí, patří edukace pacienta, seznámení se signalizační technikou, zajištění stálého dohledu a doprovodu v případě potřeby pacienta. Ostatní personál upozorní na riziko pádu pacienta červeným značením u jména daného pacienta na seznamu hospitalizovaných.

Monitoraci a zaznamenání pádů uvádí sestra jen písemným zaznamenáním do protokolu o pádu a zápisem do mimořádných událostí. Nepříjemné pro pacienta mohou být dle sestry důsledky, kdy dojde následkem pádu ke snížení fyzické zdatnosti či omezení pacientových aktivit v důsledku zranění po pádu, čímž se prodlužuje následná léčba. Pro pacienta jsou nepříjemné v první řadě bolesti a strach, dále zvýšení nákladů

z poplatků za delší dobu hospitalizace. Činnostmi zapříčiňujícími pád mohou být podle slov respondentky koupání a sprchování, vstávání z lůžka nebo nevhodné používání kompenzační pomůcky.

Sestra uvádí, že naprosto všichni pacienti hospitalizovaní na tomto oddělení mají možnost signalizace a také nočního světla na pokojích. Ne všichni pacienti mají lůžko, které je polohovatelné i z hlediska výšky. Respondentka říká, že taková lůžka na oddělení ale mají a aktivně je využívají.

Na otázku, zda upřednostňuje omezení aktivit pacienta, nebo naopak aktivizaci jako prvek prevence pádu, se sestra směje a říká, že rozhodně aktivizaci, jak je z názvu oddělení, kde pracuje, zřejmé.

Odpověď na dotaz, jestli používá restriktivní opatření u pacienta s rizikem pádu, zní: „Pouze výjimečně, už je to dávno, co pamatuji, že bychom někoho museli kurtovat nebo podávat omezující medikaci.“ Zvednutí postranic užívá, pokud je pacient neklidný, při polohování, pro zajištění bezpečí pacienta a u pacientů se zhoršenou pohyblivostí. Postranice u pacienta s rizikem pádu používá podle míry rizika pádu, používá je pro usnadnění mobility pacienta.

Jak sestra říká, ošetrovatelský proces aplikuje v péči o hospitalizované pacienty s použitím ošetrovatelských diagnóz NANDA taxonomie. Jako nejčastější používané ošetrovatelské diagnózy v souvislosti s rizikem pádu pacienta uvádí různé deficity sebezpečí, porušenou integritu kůže a bolest.

Na položenou otázku, jakým způsobem edukuje pacienta s rizikem pádu v prevenci pádu, odpovídá: „Seznámím ho s oddělením, s prostředím jeho pokoje a toalet. Upozorním, aby dodržoval při pohybu po oddělení určitou vzdálenost od dveří, jelikož se dveře otevírají směrem do chodby, aby jej nikdo nedopatřením nesrazil.“ Pokud je rodina přítomna, edukuje při propuštění pacienta i zbytek příbuzných o prevenci pádu v domácí péči.

Co sestra udělá v tomto případě: „*Na oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní*

*pokoje. Objektivně je unavený a slabý.*“, odpověděla: „Zajistím pacientovi trvalý dohled, doprovod, zajistím zavodnění pacienta, nejlépe pokud bude možnost, tak ho dám na pokoj poblíž sesterny. Zavedu ho na určitý pokoj, zopakuji mu, jak si přivolat sestru signalizací, a dám jednu postranici po délce lůžka. Nechám pacienta odpočinout a budu sledovat jeho stav.“

### **Respondentka č. 8 (S8)**

Respondentka je zaměstnána na ortopedickém lůžkovém oddělení. Absolvovala střední odborné vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Délka její praxe v oboru je tři roky.

Ke zjištění rizika pádu, jak uvádí, používá vizuální kontakt pohledu na pacienta při kontaktu s ním, pohledem na jeho chůzi. Také používá písemnou techniku screeningového testu Zhodnocení rizika pádu u pacienta. K této dokumentaci také doplňuje Barthelův test základních všedních činností, nutriční screening, plán ošetrovatelské péče a jeho zhodnocení. Dodává, že na oddělení nemají zavedený standardní postup péče o pacienty s rizikem pádu.

Za základní mechanismy prevence pádu považuje respondentka zajištění bezpečného prostředí pacienta, správný důsledný nácvik používání kompenzačních pomůcek, použití přídatných zařízení lůžka, protiskluzových podložek na koupelnách, zajištění možnosti signalizace u lůžka každého pacienta a na toaletě. Po zjištění rizika pádu u pacienta chce pacienta seznámit s prostředím pokoje a oddělení a dbá na to, aby byl pacient opatrný při chůzi. Považuje za důležité informovat ostatní personál o riziku pádu pacienta a činí tak předáním informací při předávání hlášení. Uvádí, že pacienta s rizikem pádu chodí kontrolovat nejméně po dvou hodinách.

Pády pacientů hlásí lékaři a také zapisuje do mimořádných událostí. Na otázku, které důsledky mohou být pro pacienta následkem pádu nepříjemností, udává bolest, úraz, strach, omezení pohybu, komplikaci primárního onemocnění či prodlouženou dobu hospitalizace. K dotazu, jaká činnost pacienta může vést k pádu, se vyjadřuje takto: „Chůze pacientů po operacích kloubů dolních končetin, nácvik chůze o francouzských holích, sprchování a vycházení ze sprchy s mokřýma nohama nebo

pantofli. Nesprávné držení těla při chůzi, opírání se o nezajištěný nestabilní nábytek, ať je to stoleček nebo i lůžko.“

Říká, že každý pacient má u svého lůžka k dispozici signalizační zařízení a někteří pacienti mají lůžko s ovladatelnou výškou, kterou lze uzpůsobit potřebám pacienta. Osvětlení je zajištěno nočními světly na pokojích pacientů a na chodbách se svítí stále.

Respondentka raději upřednostňuje aktivizaci pacienta zajištěnou rehabilitačními pracovníky.

Restriktivní opatření u pacienta s rizikem pádu prý nikdy nepoužila. Postranice na lůžkách se snaží využívat pro pacienty k podpoře pohybu v lůžku a podpoře mobility. U pacientů s rizikem pádu udává použití postranic k dosažení pacientova pocitu bezpečí.

V ošetrovatelské praxi užívá v péči o pacienty ošetrovatelský proces. Ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA používá, prý jiné ani na oddělení nemají. Za další přidružené ošetrovatelské diagnózy nejčastěji užívané s rizikem pádu považuje bolest, riziko infekce a porušenou pohyblivost.

Na otázku, jaké předá informace, aby pacient znal prevenci pádu, odpovídá: „Upozorním ho, že má k dispozici signalizaci, pokud bude potřebovat pomoc sestry, aby nevstával z postele. Dokud si není jistý, že to zvládne, nacvičujeme správné používání kompenzačních pomůcek.“ Pacienta před propuštěním z oddělení edukuje při trvajícím riziku pádu o preventivních krocích, rodinu příliš často s těmito informacemi neseznamuje.

Jaké kroky podnikne respondentka v tomto případě: „*Na oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní pokoje. Objektivně je unavený a slabý.*“, odpověděla: „S pacientem si promluví, zda něco nepotřebuje nebo nehledá. Pokud hledá jen svůj pokoj, tak ho tam odvedu, nejlépe uložím na postel a vysunu mu jednu postranici na posteli. Pacientovi zajistím klid, pomalu a zřetelně mu zopakují, kde se právě nachází.“



Ujistím ho, že má zůstat klidný a ležet na lůžku svého pokoje. Usměji se na něj a nechám ho odpočinout. Pokud bude zmatenost trvat a pacient bude nadále vcházet do ostatních pokojů, informuji lékaře. Pacienta dojde v průběhu služby zkontrolovat.“

#### 4.2 Rozhovory s pacienty s rizikem pádu

##### **Kazuistika respondenta č. 9 (P1)**

Setkání s respondentem č. 1 proběhlo 20. 5. 2011 na rehabilitačním oddělení nemocnice České Budějovice, a. s. Rozhovor se konal na pokoji pacienta bez dalších přítomných osob, tudíž byl zajištěn dostatek soukromí. Respondentem je muž ve věku 38 let.

Na rehabilitačním oddělení se nachází první den, a to po přeložení z traumatologie, kde byl hospitalizován pro zranění PDK po pádu ze střechy. Pro přetrvávající potíže s hybností kolena PDK přeložen na rehabilitační oddělení k nácviku chůze s francouzskými holemi, rehabilitaci a posílení svalů DK. Barthelův test základních všedních činností byl vyhodnocen na 60 bodů, pacient má tedy střední stupeň závislosti v základních všedních činnostech. Ze Zhodnocení rizika pádu u pacienta nám celkem vyšlo 6 bodů, které pro pacienta znamenají střední riziko pádu. Respondent neměl nikdy dříve potíže s chůzí ani motorikou, v minulosti nikdy neupadl. Jiným onemocněním netrpí. Ví, proč je hospitalizován. Má rodinu, manželku a dvě malé děti, hospitalizace je pro něj mírně stresující kvůli obavám z finančních ztrát vlivem pracovní neschopnosti.

Pacient nedrží žádnou specifickou dietu, na oddělení dostává dietu č. 3, se stravou je spokojený. Pitný režim dodržuje a denně vypije přibližně dva litry vody. Jeho kůže je vlhká a teplá. Zrakový ani sluchový problém nemá.

S vyprazdňováním nemá potíže, ale potřebuje dohled či dopomoc při chůzi na WC, které je součástí příslušenství pokoje, stejně jako sprchy. Přestože je WC a sprcha poblíž lůžka, nezvládne se respondent obsloužit sám a potřebuje pomoc personálu.

Sestra provedla pacienta po oddělení a seznámila ho s denním režimem. Pro udržení fyzické aktivity a soběstačnosti denně cvičí s rehabilitační sestrou na oddělení.

Cviky spočívají v posilování svalstva DK, postupném mírném zvyšování omezeného rozsahu pohybu kolena PDK a v nácvičku chůze o francouzských holích při nezatěžování PDK. Během dne se také snaží sám cvičit alespoň na lůžku lehké cviky, které mu rehabilitační sestra předvedla. Svůj pokoj má velice blízko rehabilitační místnosti. Sám s dohledem dojde od lůžka za pomoci francouzských holí maximálně na WC na pokoji. Dále sleduje televizi a občas si prohlíží časopisy. Závratěmi netrpí. Při vstávání z lůžka, zvláště ráno, chvíli sedí na posteli, než vstane, a jde s pomocí sester do sprchy.

Na riziko pádu byl upozorněn personálem při přijetí. Strach z pádu nemá. Léky ani doplňky stravy neužívá, na bolest si nestěžuje, analgetika nevyžaduje a občasnou bolest PDK se snaží vydržet.

V noci na pokoji nemá zapnuté noční světlo, ale uvítal by ho. Svítí se na místnosti u sprchy, kam jsou pootevřené dveře. Signalizaci má respondent na dosah ruky a využívá ji. Se zacházením ho obeznámila sestra.

Na svém lůžku má respondent zvednutou jednu postranici, na straně přilehlé k poškozené končetině. Ze zvednuté postranice má dobrý pocit, pocit bezpečí a jistoty, že mu noha v noci nevypadne z postele. Před překladem z traumatologie měl na noc zvednuté obě postranice a ani to mu nevadilo. Kurty ani omezující medikace mu nikdy nebyly nasazeny.

Pacient neví, jak předcházet pádům po propuštění domů. Respondent uvádí, že by si ani domů netroufl, jelikož ještě neumí zacházet s kompenzační pomůckou a nemá dostatek sil na sebeběči.

### **Kazuistika respondenta č. 10 (P2)**

Setkání s respondentkou č. 2 proběhlo 20. 5. 2011 na interním oddělení, rozhovor byl veden na pokoji pacientky bez dalších osob. Respondentkou je žena ve věku 82 let, několik let je ve starobním důchodu.

Žena je na interním oddělení hospitalizována devátý den pro chronickou obstrukční plicní nemoc. Přijetí je opakované, byla zde hospitalizována již dříve a toto oddělení a zdejší personál vcelku dobře zná.

Pacientka má potíže s chůzí, vzhledem k věku a onemocnění těžko chodí za pomoci dvou francouzských holí, které používá více než 5 let. Po pokoji a chodbě oddělení, stejně jako doma, se prochází sama bez dopomoci. Respondentka má syna, kterému je 58 let a bydlí s ní ve společném bytě, doma si navzájem pomáhají. Vnučata za nimi jezdí několikrát za měsíc. V nemocnici za ní ještě ani jednou nebyli. Z vyhodnocení Barthelova testu základních všedních činností jsme u pacientky zjistili střední stupeň závislosti v základních všedních činnostech, a to s hodnotou 55 bodů. Zhodnocení rizika pádu bylo u pacienta stanoveno s počtem 9 bodů jako střední.

Žena je plně orientována osobou, místem i časem. Hůře slyší, naslouchadlo nemá. Brýle používá na čtení. V minulosti již upadla mnohokrát, na okolnosti pádu si nevzpomíná, neví, jak k nim došlo. Vypovídá o tom, jak upadla několikrát doma, ale vždy byl při pádu někdo s ní, buď syn, nebo syn i s rodinou. Po pádu vyhledala lékařskou pomoc přibližně jen v polovině případů, vysvětluje to tím, že neměla vždy takové potíže, aby musela k lékaři například s modřinou. Všechny situace se snaží hrdinsky zvládat.

Z pádů má pochopitelně strach, cítí se stará a nechce být nikomu na obtíž, ani své rodině. Má strach, že se o sebe nebude moci vůbec postarat, nechce být pro syna a rodinu přítěží. Bojí se zranění následkem případného pádu. Respondentka má další přidružená onemocnění (hypertenze, DM, chronické bolesti zad), na která užívá léky.

Respondentka se snaží udržet soběstačnou v takové míře, jak to zvládala doposud. Potřebuje pomoci při hygieně, s koupelí, s chůzí po schodech, s použitím WC, s přesouváním z lůžka na židli. Pokud se dobře vyspí a cítí se na procházku, projde se alespoň po pokoji a části oddělení. Když je doma, vyjde z bytu pro poštu a snaží se doma poklízet, ovšem svěruje se, že už to nejde tak jako dříve. Přes celý den nedělá prý skoro nic, kromě příležitostné četby, o televizi zájem nemá. Hodně odpočívá a pospává po obědě.

Na pokoji v noci nemá zapnuté noční světlo a dost jí chybí, dokonce už upozorňovala sestry na to, že světlo na jejím pokoji nejde. Sestry nechávají v noci pacientce pootevřené dveře na chodbu, kde se svítí, aby zůstala orientována v prostoru.

Používat signalizaci respondentka umí, je hospitalizována opakovaně a tyto věci již zná. Signalizaci má na dosah ruky, stejně jako všechny osobní věci, jež má uloženy ve stolečku. Byla poučena sestrami, že u ní hrozí riziko pádu a má si dávat při chůzi pozor, opatrně vstávat, a pokud si nebude jista, že si má přivolat pomoc.

Na lůžku má zvednutou jednu postranici, díky ní má pocit bezpečí. Postranice jí spíše pomáhá, aby se jí lépe vstávalo z lůžka, a také si jejím prostřednictvím dopomáhá při pohybu v lůžku. Nikdy by ji nenapadlo, že by měla být postranicemi nějak omezená. Pacientka ví, jak předcházet pádům po propuštění domů, ale jestli upadne nebo ne, prý neovlivní. Sama ani neví, jak k předchozím pádům došlo, zda o něco zakopla nebo se jí zamotala hlava. Uvítala by spíše nějaké chodítko než francouzské hole, ale nemá dostatek informací, jak a kde ho sehnat. Viděla prý u jednoho pacienta takové šikovné, s prostorem na odkládání věcí, takové by si přála.

### **Kazuistika respondenta č. 11 (P3)**

S respondentem č. 3 jsme se setkali 21. 5. 2011 na interním oddělení. Rozhovor probíhal na jeho pokoji, kde byl přítomen ještě jeden další pacient. Respondentem byl muž ve věku 52 let a s prostředím rozhovoru souhlasil.

Na interním oddělení je hospitalizován týden pro flebotrombózu dolních končetin. Během posledních dvou dnů se jeho zdravotní stav prudce zhoršil, z prozatím nejistého důvodu je zcela neschopný chůze. Předěšlý den byl pacient úplně soběstačný, nyní je jeho soběstačnost minimální.

Z původních dosažených 95 bodů v Barthelově testu základních všedních činností dosahuje nyní na pouhých 25 bodů, tj. celkovým aktuálním vyhodnocením z testu je vysoký stupeň závislosti. Ze Zhodnocení rizika pádu u pacienta nám vyšlo 7 bodů, což znamená střední riziko pádu pro pacienta. Dříve nikdy neupadl nebo si nevzpomíná.

O svém riziku pádu byl poučen od sester na oddělení.

Pacient má klidový režim, leží na lůžku, částečně pohybuje horními končetinami. V lůžku je zajištěn oběma postranicemi po obou stranách lůžka. Na stoleček s osobními věcmi a čajem dosáhne. Zvládne se sám napít, najíst. Denně vypije

přibližně přes litr tekutin. Jeho kůže je teplá a suchá. Složitější činnosti samostatně nezvládá, potřebuje pomoc při všedních činnostech, hygieně i vyprazdňování. V současné době má pacient plenkové kalhotky po celý den, kdyby při potřebě vyprazdňování nestihl zazvonit na sestru. Plenkové kalhotky nesnížily jeho sebevědomí, neomezují ho. Rehabilitační pracovník za respondentem ještě nebyl, ale zdravotnický tým již domluvil na příští dny rehabilitační cvičení. Svůj zhoršený zdravotní stav si pacient velmi dobře uvědomuje a snaží se v rámci svých možností pohybovat dolními končetinami v lůžku. S oddělením byl sestrou seznámen v době, kdy byl ještě schopen chůze. Pro zhoršený zdravotní stav a také pro riziko pádu byl pacient přemístěn na pokoj v blízkosti inspekční místnosti. Z lůžka respondent sám nevstává, nyní ani s pomocí.

Pacient cítí velký strach z budoucnosti, co s ním bude a jak se bude jeho stav nadále vyvíjet. Rodina ho byla během jeho hospitalizace navštívit jen jednou, respondent má u sebe mobilní telefon a je s rodinou v telefonickém kontaktu. Léky užívá dle ordinace lékaře, po podání od sester. Názvy léků nezná, neví, proč je bere, ale lékařům důvěřuje. Bolestmi trpí, blíže je ovšem nespecifikuje a neví, zda na ně bere nějaké medikamenty. Na předloktí LHK má respondent i.v. kanylu pro podávání ordinovaných infuzí. Respondent je při vědomí a je orientován osobou, místem i časem. Objektivně je velice nešťastný ze svého zdravotního stavu. Působí neupraveným dojmem, bez zájmu o okolí. Brýle nepoužívá, se sluchem potíže nemá.

Signalizaci má na dosah ruky, zavěšenou přes hrazdičku. Respondent ví, jak si přivolat sestru. Světlo je v noci na oddělení zajištěno stálým světlem na chodbách. Respondent uvádí, že v noci na pokoji nemají zapnuté žádné světlo, ani noční. Jelikož se nepohybuje a leží v lůžku, vůbec mu tma na pokoji nevádí.

Na svém lůžku má zvednuté postranice po obou stranách. Na vyzvání k vyjádření svých pocitů ze zvednutých postranic odpovídá velice kladně. Respondent se v lůžku zajištěném postranicemi cítí bezpečně a nemá strach z pádu z postele. Také skutečnost, že není mezi pacienty jediný se zvednutými postranicemi, mu dodává pocit, že není v takové situaci sám. V této době, kdy není schopen chůze a jen obtížně pohybuje dolními končetinami, se za pomoci postranic snaží otáčet v lůžku. Kurty ani

restriktivní medikace mu nikdy nebyly nasazeny. Svou budoucnost vidí zatím nejistě a ještě nepřemýšlí o tom, jak by předcházel pádu po propuštění domů.

#### **Kazuistika respondenta č. 12 (P4)**

S respondentem č. 4 jsme se setkali na oddělení následné péče dne 20. 5. 2011. Samotný rozhovor probíhal v klidném prostředí na pokoji pacientky bez účasti dalších osob. Respondentem byla žena ve věku 80 let. S rozhovorem se studenty za účelem zjištění dat k bakalářské práci se již setkala. Ráda si s kýmkoli povídá a jakýkoli rozhovor vítá. Na oddělení následné péče je hospitalizována 14. den po překladech z neurologie. Léčí se zde se zhoršením stavu řeči a pohyblivosti. Pacientka je schopna verbální komunikace a velice se snaží srozumitelně odpovídat. Při rozhovoru jsem neměla jediný problém při komunikaci s ní.

Barthelův test základních všedních činností byl vyhodnocen na 70 bodů, pacientka má tedy lehký stupeň závislosti v základních všedních činnostech. Ze zhodnocení rizika pádu u pacienta nám celkem vyšlo 5 bodů, které pro pacientku znamenají střední riziko pádu. Respondentka měla v minulosti občasné potíže s chůzí a pohyblivostí, s postupným stárnutím se její pohyblivost neustále zhoršovala. Při chůzi si dopomáhá jednou hůlkou, někdy také opřením se o madla na chodbě oddělení. Je mnohem raději, když má při chůzi doprovod nebo alespoň dohled. Když mne pacientka po ukončení rozhovoru při loučení vyprovázela ze svého pokoje, její chůze byla pomalá, roztřesená a nejistá.

Hospitalizaci na tomto oddělení hodnotí pozitivně. Sestry i další personál jsou vstřícní a ochotní. Pacientka bydlí sama v malém bytě v panelovém domě, kde by se o sebe těžko postarala. Vnoučata za ní jezdí pravidelně týdně, za dobu hospitalizace na tomto oddělení ji navštívili již 4x. Respondentka je sice velice ráda, že za ní rodina jezdí, má ale obavy z propuštění domů, jelikož tam s ní celý den a noc nikdo nebude. Přemýšlela již o tom, že by ráda bydlela v nějakém sociálním zařízení, domově důchodců, kde by měla nad sebou určitý dohled a nemusela se bát, že jí nikdo nepomůže při jakýchkoli těžkostech. Svou budoucnost nemá vyřešenou a velice se jí obává. Na samotu si sice zvykla po smrti manžela, ale právě ze strachu z nečekaných

událostí a pádu bývá nerada sama doma. V minulosti již jednou upadla ve svém bytě, kde nikdo jiný nebyl. Na tuto událost nerada vzpomíná, neutrpěla sice žádné závažné zranění, měla jen „pár modřin“, ale má z pádu pocit vlastní neschopnosti, stydí se za něj.

Zvláštní dietní opatření pacientka dodržovat nemusí, s chutí sní všechna jídla. Má zubní protézu, raději si jídlo předem pečlivě předkrájí. Tekutin během dne vypije poměrně málo, maximálně jeden litr při připomínání sestrami, respondentka nemá pocit žízně. Kůži má teplou a suchou, DK jsou bandážovány pro otoky.

Na toaletu si dojde sama, ale velice nejistě. Při chůzi má strach, raději tedy přivolá sestřičku, jakmile ji vidí procházet kolem, aby ji na toaletu doprovodila. Sprchování a koupání zvládá s pomocí. Při vstávání z lůžka raději ještě pár minut na lůžku sedí, než vstane, aby neupadla. Sestřičky jí doporučily dbát zvýšené opatrnosti, aby předešla pádu.

Respondentka je orientována místem, osobou i časem. Potíže se sluchem nemá, prý slyší, co potřebuje. Na čtení používá brýle. Z léků užívá Caltrate k léčbě osteoporózy a Detralex ke zvýšení napětí žilní stěny a odolnosti cév. Jinou medikaci ani doplňky stravy či vitamíny neužívá. Sestra ji při přijetí informovala o režimu dne, o právech pacientů, o chodu a prostorách oddělení (kde najde sestřičky, televizi, návštěvní místnost). Bolesti, které by jí bránily a omezovaly v pohybu, má jen občas, když například dojde ke změně počasí nebo se špatně vyspí. Bolesti se soustřeďují především v oblasti beder, zad a kloubů DK. Analgetika nepoužívá.

V noci na pokoji nemá zapnuté noční světlo, ale sestry nechávají otevřené dveře z pokojů pacientů na chodbu, kde se svítí. Pro orientaci v prostoru jí toto osvětlení stačí. Na dosah ruky má respondentka signalizaci, už ji několikrát použila a ví, jak s ní zacházet. Sestra ji se signalizací seznámila při přijetí.

Jedna délka lůžka je opatřena zvednutou postranicí, která pacientce nijak nepřekáží ani nevadí, nepoužívá ji k pohybu na lůžku. Respondentka uvádí, že má postranicí na lůžku, aby jí nepadala v noci deka dolů z postele.

Respondentka ví, jak obecně předcházet pádům po propuštění domů, ale nejraději by ještě delší dobu byla hospitalizována, aby nemusela být doma sama.

### **Kazuistika respondenta č. 13 (P5)**

S respondentem č. 5 jsem se setkala po rozhovoru se sestrami oddělení následné péče právě na tomto oddělení. Respondentem je žena ve věku 85 let. Původně byla hospitalizována na interním oddělení, poté na neurologickém a následně byla přeložena na oddělení následné péče. Pacientka je zde hospitalizována třetí den, pro léčbu bolesti v bederní oblasti zad a k podávání ordinovaných infuzí.

Barthelův test základních všedních činností byl vyhodnocen na 80 bodů, pacientka má lehký stupeň závislosti v základních všedních činnostech. Ze Zhodnocení rizika pádu u pacienta nám vyšlo celkem 6 bodů, které pro pacientku znamenají střední riziko pádu. Pacientka nikdy v minulosti neupadla, přesto má potíže s motorikou a s chůzí. Potíže s chůzí vycházejí z jejího základního problému s bolestmi zad a také souvisejí s pokročilým věkem respondentky. Pokud je to možné, chodí pouze s doprovodem personálu. U lůžka má pacientka pojízdné klozetové křeslo, aby mohla své potřeby vykonávat blíže, než se nachází WC na pokoji. Při pobytu doma používala jednu hůlku, kterou si do nemocnice nevzala. Pokud se má přemístit na nějaké vyšetření, vezou ji sestry na sedačce. Sama přejde jen od lůžka k přistavenému toaletnímu křeslu a poblíž k umyvadlu. Rozsah pohybu kloubů je také omezen vzhledem k věku a onemocnění pacientky.

Obavy z budoucnosti již nemá, cítí se neužitečná. Rodinu pacientka má, ale příliš se nestýkají, jejich bydliště je daleko. Pacientka je mimo hospitalizaci ubytována v nejmenovaném domově pro seniory, kde se jí líbí. Vzhledem k minimálnímu pohybu pacientky bylo seznámení s oddělením zběžné. Při příjmu na oddělení ji personál přivezl na pokoj a seznámil ji s prostředím pokoje. Na chodbu oddělení pacientka nevychází. S rehabilitační sestrou, která za ní dochází, cvičí na pokoji na posteli a vsedě. Sama pro udržení soběstačnosti necvičí.

Pacientce byla přidělena nemocniční dieta č. D9, konzistence mletá. Jí sama bez dopomoci, ale pro nevyhovující zubní protézu je jí podávána mletá strava, kterou má 5x denně s druhou večeří, jelikož je diabetičkou závislou na inzulinu. Sní maximálně  $\frac{3}{4}$  porce. Pocit žízně nemá, udává, že za den vypije něco kolem jednoho litru hořkého čaje.



S vyprazdňováním má při hospitalizaci potíže, čtyři dny již nebyla na stolici. K dispozici má toaletní pojízdné křeslo, aby nemusela chodit až k WC příslušnému tomuto pokoji. Na riziko pádu ji upozornila sestra a poučila ji, v jakých situacích má být opatrná, že nemá chodit po čerstvě vytřené podlaze a nosit pevné bačkory při chůzi. Ty ovšem respondentka při chůzi neuzívá, jelikož přejde jen pár metrů k toaletnímu křeslu, a tak jde pouze v ponožkách.

Pacientka je orientována osobou, místem, částečně i časem (neví sice, kolikátého je, ale na měsíc si vzpomene). Žena již špatně vidí, používá brýle hlavně při čtení, na dálku už je nepoužívá. Slyší také hůře, musí se na ni mluvit více zřetelně, ne příliš hlasitě. Naslouchadlo nepoužívá.

Se signalizací je seznámena, sestřička jí to názorně předvedla. Respondentka signalizaci aktivně využívá. Strach z pádu příliš nemá, jelikož chodí málo a na ten kousek si dává pozor, avšak byla by velice nerada, kdyby se jí něco stalo. Pro značné trvalé bolesti zad má omezen pohyb, bolesti jí v pohybu příliš brání, proto raději leží. Analgetika jsou jí podávána podle potřeby dle ordinace. Na lůžku nemá zvednuté postranice. Osvětlení na pokoji je zde zajištěno malým nočním světlem, se kterým je spokojena.

Kurty ani restriktivní medikace u pacientky nebyly nikdy použity. Na postranice má celkem jasný názor, a to takový, že pokud je někdo z jakéhokoli důvodu potřebuje, tak je to nutná nezbytnost. Kurtování nikdy nezažila, ani se s ním ve svém okolí při hospitalizacích nesečkala. Zatím neví, jak se chránit před pády po propuštění domů, ale věří, že jí s tím personál před propuštěním seznámí.

#### **Kazuistika respondenta č. 14 (P6)**

S respondentem č. 6 jsem vedla rozhovor 19. 5. 2011 na neurologickém oddělení, kde byl již 18. den hospitalizován pro cévní mozkovou příhodu. Respondentem je žena ve věku 90 let.

V Barthelově testu základních všedních činností dosáhla pacientka pouze deseti bodů, což značí vysoký stupeň závislosti. Potřebuje pomoc či dopomoc při oblékání,

koupání a hygieně, při vyprazdňování i při chůzi. Ze Zhodnocení rizika pádu u pacienta jsme vyhodnotili 9 bodů, které poukazují na střední riziko pádu pacienta. Žena je již slabá a nemá dostatek sil k sebezpečí. Ve svém věku se snaží udržovat minimálně v takovém stavu, v jakém se nachází nyní. Má potíže s hybností a s chůzí, chodí o jedné holi, a to maximálně po pokoji. V minulosti již několikrát upadla. Následkem pádů byla tržná rána na hlavě, fraktura krčku kosti stehenní a pohmožděniny. Na pády samotné si nepamatuje, ale vzpomíná, co jim předcházelo, a ještě hůře, co po nich následovalo. Nejhorší snášela hospitalizace následkem úrazu, jelikož nemohla být doma ve svém klidu, měla bolesti a strach o byt, finance. Nyní má velký strach, že znovu upadne. Pokud potřebuje pomoc, raději si signalizací přivolá sestru. Nechce být nikomu na obtíž, ale ví, že sama toho zvládá jen málo. Do nemocnice ji chodí navštěvovat vnoučata a pravnoučata. Pravnoučat má již tolik, že si občas ani nevybaví všechna jejich jména.

Pacientka dodržuje diabetickou dietu, jen občas si pochutná na nějakém dortíku, který jí rodina přinese. Jí 5x denně. Chuť k jídlu má, není vybíravá a chutnají jí všechna jídla. Pitný režim příliš nedodržuje, nevypije za celý den ani litr tekutin. Má ráda čaj a čistou stolní vodu. Váha se jí za poslední dobu nezměnila. Kůže je suchá a chladná. S vyprazdňováním má respondentka občas potíže, udává, že čas od času má zácpu. Močí poměrně málo kvůli nedostatečnému příjmu tekutin. Pacientka vypovídá, že pije méně i proto, aby nemusela tak často na WC, a to především v noci. Na pokoji má u lůžka přistavené pojízdné klozetové křeslo. Plenkové kalhotky odmítá. Pohyb značně limituje setrvalá bolest nohou a zad. Žena si občas řekne o léky na bolest. Za pacientkou dochází rehabilitační pracovnice, cviky provádí na lůžku a krátce vsedě na lůžku. Pro bolest při pohybu jsou procvičovány zejména ruce, které jí při pohybu tolik nebolí jako nohy a v podstatě celé tělo.

Pacientka je přiměřeně věku a zdravotnímu stavu orientována osobou, místem a časem. Ví, jak se jmenují další dvě pacientky na pokoji, kde leží, zná měsíc a roční období, ví, kde se nachází. Ráda si povídá a vypráví o svém životě. Má ráda společnost a je věčnou optimistkou, v každé nepříjemné záležitosti dokáže vidět něco dobrého. Přes

den si čte své oblíbené knihy, které jí nosí rodina. Na čtení používá brýle a také někdy užívá naslouchátko.

Při příjmu ji sestry na oddělení pomalu seznamovaly s prostředím jejího pokoje, opakovaně upozorňovaly na možnost signalizace k přivolání personálu. Signalizaci má na dosah ruky a ví, jak ji použít. Z lůžka vstává jen za pomoci personálu nebo jeho dohledu. Léky bere, ale sama neví jaké, zkrátka si vezme ty, které jí sestry přinesou. V noci má na pokoji zapnuté malé noční světlo, to jí zcela vyhovuje. Některé sestry nechávají pootevřené dveře na pokoj, jde jí tedy do pokoje světlo z chodby. To však pacientce nevádí.

Na lůžku má zvednutou postranici po jedné délce lůžka. Na postranici si již zvykla, neměla s nimi ani dříve potíže a díky nim se cítí více v bezpečí. V noci má na lůžku zvednuté postranice obě. Vůbec jí to nevádí, jen když by si chtěla dojít v noci na WC, má strach, že by to nestihla nebo nezvládla, ale ví, že v takové situaci si má přivolat sestru. Pokud má zvednuté na lůžku obě postranice, necítí se dobře, má z nich nepříjemný pocit a cítí se omezená, zavřená. Kurtování pacientka nikdy nezažila, ale u jedné pacientky to prý viděla, a ačkoliv chápala nutnost tohoto opatření, bylo jí dotyčné osoby líto. Kdyby ovšem dávali kurty této respondentce, prý by se podle svých slov „asi zbláznila“.

Žena přibližně ví, jak předcházet pádům doma po propuštění, ale sama není schopna sebepéče, říká, že si nejspíše poleží ještě dlouho, prý možná napořád.

### **Kazuistika respondenta č. 15 (P7)**

Setkání s respondentem č. 15 se uskutečnilo dne 18. 5. 2011 na ortopedickém oddělení. Rozhovor byl veden na pokoji pacienta bez dalších přítomných osob. Respondentem je muž ve věku 50 let. Na tomto oddělení je hospitalizován pátý den. Důvodem k hospitalizaci bylo provedení TEP levého kyčelního kloubu. Nyní je třetí den po zákroku. V den konání rozhovoru začíná pacient pod instrukcemi fyzioterapeuta s nácvikem vstávání a ulehání na lůžko, nácvikem stoje a sedu, chůze o FH.

Po vyhodnocení Barthelova testu základních všedních činností nám vyšlo 60 bodů, což znamená střední stupeň závislosti v péči. Z hodnocení rizika pádu pacienta

jsme sečetli dohromady pět bodů, to poukazuje na střední riziko pádu pro zmíněného pacienta. Dříve měl respondent potíže s chůzí vlivem bolesti levého kyčelního kloubu při pohybu. První potíže zaznamenal před čtyřmi lety. Nejprve si pomáhal sám různými mastmi a krémy, poté vyhledal lékaře, který mu doporučil TEP. Nevzpomíná, že by někdy upadl. Jinými onemocněními netrpí. Ví, proč je zde hospitalizován. Je ženatý, má manželku a dvě dospělé děti. Rodina ho v nemocnici navštěvuje.

Respondent nedrží žádnou specifickou dietu, je mu podávána racionální dieta č. 3. Se stravou zde je spokojený, jen by uvítal teplé nebo alespoň větší večeře. Pitný režim dodržuje, vypije denně přibližně tři litry vody. Kůže je teplá a vlhká. Pacient velmi špatně vidí, používá brýle na blízko i na dálku. Se sluchem problémy nemá. Těž nemá potíže s vyprazdňováním moči, močí do močové lahve u lůžka, někdy dojde s pomocí personálu na WC. S vyprazdňováním stolice má potíže, jelikož nechce vykonávat tuto potřebu na lůžku do podložní mísy, na stolicí od operačního výkonu ještě nebyl. Pokud by chtěl jít na WC na stolicí, má možnost použití nástavce, používaného po TEP kyčlí. Pacient potřebuje dopomoc při vyprazdňování, hygieně, oblékání či chůzi a zná svůj pohybový režim.

Personál oddělení provedl respondenta při příjmu po oddělení a seznámil ho s denním režimem. Pro udržení fyzické aktivity a zvyšování své soběstačnosti aktivně cvičí s fyzioterapeuty na svém lůžku. Přes den sleduje televizi na pokoji a poslouchá hudbu. Sám z lůžka nevstává, vždy jen s dohledem a dopomocí personálu. Sám by zatím ani vstávat nechtěl, protože má strach z komplikací a z pádu. Užívá ty léky, které mu podá sestra, a analgetika na tišení bolesti operační rány. Sestrám na oddělení důvěřuje. Přibližně jednou denně, nejčastěji večer či v noci, žádá sestru o léky na tišení bolesti LDK.

V noci má na pokoji zapnuté noční světlo, které považuje za dostačující osvětlení pokoje v nočních hodinách. Toto světlo ho neruší při spánku. Se signalizační technikou ho seznámil personál již při příjmu na oddělení, má ji na dosah ruky. Pacient podotýká, že by bylo nejlepší, kdyby signalizace sloužila i jako ovladač televize.

Na straně operované LDK je na lůžku zvednutá jedna postranice. Tuto postranici pacient využívá k dopomoci v pohybu na lůžku. Ze zvednuté postranice má dobré

pocity, cítí se bezpečněji. Tyto pocity popisuje jako klid plynoucí z jistoty, že je v noci zabezpečen zábranou, aby neupadl nebo mu operovaná noha nesklouzla z lůžka. Pokud by měl zvednuty na lůžku obě postranice, neviděl by v tom respondent problém. Ví, že je jimi lůžko vybaveno z patřičného důvodu. Kurty ani zklidňující restriktivní medikace mu nikdy nebyly nasazeny. Pacient si myslí, že taková opatření se již v nemocnicích nerealizují.

Respondent neví, jak specificky předcházet pádům po propuštění domů, uvědomuje si však, že si má dávat při pohybu pozor. Očekává, že před propuštěním dostane od zdravotnického týmu dostatečné množství informací.

#### 4.3 Souhrnné a kategorizační tabulky

Tabulka 1- Identifikační údaje dotazovaných sester

Identifikační údaje dotazovaných sester								
S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
<b>Vzdělání</b>	ÚSO s mat.	VO (DiS.)	ÚSO	VŠ (Bc.)	ÚSO s mat.	VO (DiS.)	VŠ (Bc.)	ÚSO s mat.
<b>Pracoviště</b>	Interní oddělení	Interní oddělení	Neurologické oddělení	ONP 2	ONP 2	ONP 2	Rehabilitační oddělení	Ortopedické oddělení
<b>Délka praxe</b>	3 roky	2 roky	1,5 roku	2 roky	4 roky	2 roky	27 let	3 roky

Tabulka 1 zobrazuje základní identifikační údaje dotazovaných sester našeho výzkumu. Z tabulky vyplývá, že dvě sestry (S4 a S7) dokončily vysokoškolské vzdělání bakalářského studia. Dvě z respondentek mají vyšší odborné vzdělání s titulem DiS. S1, S5 a S8 absolvovaly střední odborné vzdělání ukončené maturitní zkouškou.

Dále tato tabulka zobrazuje pracoviště jednotlivých sester. Tři sestry (S4, S5 a S6) jsou zaměstnány na oddělení následné péče Nemocnice Č. B., a. s., dvě sestry (S1 a S2) pracují na interním oddělení v téže nemocnici. S3 pracuje na neurologickém

oddělení, S7 na rehabilitačním a S8 na ortopedickém oddělení, také v již uvedené nemocnici.

Sestrou nejdéle pracující v oboru je S7, pracující 27 let ve zdravotnictví. S5 pracuje 4 roky v oboru, o rok méně, tedy tři roky je zaměstnána S1. Dva roky praxe mají sestry S2, S4 a S6. Nejkratší dobu pracuje v oboru S3.

#### Seznam kategorizačních tabulek

- 1) Zjištění rizika pádu pacienta sestrou (tabulka 2)
- 2) Péče o ošetrovatelskou dokumentaci pacienta s rizikem pádu (tabulka 3)
- 3) Dostupnost standardního postupu péče o pacienta s rizikem pádu (tabulka 4)
- 4) Používané preventivní mechanismy s cílem snížit možnost pádu pacienta (tabulka 5)
- 5) Intervence sester používané u pacientů s rizikem pádu (tabulka 6)
- 6) Frekvence dohledu na pacienta s rizikem pádu (tabulka 7)
- 7) Monitorace a záznam pádů pacientů (tabulka 8)
- 8) Forma předání informace o riziku pádu pacienta (tabulka 9)
- 9) Důsledky pádu pro pacienta (tabulka 10)
- 10) Činnosti vedoucí k pádu pacienta (tabulka 11)
- 11) Dostupnost signalizace (tabulka 12)
- 12) Možnost nastavení výšky lůžka (tabulka 13)
- 13) Zajištění osvětlení v nočních hodinách (tabulka 14)
- 14) Používání restriktivních opatření (tabulka 15)
- 15) Důvody k používání postranic lůžka (tabulka 16)
- 16) Použití postranic lůžka u pacientů s rizikem pádu (tabulka 17)
- 17) Ošetrovatelský proces v péči o pacienta (tabulka 18)
- 18) Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie při riziku pádu (tabulka 19)
- 19) Edukace o prevenci pádu před propuštěním (tabulka 20)
- 20) Pád v anamnéze (tabulka 23)
- 21) Strach z pádů (tabulka 24)

- 22) Bolest bránicí v pohybu a užití analgetik (tabulka 25)
- 23) Smyslové potíže pacientů (tabulka 26)
- 24) Dostupnost signalizace (tabulka 27)
- 25) Pohyb dotazovaných pacientů (tabulka 28)
- 26) Potřeba dopomoci v činnostech (tabulka 29)
- 27) Osvětlení pokojů (tabulka 30)
- 28) Postranice na lůžkách pacientů (tabulka 31)

Tabulka 2 – Zjištění rizika pádu pacienta sestrou

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Pohledem	1						1	1	3
Z anamnézy	1	1							2
Z lékařské dokumentace	1								1
Ze screeningové tabulky	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Celkový výskyt	4	2	1	1	1	1	2	2	14

Tabulka 2 v kategorizované formě uvádí, jakými způsoby zjišťují respondenty riziko pádu pacienta. Kategorie odpovědí *ze screeningové tabulky* byla uvedena celkem 8krát, to znamená, že všechny dotazované sestry používají k hodnocení rizika pádu screeningový písemný test. S1 uvedla nejvíce odpovědí, mezi něž zahrnuje i zjištění rizika pádu pomocí lékařské dokumentace. Tři dotazované sestry hodnotí riziko pádu také pohledem. Dvě sestry (S1 a S2) zjišťují riziko pádu kromě jiného i z anamnézy pacienta.

Tabulka 3 – Péče o ošetřovatelskou dokumentaci pacienta s rizikem pádu

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Ošetřovatelská anamnéza		1	1	1	1				4
Zhodnocení rizika pádu	1	1		1			1	1	5
Zápis ošetřovatelské diagnózy	1	1			1		1		4
Plán péče	1	1		1	1	1	1	1	7
Barthelův test			1					1	2
Nutriční screening								1	1
Výskyt celkem	3	4	2	3	3	1	3	4	23

Tabulka 3 v kategorizované formě znázorňuje, jaké části dokumentace vyplňují jednotlivé sestry. Kategorie *plán péče* získala nejvíce, tedy 7 odpovědí. Odpověď *zhodnocení rizika pádu* je metodou screeningovou ke zjištění rizika pádu a uvedlo ji 5 respondentek. Kategorie *ošetřovatelská anamnéza* a *zápis ošetřovatelské diagnózy* byly uvedeny 4krát. Dvě sestry vyplňují u pacientů s rizikem pádu také Barthelův test základních všedních činností. S8 vyplňuje též nutriční screening. Nejvíce částí ošetřovatelské dokumentace vyplňuje S2 a S8. Plán péče jako jedinou složku dokumentace vypisuje S6.

Tabulka 4 – Dostupnost standardního postupu péče o pacienta s rizikem pádu

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Ano	1	1	1						3
Ne				1	1	1	1	1	5
Výskyt celkem	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tabulka 4 znázorňuje vyhodnocení otázky, zda mají sestry na svém pracovišti zaveden standardní postup péče o pacienta s rizikem pádu. Pět respondentek uvedlo jako odpověď *ne*, 3 respondentky *ano*.



Tabulka 5 – Používané preventivní mechanismy s cílem snížit možnost pádu pacienta

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Zvýšený dohled	1			1	1			1	4
Dopomoc/doprovod		1		1	1	1		1	5
Postranice	1	1	1		1	1	1	1	7
Kurty	1		1						2
Žebříček		1							1
Hrazdička		1					1		2
Madla		1					1		2
Omezující léky			1						1
Rehabilitace				1		1			2
WC k lůžku					1	1			2
Protiskluz.podložky							1	1	2
Nácvik chůze s KP								1	1
Výskyt celkem	3	5	3	3	4	4	4	5	31

Tabulka 5 v kategorizované formě znázorňuje odpovědi na otázku, které preventivní mechanismy užívají sestry ke snížení možnosti pádu pacienta. Nejvíce respondentek, tedy 7 z osmi, používá preventivně postranice. Pět dotazovaných uvedlo kategorii *dopomoc/doprovod*. Zvýšený dohled využívají 4 sestry. S7 a S8 uvedly kategorii *protiskluzové podložky*. Nejméně odpovědí, a to jednu, získala kategorie *žebříček*, *omezující léky* a *nácvik chůze s kompenzační pomůckou*. Dvě sestry uvedly použití kurtů. S2 a S7 uvedly kategorii *hrazdička* a kategorii *madla*. Dvě odpovědi patří provádění rehabilitace. Dvě respondenty přiblíží klozetové křeslo k lůžku. Nejvíce preventivních mechanismů uvedly S2 a S8. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 31.

Tabulka 6 – Intervence sester používané u pacientů s rizikem pádu

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Zajištění zvýšeného dohledu	1			1			1		3
Zajištění doprovodu	1			1			1		3
Odstranění překážek		1	1						2
Edukace pacienta		1		1	1	1		1	5
Signalizace		1			1		1		3
Zabezpečení nábytku		1					1		2
Jedna postranice VPP	1			1			1		3
Červený vykřičník			1						1
WC k lůžku				1					1
Dokumentace						1			1
Výskyt celkem	3	4	2	5	2	2	5	1	24

Tabulka 6 v kategorizované formě znázorňuje používané intervence dotazovaných sester, zajišťované u pacientů s rizikem pádu. Kategorii *edukace pacienta* uvedlo 5 sester. S1, S4 a S7 uvedly kategorii *zajištění zvýšeného dohledu*, *zajištění doprovodu* a kategorii *jedna postranice v případě potřeby*. Tři dotazované sestry uvedly kategorii *signalizace*. Kategorie *zabezpečení nábytku* byla uvedena 2krát. Dvě sestry u pacienta s rizikem pádu odstraňují překážky v místě pohybu pacienta. Kategorie *dokumentace*, *červený vykřičník* a kategorie *WC k lůžku* byla uvedena jednou.

Tabulka 7 – Frekvence dohledu na pacienta s rizikem pádu

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
á půl hodiny	1								1
á 1 hodina		1							1
Nejméně á 2 hodiny					1			1	2
á 2 hodiny			1			1			2
Když jdu na pokoj pacienta			1						1
Když jdu kolem pokoje pacienta								1	1
Individuálně				1					1
Stále							1		1
Výskyt celkem	1	1	2	1	1	1	1	2	10

Tabulka 7 v kategorizované formě znázorňuje, po jakém časovém úseku dohlíží dotazované sestry na pacienty s rizikem pádu. Kategorii *á půl hodiny* uvedla jedna sestra, jedenkrát byly také uvedeny kategorie: *á 1 hodina*, *Když jdu na pokoj pacienta*, *Když jdu kolem pokoje pacienta*, *Individuálně* a kategorie *Stále*. Kategorie *nejméně é 2 hodiny* a kategorie *á 2 hodiny* byla uvedena dvakrát.

Tabulka 8 – Monitorace a záznam pádů pacientů

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Zaznamená lékař	1	1	1					1	4
Vyplňuji Mimořádné události		1		1	1		1	1	5
Dokumentace pacienta			1				1		2
Zápis do hlášení sester				1	1	1			3
Výskyt celkem	1	2	2	2	2	1	2	2	14

Tabulka 8 v kategorizované formě poukazuje na to, jak respondentky zaznamenávají a monitorují pády pacientů. Kategorii *vyplňuji Mimořádné události* uvedlo 5 sester. Čtyři sestry uvedly, že pády pacientů *zaznamenává lékař*. Kategorie *zápis do hlášení sester* byla uvedena 3krát. Dvě sestry zapisují pády pacientů do jejich dokumentace.

Tabulka 9 – Forma předání informace o riziku pádu pacienta

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
ústní předání hlášení	1	1	1	1	1	1		1	7
červený vykřičník/podtržení	1	1					1		3
zápis v oše dokumentaci	1	1		1	1				4
Výskyt celkem	3	3	1	2	2	1	1	1	14

Tabulka 9 v kategorizované formě uvádí, jak dotazované sestry upozorňují ve své praxi ostatní členy zdravotnického týmu na riziko pádu pacienta. Nejčastěji sestry uvedly kategorii *ústní předání hlášení*, a to celkem 7krát. Čtyři sestry upozorní ostatní personál na pád pacienta zápisem v ošetřovatelské dokumentaci. S1, S2 a S7 uvedly kategorii *červený vykřičník/podtržení* jména pacienta na seznamu hospitalizovaných.

Tabulka 10 – Důsledky pádu pro pacienta

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Úraz	1	1	1	1		1	1		6
strach z pádů		1					1	1	3
Dehydratace		1							1
Pomočení		1							1
následná léčba			1		1		1	1	4
Zmatenost				1					1
zhoršení zdravotního stavu					1		1	1	3
omezení aktivit							1		1
Bolest							1	1	2
finanční dopad							1		1
další vyšetření								1	1
výskyt celkem	1	4	2	2	2	1	7	5	24

Tabulka 10 v kategorizované formě zobrazuje odpovědi na otázku: Jaké mohou být nepříjemné důsledky pádu pro pacienta? Kategorie odpovědí *úraz* byla uvedena 6krát. Čtyři sestry odpověděly, že nepříjemným následkem pádu pro pacienta je následná léčba. Kategorii *strach z pádů* a kategorii *zhoršení zdravotního stavu* uvedly tři respondentky. Kategorie *bolest* byla uvedena 2krát. Po jedné odpovědi získaly kategorie: *dehydratace*, *pomočení*, *zmatenost*, *omezení aktivit*, *finanční dopad*, *další vyšetření*. Nejvíce nepříjemných důsledků pro pacienta vlivem pádu spatřuje S7.

Tabulka 11 – Činnosti vedoucí k pádu pacienta

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Porušená chůze	1	1							2
vstávání z lůžka/sedačky	1	1	1	1		1	1		6
Sprchování		1					1	1	3
chůze po mokré podlaze			1		1			1	3
chůze komp.pom		1		1	1		1	1	5
zakopnutí o překážku						1			1
v příčině nestabilního nábytku								1	1
výskyt celkem	2	4	2	2	2	2	3	4	21

Tato tabulka v kategorizované formě zobrazuje odpovědi sester na otázku, které z činností pacienta mohou vést k jeho následnému pádu. Kategorie *vstávání z lůžka/sedačky* byla uvedena 6krát. Další činností vedoucí k pádům, uvedenou 5krát, je podle respondentek chůze s kompenzační pomůckou. Dalšími kategoriemi s počtem tři odpovědí jsou *sprchování* a *chůze po mokré podlaze*. Kategorie *porušená chůze* byla uvedena 2krát. Nejméně zmiňovanými kategoriemi s počtem jedné odpovědi byly kategorie *zakopnutí o překážku* a *v příčině nestabilního nábytku*.

Tabulka 12 – Dostupnost signalizace

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Ano	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Ne									0
Výskyt celkem	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tato tabulka zobrazuje, zda všichni hospitalizovaní pacienti na pracovišti dotazovaných sester mají k dispozici signalizační zařízení. Z tabulky jednoznačně vyplývá, že ano. *Ano* odpovědělo všech osm respondovaných sester.

Tabulka 13 – Možnost nastavení výšky lůžka

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
ano				1	1	1	1	1	5
ne	1	1	1						3
výskyt celkem	1	1	1	1	1	1	1	1	8

V uvedené tabulce jsou zaznamenány odpovědi, zda dotazované sestry mají možnost nastavit individuální potřebnou výšku lůžka pacientům. Pět dotazovaných uvedlo kategorii *ano*, mají tedy na pracovišti lůžka s nastavitelnou výškou. S1, S2 a S3 uvedly kategorii *ne*.

Tabulka 14 – Zajištění osvětlení v nočních hodinách

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
jiné malé světlo na pokoji	1	1			1	1			4
noční světlo nad lůžkem	1	1	1				1	1	5
otevřené dveře na chodbu	1			1					2
výskyt celkem	3	2	1	1	1	1	1	1	11

Tabulka 14 v kategorizované formě znázorňuje odpovědi sester na otázku, jakým způsobem zajišťují na svém pracovišti osvětlení v noci. Pět sester zajistí pacientům noční světlo nad jejich lůžkem. Čtyři sestry nechávají v noci svítit pacientům na pokojích jiné malé světlo. S1 a S4 nechávají otevřené dveře z chodby na pokoje pacientů.

Tabulka 15 – Používání restriktivních opatření

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Ano	1	1	1	1		1	1		6
Ne					1			1	2
restriktivní medikace PN	1	1		1		1			4
kurty PN	1	1	1						3
postranice s úplným uzávěrem lůžka	1					1			2
výskyt celkem	4	3	2	2	1	3	1	1	17

Tabulka 15 v kategorizované formě znázorňuje odpovědi na otázku, zda dotazované sestry někdy použily restriktivní opatření u pacienta s rizikem pádu a jaká opatření to byla. Dvě sestry restriktivní opatření u pacientů s rizikem pádu nepoužily. Naopak 6 respondentek již tato opatření použilo. Kategorii *restriktivní medikace při neklidu* uvedly 4 respondentky. Kategorie *kurty při neklidu* byla uvedena 3krát. Dvakrát byla uvedena kategorie *postranice s úplným uzávěrem lůžka*.

Tabulka 16 – Důvody k používání postranic lůžka

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Při neklidu	1	1			1		1		4
Zhoršená pohyblivost			1				1	1	3
Imobilní pacient	1	1	1	1	1	1			6
Při polohování		1					1	1	3
Na přání pacienta				1					1
Riziko pádu					1				1
Zajištění bezpečí a pocitu jistoty							1		1
Výskyt celkem	2	3	2	2	3	1	4	2	19

Tabulka v kategorizované formě zobrazuje odpovědi na to, v jakých situacích používají respondentky postranice lůžka. Kategorie *imobilní pacient* byla uvedena



6krát. Postranice lůžka při neklidu pacienta používají čtyři dotazované sestry. Třikrát byla uvedena kategorie *zhoršená pohyblivost* a také *při polohování*. Nejméně jsou zastoupeny jednou odpovědí kategorie *na přání pacienta, riziko pádu, zajištění bezpečí a pocitu jistoty*. Nejvíce důvodů k použití postranic uvedla S7, nejméně S6. Celkový výskyt kategorizačních odpovědí je 19.

Tabulka 17 – Použití postranic lůžka u pacientů s rizikem pádu

S = Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Ano	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Ne									0
vysoké riziko pádu	1								1
prevence pádu z lůžka	1				1				2
pocit jistoty a bezpečí		1	1	1				1	4
dopomoc při pohybu		1	1			1	1		4
Výskyt celkem	3	3	3	2	2	2	2	2	19

Tabulka 17 v kategorizované formě znázorňuje, zda sestry používají vysunutí postranic u pacientů s rizikem pádu a z jakých důvodů. Z tabulky vyplývá, že všechny respondentky používají postranice u pacientů s rizikem pádu. Kategorie *dopomoc při pohybu* a kategorie *pocit jistoty a bezpečí* byly uvedeny 4krát. Kategorii *prevence pádu z lůžka* uvedly dvě sestry. Jedna sestra vysune pacientovi postranice z důvodu vysokého rizika pádu.

Tabulka 18 – Ošetřovatelský proces v péči o pacienta

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
ano	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Z této tabulky vyplývá, že ošetřovatelský proces uplatňují v péči o pacienta všechny dotazované sestry.

Tabulka 19 – Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie při riziku pádu

S= sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Ano, používám	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Zmatenost	1								1
Snížený objem tělesných tekutin	1				1				2
Porušení integrity kůže		1					1		2
Riziko infekce		1						1	2
Riziko krvácivosti		1		1					2
Deficit sebepéče		1	1				1		3
Deficit znalostí		1							1
Zhoršená pohyblivost				1	1	1		1	4
Bolest				1	1	1	1	1	5
Potulka				1					1
Nauzea				1					1
Výskyt celkem	3	6	2	6	4	3	4	4	32

Tabulka 19 v kategorizované formě zobrazuje, zda sestry používají ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA a jaké další ošetřovatelské diagnózy používají nejčastěji zároveň s ošetřovatelskou diagnózou riziko pádu. Všechny respondentky uvedly, že diagnózy dle NANDA používají.

Nejčastěji byla uvedena kategorie *bolest*, a to pěti sestrami. Kategorie *zhoršená pohyblivost* byla uvedena 4krát. Tři sestry uvedly kategorii *deficit sebepéče*. Po dvou odpovědích získaly kategorie *snížený objem tělesných tekutin*, *porušení integrity kůže*,

*riziko infekce a riziko krvácivosti. S4 uvedla jako jediná kategorie potulka, nauzea. Jednou byly také zaznamenány kategorie zmatenost a deficit znalostí. Nejvíce kategorií uvedla S4. Nejméně, tedy jednu další diagnózu používanou zároveň s ošetrovatelskou diagnózou riziko pádu, uvedla S3. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 32.*

Tabulka 20 – Edukace o prevenci pádu před propuštěním

S = sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Ano				1	1		1	1	4
Ne	1	1	1			1			4
edukuje lékař	1		1			1			3
Výskyt celkem	2	1	2	1	1	2	1	1	11

Tabulka 20 v kategorizované formě zobrazuje, zda dotazované sestry edukují o prevenci pádu pacienta nebo jeho příbuzné před propuštěním domů. S4, S5, S7 a S8 pacienta před jeho propuštěním edukují. Kategorii *ne* uvedly 4 ostatní respondentky, tři z nich uvedly, že pacienta edukuje před propuštěním o prevenci pádu lékař.

Tabulka 21 – Identifikační údaje pacientů

Identifikační údaje dotazovaných pacientů							
P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Pohlaví	Muž	Žena	Muž	Žena	Žena	Žena	Muž
Věk	38 let	82 let	52 let	80 let	85 let	90 let	50 let
Oddělení hospitalizace	RHB	INT	INT	ONP	ONP	ONP	ORT
Doba hospitalizace	1. den	9. den	7. den	14. den	3. den	18. den	5. den
Hospitalizace pro	st.p.traumatu PDK	CHOPN	Flebotrom bóza DK	st.p. CMP	bolesti v bedrech a kříži	st.p. CMP	k TEP LKK

Tabulka 21 zobrazuje souhrnné identifikační údaje o dotazovaných pacientech. Z tabulky vyplývá, že dotazovaní byli 3 muži a 4 ženy. Jejich věk se pohyboval od věku 38 let do věku 90 let, přičemž čtyřem dotazovaným (všem ženám) bylo 80 let a více. Respondenti ve věku od 38 let do 52 let byli všichni muži (S1, S3 a S7).

V tabulce je dále uvedeno, na jakých odděleních jsou respondenti hospitalizováni. Na oddělení následní péče byli hospitalizováni 3 respondenti, 2 dotazovaní na interním oddělení. Jeden dotazovaný muž byl hospitalizován na rehabilitačním a jeden na ortopedickém oddělení.

Tabulka také zobrazuje, kolikátý den jsou na jednotlivých odděleních respondenti hospitalizováni. Tato doba se pohybovala od jednoho do osmnáctého dne. Nejkratší dobu jsou na odděleních pacienti P1, P5, tedy první a třetí den přijetí k hospitalizaci. P7 je na ortopedickém oddělení pátý den. Právě týden je hospitalizován muž na interním oddělení. Devět a více dnů jsou hospitalizováni P2, P4 a P6.

P4 a P6 jsou hospitalizovány k léčbě po CMP. První respondent je hospitalizován pro rehabilitaci po traumatu pravé dolní končetiny. P2 je na interním oddělení pro chronickou obstrukční plicní nemoc. Muž P3 byl přijat k léčbě

flebotrombózy. Čtvrtá dotazovaná pacientka má bolesti v bederní a křížové oblasti zad. Poslední respondent byl přijat k výkonu totální endoprotézy levého kyčelního kloubu.

Tabulka 22 – Soběstačnost a riziko pádu pacientů

<b>Soběstačnost a riziko pádu pacientů</b>							
<b>P = pacient</b>	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
<b>Pohyb</b>	Porušená chůze	Zhoršená pohyblivost, porušená chůze	Neschopný chůze, zhoršená pohyblivost	Zhoršená pohyblivost	Porušená chůze	Zhoršená pohyblivost, porušená chůze	Omezen pohybový režim po TEP, porušená chůze
<b>Body z Barthelova testu</b>	60	55	25	70	80	10	60
<b>Body ze Zhodnocení rizika pádu</b>	6	9	7	5	6	9	5

Tabulka souhrnně zobrazuje stav pohybu dotazovaných pacientů. Porušenou chůzi má 6 dotazovaných, jeden pacient (P3) je chůze neschopný. Zhoršená pohyblivost je uvedena 4krát. P7 má omezen pohyb v souvislosti se zákrokem TEP levé kyčle.

V tabulce jsou uvedeny počty bodů po vyhodnocení Barthelova testu základních všedních činností. Tento test jsme vyhodnocovali pro určení stupně závislosti v základních všedních činnostech pacienta a odhadnutí potřebné míry dopomoci personálu. Vysoký stupeň závislosti určujeme při počtu 0-40 bodů, tohoto stupně dosáhli P3 a P6. Střední stupeň závislosti se stanovuje při dosažení 45-60 bodů, do tohoto stupně tedy zapadá P1, P2 a P7. Dva respondenti mají lehký stupeň závislosti v základních všedních činnostech a jsou jimi P4 a P5. Do lehkého stupně řadíme pacienty s dosažením počtu 65-95 bodů. Žádný z dotazovaných pacientů nebyl nezávislý v základních všedních činnostech.

Tabulka také zobrazuje, jaký počet bodů získali pacienti při hodnocení rizika pádu sestrou, která určila pacientovi míru rizika pádu podle formuláře Zhodnocení

rizika pádu u pacienta. Všichni respondenti měli střední riziko pádu, do kterého spadají při dosažení počtu 5-13 bodů.

Tabulka 23 – Pád v anamnéze

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
Ano		1		1		1		3
Ne	1		1		1		1	4
Výskyt celkem	1	1	1	1	1	1	1	7

Tabulka v kategorizované formě zobrazuje dvě varianty, a to, zda dotyčný respondent již v minulosti utrpěl pádem, či nikoli. Kategorie *ne* byla uvedena 4krát. Tři pacienti již v minulosti upadli.

Tabulka 24 – Strach z pádů

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
Ano		1		1		1	1	4
Ne	1		1		1			3
Výskyt celkem	1	1	1	1	1	1	1	7

Tabulka zobrazuje dvě kategorie odpovědí na otázku, zda mají respondenti strach z pádu. Z tabulky vyplývá, že 4 pacienti mají strach z pádu. Tři dotazovaní se pádu neobávají.

Tabulka 25 – Bolest bránící v pohybu a užití analgetik

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
Udává bolest	1	1	1		1	1	1	6
Občasná bolest				1				1
Bez bolesti								0
Analgetika ano		1			1	1	1	4
Analgetika ne	1			1				2
Neví, zda má analgetika			1					1
Výskyt celkem	2	2	2	2	2	2	2	14

Tabulka v kategorizované formě zobrazuje odpovědi na otázku, jestli pociťují dotazovaní nějakou bolest, která by je omezovala a bránila jim v pohybu. Šest ze sedmi respondentů udává bolest a poslední z nich má bolesti občas. Kategorie užití analgetik byla uvedena 4krát. Dva pacienti analgetika neužívají. P3 neví, zda dostává od sester nějaká analgetika.

Tabulka 26 – Smyslové potíže pacientů

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
Zrakový problém		1		1	1	1	1	5
Používá brýle		1		1	1	1	1	5
Sluchový problém		1			1	1		3
Používá naslouchadlo						1		1
Nemá smysl. problém	1		1					2
Výskyt celkem	1	3	1	2	3	4	2	16

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje smyslové potíže pacientů a zda používají nějakou korekci svých problémů. Kategorie *zrakový problém* byla uvedena společně s kategorií *používá brýle* 5krát stejnými respondenty. Kategorii *sluchový*

*problém* uvedli 3 respondenti, ovšem jen jeden z nich používá naslouchadlo. Dva respondenti netrpí smyslovými potížemi.

Tabulka 27 – Dostupnost signalizace

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
Ano	1	1	1	1	1	1	1	7

Tabulka zobrazuje jedinou odpověď pacientů na otázku, zda mají signalizaci k dispozici. Všichni respondenti uvedli, že ano.

Tabulka 28 – Pohyb dotazovaných pacientů

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
2 FH	1	1						2
1 hůlka				1		1		2
2 berle							1	1
Bez pomůcek					1			1
Nechodí			1					1
S dohledem	1			1	1			3
Výskyt celkem	2	1	1	2	2	1	1	10

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje, jaké formy dopomoci dotazovaní pacienti využívají při svém pohybu, chůzi. Kategorii *dvě francouzské hole* uvedli dva respondenti. Kategorie *jedna hůlka* byla uvedena také 2krát. Dvě berle používá jeden respondent. P5 chodí bez pomůcek, tento pacient uvedl, že chodí s dohledem. Jeden pacient nechodí.



Tabulka 29 – Potřeba dopomoci v činnostech

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
Vyprazdňování	1	1	1			1	1	5
Koupání/sprchování	1	1	1	1	1	1	1	7
Chůze po schodech		1		1	1			3
Přesun lůžko-židle		1					1	2
Oblékání			1			1	1	3
Výskyt celkem	2	4	3	2	2	3	4	20

Tabulka 29 znázorňuje kategorie odpovědí, při jakých činnostech pacient potřebuje pomoc a nezvládne tyto úkony samostatně. Všichni respondenti uvedli kategorii *koupání/sprchování*. Kategorie *vyprazdňování* byla uvedena 5krát. Kategorie *chůze po schodech* spolu s kategorií *oblékání* byla uvedena 3krát. Dva pacienti potřebují pomoc při přesunu z lůžka na židli a nazpět. Nejvíce potřebují pomoc P2 a P7. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 20.

Tabulka 30 – Osvětlení pokojů

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
Noční světlo					1	1	1	3
Otevřené dveře	1	1		1				3
Postrádá světlo	1	1						2
Vyhovuje žádné světlo			1					1
Výskyt celkem	2	2	1	1	1	1	1	9

Tabulka 30 znázorňuje, jak mají pacienti zajištěno osvětlení svého pokoje v nočních hodinách. Kategorie *noční světlo* byla uvedena pacienty 3krát, stejně jako kategorie *otevřené dveře* na pokoje pacientů z míst, kde se svítí. Jednomu pacientovi vyhovuje, že na jeho pokoji v noci nesvítí žádné světlo. Avšak dva respondenti uvedli, že na pokoji jim světlo chybí, kategorie *postrádá světlo* byla tedy uvedena 2krát.

Tabulka 31 – Postranice na lůžkách pacientů

P = pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Součet
Nemá postranice					1			1
1 postranice	1	1		1		1	1	5
2 postranice			1					1
Pocit bezpečí		1	1				1	3
Pocit jistoty	1							1
Nevypadne noha z lůžka	1						1	2
Nespadne deka				1				1
Pomáhá při pohybu		1	1				1	3
Nevadí				1		1		2
Výskyt celkem	3	3	3	3	1	2	4	19

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje, zda pacienti mají na lůžku vysunutou postranice a jaké z nich mají pocity. Jeden pacient nemá zvednuté postranice na svém lůžku. Pět respondentů má zvednutou jednu postranici po celé jedné délce lůžka. P3 má zvednuty obě postranice po obou délkách lůžka. P2, P3 a P7 uvedli kategorii *pocit bezpečí* a kategorii *pomáhá při pohybu*. Dva pacienti vidí výhodu postranic v tom smyslu, že jim nevyjde noha z lůžka. Jedna pacientka také uvádí, že výhodou je, že jí přes postranice nespadne deka z lůžka. Dvěma dotazovaným vysunutí postranice nevadí. P1 uvedl, že má s vysunutou postranicí pocit jistoty. Nejvíce kategorií uvedl P7. Nejméně, tedy jednu kategorii, uvedl P5, jelikož nemá na lůžku vysunutou postranice. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 19.

## 5 DISKUZE

Předmětem našeho výzkumu bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s rizikem pádu a jaký názor mají pacienti s rizikem pádu na tato realizovaná opatření. Výsledků kvalitativního výzkumu jsme dosáhli pomocí standardizovaného rozhovoru vedeného se sestrami standardních oddělení a také pomocí polostrukturovaného rozhovoru vedeného s pacienty s rizikem pádu.

Při identifikaci pacienta s rizikem pádu jsou sestry a systémové hodnocení funkční hybnosti s použitím dalších testů podle jejich pracoviště rychlým a spolehlivým zdrojem výsledných dat vedoucích ke zjištění rizika pádu (11). Zjištění rizika pádu u pacienta hodnotíme ze sebrané anamnézy a screeningové metody pro zhodnocení rizika pádu na základě rizikových faktorů, jak bylo popsáno v teoretické části práce. Škrla, Škrlová uvádějí, že všechna zdravotnická zařízení by měla mít zaveden protokol sloužící k vyhodnocení rizika pádu u pacienta (31). Z odpovědí sester vyplývá, že věnují pozornost především základní písemné screeningové metodě, kterou uvedly všechny dotazované sestry. Tyto sestry používají jednotnou písemnou techniku screeningu, využívají tedy nástrojů hodnocení a vyplňují Zhodnocení rizika pádu u pacienta, uvedenou v Příloze 1. Domníváme se, že uvedená písemná technika je pro sestry základním rozhodovacím postupem k určení ošetrovatelské diagnózy riziko pádu pacienta.

Jako navazující oblast po zhodnocení rizika pádu pacienta nás zajímalo, jakou dokumentaci vyplňují sestry u pacientů s rizikem pádu. Pouze 4 z osmi dotazovaných sester vyplňují ošetrovatelskou anamnézu a zakládají do dokumentace již zjištěnou ošetrovatelskou diagnózu riziko pádu pacienta. Přitom kvalitně vedená dokumentace je známkou kvalifikovaného odborného pracovníka v praxi. Skutečnost, že všechny dotazované sestry nevyplňují všechny části ošetrovatelské dokumentace, může být způsobena tím, že ji vyplňuje jiná sestra konající službu. Během odborné praxe na různých odděleních nemocnice České Budějovice, a. s., jsme se setkali s předáváním vyplňování ošetrovatelských anamnéz studentkám všeobecné sestry zdravotně-sociální

fakulty a studentkám Vyšší odborné školy zdravotnické. Lze se proto domnívat, že ošetřovatelské anamnézy či jiné složky v dokumentacích pacientů nechybí, přestože je některé dotazované sestry nevyplňují. Standardní postup ošetřovatelské péče u pacienta s rizikem pádu je k dispozici třem z osmi dotazovaných.

V ošetřovatelském procesu v České republice nacházíme nejčastěji pětifázový ošetřovatelský proces, jehož kroky jsou zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (34). Výsledky našeho výzkumu ukazují, že dotazované sestry poskytují hospitalizovaným pacientům péči podle ošetřovatelského procesu. Po zhodnocení a diagnostice rizika pádu pacienta uváděly respondenty v rozhovoru jednotlivé intervence ve fázi plánování či realizace ošetřovatelského procesu. Preventivní mechanismy sloužící ke snížení četnosti pádů na lůžkových odděleních byly popsány v teoretické části práce. Na otázky, jaké preventivní mechanismy a další intervence poskytované pacientům s rizikem pádu ke snížení možnosti jejich pádu a následného úrazu, odpověděla většina respondentek umístěním vysunutých postranic na lůžko. Hlavní funkcí lůžka s postranicemi je právě zabránit pádu pacienta z lůžka a sloužit k zajištění bezpečí pacientů (18). Dále se tímto zabýváme v okruhu otázek postranic. Sestry také zajišťují dohled a doprovod v základních všedních činnostech a v zajištění potřeb pacienta. Nedílnou součástí péče o pacienta s rizikem pádu je jeho edukace o prevenci pádu, tu uvedlo pět dotazovaných. Edukace pacienta je určitou primární prevencí pádu, v této oblasti se poučení týká bezpečnostních opatření, které byly blíže popsány v teoretické části práce. Autorka Starošíková popisuje jako jeden z kroků prevence pádu mimo jiné i úpravu prostředí (28). Z výzkumu vyplynulo, že sestry tyto kroky naplňují přiblížením klozetových křesel pacientům v případě potřeby, tento postup uvedly dvě respondenty. Další úpravou prostředí, kterou uvedly dotazované sestry, bylo odstranění překážek v dosahu pohybu pacienta, zabezpečení nábytku a v neposlední řadě také zajištění přídatných zařízení lůžka, sestrami uvedenými hrazdičkami. Jedna respondentka se při realizaci intervencí věnuje také dokumentaci. Jurásková již v roce 2006 uvedla projekt „Bezpečný pokoj“, jenž mapuje prvky zaměřující se na zajištění technického vybavení a parametry zařízení pokojů pacientů (12). Doporučuje zaměření na zajištění nočního a lokálního osvětlení lůžka, možnosti

nastavitelnosti výšky lůžka, protiskluzové podlahy, prostor kolem lůžka přístupný ze tří stran minimálně 90 cm apod. Z dalších oblastí výzkumného šetření vyplynulo, že všechny dotazované sestry také věnují pozornost osvětlení pokojů pacientů v nočních hodinách a zajištění stálé dostupnosti signalizačního zařízení. Dvě sestry respondentky mají na svých pracovištích k dispozici protiskluzové podložky ve sprchách pokojů pacientů. Možnost nastavit výšku lůžka má 5 sester na třech z pěti oddělení, kde jsme prováděli výzkumné šetření. Respondentky zajišťují dostatečně vhodné bezpečné prostředí pokoje pacienta, a to dle dostupného technického vybavení jejich pracoviště.

Koncepce ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky udává ošetřovatelským profesionálům povinnost pracovat podle ošetřovatelského procesu. Na ošetřovatelský proces a jeho fáze se úzce váže seznam ošetřovatelských diagnóz. K rozpoznání a určení ošetřovatelských problémů pacienta a následně vyhledání ošetřovatelské diagnózy nám pomáhá klasifikační systém NANDA, který vychází z Gordonové Vzorců zdraví (21). V této klasifikaci je mimo jiné uvedeno právě riziko pádu pacienta jako potencionální ošetřovatelská diagnóza. Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že všechny dotazované sestry poskytují péči pacientům dle ošetřovatelského procesu s pomocí používání NANDA taxonomie ošetřovatelských diagnóz. Ošetřovatelská diagnóza *riziko pádu* se může vyskytovat samostatně nebo jako jedna z řady ostatních ošetřovatelských diagnóz jednotlivého pacienta. Výsledky tohoto výzkumného šetření poukazují též na další ošetřovatelské diagnózy odhalené společně s rizikem pádu dotazovanými sestrami. Zhoršená pohyblivost je jednou z aktuálních ošetřovatelských diagnóz, které pozorují čtyři dotazované sestry zároveň s rizikem pádu u pacienta. V tomto případě je doporučeno provádět u těchto pacientů Barthelův test základních všedních činností a zhodnotit jejich funkční úroveň (21). Dalšími uváděnými ošetřovatelskými diagnózami byly akutní zmatenost, deficity sebepéče, deficit znalostí, snížený objem tělesných tekutin, porušená integrita kůže, riziko infekce, potulka, bolest či nauzea. Tento výsledek nepoukazuje na nejčastěji používané ošetřovatelské diagnózy s rizikem pádu, ale znázorňuje, v kombinaci se kterými možnými diagnózami se riziko pádu pacienta vyskytuje na pracovištích dotazovaných sester. Zjištění nejvyšší četnosti jednotlivých používaných ošetřovatelských diagnóz s rizikem pádu by mohlo zajistit

spíše kvantitativní šetření. Ovšem vždy se musí brát v potaz také individuální přidružené diagnózy podle stavu a specifik onemocnění a problémů pacienta.

Cílem programu řízení rizik ve zdravotnictví je snížit počet nežádoucích událostí, které by mohly pacienta poškodit. Z programu řízení rizik vychází vyhodnocování a prevence rizik (31). Ke snížení rizik a poškození pacienta slouží i hlášení a prevence mimořádných událostí ve zdravotnictví. Zjistili jsme, že pět dotazovaných sester zaznamenává pády pacientů do Hlášení mimořádně události. Hlášení mimořádných událostí napomáhá k následné analýze příčin pádu a v jejich důsledku k vytvoření konkrétních preventivních opatření. Dotázané sestry tedy aktivně přispívají k plnění programu řízení rizik. Sestra pracující na interním oddělení pády pacientů sama nezaznamenává, pouze je hlásí lékaři. Hlášení lékaři o pádu pacienta také podávají tři další respondentky s cílem záznamu pádu pacienta. Zápis do hlášení sester pro zaznamenání pádu pacienta uvedly tři respondentky. Hlášení sester je písemný dokument se záznamem informací. Ty je možné předávat písemně, ústně a za pomoci jednotných symbolů. Koordinovaná komunikace mezi personálem může pomoci při používání strategie snížení pádů (11). Ve výsledcích jsme také zjistili, že písemného zaznamenání do ošetrovatelské dokumentace využívají čtyři z osmi respondentek k upozornění ostatního personálu na riziko pádu pacienta. Dvě sestry pracující na interním oddělení používají k zaznamenání symbolu červeného vykřičníku ke jménu pacienta. Takové označení lze upravit různými symboly pro jednotlivé potřeby užití, například jiným symbolem pro pacienty v izolaci z důvodu infekce. Jedna sestra upozorňuje ostatní personál na riziko pádu pacienta vyznačením červeného podtržení jména pacienta na seznamu hospitalizovaných pacientů oddělení. Písemné zaznamenání rizika pádu a zaznamenání symbolů doplňuje předání informací ústně. Většina, tedy 7 respondentek, uvedla, že informace o riziku pádu pacienta předá ostatním pracovníkům zdravotnického týmu při ústním předávání hlášení při výměně směny.

Pád pacienta může být způsoben nejen rizikovými faktory, jež uvádíme v teoretické části práce, ale také pochybením personálu, který nezhodnotil riziko pádu správně nebo včas nezajistil dostatečný odpovídající dohled nad pacientem s rizikem pádu (11). Z výsledků práce zjišťujeme, že každá sestra dohlídí na pacienta s rizikem

pádu po jiném časovém úseku. Svobodová uvádí, že pacienta je nutné na pokoji kontrolovat během dne opakovaně a v noci minimálně po dvou hodinách, podle stavu pacienta a míry jeho rizika pádu (29). Dotazované sestry dohlížejí na pacienty s rizikem pádu od časového úseku po půl hodině až po úsek po dvou hodinách. Frekvence dohledu na pacienty tedy odpovídá tvrzení Svobodové, že je vhodné zajistit pacientovi s rizikem pádu zvýšený dohled.

Zlomeniny, tržné rány a neurologická poškození jsou jen malým výčtem nepříznivých důsledků pádu. Zjistili jsme, že většina dotazovaných sester vidí nepříjemné důsledky pacienta po pádu v jejich úrazu následkem tohoto pádu. V letech 2002 - 2010 se sledování problematiky pádů zúčastnilo již 39 nemocnic v České republice. Touto cestou bylo zjištěno, že v roce 2009 bylo následkem pádu zraněno 40,47 % pacientů (2). Zranění důsledkem pádu je tedy nejen nepříjemné, ale i poměrně časté. Další nepříjemností pro pacienty je podle sester prodloužená doba hospitalizace pacienta a následná léčba, včetně zvýšení nákladů pacienta za dobu hospitalizace, dále dehydratace, pomočení, zmatenost či omezení aktivit pacienta. Překvapivé může být, že méně zmiňovaným nepříjemným důsledkem pro pacienta je bolest a strach. Sestry tedy uváděly v popředí zájmu samotné ošetřování pacienta vlivem úrazu (jelikož úraz byl nejčastěji zmiňovaným) a naopak méně uváděly subjektivní pocity pacienta.

Další oblastí, která nás zajímala, bylo používání postranic a restriktivních opatření u pacientů s rizikem pádu. Ve čtyřech případech sestry uvedly, že pacientům s rizikem pádu vysunou postranice pro zajištění pocitu jistoty a bezpečí, a 4krát bylo také uvedeno, že má jejich vysunutí pomoci pacientovi při pohybu v lůžku. Dotazované sestry se tedy v rámci prevence pádu pacienta ve smyslu používání postranic shodují s literaturou. Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v ustanovení paragrafu 89 není vysunutí postranice jedné části ložné plochy žádným omezením svobody pohybu osob. Umístění průběžných postranic po celé délce lůžka však už považováno za restrikcí je (38). Postranice používají sestry respondentky nejčastěji u imobilních pacientů, přičemž bylo umístění postranic uvedeno 6krát. Dalšími důvody pro zvednutí postranic sestrami byly podle výsledků našeho výzkumu zhoršená pohyblivost, vysunutí postranic při neklidu a při polohování pacienta, dále pro zajištění

bezpečí a pocitu jistoty pacienta, na přání pacienta a v neposlední řadě i kvůli riziku pádu pacienta. Jelikož sestry uvedly vysunutí postranic jako preventivní prvek pádu, zajímalo nás, z jakého důvodu postranice na lůžko pacienta s rizikem pádu umístí. Ukázalo se, že důvody pro vysunutí postranic jsou zajištění pocitu jistoty a bezpečí pacienta, dopomoc při pohybu v lůžku a vstávání z lůžka, předcházení pádu z lůžka a jedna sestra také uvedla, že postranice vysouvá pacientům kvůli vysokému riziku pádu.

Rubenstein uvádí, že restriktivní opatření snižují volnost pohybu pacienta a tím vedou k oslabení svalů a snížení fyzické zdatnosti. To tedy znamená, že vlivem snížené fyzické zdatnosti se může následně zvýšit riziko pádu pacienta (26). Dotazované sestry, jak vyplývá z výsledků, používají restriktivních opatření u pacientů s rizikem pádu zajištěním pacienta kurtováním anebo restriktivní medikací, a to pouze při neklidu pacienta s rizikem pádu. Dvakrát byla uvedena možnost úplného uzávěru lůžka postranicemi vysunutými po obou délkách lůžka. Používání restriktivních opatření je tedy v rozporu s primární prevencí pádu, která má za cíl posílení fyzické zdatnosti pacienta. Dotazované sestry však užívají těchto opatření na základě indikace lékaře a pouze při neklidu pacientů, čímž se nesnaží zvýšit riziko pádu pacienta.

K přiblížení druhého zkoumaného souboru respondentů nám slouží souhrnná tabulka s názvem „Identifikační údaje pacientů“ a tabulka „Soběstačnost a riziko pádu pacientů“.

Kalvach tvrdí, že nízké sebevědomí, pocit špatného zdraví, vlastní zhoršené zdatnosti, nestability a zrakové poruchy mohou zapříčinit strach z pádu bez jakékoli zkušenosti s pády (15). Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že čtyři ze sedmi pacientů (jak sami uvádějí) pád v minulosti neutrpěli a zároveň tři z nich se pádu nebojí. Jeden pacient nemá žádnou zkušenost s pády, přesto se pádu bojí. Jak je uvedeno v souhrnných tabulkách, má tento pacient zhoršenou pohyblivost. Pět dotazovaných pacientů trpí zrakovým problémem, který kompenzují brýlemi, a tři z těchto osob mají přidružený i sluchový problém, avšak pouze jeden z nich používá naslouchátko. Všichni dotazovaní pacienti, kteří již prodělali určité zkušenosti s pády (3 osoby), mají z dalšího pádu strach. Tvrzení Kalvacha, že strach pacientů z pádu může být zapříčiněn



uvedenými vlivy i bez předchozích pádů, nemůžeme potvrdit z důvodu nízkého počtu respondentů. Kalvach však také uvádí, že samotný strach z pádu může přivolat pád (15).

Bolest je pro jednotlivce nepříjemným senzoryckým a emocionálním zážitkem, spojeným se skutečným nebo domnělým poškozením určitého celku. Existuje mnoho typů bolestí a s tím spojených mnoho druhů dostupné léčby. Křivohlavý tvrdí, že pacienta bolest fyzicky i psychicky vyčerpává a deprimuje (17). U pacientů s rizikem pádu jsme zjišťovali, zda trpí nějakou bolestí a zda je omezuje v pohybu. Většina, tedy 6 pacientů, nám odpověděla, že má určitou bolest, která jim brání v pohybu. V jednom dalším případě se objevuje bolest u pacienta občasně. Všichni pacienti tedy uvedli, že vliv bolesti záporně působí na jejich aktivitu. Pacienti bolest prožívají individuálně a každému z nich musí způsobit další důsledky. Ve výsledcích našeho výzkumu spatřujeme, že bolest limituje všechny respondované pacienty v pohybu. Dva pacienti se snaží bolest zvládnout bez použití medikace, čtyřem pacientům jsou podávána analgetika. Jeden pacient nevěděl, zda jsou mu podávány léky na bolest, kterou pociťuje. Proto by každý pracovník pečující o pacienty s rizikem pádu měl mít znalosti o bolesti a aktivně se zajímat o subjektivní pocity pacienta.

Sestra zajišťuje pacientům ošetrovatelskou péči a pomáhá naplňovat lidské potřeby. Pacient s rizikem pádu může potřebovat individuálně větší či menší pomoc se základními všedními činnostmi. Dotazovaní pacienti s rizikem pádu uváděli potřebu dopomoci od personálu v sedmi případech s osobní hygienou, v pěti případech s vyprazdňováním. Další potřebu dopomoci uváděli pacienti v oblékání, přesunu z lůžko na židli a zpět či při chůzi po schodech. Sestra by měla být schopna odhalit místa potřebné pomoci z Barthelova testu základních všedních činností a individuálně podle stavu pacienta. Výsledky této zkoumané oblasti nám ukazují, že pacienti vnímají svou zhoršenou soběstačnost a odhadují činnosti, které nejsou schopni vykonat sami bez pomoci. Proto by měl být každý zdravotnický pracovník nablízku či přímo u pacienta při vykonávání těchto potřeb.

Jak jsme již zmínili, výsledky ukázaly, že sestry zajišťují signalizační zařízení všem hospitalizovaným pacientům na svých pracovištích. Zároveň všichni dotazovaní pacienti měli na dosah ruky k dispozici signalizační zařízení, kterým si mohou přivolat

pomoc, a věděli, jak s ním zacházet. Výše v teoretické části práce jsme také zmiňovali zajištění vhodného osvětlení pro pacienty na pokojích i v nočních hodinách. V našem výzkumném šetření všechny dotazované sestry zodpověděly, že pacientům s rizikem pádu zajišťují noční osvětlení na jejich pokojích. Na osvětlení pokojů v nočních hodinách jsme se dotazovali nejen sester, ale právě pacientů s rizikem pádu. Ve výsledcích části výzkumného šetření s pacienty poukazujeme na fakt, že dva dotazovaní pacienti s rizikem pádu úplně postrádají jakékoli osvětlení pokoje v noci. Tři dotazovaní pacienti mají na svém pokoji malé noční světlo a třem pacientům nechává personál na jejich pokoj otevřené dveře z chodby, kde se svítí. Tito pacienti si však nestěžovali na omezení soukromí otevřením dveří na chodbu. Jedna pacientka, dle jejího tvrzení, dokonce opakovaně upozorňovala personál na chybějící osvětlení v nočních hodinách na jejím pokoji, což se může zdát poněkud paradoxní, jelikož sestry pracující na tomtéž oddělení uvedly, že zajišťují osvětlení všem pacientům. Nemůžeme se však domnívat, zda šlo v tomto případě o komunikační šum, vědomé zatajení nedostatků či již řešený problém.

Problematiku používání postranic a důvody vedoucí k jejich užití jsme mapovali již výše. Ve výsledcích zobrazujeme, zda mají dotazovaní pacienti s rizikem pádu zvednuté postranice na svých lůžkách a jaké z nich mají pocity. Postranice by pacienty měly chránit před pádem, dopomáhat jim v usnadnění pohybu, být pro pacienty bezpečnou ochranou. Kromě jednoho měli všichni respondenti z řad pacientů vysunuté postranice na lůžku, z toho jeden pacient měl vysunuté postranice po obou délkách lůžka a ostatní (pět pacientů) měli zvednutou postranicí po jedné délce lůžka. Pocit jistoty a bezpečí byl dohromady jmenován 4krát. Dvěma dalším pacientům postranice nijak nevadí a neudávají žádné další pocity z jejich vysunutí. Tři pacienti neviděli přímo smysl a účel zabezpečení postranicemi, uvedli totiž, že je mají vysunuté, aby jim nepadla deka z postele nebo neupadla noha z postele. Samozřejmě že i pád dolní končetiny z lůžka je pádem, ovšem ne zcela ve smyslu samotného pádu. Tři pacienti si prostřednictvím postranic dopomáhají při pohybu a aktivně využívají doplňujících prvků lůžka. Tito pacienti jsou tedy seznámeni s používáním postranic a ví, k čemu je na posteli mají.

## 6 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s rizikem pádu“. Abychom tuto problematiku přiblížili, uváděli a definovali jsme postupně druhy pádů a jejich okolností, důsledků a možností poskytované ošetrovatelské péče. Prevence pádů je důležitým faktorem nejen pro pacienty, aby se nezhoršil jejich zdravotní stav, neprodloužila se jejich hospitalizace a rekonvalescence, ale také ulehčuje ošetrovatelskou péči o pacienta. Závěrem této práce bych ráda shrnula výsledky z výzkumného šetření. Podařilo se nám zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s rizikem pádu na standardních lůžkových odděleních.

Cíle této práce byly stanoveny dva. Prvním cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s rizikem pádu. Druhý cíl byl zaměřen na názory pacientů s rizikem pádu na realizovanou poskytovanou péči ke snížení možnosti pádu. Oba dva cíle byly naplněny. Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní metodou pomocí rozhovorů, přičemž výzkumným souborem byly sestry standardních oddělení a pacienti na těchto odděleních hospitalizovaní. Výsledky jsme zpracovali do kategorizačních a sumarizačních tabulek.

Z výzkumného šetření vedoucího k naplnění prvního cíle vyplynulo, že sestry znají hodnotící kritéria a techniky používané ke zjištění rizika pádu, zajišťují pacientům ošetrovatelskou péči i edukaci a poskytují dostupné technické vybavení svého pracoviště. Velký důraz kladou sestry na předávání informací o riziku pádu pacientů ostatnímu personálu na pracovišti. Ošetrovatelský tým má zájem o mobilizaci, aktivizaci a rehabilitaci hospitalizovaných pacientů a tím aktivně naplňuje primární prevenci pádů. Sestry těchto oddělení také v přijatelné míře všemi dostupnými prostředky zabezpečují vhodné prostředí pokoje pacienta. V neposlední řadě věnují pozornost monitorizaci a hlášení pádů, čímž je zajištěn management rizik pádů.

Druhým cílem bylo zjistit názory pacientů s rizikem pádu na realizovanou poskytovanou péči ke snížení možnosti pádu. Získali jsme informace o tom, proč mají tyto pacienti ve své anamnéze zaznamenané riziko pádu, zmapovali jsme jejich rizikové faktory, oblasti potřebné péče a dále se věnovali zpětné vazbě k poskytování péče.

Výsledky ukázaly, že pacienti o riziku pádu vědí, informoval je o něm personál oddělení. Pacienti shodně odpovídali, že znají prostředí svého pokoje a že je sestry upozornily na jednotlivá riziková místa, kde mají dbát zvýšené opatrnosti. Pacienti byli též seznámeni s používáním signalizace a používáním kompenzačních pomůcek. Všichni pacienti uvedli, že je sestry v rámci možností dostatečně edukovaly a odpovídajícím způsobem zabezpečily. Pacienti také pokládají za důležité mít vhodně osvětlen pokoj i v nočních hodinách. Prostřednictvím zajištěné ošetrovatelské péče se cítí bezpečně. Postraníce pacienty neomezují a dodávají jim pocit jistoty a bezpečí. Cíle práce tak byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

Tato práce bude poskytnuta oddělení managementu Nemocnice České Budějovice, a. s., jemuž může pomoci při zkvalitňování poskytované péče hospitalizovaným pacientům s rizikem pádu v tomto nemocničním zařízení.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství III*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta - Ústav ošetřovatelství, 2008, 138 s. ISBN 978-80-7248-470-6.
2. BASTL, P.; ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. Vydání 1. Brno: IDV PZ, 1997. 122s. ISBN 80-7013-251-5
3. ČAS. *Národní indikátory kvality péče, Pády* [online]. [cit. 2010-11-22]. Dostupné také z: <http://www.cnaa.cz/pady>.
4. ČAS. *Pracovní postup - Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení* [online]. [cit. 2010-11-23]. Dostupné také z: [http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2007\\_0003.pdf](http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf).
5. DVOŘÁČKOVÁ, D. Úrazy seniorů v domácím prostředí. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 79-81. ISSN 1210-0404.
6. FULLER, G. F. *Falls in the elderly*. *American Family Physician*, 2000, 61. ISBN 2159-2168, 2173-2174.
7. GEBAUEROVÁ, E. Sledování pádů a úrazů. *Sestra*. 2004, 14, 9, s. 37. ISSN 110-0404.
8. GEBAUEROVÁ, E. a Š. KALETOVÁ. Monitorování pádů pacientů. *Sestra*. 2007, 17, 6., s. 35. ISSN 1210-0404.
9. HERDMAN, T. H. *Ošetřovatelské diagnózy Definice a Klasifikace 2009-2011*, Praha: Grada Publishing, 2010, přeložila P. Kudlová, 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
10. CHARVÁTOVÁ, P., JURÁSKOVÁ, D. et al. Pád pacienta jako indikátor kvality péče. *Lékařské listy*. 2004, roč. 53, č. 41, s. 21-25. ISSN 0044-1996.
11. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
12. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2007, 172 s. ISBN 80-247-1715-9.

13. JURÁSKOVÁ, D. Bezpečný pokoj [online]. In: *Sborník přednášek z konference Gerontotechnologie a technologie pro handicapované, směr budoucnosti*. [cit. 2010-11-27]. Dostupné také z: <http://www.czechdesign.cz/index.php?status=c&clanek=1209&lang=1>.
14. JURÁSKOVÁ, D. Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných pacientů v ČR. *Česká geriatrická revue*. 2007, č. 1, s. 33-40. ISSN 1214-0732.
15. KAŇOVSKÝ, P. Poruchy chůze a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 2004, 6, 2, s. 85-88. ISSN 1212-7299.
16. KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 80-247-2490-4.
17. KLÁN, J. a E. TOPINKOVÁ. Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2003, č. 2, s. 38-43. ISSN 1214-0732.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
19. LINET, KOMFORT. *Bezpečnost pacienta, Pády a zranění pod kontrolou* [online]. [cit. 2010-11-29]. Dostupné také z: <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/ke-stazeni/klinicka-literatura/27476/bezpecnost-pacienta-pady-a-zraneni-pod-kontrolou, 4/2006>.
20. LINET, KOMFORT. *Restriktivní opatření nejsou jen klece* [online]. [cit. 2010-11-27]. Dostupné také z: <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-2-2004/25000/restritivni-opatreni-nejsou-jen-klece, 2/2004>.
21. MANDYSOVÁ, P. a H. VORLÍČKOVÁ. *Pády, Elektronická univerzita pro ošetrovatelské profese* [online]. [cit. 2010-11-12]. Dostupné také z: [www.eunio.cz](http://www.eunio.cz).
22. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN: 80-247-1399-3.
23. MAREČKOVÁ, J. a D. JAROŠOVÁ. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava: 2005, 86 s. ISBN 80-7368-030-0.

24. NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy 2009-2011. Definice a klasifikace*. Praha: Grada, 2010, 480 s. ISBN 80-247-3423-1.
25. Otazníky kolem postranic. *Komfort*. 2007, 4. ročník, č. 4, s. 4-5.
26. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 80-247-2959-6.
27. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2.vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
28. RUBENSTEIN, L. Z. Preventing falls in the nursing home. *Journal of the American Medical Association*. 1997, 278(7):595-6.
29. Standardy kvality sociálních služeb. In: *Výkladový sborník pro poskytovatele*, Praha: MPSV, 2008, s. 42-55.
30. STAROŠTÍKOVÁ, A. Úrazy ve stáří, *Sestra*, 2006, č. 7-8, s. 44-45. ISSN 110-0404.
31. SVOBODOVÁ, D. *Kvalita a bezpečí pacientů s ohledem na prevenci pádů a zranění při hospitalizaci* [online]. [cit 2010-11-10]. Dostupné také z: [www.padovastudie.com](http://www.padovastudie.com).
32. ŠKRLA, P. *Především neublížit - cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
33. ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 80-247-2616-8.
34. THOMAS, B., D. DORLING a G. SMITH. *Inequalities in premature mortality in Britain* [online]. [cit. 2010-12-10]. Dostupné také z: <http://www.bmj.com/content/by/year/2010>.
35. TOŠNEROVÁ, T. *Na pomoc kvalitnímu stáří z hlediska zdravotníka – prevence pádů* [online]. 2006 - [cit. 2009-08-16]. Dostupné také z: <http://www.restricke.cz/html/prevence.html>.
36. TOTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009, 160 s. ISBN 80-7387-286-1.

37. VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. *Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 80-247-2170-5.
38. ZADÁK, Z. Vitaminy a mikroelementy ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2003, č. 1, s. 12-16. ISSN: 1214-0732.
39. ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 232 s. ISBN 80-247-2068-5.
40. Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, § 89 Opatření omezující pohyb osob [online]. [cit.2011-01-05]. In: *Sbírka zákonů české republiky*. Ostrava: Sagit. Dostupné také z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>.



## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Bezpečnost pacienta

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelské diagnózy

Pacient

Pád

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1 - Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Příloha 2 - Barthelův test základních všedních činností

Příloha 3 - Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 4 - Otázky k rozhovoru s pacienty

## Příloha 1 - Zhodnocení rizika pádu u pacienta

sestra ve službě	vždy
------------------	------

Příloha č. 1



### Zhodnocení rizika pádu u pacienta

(součást ošetřovatelské anamnézy)

Rizikové faktory pro vznik pádu		
<b>Anamnéza</b>		
<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, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia)	1 bod
<b>Vyšetření</b>		
<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
	- nespolupracující	2 body
<b>Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)</b>		
<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
<b>Celkem</b>		
<b>0 - 4 body *</b>	<b>5 – 13 bodů *</b>	<b>14 – 19 bodů *</b>
<b>bez rizika</b>	<b>střední riziko</b>	<b>vysoké riziko</b>
* zaškrtněte možnosti		

## Příloha 2 - Barthelův test základních všedních činností

Příloha .

### Barthelův test základních všedních činností.

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	datum hodnocení	
			při přijetí	při propuštění
1. najedení napití	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
3. koupání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
5. kontinence moči	plně kontinentní	10		
	občas kontinentní	5		
	inkontinentní	0		
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10		
	občas kontinentní	5		
	inkontinentní	0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
8. přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci	10		
	s malou pomocí	5		
	vydrží sedět	0		
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m	15		
	s pomocí 50m	10		
	na vozíku 50m	5		
	neprovede	0		
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
<b>celkové hodnocení</b>				

### Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0 - 40 bodů	vysoký stupeň závislosti
45 - 60 bodů	střední stupeň závislosti
65 - 95 bodů	lehký stupeň závislosti
100 bodů	nezávislý

Vyšetření provedl (a):

.....

### Příloha 3 - Otázky k rozhovoru se sestrami

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jaká je délka Vaší praxe?
4. Jak zjišťujete riziko pádu pacienta?
5. Jaké používáte hodnoticí techniky rizika pádu?
6. Jakou vedete/vyplňujete dokumentaci u pacienta s rizikem pádu?
7. Má Vaše pracoviště zavedený standardní postup péče u pacienta s rizikem pádu?
8. Jakých preventivních mechanismů na oddělení využíváte?
9. Jak intervenujete po zjištění rizika pádu u pacienta?
10. Jak monitorujete a zaznamenáváte pády?
11. Jak upozorníte ostatní personál na riziko pádu pacienta?
12. Jak často kontrolujete a dohlížíte na pacienta s rizikem pádu?
13. Jaké mohou být nepříjemné důsledky pádu pro pacienta?
14. Jaká činnost může podle Vás pro pacienta znamenat vysoké riziko pádu?
15. Má na Vašem oddělení každý pacient k dispozici signalizační zařízení?
16. Využíváte snížení výšky postele s cílem omezit riziko pádu a s ním spojených zranění?
17. Jakým způsobem zajišťujete osvětlení v noci na pokojích a chodbě oddělení?
18. Upřednostňujete na oddělení omezení aktivit pacienta, nebo naopak mobilizaci pacienta jako prvek prevence pádu? Jak tyto činnosti zajišťujete?
19. Použila jste někdy restriktivní opatření u pacienta s rizikem pádu? Pokud ano, jaká?
20. V jakých situacích používáte postranice u lůžka?
21. Používáte postranice u pacientů s rizikem pádu? Z jakého důvodu?
22. Aplikujete ošetrovatelský proces v péči o pacienta?

23. Používáte ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA?
24. Jaké další ošetrovatelské diagnózy nejčastěji zároveň používáte u pacienta s diagnózou riziko pádu?
25. Jak edukujete pacienta při hospitalizaci, aby nedošlo k pádu?
26. Edukujete pacienta a jeho příbuzné před jeho propuštěním o prevenci pádu?
27. *Na vaše oddělení byl dnes dopoledne přijat muž, 70 let, dezorientovaný časem a místem. Jeho chůze je nejistá, za pomoci jedné hole. Brýle používá pouze na čtení. Slyší dobře. Ze screeningu pádu jste zjistila, že má střední riziko pádu. Muž odpoledne přechází po oddělení, opakovaně zmateně vchází na ostatní pokoje. Objektivně je unavený a slabý. Co uděláte?*

#### Příloha 4 – Otázky k rozhovoru s pacienty

1. Hospitalizace na oddělení ....
2. Kolik je Vám let?
3. Kolikátý den jste hospitalizován/a a z jakého důvodu? Je to Vaše první hospitalizace v nemocničním zařízení?
4. Měl/a jste nějaké potíže s chůzí někdy v minulosti?
5. Máte nyní potíže s chůzí? Pokud ano, jak dlouho máte tyto potíže a co Vám pomáhá?
6. Používáte nějaké kompenzační pomůcky, pokud ano, jaké?
7. Upadl/a jste někdy v minulosti?
8. Víte, že máte riziko pádu? Jak jste se dozvěděla o svém riziku pádu?
9. Máte strach z pádu?
10. Při jakých činnostech potřebujete pomoc personálu/sester?
11. Užíváte nějaké léky, doplňky stravy a vitamíny? Pokud ano, jaké?
12. Máte nějakou zvláštní dietu? Kolik denně vypijete tekutin?
13. Co děláte pro udržení fyzické aktivity a soběstačnosti?
14. Provedla Vás sestra po oddělení? Seznámila Vás s denním režimem?
15. Co děláte v průběhu celého dne? Máte strach, že při některé z těchto činností upadnete?
16. Máte nějaké bolesti bránící v pohybu? Co Vám pomáhá proti bolesti?
17. Máte v noci na pokoji zapnuté noční světlo?
18. Máte v dosahu ruky signalizaci - zvoneček? Víte, jak ji používat?
19. Máte na lůžku zvednuté postranice? Pokud ano, popište své pocity ze zvednutých postranic.
20. Měl/a jste někdy nasazený kurty?
21. Chodí za Vámi návštěvy? Bydlíte sama nebo s rodinou, má Vám kdo doma pomoci?
22. Jak byste předcházel/a pádům po propuštění domů?