

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

**RIZIKOVÝ PLÁN V SOUVISLOSTI S PREVENCÍ ÚRAZŮ
U KLIENTŮ DOMOVA SV. ALŽBĚTY**

Bakalářská práce

Autor práce: Markéta Myslivcová

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3. května 2013

ABSTRAKT

Úrazy představují závažné a diskutované téma zdravotně sociální problematiky, zejména u početné a stále přibývajících populace nad 65 let. Osoby vyššího věku se stávají ohroženou skupinou pro svou větší zranitelnost a křehkost.

Celou bakalářskou práci spojuje jediná snaha: vymezit profil seniora, který je ve svém prostředí a svou vlastní biologicko-psychickou nestabilitou zvýšeně ohrožen pro vznik úrazu, odhalit rizikové situace a jevy a především nalézt preventivní opatření, které mohou poskytnout starším lidem reálné východisko, jak zraněním předejít.

V teoretickém pojednání je nejprve objasněn význam tělesných, duševních a sociálních změn ve stáří. Vzhledem k úzkému okruhu sledovaných bylo považováno za důležité krátce představit posláni Domova sv. Alžběty, kde probíhal následný výzkum a identifikovat uživatele této sociální služby – domova pro seniory. V zásadě lze říci, že místní klienti odpovídají charakteristice seniorů deteriorovaných, disabilních a křehkých. Proto vykazují vysokou míru rizika úrazu. V samostatné kapitole jsou pak úrazy vyskytující se u geriatrických klientů přesněji klasifikovány a definovány. Pro efektivní prevenci je bezesporu nutné dobře znát zásadní rizikové faktory vedoucí k potenciálnímu vzniku poranění, a které vychází z vnějších a vnitřních příčin. Teprve na základě těchto znalostí je možné přistoupit k preventivní strategii. Práce s rizikem vyžaduje správné pochopení tohoto fenoménu a neobejde se bez zvažování míry přijatelnosti rizikové situace. Nese s sebou i otázky odpovědnosti a svobodného rozhodování klienta pro určitý počin. K těmto aspektům výrazně přispívá proces individuálního plánování, od kterého se posléze odráží i sestavený rizikový plán konkrétního klienta. Tvorbě a realizaci rizikového plánu se věnuje závěrečná kapitola teoretické části bakalářské práce.

Praktická část je provedena trojitým výzkumným postupem – sekundární analýzou dat, zúčastněným pozorováním a přímými rozhovory se zaměstnanci Domova.

Nastaveným cílem je rozbor úrazů u klientů Domova sv. Alžběty za období uplynulých 10 let a následné vyvození preventivních opatření, zejména pomocí zpracování rizikového plánu. Ze zjištěných údajů vychází najevo podstatné skutečnosti, které mohou být jasným varovným signálem pro pečující personál. Jedná se zejména

o zvýšenou pozornost u klientů chodících s dopomocí kompenzačních pomůcek, se smyslovými poruchami, klientů polymorbidních a chronicky nemocných, užívajících léky se sedativním nebo diuretickým účinkem. Přínosným poznatkem je vyšší riziko pádu při přesunech klienta z lůžka na nezabrzdný vozík či WC-křeslo, zejména při nedostatečném obutí. Podobně nebezpečná se jeví chůze ve vysokém chodítku bez přítomnosti druhé osoby, nebo chůze v prostorách, kde nejsou k dispozici madla. Díky autentickým rozhovorům, pořizovaných v rámci výzkumné práce, je více než zřejmé, že personál chce být ve spolupráci s klientem aktivním článkem v realizaci preventivní strategie. Tvorba rizikového plánu a naplňování jeho kroků je toho viditelným důkazem.

Propojením teoretické a výzkumné části jsou porovnávána fakta z dostupných informačních pramenů s poznatky vlastního šetření použitím výše zmíněných kvalitativních metod. Výsledky získané v Domově sv. Alžběty odhalují poměrně shodné skutečnosti s názory popsány v odborné literatuře.

Z celého kontextu bakalářské práce vyplývá, že problematika úrazů je tématem stále aktuálním, o čemž svědčí jak dostupné údaje z literárních zdrojů, tak vlastní poznatky z praktického výzkumu. V posledních letech vstupuje do popředí důraz na svobodnou volbu a autonomii seniorů, proto se upouští od restriktivních opatření jako jediných protiúrazových preventivních prostředků. Novým a prvořadým přístupem ke klientům v domovech pro seniory má být individuální partnerský vztah, projevující se společnou snahou v hledání a nacházení řešení. Příkladem se může stát individuální rizikový plán klienta, který, jak se zdá, má v konečném důsledku vyšší míru účinku, než direktivní zamezení činností a pohybu seniorů.

Závěrečným výstupem celé této práce je potvrzení nutnosti nových strategických přístupů k prevenci. Moderní pojetí zdravotně sociální péče vybízí ke komplexnímu pohledu na starého člověka. Proto i rizikový plán je chápán jako účinný preventivní prvek, který předchází úrazům a zároveň respektuje funkční schopnosti a veškeré bio-psycho-sociální možnosti klienta.

KLÍČOVÁ SLOVA

stáří, domov pro seniory, úraz, rizikový faktor, prevence, rizikový plán

ABSTRACT

Injuries represent a serious and widely discussed topic within the area of health and social care, especially related to the numerous and growing population of persons over 65 years of age. The elderly become a risk group owing to their vulnerability and fragility.

This bachelor's thesis aims to define a profile of a senior in his own environment and by his bio-psychological instability increasingly in danger of an injury, to reveal the related risk factors and situations and above all to find precautions, which can provide the elderly with a way to prevent injuries.

The theoretical part explains the significance of physical, mental and social changes in old age. Due to the small size of the observed group it was considered essential to shortly introduce the function of Domov sv. Alžběty (St. Elisabeth's Nursing Home), where the following research took place and to identify the clients of this social service – senior's home. Generally, we can say that the clients represent the characteristics of deteriorated, disabled and vulnerable. Therefore they embody a high risk level of injuries. A separate chapter explains, classifies and defines injuries occurring within the group of geriatric clients. For effective prevention it is without a doubt essential to know the risk factors leading to a potential injury, and which results from internal and external causes. Based on such knowledge it is possible to accede to a preventive strategy. Work with a risk requires a correct understanding of this phenomenon and considering acceptability levels of given risk situation is necessary. It also brings along questions of responsibility and self-determination of the client. These aspects are strengthened by the process of individual planning which is later reflected by an individual risk plan of a particular client. The final chapter of the theoretical part of this bachelor's thesis is deals with creation and realization of such risk plan.

The practical part was realized using a triple research method: secondary analysis, involved observation and direct interviews with employees of Domov sv. Alžběty. The goal that was set for this paper is to analyze injuries of clients of Domov sv. Alžběty within the past 10 years and to deduce precautions by drawing a risk plan. The results of this research show essential facts that can be a clear warning signal

for the nurses. Enhanced attention is particularly necessary in relation to clients walking with compensational aid, with sensorial malfunctions, polymorbidity or chronically ill, using medications with sedative or diuretic effects. There is a higher risk of fall when transferring a client from bed to unlocked wheelchair or toilet chair, especially without proper footwear. Similarly dangerous appears walking with a high walker outside presence of another person or walking in areas where there are no handrails. Owing to authentic interviews made during the research, it is more than obvious that the staff is willing to become an active player in realizing preventive strategy. Work on the risk plan and applying its steps is a visible proof of it.

By integrating the theoretical and research parts of the thesis, the facts from relevant literature are compared to information obtained within practical research using the above described qualitative methods. The results acquired in Domov sv. Alžběty reveal very concordant fact to those described in scientific literature.

The general context of this bachelor's thesis suggests that the issue of injuries is still an up-to-date topic as is proved by data gained from literature as well as those resulting from practical research. Recently the importance of self-determination and autonomy of the seniors has become more emphasized, and therefore restrictive measures as the only injury precautions have been left away.

The new and primary approach towards the clients in the nursing homes should be based on individual partnership showing in common effort to seek and find solutions. Individual risk plan of a client, which seems to be more effective than directive restrictions of the seniors' activity could serve as an example of such approach.

The final output of this thesis is a confirmation of the necessity to introduce new strategic approach to prevention. The modern concept of health and social care highlights a complex perspective towards the elderly. Therefore a risk plan is understood to be an efficient factor of prevention of injuries which respects the functional abilities and all bio-psycho-social possibilities of the client.

KEY WORDS

age, nursing home, injury, risk factors, prevention, risk plan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Rizikový plán v souvislosti s prevencí úrazů u klientů Domova sv. Alžběty vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby též elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů 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, 3. května 2013

.....
Markéta Myslivcová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a ochotu vyjít mi vstříc.

Díky patří mé mamince a spolusestrám z Kongregace Milosrdných sester sv. Františka za jejich velkou podporu během celého studia. Především však děkuji dobrému Bohu za vše, co mi daroval.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 ZMĚNY VE STÁŘÍ A ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	12
1.1.1 Biologické aspekty stárnutí.....	13
1.1.2 Psychické aspekty stárnutí.....	14
1.1.3 Sociální aspekty stárnutí.....	15
1.2 POSLÁNÍ A CHARAKTERISTIKA DOMOVA SV. ALŽBĚTY.....	16
1.3 IDENTIFIKACE KLIENTŮ DOMOVA PRO SENIORY Z HLEDISKA ÚRAZŮ..	17
1.3.1 Geriatrická deteriorace.....	17
1.3.2 Disabilita.....	18
1.3.3 Geriatrická křehkost.....	18
1.4 KLASIFIKACE ÚRAZŮ SENIORŮ.....	19
1.4.1 Pády.....	20
1.4.2 Dopravní nehody.....	22
1.4.3 Popáleniny.....	22
1.4.4 Poranění úderem.....	23
1.4.5 Úrazy měkkých tkání.....	23
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY ÚRAZŮ U SENIORŮ.....	24
1.5.1 Rizikové faktory vnitřní.....	24
1.5.2 Rizikové faktory vnější.....	25
1.6 PREVENTIVNÍ STRATEGIE V DOMOVĚ PRO SENIORY.....	25
1.6.1 Primární prevence.....	26
1.6.2 Sekundární prevence.....	27
1.6.3 Terciální prevence.....	27
1.7 PRÁCE S RIZIKEM U KLIENTŮ DOMOVA SV. ALŽBĚTY.....	28
1.8 RIZIKOVÝ PLÁN JAKO SOUČÁST INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ.....	28
1.9 TVORBA A REALIZACE RIZIKOVÉHO PLÁNU V DOMOVĚ SV. ALŽBĚTY.....	29
1.9.1 Mapování rizikových oblastí.....	31
1.9.2 Posouzení rizik.....	32

1.9.3	Podílející se osoby.....	34
1.9.4	Návrh řešení	34
1.9.5	Vyhodnocení rizikového plánu klienta	35
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.1	CÍL PRÁCE	36
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
3	METODIKA	37
3.1	DRUH VÝZKUMU	37
3.2	VÝZKUMNÉ METODY	37
3.3	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	38
4	VÝSLEDKY	39
4.1	VYHODNOCENÍ ANALÝZY DAT	39
4.1.1	Bilance úrazů a zraněných klientů	39
4.1.2	Výskyt úrazových diagnóz.....	40
4.1.3	Klasifikace úrazu podle závažnosti	41
4.1.4	Prostředí, ve kterém došlo k úrazu	42
4.1.5	Aktivity, při kterých došlo k úrazu.....	42
4.1.6	Sledování vnitřních faktorů.....	43
4.1.7	Sledování vnějších faktorů.....	46
4.2	VYHODNOCENÍ POZOROVÁNÍ	47
4.3	VYHODNOCENÍ DOTAZOVÁNÍ.....	52
5	DISKUZE.....	64
6	ZÁVĚR	69
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	71
8	PŘÍLOHY	78

ÚVOD

Život nás všech probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách, přičemž každá tato etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je. Každé vývojové období nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje. To platí i o období stárnutí a stáří. Všeobecně je stáří vnímáno spíše negativně, z pohledu ztrát možností a radostí života, naděje a optimismu (31). V Domově sv. Alžběty v Žernůvce však pohled na člověka ze strany pečujících, i pohled samotného uživatele služby na sebe samého, by měl být jiný. Při jistých omezeních a možná i neschopnosti samostatného života místních klientů lze přesto každodenní život pojmout jako aktivní vyjádření svého „já“, jako partnerský vztah mezi člověkem závislým na péči a osobou mu pomáhající, jako možnost realizace toho, co právě klient cítí, vnímá, co chce vyjádřit či uskutečnit.

Záměrem mé bakalářské práce je analyzovat úrazy klientů v Domově sv. Alžběty – domově pro seniory, zároveň navrhnout preventivní opatření za použití nově vytvořených rizikových plánů, avšak neztratit ze zřetele individualitu každého jednotlivého klienta, který i nadále zůstává ve středu naší pozornosti, se svými plány, přáními a seberealizací. Mým cílem je zdůraznit nutnost prevence úrazů při každodenním životě seniorů v pobytovém zařízení sociální péče, ale zároveň neodsunout svobodu, autonomii a přirozený přístup k všedním událostem, k obyčejným činnostem lidí. Rizikový plán může být velkou pomocí pro pečující personál v předcházení úrazů seniorů, avšak skutečnou pomocí je především tehdy, pokud zachováme v popředí respekt k jedinečnosti osoby, kterou máme před sebou.

Je tedy na místě zabývat se úskalími, která seniorům hrozí, posoudit konkrétní rizikové situace, naučit se s těmito situacemi pracovat a riziko dle možností snižovat, přičemž dovolit našim klientům zkušenosti, zážitky a realizaci vlastních přání a tužeb. Je naší snahou zvýšit nebo alespoň co nejdéle udržet stávající soběstačnost klienta za předpokladu, že jako poskytovatelé sociální služby mu zajistíme náležitý dohled, dopomoc a bezpečnost v rozsahu, který je možný.

V průběhu své práce se chci dotknout témat, která nám odhalují proměny a změny starších lidí v oblasti tělesné, psychické a sociální. Z toho lze snadno vyvodit, jací jsou povětšinou klienti domovů pro seniory, konkrétně obyvatelé Domova sv. Alžběty. Chci zacílit pozornost na nejčastější úrazy seniorů, stejně tak jako na rizikové faktory, které k nim mohou vést. Východiskem a dobrým řešením je zaujmout včasný preventivní postoj, ovšem za předpokladu, že klientům zůstane i nadále zachována svoboda v rozhodování, prostor pro vlastní přání a snad i určitá volnost k tomu, co považují momentálně za svůj přínos a cíl. Rozhodně bych nechtěla, aby nové nastavení rizikových plánů v domově pro seniory vedlo k „přepečování“ našich klientů ze strachu, aby se jim nepříhodilo něco zlého. Riziko totiž neodmyslitelně patří do našeho obyčejného, všedního života a každý z nás občas riskuje, pokud z toho určitým způsobem profituje.

Moderní pojetí péče v sociálních službách dostává v posledních letech novou dimenzi. V našich zemích sice není ještě příliš pochopena, ale v podstatě jde o jediné: aby i senior, kterému ubývá síl, nepřestal být plnohodnotným člověkem, se svým vlastním názorem, se svými představami o životě a třeba s touhou prožít tento den úplně obyčejně a všedně, tedy tak jako dřív. To pro něj ovšem neznamená plně se poddat řádnému režimu ošetrovatelské péče, ani to neznamená vytvořit kolem sebe sterilní prostředí bez hrozících rizik. Je umění rozpoznat a rozumově zvážit, která rizika jsou přiměřená, zvýšená a která již nebezpečná. V závislosti na tom, jakému stupni rizika čelíme, mění se i naše strategie, jak s rizikovou situací pracovat.

Mým přáním je, aby tato práce byla impulzem pro nový, nedirektivní postoj nejen k seniorům, ale i k dalším uživatelům sociálních služeb, aby mohli žít svůj vlastní příběh a zároveň vnímali naši podporu a bezpečí.

1 SOUČASNÝ STAV

Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje úrazy všeobecně za velmi významný zdravotně sociální problém v rozvinutých zemích světa. Nejedná se pouze o úrazy související s rozvojem automobilismu, které anglické zdroje literatury označují jako „high energy trauma“, ale je třeba neopomenout ani úrazy nízkoenergetické „low energy“ (6). Zejména pro seniorskou populaci představují tyto úrazy reálnou hrozbu ohrožující nejen jejich zdraví, ale i kvalitu života, kdy v důsledku úrazu může dojít k následné invalidizaci a omezení každodenních aktivit. Pochopitelně záchranné práce, léčba, rehabilitace a sociální dávky pro postižené úrazem jsou spojeny s vysokými finančními náklady. Mnoho starých lidí se po úraze stává závislými na pomoci jiných. Je důležité si uvědomit, že stav seniorů je častokrát odlišný od poúrazového stavu mladších osob. Pro seniora i menší úraz může znamenat značné snížení kvality života. Vhodnou prevencí, která má být každodenní, systematická a dlouhodobá, lze rizikovým situacím vedoucím k úrazu do jisté míry zabránit. Jde však o záležitost multidisciplinární a zároveň i s aktivním podílem samotných seniorů (10).

Na druhou stranu není přínosem rizikové situace nadměru přeceňovat. Určitá míra rizika je v podstatě přítomna skoro v každé lidské činnosti, v každodenním životě. V sociálních službách považujeme za nesmírně důležité naučit se přijmout přiměřené riziko a zároveň dbát na bezpečí uživatelů sociální služby (46), v našem případě klientů z Domova sv. Alžběty. I rizikové situace patří do běžného života. Domov pro seniory nemá a nechce být ochrannou institucí, která omezuje svobodnou volbu a samostatné rozhodování uživatelů této sociální služby. Má však být místem, kde senioři tráví závěr svého života s podporou rozvoje vlastních kompetencí, nezávislosti a samostatnosti v tom, co ještě sami zvládají, což jednoznačně podporuje jejich sebevědomí.

Tento nový náhled na poskytování péče se odráží i ve změně přístupu k politice služeb pro seniory v rámci zemí Evropské unie. Většina zemí západní Evropy si v tomto smyslu prošla podstatnými změnami a došlo k celkovému posunu v chápání seniorské populace směrem k rozvoji autonomie a dosavadního potenciálu starého člověka (28).

Uvedené ideové vlivy přispívají k modernímu pojetí péče v domovech pro seniory i v naší zemi.

Klerk uvádí tři základní snahy a přístupy, které bychom v sociálních službách neměli přehlížet. Jedná se o sociální reaktivaci, tzn. podporu při formulaci vlastních zájmů a hledání řešení problémů, dále sociální prevenci - ve smyslu prevence sociálního vyloučení s podporou nezávislého rozhodování o vlastním životě, a v neposlední řadě individualizovanou pomoc a péči, která pomáhá udržet nebo obnovit bio-psycho-sociální a spirituální rovnováhu seniora (25).

Výše zmíněné pojetí je Domovu sv. Alžběty velmi blízké a ve službě klientům zásadní. Podpora aktivního života, přirozený život ve společenství nikoli v neosobní instituci a zároveň záruka individualizované pomoci a podpory jsou hlavními prioritami všech, kdo se podílejí na chodu a fungování naší sociální služby.

Jestliže tedy chceme dobře pracovat s rizikovými situacemi, náš pohled by měl být vyvážený. Pokud bychom vnímali pouze ohrožení, náš postoj by byl příliš úzkostlivý, což by potažmo mohlo vést k přehnanému omezování klientů, se kterými pracujeme. Pokud bychom naopak nedbali na možná ohrožení a potenciální riziko vzniku úrazu, zvýšeně riskujeme a klienti domova pro seniory se pak opravdu mohou dostat do zbytečného nebezpečí (46).

1.1 ZMĚNY VE STÁŘÍ A ASPEKTY STÁRNUTÍ

Přestože každý člověk žije svůj život zcela jedinečným způsobem, lze se shodnout na faktu, že s vyšším věkem přicházejí i jisté změny odehrávající se v rovině tělesné, psychické i sociální (52). Některé skupiny starých lidí se nedokáží účelně na změny svého zdravotního stavu nebo životních podmínek adaptovat. V této souvislosti se objevuje fenomén tzv. rizikových gerontů. Za rizikového geronta je považován senior, který je vystaven působení některých nepříznivých bio-psycho-sociálních faktorů a není schopen se rychle a účelně přizpůsobit aktuálním změnám ve svém životě. Specifická rizika ve stáří se vyznačují komplexností, kdy psychická nebo sociální složka nebezpečí je obvykle spojena se složkou tělesnou, respektive se zdravotním stavem starého člověka (16).

Pro lepší pochopení seniorské populace a procesu stárnutí jako takového, uvedu několik základních aspektů vedoucích ke změnám organismu ve vyšším věku. Je jisté, že vlastní průběh stárnutí a stáří je ovlivněn celou řadou okolností. Ty pak rozhodují o tom, jak u konkrétního jedince stárnutí fyzicky probíhá a jak se s ním dotyčný člověk vyrovnává. Podle toho popisujeme biologické, psychologické a sociální aspekty stárnutí (31).

Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost jedince vést plný, kvalitní a nezávislý život. Z tohoto chceme tedy vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Cílem sociální služby domova pro seniory a veškerých opatření by mělo být zlepšení či udržení stabilizovaného zdravotního stavu seniorů, jejich soběstačnosti a kvality jejich života. Na druhou stranu je nutné také uznat a připustit, že právě stáří je obdobím, kdy některé potíže, poruchy a nemoci přicházejí častěji a lidé vyššího věku jsou také častějšími klienty zdravotních a sociálních služeb (13).

1.1.1 Biologické aspekty stárnutí

Biologické aspekty stárnutí představují typické tělesné změny ve stárnoucím organismu. Změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a různou mírou intenzity. Souvislost zde nacházíme především s výskytem nemocí obvyklých ve stáří (31).

Po tělesné stránce dochází k jistým změnám. Objevuje se celková atrofie postihující všechny orgány a tkáně, dochází k atrofii kůže, svalů, jater atd. Snižuje se elasticita orgánů a tkání, což je znatelné zejména v cévním systému a v plicích (16). Typické pro cévy starších lidí je, že jsou fragilní, sklerotické, s menší tendencí k hojení (34). Je též snížena elasticita a výkonnost kosterního svalstva. Klesá funkce endokrinních žláz, což vede k hormonální nerovnováze. Dochází ke snížení objemu intracelulární tekutiny a mění se složení vody v organismu. Zvyšuje se obsah tělesného tuku. Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru. Svalová ochablost má za následek shrbenou pozici těla. Změny v minerálovém hospodářství vedou k nižším hodnotám vápníku v kostech (16). Častou chorobou stáří je osteoporóza

a vyšší lomivost kostí, postihující difúzně celou kosterní soustavu a bývá příčinou závažných zlomenin s následnými komplikacemi (34). Objevují se změny na kůži, v důsledku nižšího obsahu vody je kůže suchá, tenká, svraštělá a pozorujeme snížený kožní turgor. Časté jsou také poruchy činnosti nervového systému – a to na úrovni centrální i periferní. Snižuje se funkce senzitivních nervů, vzniká senilní porucha motoriky – zhoršení pohybových schopností, porušení stability, problém udržet rovnováhu. Objevují se poruchy spánku – insomnie (subjektivně nedostatečná kvalita spánku, obtížné usínání, časté noční buzení, mělký spánek, časně probuzení). Projevují se metabolické změny, zejména poruchy glukózové tolerance. Snižuje se též bazální metabolismus, omezuje se adaptabilita na změny tělesné teploty (16). Vznikají změny v oběhovém systému – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány (22). Se snížením poddajnosti arteriálního řečiště u seniorů souvisí výrazný výskyt hypertenzní choroby (57). Nastávají změny v dýchacím systému – snižuje se poddajnost plic, klesá vitální kapacita plic. Problémem ve vylučovací soustavě bývá v seniorském věku zejména močová inkontinence a snížení filtrační schopnosti ledvin (31). V trávicím systému klesá motilita trávicí trubice, je snížena kyselost žaludečních šťáv, vyprazdňování žaludku se zpomaluje. Klesá schopnost vstřebávání vitamínů a minerálů, atrofují buňky Langerhansových ostrůvků v pankreatu – často vzniká diabetes mellitus. Pomalá střevní peristaltika vede k zácpě. Zhoršuje se funkce smyslových orgánů – snižuje se chuť, čich, hmat, sluch i zrak. Dochází k úbytku akomodační schopnosti oka a zhoršuje se vidění do blízka, zhoršuje se stav čočky, zvyšuje se výskyt glaukomu a katarakty, celkové atrofické změny pak vedou ke snížení zrakové ostrosti, zhoršení vidění za šera apod. Atrofické změny sluchových drah vedou ke stařecké nedoslýchavosti – prasbyakuzii (16).

1.1.2 Psychické aspekty stárnutí

Stáří je též ovlivněno psychickými aspekty. Zejména se poukazuje na souvislost mezi tělesnými změnami a psychologickým vnímáním těchto změn. Gradující biologické změny organismu jsou seniorem negativně prožívány a následně se projevují změnami psychickými, v některých případech i změnami intelektovými. Obecně se však

předpokládá, že i přes pokračující věk by nemělo v psychické oblasti a rysech osobnosti docházet k zásadním změnám. Ve fyziologickém stárnutí dochází k psychickým změnám většinou pozvolna (31). Pro psychickou oblast a intelektové schopnosti jsou typické především tyto změny: snižují se kognitivní a gnostické funkce – dochází tak ke zvýšenému zapomínání, snížení schopnosti paměti, koncentrace, výbavnosti, schopnosti rozpoznat viděné předměty či rozumět slyšeným zvukům. U seniorů se setkáváme se snížením fatických funkcí – tj. zhoršenou funkcí řeči, s poklesem schopnosti cokoli pojmenovat nebo porozumět řeči (16). Objevuje se nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, obtížnější osvojování nového. Je zvýšena emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů. Jindy pozorujeme citovou oploštělost, ztrátu schopnosti citových prožitků (52). Dochází k celkovým povahovým změnám – mění se někdy pozitivní vlastnosti do neutrálních až negativních, nebo naopak. Dále bývá znatelný celkový nebo částečný pokles zájmu seniora. Typické bývají i změny v pořadí hodnot, v popředí bývá orientace na rodinu a zdraví. Mění se také potřeby – senioři se orientují více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti, duchovních potřeb a spirituality (16).

1.1.3 Sociální aspekty stárnutí

Sociální aspekty ovlivňující stáří mají podstatný vliv na celkovou kvalitu života seniorů. Příležitost spolupracovat a spolupodílet se na fungování společnosti nebo komunity jim přináší pocit autonomie a důstojnosti. Pokud dochází u starších lidí k úbytku a oslabení sociálních kontaktů a společenských aktivit, důsledkem bývá ztráta pocitu potřebnosti (13).

Negativními sociálními aspekty ve stáří rozumíme omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech, odchod do důchodu, zhoršení participace na dříve vykonávaných oblíbených činnostech. Patří sem i tzv. generační osamělost po úmrtí partnera, zhoršení kontaktů s přáteli a jinými osobami, případně omezení rodinných kontaktů. Přibývá strachu z osamělosti a nesoběstačnosti, strachu z budoucnosti, stejně tak jako obav z nutnosti fyzické závislosti na druhých v důsledku nemoci, pohybového nebo smyslového omezení (31).

Pozitivními sociálními aspekty ve stáří jsou beze sporu funkční rodina a dobré rodinné vztahy, respektive pevná citová pouta. Důležitá je též možnost uspokojování vlastních potřeb (16). Kromě udržování sociálních kontaktů s rodinou a přáteli se považuje za významný pozitivní sociální aspekt i zachovávání kulturních a občanských aktivit, udržování přístupu k základním službám, např. nakupování, zdravotní péče, stejně jako zachování pocitu bezpečnosti ve svém vlastním okolí (13).

Z těchto bio-psycho-sociálních aspektů je nutno vycházet pro pochopení a snazší posouzení rizikových situací, které se u seniorské populace mohou vyskytovat a přímo či nepřímo ohrožovat každodenní běh života člověka ve stáří.

1.2 POSLÁNÍ A CHARAKTERISTIKA DOMOVA SV. ALŽBĚTY

Domov sv. Alžběty je nestátní nezisková organizace, jejímž zřizovatelem je Kongregace Milosrdných sester III. řádu sv. Františka. Jde o domov pro seniory, nacházející se 15 km severozápadně od Brna v Tišnovském regionu. Posláním tohoto zařízení je vytvořit nový domov a poskytnout sociální služby a odbornou zdravotní péči v duchu křesťanské lásky a respektování náboženské svobody seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Domov sv. Alžběty poskytuje pobytové služby osobám dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., které se v důsledku svého věku ocitly v nepříznivé zdravotní a sociální situaci, kterou nejsou schopny překonat ve vlastním prostředí ani za pomoci jiných typů sociálních služeb nebo rodiny a potřebují každodenní pomoc při zajištění svých potřeb. Zařízení je uzpůsobeno pro péči o seniory imobilní, odkázané na invalidní vozík, užívající kompenzační pomůcky, pro dlouhodobě a nevléčitelně nemocné (9).

Domov sv. Alžběty má kapacitu 46 lůžek. Ubytování klientů je v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Každý pokoj má vlastní sociální zařízení (umyvadlo, WC, sprchu). Pokoje jsou vybaveny elektricky polohovacími lůžky, signalizací, novým nábytkem a telefonem. Klient může používat vlastní televizi a rádio. K dispozici je jídelna, knihovna, kaple, společenská místnost, návštěvní místnost a areál zahrady. Bezbariérové vstupy a lůžkový výtah umožňují přístup do těchto prostor i imobilním klientům (9).

1.3 IDENTIFIKACE KLIENTŮ DOMOVA PRO SENIORY Z HLEDISKA ÚRAZŮ

Přestože život dnešního člověka prochází značným rozvojem a velkými pokroky v oblasti vědy a techniky, zůstává otázka prevence úrazů, bezpečnosti a snižování rizik vedoucí k pádům a poraněním stále aktuální. Této problematice se věnuje náležitá pozornost a to jak v domácím prostředí seniorů, v dopravě, tak i ve zdravotnických zařízeních či v domovech pro seniory.

Světová zdravotnická organizace ve svém programu Zdraví 21 předkládá ve 4. kapitole mimo jiné i návrhy a postupy vedoucí k snižování rizikových faktorů pro poranění a úrazy. Konkrétním cílem č. 9 usiluje snížit do roku 2020 počty zranění, postižení a úmrtí v důsledku nehod a úrazů (56). V tomto duchu se chceme zaměřit na prevenci úrazů i v Domově sv. Alžběty. Uživatelé sociálních služeb v tomto zařízení jsou z hlediska úrazovosti identifikováni jako vysoce riziková, především z důvodu involuční deteriorace, křehkosti a disability. Tyto tři jevy považují za velmi podstatné k uvědomění si rizika pro naše seniory. Pečující personál je musí brát vážně a v posuzování rizikových předpokladů musí vnímat tyto jevy jako varovné signály.

1.3.1 Geriatrická deteriorace

Involuční geriatrickou deteriorací máme na mysli multikauzální, ve stáří manifestující a narůstající změny ve smyslu povšechného zhoršování zdravotního a funkčního stavu, přibývání zdravotních problémů a deficitů, zhoršování zdatnosti a výkonnosti. Odolnost a adaptabilita je poměrně nízká a ubývají i funkční rezervy. Dle Kalvacha je geriatrická deteriorace podmíněna mnoha příčinami, tedy neváže se specificky na určitou chorobu, postihuje současně nebo postupně více orgánů a systémů, progreduje s věkem, vykazuje výraznou interindividuální variabilitu, má genderový aspekt (ženy vykazují vyšší naději na dožití, ale horší zdatnost), postihuje výrazněji funkci dolních končetin než horních a týká se více pohyblivosti než sebeobsluhy. Geriatrická deteriorace je částečně preventibilní, ovlivnitelná a reverzibilní (21).

1.3.2 Disabilita

Zdravotní postižení, invalidita, nezpůsobilost, disabilita jsou českými ekvivalenty odborného termínu „disability“ a odráží stupeň omezení v tělesných i mentálních funkcích (49). Disabilita je chápána jako funkčně významné chronické zdravotní postižení (dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav) omezující seniorovy aktivity a sociální role. Jde o závažný znevýhodňující zdravotně sociální faktor. Podle novelizované Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning Disability and Health), která se stala východiskem přístupu k ucelené rehabilitaci v rámci Evropské unie (15), byl pojem „disabilita“ vysvětlen jako omezení aktivit a participace, schopnosti zapojit se do běžných životních situací. Disabilita ve stáří může být přenesená z mladšího věku, včetně disability vrozené, nebo může být ve stáří nově vzniklá (21). Leveille a jeho spoluautoři rozčlenili geriatrickou disabilitu na 5 typů podle vedoucího symptomu na disabilitu podmíněnou bolestí, instabilitou, svalovou slabostí, nevykonností (či nezdatností, únavou) a disabilitu podmíněnou jinými obtížemi (29). U osob nad 70 let je hlavním kritériem disability neschopnost vést nezávislý život v komunitě, starat se o sebe a o svou domácnost. Mezi hlavní příčiny se řadí musculoskeletární, kardiovaskulární a neurologická onemocnění. Významné jsou též úrazy a pooperační stavy, senzorické poruchy a psychiatrická onemocnění (49).

1.3.3 Geriatrická křehkost

Geriatrická křehkost (frailty) se v posledních letech dostává do popředí geriatrických témat, a to koncepčně, klinicky i výzkumně. Operacionalizace pojmu zatím není zcela sjednocena, v zásadě však, jak popisuje Kalvach, můžeme geriatrickou křehkost vyložit jako multikauzálně podmíněnou a progresivně se zhoršující nízkou úroveň potenciálu zdraví s přibývajícimi typickými multisystémovými funkčními deficity, celkovým zhoršováním stavu a s narůstající disabilitou, s rizikem opakovaných dekompenzací zdravotního nebo funkčního stavu, typických geriatrických komplikací, potřeby zdravotní pomoci, ztráty soběstačnosti, ve většině případů s nutností institucionální péče. Zdravotnickým a pečujícím personálem je křehký senior vnímán

jako zastřešující, souhrnný koncept pro člověka věčného a zranitelného, nezdatného ve zvládnání instrumentálních aktivit denního života, závislého na podpoře a pomoci druhých osob (21).

Podle další definice je křehkost stavem se snížením funkčních rezerv. Důležité funkční rezervy jedince jsou redukovány v důsledku fyziologických i chorobných změn spojených se stářím (45).

V Domově sv. Alžběty jsou poskytovány sociální a zdravotní služby v převážné většině právě klientům s geriatrickou deteriorací, disabilitou a křehkostí, což se odráží i v posuzování při sociálním šetření pro příspěvek na péči. Klienti Domova sv. Alžběty jsou z velké části ve třetím a čtvrtém stupni závislosti, tedy s těžkou a úplnou závislostí na pomoci pečující osoby. Z těchto specifických obtíží je pak nutno vycházet pro sestavování rizikového plánu jako preventivního opatření před úrazy a pády.

1.4 KLASIFIKACE ÚRAZŮ SENIORŮ

U většiny laické populace se setkáváme s názorem, že úraz je výsledkem náhodných nekontrolovatelných okolností, které stojí mimo sféru lidského vlivu, proto jsou mnohdy označovány jako nehody. Vědecký přístup k epidemiologii a prevenci úrazů však napomáhá k objasnění této problematiky a tím otevírá prostor pro celospolečenský náhled na závažnost a zároveň nutnost účinné snahy o předcházení úrazovým situacím (5).

Definice úrazu se postupně vyvíjí, dnes je úraz definován jako „jakékoli neúmyslné nebo úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické nebo chemické energie anebo z nedostatku životně nezbytných energetických prvků a veličin, jako jsou kyslík nebo teplo“ (11, s. 109).

V seniorském věku představují úrazy závažný problém, který má přímou souvislost s křehkostí geriatrického klienta. Jsou totiž tím častější a závažnější, čím křehčí je zdravotní a funkční stav staršího člověka (20). Oproti mladší generaci může znamenat úraz významnou ztrátu soběstačnosti, mnohdy i trvalou. Léčba úrazů u starých lidí je složitější a delší, přičemž přináší mnohdy i horší výsledky a vyšší náklady. Poranění, které je u mladších dospělých snadno řešitelné a funkčně poměrně

málo významné, může pro geriatrického pacienta, který balancuje na hranici soběstačnosti, znamenat její ztrátu, mnohdy i trvalou. Stejně tak závažnější úrazy jsou spojeny s vyšší úmrtností než podobná poranění v mladším věku. U mladších jedinců se lze soustředit na samotný úraz, zatímco zranění starého člověka představuje komplexní problém, s ohledem na přidružené choroby, biologický věk, fyzickou a psychickou zdatnost (47). Hlavní příčinou úrazů ve stáří jsou pády, druhou příčinou jsou dopravní nehody, zejména jako nehody chodce. Specifickým poraněním u seniorů jsou též popáleniny. Typicky geriatrická je problematika poranění úderem či nárazem. Je však nutné věnovat pozornost i ostatním drobným úrazům, které se ve stáří hojí déle a často s komplikacemi (20). Souhrnně můžeme říci, že poranění osob vyšší věkové skupiny vyžaduje zvláštní pozornost, a to jak z důvodu výše zmiňované polymorbidity, limitujících hojivých procesů, tak i z důvodu možných rizik a komplikací při případném operačním řešení úrazu (33).

1.4.1 Pády

Nejčastějším mechanismem vzniku úrazu v seniorské populaci jsou pády. Proto se v této problematice jeví jako nezbytná cílená snaha o efektivní prevenci, neboť úraz způsobený pádem může vést u staršího člověka k závažnému poškození zdraví a následně bývá spojen i s řadou psychosociálních problémů (58). Obecně můžeme říci, že hlavní příčinou pádu je snížená schopnost rychle se adaptovat na ztížené a měnící se podmínky chůze, kdy starší člověk nezvládne udržet danou polohu – neboli nemá dostatečnou schopnost posturální adaptace (40).

Pádem označujeme událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi či na jiném níže položeném povrchu (54). Na základě amerického výzkumu z roku 2009 navrhuje Morseová dělení pádů na náhodné, fyziologicky nepředvídané a předvídané. Náhodným pádem rozumí situaci, kdy klient neúmyslně upadne, uklouzne či zakopne v důsledku selhání pomůcek nebo díky faktorům prostředí. Dalším typem je pád nepředvídaný, kdy fyzická příčina pádu není součástí klientova rizikového faktoru pro pád, a to tehdy, je-li způsoben náhlou akutní změnou zdravotního stavu, který do té doby nebyl předvídan. Zatímco předvídané pády se dějí klientům, kteří jsou

vyhodnocení jako rizikové pro pád (např. pád v anamnéze, zhoršená mobilita, užívání pomůcek k chůzi, porucha duševních funkcí apod.) (36).

Jiné dělení pádů nabízí ve svém projektu Jurásková, která pády pojímá z hlediska lokomoce. Pád zhroucením je nejčastěji spojen s náhlým zhoršením cerebrálního onemocnění (např. epilepsie, tranzitorní ischemická ataka, náhlý vzestup nitrolební hypertenze atp.), nebo z extracerebrálních příčin (např. ortostatická hypertenze, kardiální synkopa atp.) Pád skácením má příčinu v těžké poruše rovnováhy např. v důsledku mozkové ischemie či hemoragie. Pád zakopnutím je typický tím, že klient padá dopředu s nataženými horními končetinami. Hlavní příčinou zde bývá zakopnutí o překážku nebo porucha chůze. Jiným typem pádu je pád zamrznutím, kdy stejně jako u předchozího typu pohyb klienta směřuje dopředu, avšak důvodem je zaráz dolní končetiny v průběhu chůze, takže tělo pokračuje v pohybu, ale nedojde k vykročení. Poslední skupinu tvoří nediferencované pády, které nelze fenomenologicky zařadit; příčinou bývá obvyčejná nepozornost nebo nepřizpůsobení stylu chůze podlaže atd. Tyto pády bývají typické u osob s demencí či u klientů s poruchou sensorických funkcí (19).

Pády jsou závažným, mnohdy častým úrazovým problémem v domovech pro seniory. Bylo zjištěno, že mezi klienty těchto zařízení se pády vyskytují častěji a opakovaně. Důvodem je skutečnost, že incidence pádu stoupá s věkem, s množstvím chronických onemocnění, s mírou nutnosti péče a podpory. Obyvatelé domovů pro seniory jsou v tomto ohledu obecně slabší, než jejich vrstevníci dosud žijící ve své původní domácí komunitě (3). Obvykle dochází ke zlomeninám. Závažná bývá především fraktura horní části kosti stehenní, jednak pro operační riziko, jednak pro následnou imobilizaci a nesoběstačnost pacienta. Setkáváme se též se zlomeninami žeber, předloktí, obratlů. Výjimkou nejsou ani pády s poraněním hlavy, kdy dochází k tržným ranám, případně otřesu mozku (51).

Zranění po pádu můžeme v zásadě dělit do tří skupin. Lehkým zraněním máme na mysli odřeniny, zhmožděniny nebo drobné tržné rány. Za středně těžké zranění považujeme sutury větších ran, zlomeniny a úrazy hlavy nevyžadující hospitalizaci, avšak ambulantní ošetření lékařem je nutné. Třetí skupinu tvoří těžké úrazy po pádu,

kdy je nezbytná observace, operace či další léčba za hospitalizace. Těžké úrazy znamenají vážné ohrožení na životě. Mimo fyzické poškození nesmíme přehlédnout ani důsledky psychologické a sociální, jako je strach, nejistota a úzkosti z dalšího pádu, potažmo nedůvěra v sebe sama. To často vede k funkčnímu omezení a snížené mobilitě (54).

1.4.2 Dopravní nehody

Druhou hlavní příčinou úrazů ve stáří jsou dopravní nehody, zvláště významný je podíl seniorů chodců a cyklistů. Tyto úrazy patří k nejzávažnějším úrazům s vysokou úmrtností, s vysokým podílem trvalých následků, dlouhodobého léčení, dochází k výraznému zhoršení soběstačnosti, a tím ke snížení kvality života (20). V této souvislosti se u osob vyššího věku setkáváme s poškozením měkkých tkání, svalů, šlach a poškozením kostí převážně zlomeninou (13). V Domově sv. Alžběty se s touto alternativou pro vznik úrazu setkáváme minimálně, vzhledem k umístění zařízení mimo frekventovanou zónu, avšak bezpečnost klientů v prostorách vjezdu či parkoviště nelze podceňovat.

1.4.3 Popáleniny

Popáleniny u seniorů jsou specifickým typem poranění, které vzniká v důsledku přímého působení ohně nebo jako následek opaření, pádem na tepelný zdroj či jako úraz elektrickým proudem. Výjimkou nejsou ani úrazy spojené s poleptáním kůže nebo sliznic. Značnou roli zde hraje rizikový faktor demence nebo porucha zraku (20).

Diagnostický postup při popáleninách se určuje podle procentuálního rozsahu popálenin a zároveň podle stáří pacienta. Při hodnocení závažnosti popáleniny je nutné zohlednit kromě plošného rozsahu také hloubku postižení. První stupeň představuje poranění epidermis (pokožky), druhý stupeň značí poškození epidermis a dermis (kožní škáry), typickým znakem je puchýř. Druhý stupeň se dělí na povrchový a hluboký stupeň popáleniny. Třetí stupeň představuje poškození kůže v celé její tloušťce, typickým znakem je zde nebolestivost, nekróza. Čtvrtým stupněm označujeme progresi poškození do hlubších struktur (fascie, svaly, šlachy). Tento stav se označuje

již jako zuhelnatění. Někteří autoři však čtvrtý stupeň spojují se třetím (41). Prognóza při popáleninách třetího a čtvrtého stupně je dána známým pravidlem: sečteme-li věk pacienta a procentuální hodnotu popáleného povrchu těla, lze určit naději na přežití. Je-li tento součet vyšší než 80, hovoříme o špatné prognóze; je-li tento součet vyšší než 100, jedná se o prognózu infaustní (44). Zde si můžeme povšimnout významné určující okolnosti, kterou je právě věk popáleného pacienta, z čehož lze usuzovat na závažnost problému u geriatrických popálenin.

1.4.4 Poranění úderem

Poranění úderem je totožné s poraněním nárazu na tupý předmět. Vznikne tím zhmožděná rána, v místě úderu prokrvácená (53). V geriatrické medicíně je považován za problematický především úder do dolní části tibie (holenní kosti), zvláště v oblasti vnitřního kotníku. Většina starších lidí se takto zraní v důsledku nárazu o hranu nábytku. Na poranění bérce ve vyšším věku má značný vliv atrofie stařecké kůže. Specifickým poúrazovým rizikem je pak následné otevření chronického nehojícího se kožního defektu, tzv. bércového vředu (20).

1.4.5 Úrazy měkkých tkání

Podceňovány mohou být i drobné bodné, řezné, tržné či zhmožděné rány, které však u seniorů vykazují dlouhodobější a komplikovanější průběh hojení. Ve stáří dochází k vyššímu riziku hnisání ran. U křehkých seniorů pak hrozí zánětlivá dekompenzace celkového stavu. Za ošetřovatelský problém považujeme též poranění měkkých tkání na nohou, např. při pedikúře. Vzhledem k obtížnému hojení jsou nebezpečná zejména u diabetiků a u osob s ischemií dolních končetin (20). Pozornost lékaře si často vyžádají i rozsáhlé hematomy. Krevní výron vznikající v hlubších tkáních, v podkoží a svalech, je u starších osob často podmíněn křehkostí cévních stěn (55). Setkáváme se též s poraněním měkkých tkání v oblasti obličeje a hlavy. V literatuře se uvádí za častou příčinu sutur (chirurgického šití) tržná rána v oblasti vlasaté části hlavy nebo obočí, způsobená nárazem na hranu nábytku (53).

1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY ÚRAZŮ U SENIORŮ

Abychom lépe pochopili příčiny úrazů, byly na základě výzkumů a studií odvozeny charakteristiky faktorů, které zvyšují riziko vedoucí k úrazům. Jsou však poměrně dost proměnlivé, ne vždy snadno podchytitelné a mnohé jsou velmi individuální. V zásadě je však dokážeme rozdělit na vnitřní a vnější (17). Pro stáří je typická multifaktoriální etiologie úrazových jevů. Pády, poruchy stability a tím podmíněná zranění patří mezi geriatrické syndromy (49).

1.5.1 Rizikové faktory vnitřní

Vnitřní rizikové faktory jsou spjaty se změnami závislými na věku osob nebo se objevují v důsledku somatické choroby, kdy vystupuje do popředí polymorbidita a polykauzalita (24). Do vnitřních rizikových faktorů zařazujeme poruchy chůze a stability, zhoršení denních aktivit, roli zde hraje též snížená svalová síla a porucha propiocepce na dolních končetinách, svalová slabost, arthritida, poruchy kognitivních funkcí a věk vyšší než 80 let (7). Další autoři uvádějí za významný rizikový faktor také přítomnost akutního onemocnění, například rychlý nástup projevů epilepsie, cévní mozkové příhody, tranzitorní ischemické ataky nebo vysoké horečky. Podobně i chronická onemocnění mají svůj podíl na zvýšeném riziku úrazů, čímž máme na mysli například záněty kloubů nebo oční potíže ve formě zeleného nebo šedého zákalu, dále diabetes mellitus a Parkinsonovu chorobu (17). Zejména jako rizikový faktor pro pády jsou uváděny synkopy s kardiální etiologií, ortostatický syndrom nebo vertebrogenní závrať. Potenciálním rizikem pro úraz či pád mohou být též poruchy spánku, kdy při poruše kontinuity spánku či nespavosti chodí starší člověk v noci po pokoji, přičemž v důsledku tmy a únavy organismu může upadnout a zranit se (54). Do vnitřních rizikových faktorů zařazujeme také patologické změny duševního stavu, demenci, depresi, úzkost, dezorientaci, stav zmatenosti a poruchy paměti (17). Významnou úlohu v riziku k pádům a z nich rezultujících úrazů má i užívání léků, především sedativa, hypnotika, psychotropní látky, neuroleptika, antidepressiva, antihypertenziva, antiarytmika, diuretika a jiné. Je nutno zmínit i polypragmazií,

tedy užívání mnoha léků současně (7). Za důležitý faktor spojený s vyšší pravděpodobností opakování pádu je považován pád v anamnéze (54).

1.5.2 Rizikové faktory vnější

Zevní a situační rizikové faktory nevycházejí přímo z organismu jedince, spíše jsou podmíněny enviromentálně, tedy mají vztah k okolnímu prostředí. Podíl těchto faktorů na vzniku úrazu tvoří 30 až 50% (55). Úraz vzniká nejčastěji při běžných činnostech, v prostředí bytu či domu, nebo při aktivitách mimo domov (32). Obvyklá rizika vnějšího prostředí představuje špatné uspořádání a vybavení bytového prostoru, nedostatečné osvětlení, nevhodná, kluzká podlahová krytina, bariéry nábytku, kobereců, prahů s nebezpečím zakopnutí, špatně vybavená koupelna s absencí madel a protiskluzných podložek ve vaně a sprše, bydlení bez výtahu, meteorologické vlivy při prudkých změnách počasí, nevyhovující oblečení a zejména obuv, chybění pomůcek pro zlepšení chůze, například holí a chodítek (49). Nesprávným používáním různých zařízení a pomůcek, například zvedacích zařízení, invalidních vozíků, zábran na stranách lůžek a jiných zadržovacích zařízení může být za některých okolností a v určitých případech riziko úrazu ještě více zvýšeno (17).

1.6 PREVENTIVNÍ STRATEGIE V DOMOVĚ PRO SENIORY

Úrazy seniorů jsou významným zdravotně sociálním problémem spojeným s poměrně vysokou mortalitou, případně závažnými dlouhodobými následky. Vzhledem k tomu, že naše populace rapidně stárne, stává se prevence úrazů v této věkové kategorii aktuálním a prioritním tématem (4).

Prevence je nejúčinnějším způsobem, jak můžeme nebezpečným situacím zabránit a snížit tak tragické či dlouhodobé následky, které v důsledku úrazu u seniorů vznikly. Jde o soubor činností a opatření, která jsou v kompetenci celého týmu pracovníků domova. Především stanovení míry rizika je integrální součástí prevence a diagnostiky úrazovosti. Existují různé hodnotící metody pro stanovení rizikovosti, přičemž na základě zjištění predisponujících faktorů pak můžeme navrhnout a aplikovat

různá preventivní opatření. Důležitou úlohu hraje monitoring a vyhodnocování rizikových situací, stejně jako systematická dokumentace již proběhlých úrazů (30).

Preventivní opatření vychází z předpokladu správné identifikace příčin a rizik, stejně jako identifikace rizikových klientů. Jen některé rizikové faktory je však možné ovlivnit. V domovech pro seniory je prevenci úrazů věnována čím dál větší pozornost. Považujeme za důležitou součást kvalitní péče o osoby vyššího věku systematicky pracovat na zmírnění rizikových faktorů, podílet se na odhalování chyb, zajistit bezpečný interiér i exteriér, hodnotit příčiny úrazových stavů a realizovat akce zabezpečující bezpečný život klientů (signalizace, pasivní ochrana, dohled, dostatek informací atd.) (50). Kroky vedoucí k redukci nebezpečných situací je nutné implementovat postupně a zároveň neopomenout zpětný monitoring účinnosti těchto opatření (7).

Účelem úrazové prevence je dosažení maximální účinnosti při co nejnižších nákladech. Prevenci lze systematicky rozdělit do tří známých kategorií, jako prevenci primární, sekundární a terciální (10).

1.6.1 Primární prevence

Prioritou primární prevence je samotné předcházení vzniku úrazů. Zaměřuje se tedy na to, buď aby k události vůbec nedošlo, anebo aby tato událost v konečném důsledku nevedla ke vzniku úrazu (10). Jedná se o intervence snižující riziko úrazů, například edukace klienta o možných bezpečnostních opatřeních, snaha o zlepšení pohybové aktivity, celková úprava životosprávy, udržení fyzické kondice, stejně jako vhodná úprava prostředí či nácvik správného používání kompenzačních, ošetřovatelských a ochranných pomůcek, nošení vhodné obuvi a oděvu (14). V rámci primární prevence Klán a Topinková doporučují zařadit pravidelné rehabilitační cvičení zaměřené na udržení pohyblivosti v kloubech a posílení svalové síly, koordinace a rovnováhy, zvláště u osob ve věku nad 75 let. Osvědčuje se instruktáž rehabilitačním pracovníkem a provádění doporučeného cvičení 3 – 5 x týdně (23).

1.6.2 Sekundární prevence

Součástí sekundární prevence je kvalitní poskytnutí odpovídající první pomoci, snížení dopadu úrazu, zkrácení léčby, urychlení návratu k plnému zdraví, předcházení invalidizace a trvalých následků (10). V domově pro seniory se pozornost zaměřuje na intervence vedoucí k včasné dostupnosti pomoci, zejména díky kvalitnímu signalizačnímu a dorozumívacímu zařízení, s možností nouzového volání i mimo pokoj. Pokud k úrazu došlo, je třeba ihned čelit přímým následkům úrazu, a to poskytnutím odborné první pomoci, vhodným ošetřením a následnou léčbou. Sekundární prevencí rozumíme i zahájení včasné mobilizace a rehabilitace za asistence a dopomoci personálu, čímž zamezíme vzniku imobilizačního syndromu a trvalé nesoběstačnosti klienta. Právě rehabilitace představuje integrální součást terapie u klientů seniorského věku po prodělaném pádu. Vede k posilování svalstva dolních končetin, zlepšení kloubní pohyblivosti, celkové fyzické zdatnosti a včasné rekonvalescenci (55).

1.6.3 Terciální prevence

I terciální prevence má svůj význam. Její snahou je zařadit seniory s trvalými poúrazovými následky do každodenního života tak, aby alespoň v rámci svých maximálních možností zvládli základní sebeobsluhu. Uplatňuje se zvláště tam, kde senior utrpěl úraz takového rozsahu, že prognóza zlepšení či nápravy není možná a poúrazový stav je nevratný. Terciální prevence si klade za cíl zlepšit kvalitu života seniorů tím, že zachová v co nejvyšší míře alespoň ty schopnosti, které zůstaly neporušeny. U klientů trvale imobilních je důležitá především péče o polohování, péče o kůži, hygiena z důvodu rizika vzniků dekubitů. Pro snížení následků nepohyblivosti je pro kloubní a svalový systém nezbytná pasivní rehabilitace v lůžku. Zachování rozsahu pohybu v kloubu a protahování svalů je významné jako prevence kontraktur. Veškerá starost o pohodlí klienta je zároveň součástí zlepšení i psychického stavu. K tomu přispívá aktivizace klienta pro udržení nebo zvýšení soběstačnosti. Zranění u seniorů bývají v zásadě komplikovanější, s častým vyústěním do trvalých následků. Udržení kvality života na nejvyšší možné úrovni u klienta s trvalými poúrazovými následky je tedy hlavním cílem terciální prevence (19).

1.7 PRÁCE S RIZIKEM U KLIENTŮ DOMOVA SV. ALŽBĚTY

Slovo „riziko“ pochází z italského a označuje nebezpečné skalisko, kterému se námořníci při svých plavbách snažili vyhnout. Vnímání rizikových situací v našem běžném životě většinou souvisí s možností, že se naplní určitá hrozba, že věci nedopadnou podle plánu a rozhostí se nad námi nejistota z budoucnosti, zda nám riziková situace přinese zisk nebo ztrátu. Přesto riziko přirozeně patří do našeho života, každý z nás se s ním denně setkává. Některým náhlým situacím se nemůžeme vyhnout, jiná rizika můžeme předem zvážit a rozhodnout se, zda je podstoupíme nebo ne (46).

Jako pečující osoby v systému sociálních služeb vnímáme v souvislosti s rizikem také otázku odpovědnosti. Většina běžných pracovníků v sociálních službách sice nemá natolik hluboké právní znalosti, aby si u jednotlivých rizikových situací dokázala udělat podrobnou právní analýzu, na které pak postaví svůj postoj, přesto však reálně cítí jistou odpovědnost za svěřené klienty. Právě pocit odpovědnosti mnohdy výrazně ovlivňuje jejich jednání a rozhodování při práci s uživateli. Je na místě najít zdravou míru, kdy pracovník dokáže rozlišit hranice své odpovědnosti a hranice druhých lidí. Přehnaná odpovědnost vede k omezování klienta, manipulaci, stagnaci, izolaci, úzkostlivosti a zbytečnému stresu klienta. Naopak neodpovědnost může způsobit zanedbávání opatrnosti i zanedbávání péče, hrozí zde nebezpečí z přímého ohrožení klienta. Vědomým úsilím o zdravou míru odpovědnosti dosáhneme pro naše klienty jistoty, dodáme jim pocit bezpečí, zároveň u nich rozvineme autonomii a osobní svobodu, čímž můžeme dokonce podpořit i rozvoj samostatnosti a umožnit jim dosáhnout nových zkušeností a možností (46).

1.8 RIZIKOVÝ PLÁN JAKO SOUČÁST INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

Po vstupu v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb. je společnou snahou personálu v pobytových sociálních zařízeních poskytovat klientům péči individualizovaně. Tento systém zohledňuje individualitu jedince a usiluje systematicky a cíleně o naplnění jeho očekávání. K tomu mohou velkou měrou pomoci tzv. individuální plány, které odrážejí klientova přání, zájmy,

hierarchii hodnot a požadavky na saturaci jednotlivých potřeb. Přínos správně prováděného individuálního plánování je jasný a nezpochybnitelný, a to jak pro samotné klienty, tak také pro pracovníky a celé zařízení (31). Individuální plánování vychází ze Standardu kvality č. 5 podle výše zmíněného zákona o sociálních službách.

Je povinností poskytovatele plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým se sociální služba poskytuje, také vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a v neposlední řadě i hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti konkrétního klienta (8).

Rizikový plán je prozatím nezávaznou součástí individuálních plánů uživatelů sociálních služeb, avšak svým významem je neméně důležitý. Při tvorbě rizikového plánu lze dobře vycházet ze struktury klasického individuálního plánu, kde mapujeme a následně písemně zaznamenáváme cíle klienta, možnosti k jeho uskutečnění ze strany klienta, kroky k uskutečnění cíle ze strany pracovníků domova pro seniory, veškeré podílející se osoby a závěrečné vyhodnocení. Rizikový plán by měl obsahovat především vymezení rizikových oblastí s následným navrhovaným řešením rizikových situací, přičemž by měl úzce korespondovat s individuálním plánem daného klienta a odrážet jeho osobitost a svobodnou volbu v realizaci plánování průběhu sociální služby (46).

Podstatnou výzvou pro všechny poskytovatele sociálních služeb se také stalo doporučení veřejného ochránce práv: „Veřejný ochránce práv doporučil analyzovat a vyhodnocovat riziko, a jestliže je riziko nepřiměřené, doporučil ochránce pracovat na jeho minimalizaci. Vyhodnocování by mělo být pravidelné a opakované“ (37, s.134).

1.9 TVORBA A REALIZACE RIZIKOVÉHO PLÁNU V DOMOVĚ SV. ALŽBĚTY

Systematická práce s rizikem nám umožní předjímat ohrožující situace, které pak snadněji dokážeme zvládat. Proto si bereme na pomoc rizikový plán, jehož cílem není odstranit samotné riziko, ale hledání cest, jak tyto situace prožít bezpečným způsobem (46).

V Domově sv. Alžběty se již 5 let v plné míře uplatňuje plánování s uživatelem, zaměřené na způsob a průběh poskytovaných služeb. Individuální plánování je zde pojímáno jako proces, který je tvořen nejprve zjišťováním a zkoumáním klientovy situace – čímž máme na mysli zpracování jeho osobního profilu, mapování jeho schopností, dovedností, přání a zájmů, stejně tak i jeho anamnestických údajů, které jsou pro plánování významné. Z této fáze vzejde dohodnutý osobní cíl, tj. potřeby a přání, které sám uživatel uznává a považuje pro sebe za důležité a k jejichž dosažení přispěje naše sociální služba. Další fází je plánování podpory a pomoci, na které se podílí jednotlivé osoby z řad pracovníků Domova, ale i dobrovolníci, případně rodina nebo přátelé. Vzniká tak společné naplánování cest, které mají napomáhat k dosažení osobního cíle a individuálních potřeb klienta. Třetí fází je samotná realizace plánu a poskytnutí patřičné dohodnuté podpory a pomoci, s tím, že se naplánují i jednotlivé kroky realizace. Poslední fází tvoří společné zhodnocení plánu, především stran uživatele, ale také stran zaangażovaných pracovníků (2). Vyhodnocení provádíme ústní i písemnou formou. V Domově sv. Alžběty je snahou propojit individuální plánování s tvorbou plánu rizik. Osvědčilo se vzájemné sdílení se všemi členy pracovního týmu a dobrovolníky. Práce s rizikem je rozhodně týmovou záležitostí, jelikož každý vnímá riziko subjektivně a pohled týmu je pak vyvážený. Každý člen přinese do týmu své postřehy a informace, které mohou být pro bezpečnost klienta značně přínosné. Společným cílem všech pracovníků je, aby prostředí Domova sv. Alžběty bylo co nejpřirozenější, ale zároveň pro uživatele bezpečné. Klientům je v rámci individuálního plánování, ale i v každodenním životě umožněno provádět běžné denní činnosti, které s sebou mohou nést i jistá nebezpečí, přesto klientům umožňujeme přiměřené riziko podstupovat.

Řídíme se jednotnou filozofií Domova sv. Alžběty, že přiměřené riziko je pro naše klienty uznáváno jako přijatelné. Rizikové situace ze života uživatelů proto neodstraňujeme, neizolujeme je od běžného života, nýbrž snažíme se zabezpečit situaci takovým způsobem, že minimalizujeme ohrožení klientova bezpečí či zdraví.

Tvorba rizikového plánu, jako součásti procesu individuálního plánování přináší pozitivum jak pro konkrétního klienta, tak i pro poskytovatele sociální služby. Hlavním

přínosem pro klienta je především zajištění většího bezpečí v každodenních situacích, možnost věnovat se i těm činnostem, které by se na první pohled jevily jako příliš rizikové, avšak díky rizikovému plánu bude riziko sníženo na přijatelnou míru. Uživatelé přináší pocit vlastní samostatnosti a v podstatě i vyšší míru sociálního začlenění. Přínos pro poskytovatele spočívá zejména ve větší jistotě, že oblast rizikových situací nebyla zanedbána, protože byla předem individuálně stanovena míra náležitého dohledu a dostatečné opatrnosti. Systematický písemný záznam je významný i v případě, kdy dojde k nežádoucímu incidentu (například úrazu). Předem zpracovaný plán řešení rizikových situací dává jistotu i pracovníkům v přímé péči, protože pokud se budou řídit schváleným rizikovým plánem, bude jejich postup správný. Pozornost věnovaná rizikovým plánům přináší bezesporu i zvyšování kvality poskytované služby, zejména tím, že jsou naplňována práva uživatelů na dobré úrovni (46). Marc Sounders popisuje, jak by měl vypadat obsah rizikového plánu. Práce s rizikem (angl. risk management) zahrnuje identifikaci a analýzu rizika kombinovanou s konkrétním plánem a postupem, jak toto riziko zvládnout. Obsahuje kroky, jak předejít škodlivým následkům, ale i četnost pozitivních přínosů pro danou osobu (43). Plán užívaný v Domově sv. Alžběty je možno shlédnout v příloze 1.

Pro větší přehlednost rozdělujeme jednotlivé části rizikového plánu do několika kroků.

1.9.1 Mapování rizikových oblastí

Prvním krokem je mapování neboli identifikace rizik. Každému uživateli hrozí jiná rizika. Je vhodné systematicky posoudit různé oblasti každodenního života, s důrazem na činnosti a cíle, které klient vědomě chce v rámci svého individuálního plánu uskutečňovat. Identifikace rizik se provádí již na začátku, kdy je uživatel přijat do domova pro seniory. Toto zkoumání provádíme v průběhu adaptace klienta na nové prostředí, vycházíme z jeho anamnézy, ze stupně závislosti, ze zdravotních omezení, i z vnějších podmínek. Zaměřujeme se především na zhodnocení samostatného pohybu klienta a z něj vyplývajících rizik, dále mapujeme problémové chování klienta, především nebezpečí neplánovaného a neohlášeného opuštění zařízení. Varovným

signálem bývají také opakované pády v anamnéze nebo užívání lokomoční pomůcky (hůl, berle, chodítka, protéza). Zaměřujeme se na limitující faktory jako je akutní onemocnění nebo chronické stavy, zejména nervosvalová onemocnění, zpomalené reakce, problémy s chůzí, rovnováhou, svalová slabost. Do plánu rizik zaznamenáme též kognitivní poruchy, zhoršený zrak a sluch (32). Posoudíme, zda klient vykazuje riziko spojené s užíváním léků (viz kapitola 1.5.1). Zhodnocení prostředí domova pro seniory, ve kterém se v současné době klient nachází, nám umožní identifikovat rizika spojená vnějšími faktory pro vznik úrazu (viz kapitola 1.5.2). Je důležité mít na paměti, že kromě standardních rizik má řada uživatelů svá unikátní rizika, která často objevíme až v následujícím průběhu poskytování sociální služby (46). Rizikový plán je proto nutné kontinuálně a opakovaně aktualizovat.

1.9.2 Posouzení rizik

Nestačí pouze vědět, že je pro klienta určitá oblast riziková. Musíme navíc posoudit, jak je toto riziko závažné a určit míru a stupeň závažnosti. Vycházíme z následujících kritérií. Nejprve vyhodnotíme, jaká je pravděpodobnost, že se riziko skutečně naplní a jaká je míra následků, které klientovi hrozí. Rizikový plán obsahuje i popis, jaký je přínos dané situace pro uživatele, neboli zda velikost rizika odpovídá očekávanému přínosu. Neopomeneme zmínit, zda si je uživatel vědom svého rozhodnutí a možných následků (46). Pro snazší vyhodnocení a objektivní posouzení používáme škálu stupňů rizik.

1.9.2.1 Přiměřené riziko

Nejnižší stupeň tvoří tzv. přiměřené riziko. Jedná se o situaci přijatelnou, jelikož riziko je pro klienta v dané situaci srovnatelné s rizikem, které hrozí běžnému občanovi. Nemusíme se obávat fatálního ohrožení, navíc uživatel je sám schopen situaci posoudit. Bezpečné zvládnutí situace je v silách klienta, protože má s touto situací předchozí zkušenosti, které se osvědčily. Není nutná kontrola ze strany personálu, plnou odpovědnost má sám uživatel. Pravděpodobnost nežádoucích následků je malá. Tyto situace plně akceptujeme, přičemž klademe důraz na svobodu a autonomii klienta (27).

1.9.2.2 Zvýšené riziko

Druhým stupněm je tzv. zvýšené riziko. Zde je již riziko pro seniora vyšší než pro běžného občana. Pro tento stupeň je typické, že existuje hrozba závažných následků, ale je málo pravděpodobná, protože cílem personálu je zaměřit se na snížení následků i snížení samotné pravděpodobnosti. Společně s uživatelem totiž hledá cestu, jak situaci bezpečně zvládnout, např. za pomoci nácviku, pomůcek, asistence druhé osoby apod. Oblast zvýšeného rizika není pro klienta natolik ohrožující, aby musel být přehnaně omezován v samostatném pohybu. Riziko můžeme snížit úpravou nábytku, použitím chráničů ostrých hran, protiskluzovou úpravou podlah, kontrolou, zda má senior vhodnou obuv, konzultací s lékařem, zda je možné např. rehabilitací dosáhnout zlepšení chůze a správným nácvikem užívání lokomočních pomůcek. Můžeme uvažovat i o dostatečné podpoře a doprovodu, o kontrolách na pokoji, o dostupné signalizaci v případě pádu, např. bezdrátová signalizace formou náramku. Obvykle je nutná kombinace více dílčích kroků, které v konečném důsledku vedou k eliminaci nebo snížení rizika. Situace se zvýšeným rizikem je pro pracovníky domova výzvou k aktivnímu přístupu. Cílem není situaci se zcela vyhnout. V rámci rizikového plánu poskytujeme uživateli takovou podporu, která mu umožní tuto situaci bezpečně zvládnout. Personál by však neměl nad situací přebírat více kontroly, než je nezbytně nutné. Odpovědnost nesou pracovníci i uživatel společně, neboť už při tvorbě rizikového plánu hledají společné cesty, kroky a řešení ke zvládnutí této situace, dochází ke společnému vyjednávání a plánování. Část odpovědnosti přebírá personál, např. za správné provedení nácviku, svůj díl odpovědnosti však nese i uživatel, např. zda bude dodržovat domluvená pravidla bezpečnosti (46).

1.9.2.3 Nepříjatelné riziko

Nejvyšším stupněm rizika je tzv. nepřijatelné riziko, které je pro klienta nebezpečné a s velkou pravděpodobností hrozí i závažné následky (ohrožení života, vážný úraz apod.). V těchto případech většinou uživatel není schopen sám situaci posoudit, zvládnout vlastními silami, ani nemá s touto situací žádné zkušenosti nácvikem. Úkolem poskytovatele sociální služby v domově pro seniory je chránit uživatele

před nepřijatelným rizikem. Je nutné udělat vše, aby se klient do této nepřijatelně rizikové situace vůbec nedostal, pokud již situace nastala, je nutné ji co nejrychleji řešit a ukončit. Odpovědnost za vyřešení situace je především na straně personálu. Vždy v takovém případě akcentujeme v první řadě bezpečí uživatele, přebíráme kontrolu a dočasně i rozhodování za klienta (46).

1.9.3 Podílející se osoby

Práce s rizikem je založena zásadně na spolupráci uživatele a celého týmu, v určitých případech i dalších zapojených účastníků. Do okruhu lidí, kteří se na práci s rizikem podílejí, převážně patří: klíčový pracovník, pracovníci přímé obslužné péče, zdravotníci, sociální pracovníci, dobrovolníci, externí odborníci, například lékař, psycholog, stejně tak příbuzní klienta, opatrovník, další přátelé a známí. Při sestavování rizikového plánu je přínosná každá informace a zkušenost, proto i lidé, kteří nejsou pracovníky domova pro seniory, avšak dobře znají klienta z minulých let, jsou velkou pomocí a nápovědou, jelikož mají o klientovi dobrou znalost. Rizikový plán podepisuje klíčový pracovník a uživatel, v určitých případech i vrchní sestra nebo lékař (46).

1.9.4 Návrh řešení

Významnou částí v rizikovém plánu je popis navrhovaného řešení jednotlivých situací. Ke konkrétním situacím dosadíme, zda klient potřebuje naši podporu nebo kontrolu, či zda je nezbytné se této situace vyvarovat (jedná-li se o nepřijatelné riziko). Pokud máme řešit situaci v pásmu zvýšeného rizika, může být zvolen postup vysvětlování, poučení uživatele, stanovení pravidel, nácvik samostatného zvládnutí situace, doprovod, dohled, zajištění opěrných pomůcek, častější kontrola, nácvik manipulace se signalizačním zařízením apod. (27). Navrhovaným řešením rozumíme také intervence typu bezbariérové úpravy prostředí, ve kterém se klient nejvíce pohybuje, zabezpečení odpovídajícího osvětlení a zajištění protiskluzových opatření. Využíváme i péči o pohybový stereotyp kvalitní rehabilitací a péči o přiměřený stav výživy a dobrou svalovou sílu (32).

1.9.5 Vyhodnocení rizikového plánu klienta

Důsledně zpracované hodnocení v rizikovém plánu je cennou součástí anamnézy každého seniora a přispívá též k další prevenci úrazů. Jak bylo řečeno výše, rizikový plán je nutné pravidelně revidovat, ptát se, jak se osvědčil naplánovaný postup a zda bylo skutečně dosaženo konkrétního vytyčeného cíle. Při vyhodnocení se ptáme, zda analýza rizik přispěla ke snížení ohrožující situace do přijatelné roviny, nebo zda bude nutné plán přehodnotit, pozměnit a implementovat jiná, nová podpůrná opatření, která by vedla k bezpečnému naplnění klientových přání a představ.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 CÍL PRÁCE

Cílem této části práce má být podrobná analýza úrazů, které se vyskytovaly v průběhu deseti let (2003 – 2012) u klientů Domova sv. Alžběty. Na základě zjištěných skutečností ze sekundární analýzy dat, z přímého pozorování a dotazování by měly vyplynout hlavní příčiny a rizika vedoucí k úrazům v tomto zařízení, což by mělo v konečném důsledku vést k vypracování preventivních opatření v rámci individuálního plánování u konkrétních klientů.

Podstatným úkolem bude zmapovat, k jakým typům úrazů podle 10. revize MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) docházelo u zde žijících seniorů nejčastěji. Zaměřím se také na analýzu vnitřních a vnějších rizikových faktorů, které mohly ovlivňovat vznik úrazů, a dále se pokusím shromáždit související okolnosti, například kde k úrazu došlo a při jakých činnostech.

K naplnění cíle by mělo posloužit i dotazování zdravotnického personálu a pracovníků v přímé obslužné péči, stejně jako pozorování rizikových aspektů u vybraných rizikových klientů využívajících službu domova pro seniory. Dílčím cílem bude vztáhnout funkční hodnocení klienta ve vztahu k riziku.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě stanoveného cíle jsem si položila následující výzkumné otázky:

- Jaké typy úrazů se vyskytují nejčastěji u seniorů žijících v Domově sv. Alžběty?
- Jak lze charakterizovat seniora, jenž má největší dispozice k poranění v důsledku úrazu?
- Které rizikové faktory zde nejčastěji vedou ke vzniku úrazu?
- Dokáže zdravotnický personál a pracovníci v přímé obslužné péči správně a včas zahájit preventivní opatření a tím eliminovat úrazová rizika?
- Jaký je přínos vedení individuální dokumentace klienta v smyslu předcházení rizikům úrazů?

3 METODIKA

3.1 DRUH VÝZKUMU

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativního přístupu, jež se mi jeví vhodná pro tento typ tématu. Kvalitativní výzkum dává prostor pro zkoumání jevů v celém jejich kontextu a interpretace sesbíraných poznatků je vysoce kreativní proces. (35). Zjištěné informace jsou ve své podstatě jedinečné a právě zaměření se na člověka v holistickém pojetí nám otevírá pohled na různost a diferencovanost jeho seniorského věku.

Kvalitativní přístup ve výzkumné práci by měl přinášet takové poznatky, které dokáží řešit aktuální problém. Jeho přínosem je zejména aktivní podíl při hledání konkrétních řešení. (42). Rizika úrazů jsou reálným problémem současné doby, proto považují věnování pozornosti tomuto fenoménu, prostřednictvím kvalitativního výzkumu, za nezbytný krok k redukci jejich výskytu.

3.2 VÝZKUMNÉ METODY

Jednou z výzkumných metod, se kterými jsem pracovala, byla sekundární analýza. Jako zdrojový materiál mi posloužila data z archivované dokumentace klientů v letech 2003 – 2012. Hodnocené parametry v případě výskytu úrazu byly převzaty z jejich zdravotnické dokumentace, z „Formuláře pro hodnocení úrazů“, který je standardně používán v Domově sv. Alžběty (viz příloha 2) a také, s dovolením ošetřujícího lékaře, z lékařské dokumentace jednotlivých klientů. Komparace výsledků byla následně zpracována do tabulek pomocí programu Microsoft Office Excel 2007.

Další použitou metodou bylo zúčastněné pozorování několika osob staršího věku v jejich sociálním prostředí, čímž je nyní domov pro seniory. Výhodou této metody je dle Miovského „bezprostřední zkušenost se situací a jevy, které pozorujeme“ (35, s. 152). Pro větší přehlednost jsem pozorování zanesla do tabulky pomocí programu Microsoft Office Word 2007, která odráží podstatné zjištěné skutečnosti.

Záměrně byla zvolena i metoda polostrukturovaného rozhovoru na předem vytvořené schéma okruhů otázek. Dotazování proběhlo u zaměstnanců Domova

sv. Alžběty. Rozhovor byl s vědomím a souhlasem všech účastníků nahráván na diktafon, potom přepsán a očitován v následné 4. kapitole. Otázky byly pro mne jako tazatele závazné, respondenti však měli možnost rozvést téma otázky tak, jak sami cítili za potřebné. Pořízený audiozáznam byl převeden na CD a je přílohou této bakalářské práce (viz příloha 3).

3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor lze rozdělit na několik skupin. Tvoří ji klienti Domova sv. Alžběty na Žernůvce u Tišnova, tedy senioři nad 65 let. Pro výzkum byly použity dokumenty uživatelů zdravotních a sociálních služeb výše uvedeného zařízení v letech 2003 – 2012. Celkový soubor zkoumané skupiny tvořil 175 osob. Výskyt úrazu během pobytu v Domově byl zachycen u 33 klientů, takže konkrétní analýza dat již probíhala jen u těchto osob.

Pro pozorování byli během měsíců ledna a února roku 2013 vytipováni klienti, kteří se z hlediska úrazů jeví jako zvýšeně riziková. Zúčastněné pozorování proběhlo po dobu 4 dnů v měsíci březnu roku 2013. Jedná se o 3 klienty, s různou mírou soběstačnosti a pohybové zdatnosti, kteří vykazují v poslední době zřetelné riziko pro potenciální úraz.

Dotazování v polořízeném rozhovoru bylo uskutečněno s 5 zaměstnanci Domova. Záměrně byly zvoleny pracovní pozice, kdy konfrontace s náhlou úrazovou událostí u klientů je nejvíce pravděpodobná, jedná se tedy o pracovnice v přímé obslužné péči a zdravotní sestry. Tyto pracovní profese se setkávají s případnými úrazy klienta bezprostředně a musí tyto situace v rámci své odbornosti adekvátně řešit. V neposlední řadě je nutné zdůraznit, že se jedná o pracovníky, jejichž činnost přímo souvisí s hodnocením úrazovosti a jsou úzce spjati s možnostmi přímé prevence u jednotlivých klientů.

4 VÝSLEDKY

4.1 VYHODNOCENÍ ANALÝZY DAT

V této kapitole jsou prezentovány výsledky sekundární analýzy z dokumentace klientů a ze standardního hodnotícího formuláře pro úrazy. Výsledky jsou vztahovány k tradičním příčinám úrazů, dávají náhled na podíl jednotlivých vnitřních a vnějších faktorů.

4.1.1 Bilance úrazů a zraněných klientů

První zhodnocení sesbíraných dat se týká počtu úrazů, které byly zaznamenány v Domově sv. Alžběty za posledních 10 let. S tím souvisí též počet zraněných klientů, jelikož při úrazovém incidentu může mít jeden klient zároveň více zranění.

Tabulka č. 1 – Bilance úrazů a zraněných klientů

Sledovaný rok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM za období 10 let
Počet úrazů	6	4	6	4	5	5	3	2	1	2	38 úrazů
Počet zraněných klientů	5	4	6	4	4	3	3	2	1	1	33 klientů

Zdroj: vlastní výzkum

Sekundární analýzou bylo zjištěno, že od začátku roku 2003 do konce roku 2012 došlo k 38 úrazům u 33 klientů Domova. Mírně zvýšený výskyt je patrný zejména v letech 2003 a 2005. Celkově lze konstatovat, že v posledních 3 letech je výskyt úrazů nižší.

4.1.2 Výskyt úrazových diagnóz

V rámci systematického rozdělení úrazů byla použita Mezinárodní klasifikace nemocí dle WHO, včetně kódování diagnóz.

Tabulka č. 2 – Výskyt úrazových diagnóz dle MKN

	KLASIFIKACE dle MKN	KÓD dg.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
1	Kontuze očního víčka a periokulární krajiny	S 00.1					1						1
2	Povrchní poranění rtu a dutiny ústní	S 00.5	1										1
3	Otevřená rána vlasové části hlavy	S 01.0						1					1
4	Otřes mozku	S 06.0			1			2					3
5	Epidurální krvácení	S 06.4						1					1
6	Zlomenina žebra	S 22.3			1		1			1			3
7	Zlomenina kosti stydké	S 32.5		1								1	1
8	Povrchní poranění nadloktí	S 40.9	1				1						2
9	Zlomenina klíční kosti	S 42.0			1								1
10	Zlomenina horního konce pažní kosti	S 42.2				1				1			2
11	Vymknutí ramenního kloubu	S 43.0							1				1
12	Zlomenina horního konce vřetenní kosti	S 52.1			1								1
13	Zlomenina dolního konce vřetenní kosti	S 52.5	1	1				1					3
14	Kontuze prstu s poškozením nehtu	S 60.1							1				1
15	Zlomenina člunkové kosti ruky	S 62.0			1								1
16	Zlomenina krčku kosti stehenní	S 72.0	2	1	1		1				1		6
17	Povrchní poranění bérce	S 80.8	1			1						1	3
18	Zlomenina čéšky	S 82.0										1	1
19	Zlomenina diafýzy holenní kosti	S 82.2				1							1
20	Podvrtnutí a natažení zkříženého vazy kolene	S 83.5		1		1							2
21	Popálenina trupu II. stupně	T 21.2							1				1
22	Cizí těleso proniklé kůží (hřebík)	W 45					1						1

Zdroj: vlastní výzkum

Během 10 let bylo v Domově sv. Alžběty klasifikováno 22 různých úrazových diagnóz, které přehledně předkládá tabulka č. 2. Z výzkumu vyplývá, že se u místních seniorů objevují nejčastěji zlomeniny, jak je patrné v řádku 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19. Největší výskyt byl zaznamenán u zlomenin krčku stehenní kosti - v 6 případech (viz řádek 16), podobně jako ve 3 případech u zlomenin žeber (viz řádek 6) nebo u zlomenin dolního konce vřetenní kosti (viz řádek 13). 3 úrazy dále vedly k otřesu mozku a také k povrchnému poranění bérce. Ostatní diagnostikovaná zranění se vyskytla pouze v 1 či ve 2 případech.

4.1.3 Klasifikace úrazu podle závažnosti

Následující tabulka se týká závažnosti úrazových stavů, které jsou ve zdejším zařízení standardně klasifikovány do třech stupňů. První stupeň je hodnocen jako lehký úraz, který nevyžaduje lékařské ošetření. První pomoc lze zvládnout za pomoci zdravotní sestry konající službu v rámci domova pro seniory. Druhý stupeň je nazýván středně těžkým úrazem, kdy je nutná ambulantní pomoc lékaře a jím navrhované další postupy léčby. Třetím, nejzávažnějším stupněm, je těžký úraz, který vyžaduje hospitalizaci v nemocnici a nejrůznější podstoupit operační řešení.

Tabulka č. 3 – Klasifikace úrazů dle závažnosti

ZÁVAŽNOST	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
LEHKÝ úraz	2			2	2		1			1	8
STŘEDNĚ TĚŽKÝ úraz	2	2	4	2	1	1	2	1			15
TĚŽKÝ úraz	2	2	2		1	2		1	1	1	12

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumná položka týkající se závažnosti úrazů odhaluje, že za posledních 10 let mají největší podíl středně těžké úrazy a těžké úrazy. Lehké úrazy tvoří jen necelou 1/5 z celkového počtu úrazů. Zjevného zvýšení středně těžkých úrazů si můžeme všimnout v roce 2005.

4.1.4 Prostředí, ve kterém došlo k úrazu

Tabulka č. 4 – Prostředí, ve kterém došlo k úrazu

PROSTŘEDÍ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
na pokoji klienta	2	3	1	1	2	2	1			1	13
v koupelně/WC	1		1				1	1			4
na chodbě			1	1							2
v jídelně				1							1
ve společenské místnosti			1								1
v kapli	1								1		2
na schodišti	1		1		1			1			4
v areálu zahrady		1		1	1	1					4
v rehabilitaci			1				1				2

Zdroj: vlastní výzkum

Výrazně rozdílnou incidenci odrážející prostorové okolnosti úrazu předkládá tabulka č. 4. Je zřejmé, že nejvíce úrazů (celkem 13) se stalo přímo na pokoji klienta. Téměř o 1/3 méně vykazují údaje o úrazech v koupelně, na WC, na schodišti, nebo též ve venkovním areálu zahrady. Na ostatních místech Domova nebyl zachycen větší výskyt než 1 či 2 případy.

4.1.5 Aktivity, při kterých došlo k úrazu

Zjištění, které aktivity vedou k častějším úrazům a pádům, objasňuje následující shrnutí v tabulce č. 5. Obecně lze konstatovat, že zcela zásadní jsou pohybové aktivity spojené s chůzí a přesuny. K 7 úrazům došlo v souvislosti s používáním kompenzačních pomůcek – berlí či holí. Podobně i snahy o samostatné vstávání z lůžka bez asistence personálu vedly u 6 klientů k pádu a následnému úrazu. Výjimkou však nejsou ani poranění vzniklá při chůzi bez doprovodu nebo v chodítku, při pokusech sednout si či vstát a přemístit se. Překvapivé je, že 3 úrazy vznikly během chůze s doprovodem. Stejný počet úrazů zaznamenaly i situace, kde klient neměl chráněno lůžko bočními postranicemi.

Tabulka č. 5 – Aktivita, při kterých došlo k úrazu

AKTIVITA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
samostatná chůze			1	1						1	3
chůze s doprovodem		1		1	1						3
chůze o holi nebo berlích	3		1		1			1	1		7
chůze v chodítku				2	1						3
pokus o vstávání z lůžka	1	1		1	1	2					6
pokus o přemístění		1	1			1					3
pokus sednout si		1			1	1		1			4
ohýbání / natahování se pro něco			2								2
při pohybu na lůžku bez postranic	1				1	1					3
během rehabilitace			1				1				2
během koupání, sprchování			1								1
při volnočasové aktivitě			1								1
při manipulaci s varnou konvicí							1				1

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.6 Sledování vnitřních faktorů

Ve výzkumné části byly sledovány vnitřní rizikové faktory, které jsou popsány a utříděny do následujících tabulek. U seniorů byla z tohoto hlediska sledována anamnéza, schopnost chůze, dále senzorický, neurologický a psychický stav klienta a v neposlední řadě také farmakologická léčba.

Tabulka č. 6 – Anamnéza významná pro vznik úrazů

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
věk nad 80 let	4	2	6	2	1	2	1	2	1	1	22
polymorbidita	2	2	3		2	2		1	1		13
chronická onemocnění	5	3	4	2	3	2	2	2		1	24
akutní onemocnění	1		1								2
bolest před úrazem	1		3		1	2					7
předcházející pády	3	2	1		1	2		2	1		12

Zdroj: vlastní výzkum

Ve zjišťovaných anamnestických údajích shrnutých v tabulce č. 6 se jasně prokázal podíl přítomnosti chronických onemocnění a věku nad 80 let. Tyto vnitřní faktory se prokázaly u 22 až 24 klientů. Nezanedbatelný je i počet 13 klientů s přítomností několika chorob současně, tedy klienti polymorbidní. Varovným anamnestickým signálem jsou přecházející pády v minulosti. V tomto výzkumu byly prokázány u 12 klientů.

Tabulka č. 7 – Schopnost chůze

SCHOPNOST CHŮZE	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
nemá problém s chůzí				2							2
nestabilní chůze bez kompenzačních pomůcek			1			1	1			1	4
používá příruční hůl	1		1	1						1	4
používá 1 francouzskou hůl	1		1				1	1	1		5
používá 2 francouzské hole	1	1	2		2						5
používá vysoké chodítko		3	1	2	1	1		1			9
není schopen chůze	2	1	1		1	2	1				8

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 7 nabízí vyhodnocení podílu dalšího vnitřního faktoru, kterým je schopnost chůze. Je třeba upřesnit, že jde o popis pohybové schopnosti klienta, nikoli o aktivitu, při které k úrazu došlo, jak popisuje tabulka č. 5. Zde máme možnost vyvodit závěr, že větší míra rizika úrazu se vyskytuje u klientů chodících s obtížemi, zejména odkázaných na pomoc vysokého chodítka nebo u klientů chůze neschopných.

Tabulka č. 8 – Senzorický stav

SENZORICKÝ STAV	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
klient s poruchou zraku	3		2	1	2				1	1	10
klient s poruchou sluchu	2	2	2	1	1	1					9
pocit necitlivosti končetin		2					1				3

Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z tabulky č. 8, nelze opomenout vliv zrakových a sluchových poruch, které se podstatnou měrou podílejí na riziku úrazů. Je jisté, že těchto ve výsledku 19 případů sluchového a zrakového deficitu je nutné brát při hodnocení rizik v úvahu.

Tabulka č. 9 – Neurologický a psychický stav

NEUROLOGICKÝ A PSYCHICKÝ STAV	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
klient orientovaný	2	3	1	3	1	2	3	2		1	18
klient dezorientovaný	2	1	2		2	1					8
klient s demencí	2		3		1	1					7
nervozita, neklid	1		2		2	1					6
deprese		1	1					1		1	4
agresivita			1			1					2
spavost, ospalost	1							1			2
závrať		1	5			1		2	1	1	11
ortostatický kolaps, synkopa		1		1	1	1				1	5
epileptický záchvat											0

Zdroj: vlastní výzkum

Hledisko neurologického a psychického stavu je sledováno v tabulce č. 9. Vidíme, že úrazy se stávaly v převážné většině klientům orientovaným, avšak často také těm, kteří mívají závrať. Další skupinu rizikových osob tvořili klienti dezorientovaní, s demencí či neklidní.

Tabulka č. 10 – Farmakologie v posledních 24 hodinách

FARMAKOTERAPIE	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
sedativum, hypnotikum	2	1	3		3	2					11
antidepresivum, anxiolytikum	1		2		2	1	1			1	8
antihypertenzivum	2			1	2	1				1	7
vazodilatancium	2	1	3		1	1					8
opiátové analgetikum			1		1						2
neopiátové analgetikum	2	1	3			2					8
diuretikum	2	2	3	1	2	1	1			1	13
polypragmázie	2	2	1		1	1				1	8

Zdroj: vlastní výzkum

Posledním sledovaným vnitřním faktorem, který může mít svůj negativní vliv na vznik úrazu je farmakologická léčba. Ve sledovaných parametrech bylo zjišťováno, které léky byly klientovi podány v posledních 24 hodinách před úrazem. Přehled rizikových lékových skupin a výsledek z šetření lze pozorovat v tabulce č. 10. Ukázalo se, že zejména diuretika (léky vedoucí k odvodnění organismu) a léky se sedativním a hypnotickým účinkem mohou mít v problematice seniorských úrazů svůj podíl. Též léky z ostatních sledovaných skupin (antidepresiva, antihypertenziva, vazodilatancia, analgetika) se jeví jako léky ovlivňující možnost úrazu. Za zmínku stojí nepochybně i problematika polypragmatie, kdy klient užívá mnoho léků současně.

4.1.7 Sledování vnějších faktorů

Oblast vnitřních faktorů je zaměřena na sledování dvou podstatných položek. Jednak je jím prostředí tvořící životní prostor seniora v Domově a s ním spojené rizikové situace, a jednak položka poměrně podrobně členěná a tou je obutí klienta.

Tabulka č. 11 – Rizikové situace v prostředí

RIZIKOVÉ SITUACE V PROSTŘEDÍ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
mokrá podlaha			2								2
kluzký povrch - linoleum			1			1				1	3
nerovný povrch	1	1	1		1				1		5
překážky v cestě	1			1							2
absence madel		2	2	1						1	6
špatné označení schodů	1		1		1				1		4
signalizace nebyla k dispozici		1	2	1				1			5
špatné osvětlení	2			1							3
postranice u lůžka spuštěny	1				1	1					3
nezabrzdný vozík/WC křeslo		2	1	1	1	1		1			7

Zdroj: vlastní výzkum

V předložené tabulce č. 11 jsou popsány nejdůležitější situace a nedostatky stran vnějšího prostředí. Doporučuji povšimnout si většího výskytu těchto faktorů v první polovině sledovaného období (2003 – 2007). Ve výsledcích se pak celkově promítají

jako nejčastější důvody pro pád a úraz. Patří mezi ně nezabrzdný vozík či WC křeslo při přesunech klienta, místa v prostoru domova, kde nejsou umístěna madla, nerovný povrch týkající se především venkovních prostor, nebo místa, kde není v dostatečném dosahu signalizace pro včasné přivolání personálu. Ostatní sledované položky lze zaznamenat v jednotlivých řádcích tabulky zhruba v polovičním výskytu.

Tabulka č. 12 – Obuv klienta

OBUV KLIENTA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	CELKEM
žádná	1	1	1		1						4
ponožky		1		1	1	2					5
pantofle		1	2	1						1	4
obuv na vysokém klínku	1										1
rosvázané šněrovací boty			1								1

Zdroj: vlastní výzkum

Analýzu vnějších faktorů uzavírá tabulka č. 12, která mapuje, jakým způsobem byl v době úrazu klient obut, případně zda měl na nohou pouze ponožky či nikoli. Ukazuje se, že v 5 případech byly ponožky zdrojem uklouznutí a následného pádu, podobně též bosé nohy nebo nazouvací pantofle se dle výše uvedeného zjištění projeví jako rizikové.

4.2 VYHODNOCENÍ POZOROVÁNÍ

Metodou pozorování byla zaměřena pozornost na 3 klienty, kteří vykazovali známky možného rizika úrazu. Výsledky pozorování byly pro lepší přehlednost zpracovány do tabulek. Sledovanými položkami byly především pohybové schopnosti klienta, jeho soběstačnost, úroveň sebeobsluhy v základních úkonech, senzorický stav, orientace v čase, prostoru a své vlastní osobě, dalšími případně zjišťovanými faktory byly psychický nebo neurologický stav a komunikační schopnost. To vše bylo stručně podloženo významnými anamnestickými daty, která mají výpovědní hodnotu pro riziko úrazu. Stěžejní částí pozorování jsou však konkrétní denní situace, které jsem zachytila během své přítomnosti u klientů na pokoji nebo v přilehlých prostorech Domova.

Tyto vyznačené skutečnosti jsou v tabulce vyznačeny modrou barvou. Důležitým ukazatelem je též míra hrozícího rizika, kterou měli tito klienti ve všech případech stejnou a to 2. stupeň – tzv. zvýšené riziko. Výsledkem zúčastněného pozorování je vyhodnocení rizika ve vztahu k úrazům, které automaticky vyžadují přímou intervenci.

Z pozorování klientky A vyplývá, že na základě anamnestického údaje opakovaných pádů v minulosti, v důsledku snížené schopnosti chůze, omezené soběstačnosti a závislosti na dopomoci druhé osoby, a také z důvodu silného zrakového postižení a užívání hypnotik, vykazuje klientka zvýšenou míru rizika ve vztahu k úrazům. V konkrétních denních situacích se toto nebezpečí potvrzuje, zejména špatným nazutím obuvi a neschopností zaznamenat překážky v cestě. V tabulce č. 13 byla tedy vyvozena 3 rizika: riziko pádu či úrazu v důsledku nedostatečného obutí, riziko pádu nebo zranění v důsledku úderu do nábytku a jiných překážek, riziko následného pádu nebo jiného zranění v důsledku tlumícího a hypnotického účinku léků.

Pozorováním klienta B jsou alarmující anamnestická data o pádech v minulosti, o neschopnosti chůze a samostatného stání, to, že se pohybuje na invalidním vozíku s dopomocí druhé osoby, komunikační schopnost je znemožněna afázií a psychický stav je charakterizován dlouhodobým negativním laděním až agresivitou. V konkrétních denních situacích bylo vysledováno zvýšené riziko vzhledem k odmítání zajištění lůžka pomocí postranic a experimentování v jízdě na vozíku do nebezpečných prostor v interiéru Domova. Tabulka č. 14 naznačuje pro klienta 2 rizika: riziko pádu z lůžka a riziko pádu z invalidního vozíku s následky úrazu.

Třetí pozorovanou osobou je klientka C, polymorbidní žena s nadměrným užíváním léků, s opakovanými kolapsovými stavy. Tato klientka je schopna chůze jen ve vysokém chodítku s doprovodem, avšak je soběstačná v úkonech běžné sebeobsluhy. Významným činitelem je silná nedoslýchavost, bolesti kloubů a projevy apatie, nezájmu a sklon k ospalosti. V konkrétních denních situacích byl vyznačen především výrazný útlum, točení hlavy a při ranní toaletě kolapsový stav. U klientky C je vyhodnoceno zvýšené riziko. Tabulka č. 15 udává 2 hlavní rizika: riziko pádu se zraněním vzhledem k nežádoucímu účinku léků a také riziko úrazu během kolapsového stavu neznámé etiologie.

Tabulka č. 13 – Pozorovací záznam klientky A

POZOROVACÍ ZÁZNAM klientky A	
Důležité anamnestické údaje	<ul style="list-style-type: none"> • klientka ve věku 87 let • v minulosti opakované pády v domácím prostředí • chronická onemocnění – DM, ICHS
Pohybové schopnosti	<ul style="list-style-type: none"> • klientka je schopna chůze s dopomocí nebo s 1 francouzskou holí • dokáže sama vstát z lůžka a postavit se • je schopna chůze na krátké vzdálenosti (po pokoji, na chodbě)
Soběstačnost, sebeobsluha	<ul style="list-style-type: none"> • klientka je soběstačná v základních úkonech (hygiena, stravování, oblékání, obouvání atd.) s dopomocí personálu • snaží se obsloužit sama sebe v rámci svých možností, avšak s oblékáním a obouváním pomáhá pečující personál více
Senzorický stav	<ul style="list-style-type: none"> • klientka má výrazné potíže se zrakem • nosí dioptrické brýle • čte s brýlemi a lupou
Psychický stav	<ul style="list-style-type: none"> • klientka je během dne klidná, spolupracující • udává potíže s usínáním, užívá hypnotika
Orientace	<ul style="list-style-type: none"> • klientka je plně orientována o sobě a v čase • problém je v prostorové orientaci – zrakové potíže
CO BYLO VYPOZOROVÁNO během dní: 4.3.2013, 11.3.2012, 13.3.2013, 19.3.2013	<ul style="list-style-type: none"> • klientka obvykle sama vstane z lůžka, jde se projít, aniž by se správně obula do bot • boty má vhodné – avšak sešlapuje zadní část obuvi, aby se do nich snáze nazula • takto je noha nebezpečná, bota na noze nedrží • vzhledem k výraznému zrakovému omezení není schopna vidět překážky v cestě • na pokoji opakovaně naráží do židlí a stolu • na chodbě se již pohybuje lépe, vodítkem jsou pro ni madla podél stěn
Na základě zjištěných skutečností – usuzujeme na MÍRU RIZIKA:	
2 – zvýšené riziko	
RIZIKO VE VZTAHU K ÚRAZŮM:	INTERVENCE:
➤ POZOR na nedostatečné obutí domácí obuvi za patu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ pečující personál bude opakovaně klientku poučovat o správném obouvání, případně ji naučí používat obouvací lžiči ➤ bude častěji kontrolovat klientku, jak má obuv nasazenu ➤ poučí klientku o možnosti zazvonit na signalizaci (pečující personál dopomůže s obouváním)
➤ POZOR na možnost nárazu do nábytku v rámci pokoje s následným pádem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ pečující personál bude dbát na úpravu prostoru v rámci pokoje klientky v cestě (od lůžka ke dveřím) nebudou stát předměty, židle apod. ➤ v blízké době bude klientka objednána na oční ambulanci k došetření zraku a případné úpravě dioptrických brýlí
➤ POZOR na účinek hypnotik v nočních a ranních hodinách	<ul style="list-style-type: none"> ➤ klientka bude mít během noci na dosah signalizační zařízení ➤ bude poučena, že pokud bude potřebovat jít v noci na toaletu, zazvoní na pečující personál

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 14 – Pozorovací záznam klienta B

POZOROVACÍ ZÁZNAM klienta B	
Důležité anamnestické údaje	<ul style="list-style-type: none"> • klient ve věku 69 let • stav po CMP s levostrannou hemiparézou, afázií • již 2x za dobu pobytu v Domově v noci spadl z lůžka, proto na noc zajištěn postranicí
Pohybové schopnosti	<ul style="list-style-type: none"> • klient není schopen chůze, ani samostatného stoje • potřebuje pomoc druhé osoby při přesunech z lůžka na vozík, WC apod. • v lůžku se dokáže sám otočit, změnit polohu • během dne je na invalidním vozíku, který však samostatně neovládá
Soběstačnost, sebeobsluha	<ul style="list-style-type: none"> • klient není soběstačný v základních úkonech • hygienu, oblékání, přesuny atd. z velké části přebírá personál • klient je zcela inkontinentní, používá inkontinentní pomůcky • k vyprazdňování stolice je však zkoušeno vyprazdňování na WC křesle • klient se dokáže najíst a napít (s obtížemi) • dokáže používat signalizaci
Senzorický stav	<ul style="list-style-type: none"> • klient nemá potíže v senzorickém vnímání
Psychický stav	<ul style="list-style-type: none"> • klient bývá poměrně často negativistický, emočně naladěný spíše agresivně • nespolupracuje dobře s ošetřovatelským personálem • často chce provádět činnosti jiným způsobem, než mu radí personál
Komunikační schopnost	<ul style="list-style-type: none"> • expresivní afázie • používá však nonverbálních projevů a výkřiků
Orientace	<ul style="list-style-type: none"> • klient je orientován o sobě, čase a prostoru • v prostoru se však nedokáže samostatně pohybovat vzhledem k motorickému omezení • nedokáže správně odhadnout nebezpečnost situace
CO BYLO VYPOZOROVÁNO během dní: 6.3.2013, 11.3.2013, 19.3.2013, 22.3.2013	<ul style="list-style-type: none"> • klient se posunky a svými hlasitými zvuky dožadoval, aby mu nebyla dávana postranice u lůžka, přestože mu bylo taktně vysvětlováno, že je to pro jeho bezpečnost (v souvislosti se dvěma předchozími nočními pády) • klient nechce přijmout alternativu postranic (pouze na noc) z bezpečnostních důvodů, záměrně se dostává do rizika pádu z lůžka • klient pozorován i během noci, v lůžku se samostatně otáčí, často bývá v poloze velmi blízko okraji lůžka
	<ul style="list-style-type: none"> • klient se pokouší o samostatný pohyb na vozíku pomocí zdravé pravé horní končetiny • pravá horní končetina však nemá dostatek síly a schopnosti koordinace vozíku, klient tedy vozík často omylem dostane do nebezpečné polohy – např. v blízkosti schodiště
Na základě zjištěných skutečností – usuzujeme na MÍRU RIZIKA:	
2 – zvýšené riziko	
RIZIKO VE VZTAHU K ÚRAZŮM:	INTERVENCE:
➤ POZOR na pád z lůžka, vzhledem k tomu, že si klient nepřeje mít na noc postranice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Požádat lékaře, aby mu důvod postranic ještě jednou vysvětlil (nejedná se o omezování, nýbrž bezpečnostní opatření pouze v průběhu spánku) ➤ Pokud bude klient i nadále trvat na nezajištění lůžka zvednutými postranicemi – personál na noc sníží pozici lůžka na nejnižší polohu a vedle lůžka na zem položí molitanovou matraci (pro snížení úderu v případě opakovaného pádu) ➤ Noční kontrola klienta
➤ POZOR na pád ze schodů z důvodu nekoordinovaného ovládání vozíku	<ul style="list-style-type: none"> ➤ V rámci rehabilitace se zaměřit na posílení svalů pravé poloviny těla ke zvýšení soběstačnosti a k samostatnému pohybu na vozíku ➤ Přizpůsobit jeho invalidní vozík spojeným ramenem obou kol – pro ovládání klientem s hemiparézou ➤ V rámci ergoterapie budou u klienta probíhat pravidelné nácviky samostatné manipulace invalidního vozíku

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 15 – Pozorovací záznam klientky C

POZOROVACÍ ZÁZNAM klientky C	
Důležité anamnestické údaje	<ul style="list-style-type: none"> • klientka ve věku 82 let • polymorbidita • do popředí vstupují zejména kardiovaskulární onemocnění, chronické selhání ledvin, coxartroza, karcinom pankreatu • polypragmázie
Pohybové schopnosti	<ul style="list-style-type: none"> • klientka je schopna chůze ve vysokém chodítku • pro jistotu je chůze v chodítku doprovázena RHB sestrou nebo pečujícím personálem • mívá potíže při vstávání z lůžka, ze židle apod. • pro bolesti kloubů a celkovou schvácenost raději pobývá během dne více v lůžku nebo relaxačním křesle • je schopna chůze na krátké vzdálenosti (po pokoji, na chodbě)
Soběstačnost, sebeobsluha	<ul style="list-style-type: none"> • klientka je soběstačná v základních úkonech s částečnou dopomocí personálu • dokáže se samostatně najít, napít • pro bolesti kloubů potřebuje pomoc při přesunech z lůžka
Senzorický stav	<ul style="list-style-type: none"> • klientka trpí presbykuzií, nedoslýchá ani na vzdálenost 2 metrů • potíže se zrakem má jen mírné, přiměřené věku
Psychický stav	<ul style="list-style-type: none"> • klientka působí klidným až zpomaleným dojmem • udává slabost, ospalost, únavu • v aktivizačních činnostech a volnočasových aktivitách bývá apatická
Neurologický stav	<ul style="list-style-type: none"> • opakovaně ortostatické kolapsy • synkopy během chůze
Orientace	<ul style="list-style-type: none"> • klientka je orientována ve všech aspektech
CO BYLO VYPOZOROVÁNO během dní: 4.3.2013, 6.3.2013, 13.3.2013, 22.3.2013	<ul style="list-style-type: none"> • klientka neprojevuje zájem o aktivizaci, po většinu dne by nejraději odpočívala • při pravidelné rehabilitaci a nácviku chůze s RHB sestrou udává točení hlavy, ospalost • dnes během ranní toalety v koupelně kolapsový stav vsedě, bez zranění • personál přivolán jinou klientkou
Na základě zjištěných skutečností – usuzujeme na MÍRU RIZIKA:	
2 – zvýšené riziko	
RIZIKO VE VZTAHU K ÚRAZŮM:	INTERVENCE:
➤ POZOR na účinek léků (antihypertenziva, diuretika, opiátová analgetika, anxiolytika a další)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Klientka užívá vzhledem ke svému zdravotnímu stavu množství léků, z nichž mnohé způsobují nežádoucí účinky = slabost, hypotenzi, závratě. Konzultace s lékařem, zda je možná úprava medikace. ➤ Pokud nebude možné nežádoucí účinky léků eliminovat, pečující personál musí být přítomen v rizikových situacích – nenechávat klientku v koupelně o samotě.
➤ POZOR – tendence ke kolapsovým stavům, náhlé slabosti – hrozí pád	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Při chůzi ve vysokém chodítku musí být vždy přítomna RHB sestra nebo pečující personál (poučen o postupech v případě kolapsového stavu) ➤ Respektovat únavu a celkovou slabost klientky vzhledem k množství onemocnění, pokud si bude přát více odpočívat – vyhovět jí. ➤ Poučit a naučit klientku, jak zacházet se signalizací (v koupelně, u lůžka, u relaxačního křesla), kterou je možno přivolat pomoc personálu, pokud cítí náhlou slabost, závrať apod.

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 VYHODNOCENÍ DOTAZOVÁNÍ

- 1) Domníváte se, že v Domově sv. Alžběty je prostředí z hlediska úrazů pro klienty bezpečné a proč?

Respondent č. 1, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2009

„Ano, určitě prostředí v Domově sv. Alžběty je pro klienty bezpečné, protože tu bezpečnost zajišťuje stálá služba ošetřujícího personálu a i celý Domov je vybaven v rámci možností proti úrazům. Máme tu protiskluzné podlahy v koupelnách, na WC jsou madla, začátky schodů jsou označeny žlutou barvou, prostory celého Domova jsou bezbariérové a vlastně i mimo Domov, do areálu zahrady je bezbariérový přístup. Jinak klienti mají signalizaci, takže můžou kdykoli zazvonit, když by hrozilo nějaké nebezpečí, taky myslím, že máme dost osvětlené pokoje a i v noci mají noční osvětlení, takže pokud klient potřebuje na WC nebo na chodbu, má to noční osvětlení, takže může bezpečně dojít.“

Respondent č. 2, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2003

"Tak já si myslím, že konkrétně v našem Domově sv. Alžběty se snažíme všechny překážky odstranit tak, aby pro klienty tady bylo příjemné prostředí a co nejmíň úrazů, ale zároveň si teda myslím, z mého pohledu, že v žádném domově důchodců ani v jiném zařízení není tzv. bezpečno, že riziko jakéhokoliv úrazu je všude kolem nás a že i po eliminaci těchto rizik stejně existuje a může se stát úplně všude. I když jste v nějakém zařízení, kdy by měly být rizika odstraněny, tak přesto k něčemu dojde. Je to běžný život a jsou tady běžné situace každodenního života a riziko prostě odstranit nelze.“

Respondent č. 3, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2002

„Domnívám se, že ano, protože Domov prošel rekonstrukcí a už se na to pamatovalo, takže jsou vybudované bezbariérové přístupy, na chodbách jsou madla, v místnostech

je signalizace, barevné označení schodiště, používají se znaky při úklidu, že je kluzká podlaha.“

Respondent č. 4, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2011

„Já si myslím, že z hlediska toho, jací jsou tady klienti, tak bych řekla, že Domov sv. Alžběty plně vyhovuje. Jsou tady senioři, kteří nejsou zas až tak pohybliví nebo jenom minimálně, takže Domov sv. Alžběty, bych řekla, že je v tomto směru dostačující.“

Respondent č. 5, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2010

„Ano, myslím si, že to tu je bezpečné, máme tu spoustu bezpečnostních opatření, například celé okolí Domova je bezbariérové a i interiér Domova je udělán tak, aby se tu klienti cítili co nejbezpečněji. Na chodbách je pevné dřevěné zábradlí, schody jsou barevně označené, když je mokrá podlaha, bývá to místo označené výrazným barevným kuželem, v koupelně máme protiskluzové podlahy, používáme bezpečné zvedáky do vany, na lůžkách klientů jsou zábrany, a když je potřeba, dáváme ještě molitanové postranice a samozřejmě u lůžka každého klienta je signalizace.“

V první otázce všech pět respondentů shodně uvádí, že prostředí Domova sv. Alžběty je pro klienty vcelku bezpečné. Rámcově se shodují ve výčtu preventivních a bezpečnostních opatření, přesto, jak uvádí jeden respondent, vždy je nutno počítat s určitou mírou rizika, které se vyskytuje přirozeně všude kolem nás. Respondenti považují za významný bezbariérový exteriér a interiér, protiskluzové podlahy v koupelnách a na toaletách, signalizační zařízení, madla, postranice u lůžka, správné značení nebezpečných úseků a dostatečné osvětlení.

2) Umíte vyjmenovat rizika, která vedou k potenciálnímu úrazu klienta?

Respondent č. 1, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2009

„Tak asi takové největší riziko si myslím, že je mokrá podlaha buď na pokoji nebo na chodbě. Taky když klient má nějaké zdravotní problémy, třeba točení hlavy. Taky když třeba ošetřující personál zapomene dát zábranu u postele, nebo když se špatně zabezpečí invalidní vozík třeba u neklidných klientů a taky by podle mě mohlo být riziko neosvětlený pokoj nebo chodba.“

Respondent č. 2, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2003

„Já si myslím, že jsou to rizika z praktického života, kde jde o různý uklouznutí, zaškokbrtnutí. Kdybych je měla vyjmenovat takhle prvně obecně, řekla bych, že v prvé řadě je to nedostatečná informovanost toho klienta. To, že mu musíme prvně všechna rizika už při přijetí říct a potom neustále opakovat, jelikož u nás se jedná hlavně o ty starší klienty, kde už ta paměť není až tak, jak u těch mladších. Potom je to nedodržení všech těch bezpečnostních pravidel, která všichni znají. Kdybych měla říct prakticky, tak zejména je to mokrá podlaha, kdy paní uklízečky uklízí, mezi tím se chodí, dá se tady opravdu lehce uklouznout, i co se týče zaměstnanců, natož těchto starších lidí. Myslím, že je to i snížená pozornost nás, zaměstnanců, při manipulaci s klientem, jako například nezabrzdný invalidní vozík nebo WC – křeslo, kdy hrozí ujetí, úraz, spadnutí na zem. U klientů, co jsem si ještě všimla, je hrozně důležitá obuv, i když se snažíme, aby byli jakoby doma, mají svoje papuče, přezůvky, pantofle na klínku. Tak tady se snažíme vysvětlovat, aby opravdu se pořídila obuv certifikovaná, zdravotní, která má prostě protiskluznou podrážku, je pevně umístěna kolem nártu, nehrozí žádné riziko, což si myslím, že je prostě alfa omega všeho. Tady ta chůze mi přijde ze všeho nejdůležitější, tady se setkáváme nejčastěji s úrazy. Samozřejmě se to týká zdravotního stavu, klient může upadnout i z hlediska náhlého snížení krevního tlaku, mdloba, záchvat... Potom co se týče elektrického zařízení, tady myslím, že nehrozí klientům úrazy, vše je tu zabezpečené.“

Problémem je samozřejmě schodiště, nebo i výtah a jeho samouzavírací dveře. Opravdu může se stát kdekoliv cokoliv. Já pracuji ve 4. poschodí, které je vlastně podkrovní, jsou tady zúžené prostory, menší prostory, jsou tady zkosené stropy, takže samozřejmě co se týče úrazů hlavy – musíme dávat pozor, jak my, tak klienti.“

Respondent č. 3, zdravotní sestra
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2002

„Rizik je víc. Může to být samotný pohyb. Pak i to, když má někdo pády už v anamnéze, ale i jeho celkový stav, mentální stav, smyslové poruchy. Spadá tam i medikační léčba.“

Respondent č. 4, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2011

„Určitě velkým rizikem je vždycky pád, zvláště u seniorů, takže se snažíme tohle riziko minimalizovat, no ale určitě tam riziko je, hlavně u těch pohyblivějších, u těch, kteří si sami dochází do koupelny, nebo chodí po chodbě a tak... Tam to riziko pádu je, protože jsou to senioři, a tak můžou zavrát, jsou to lidé, kteří chodí o holích, takže může jim ta hůlka podklouznout, nebo na kluzké podlaze, snažíme se jim říkat, aby po ní nechodili, ale může se stát. A potom si hlavně myslím, že je tu riziko, když oni se přesunují v noci do koupelky na toaletu. To je velké riziko, to se nám opravdu několikrát stalo, že jsme někoho „sbírali“.

Respondent č. 5, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2010

„Tak určitě je to ta mokrá podlaha a samozřejmě nekvalitní obuv klienta, takže vždycky se snažíme, aby měl pevnou obuv, která mu pěkně drží na noze. Také to mohou být nekvalitní pomůcky, např. francouzské hole nebo invalidní vozík, kde nejsou dostatečně nafouknutá kola, nebo nejsou-li v dobrém stavu. Určitě i v noci tma v pokoji chodícího klienta, který potřebuje třeba na toaletu. Dále jsou to lůžka bez zábran u ležícího klienta, kdy by hrozil pád na zem. Nebo také elektrické spotřebiče na pokoji klienta, kde by hrozilo opaření nebo úraz elektrickým proudem.“

V odpovědích na druhou otázku se u respondentů objevují tyto významné rizikové faktory: mokrá podlaha, schody, samouzavírací výtah, zkosené stěny v podkroví, špatná obuv klienta, nestabilita v chůzi a při přesunech, používání kompenzačních pomůcek. Tři respondenti uvedli za možnou příčinu úrazů i nepozornost a nedostatečnou kontrolu ze strany pečujícího personálu (nezajištění klienta postranicemi, nezabrzdný vozík při přesunu apod.). Dva respondenti uvádí riziko pohybu klienta v noci. Jeden respondent se domnívá, že rizikem může být i špatně nastavená farmakoterapie nebo již prodělaný pád v anamnéze. Dále byly uvedeny poruchy smyslového a mentálního vnímání či neklidné projevy klienta. Všechny zdravotní sestry uvedly, že jedním z rizik vedoucích k pádu a úrazu je také akutní dekompenzace zdravotního stavu.

3) Co můžete vy, ze své pracovní pozice, udělat pro zlepšení prevence úrazů v tomto zařízení?

<p>Respondent č. 1, zdravotní sestra zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2009</p>
<p>„Tak z mé pozice jako zdravotní sestry je podle mě důležité, aby člověk byl důsledný a opatrný při manipulaci s klientem, to znamená při přesunech z postele na invalidní vozík nebo z postele na zvedák, když se pacient přesouvá do koupelny nebo do jiných prostor. Taky se musím přesvědčit, zda zdravotní stav klienta dovoluje například chůzi klienta, nebo když tak s mojí dopomocí. Také bych měla zjistit, zda je prostor pro klienta bezpečný, zda není zrovna mokrá podlaha, nebo nějaké jiné překážky.“</p>

<p>Respondent č. 2, zdravotní sestra zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2003</p>
<p>„Tak já bych se snažila z praktického hlediska, i když to není úplně v mé kompetenci. Často se mi stalo, že jsem sama uklouzla na rovné podlaze nebo na schodech, kdy člověk vyběhne s léky, prostě spěchá, má jinde myšlenky... Což u těch klientů je ještě horší. Tady se teď zavedlo v poslední době, že paní uklízečky s sebou nosí ochranné kužely - připomínající, že podlaha je mokrá. Určitě bych byla pro to připomínání,</p>

mluvit s klienty, pořád jim připomínat, co se kde může stát: „Pozor, tady je to nebezpečné, tady musíte dávat pozor.“ Také by to bylo ve zlepšení systému práce, která je spíše na jiných pozicích, opravdu se mi nelíbí, že tady paní uklízečka uklízí, když chodíme kolem klientů nebo když klienti chodí na toaletu atd. Ale zase nevím, jak by se to přesně prakticky řešilo, paní uklízečka nemůže přece uklízet v noci, kdy na pokoji není pohyb, že... Možná ještě bych měla několik praktických tipů: mně by se líbily nějaké obrázky pověšené na chodbě o tom, co se může stát, čeho se vyvarovat. Taky co se týče rohů, líbily by se mi reflexní věci na rozích, barevné odlišení, aby si klienti všimli, že je nějaká překážka. Pak taky dávat pozor na různé překážky stojící v cestě – kbelík s vodou, nějaké věci, které tam zapomeneme.“

Respondent č. 3, zdravotní sestra
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2002

„Tak budu třeba dbát na to, aby byla například volná cesta, bez bariér, aby tam nestály vozíčky nebo třeba nějaké krabice. Nebo když poznám, že klient má nějaké zpomalené reakce, jestli to třeba není na základě medikamentózní léčby, pak na to upozorním lékaře.“

Respondent č. 4, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2011

„No tak pro zlepšení prevence – jednak samozřejmě s těma klientama neustále komunikujeme, takže když zrovna paní uklízečka vytírá podlahu, tak jim říkáme: „Teďka nechod'te, teď zůstaňte chvíličku na lůžku nebo u stolu“. Potom si myslím, že v noci, když mají tendenci jít do koupelny nebo na WC, snažíme se s nimi o tom popovídat, jestli pro ně nebude lepší WC křeslo u postele. To je velký pomocník a zabrání mnoha úrazům, protože oni se opřou o tu stoličku a krásně se přesunou, jsou v tomto schopni zvládat tohleto dobře.“

Respondent č. 5, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2010

„No, tak určitě asi zajistit dohled při přesouvání klientů, třeba z jedné místnosti do druhé, nebo dopomoc, když chodí na aktivity, do kaple. Dohlédnout taky na dobrý stav těch invalidních vozíků, dohlédnout na jejich obuv. A taky sledovat jejich zdravotní stav, a kdyby se mi něco nelíbilo, informovat hned zdravotní sestru, která je tu vlastně přítomna každý den.“

Třetí otázka se týkala možností zlepšení prevence ze strany jednotlivých pracovních pozic. Tři respondenti uvádí, že je třeba se zaměřit na momentální zdravotní stav klienta před samotným pohybem, další dva respondenti se shodují na důležitosti opakované komunikace s klientem a informování o nebezpečí chůze po kluzké podlaze. V rámci prevence navrhuje respondenti poskytovat patřičnou míru dopomoci méně schopným klientům při mobilitě a opatrnost při přesunech nebo jakékoli manipulaci s nimi. Další podstatný aspekt, který zaměstnanci Domova sv. Alžběty vnímají, je udržování prostoru bez bariér (předměty v cestě apod.). Respondenti také poukázali na problém mokré podlahy v exponovanou dobu dne. Jeden respondent navrhuje pro nestabilní klienty používání WC-křesel u lůžka na noc, namísto docházení na WC do koupelny, přestože se koupelna nachází u každého pokoje. Novým námětem od jednoho respondenta je grafické znázornění rizikových situací a výrazné označení nebezpečných míst.

4) Cítíte se řádně zaškolená v postupech v případě úrazu klienta?

Respondent č. 1, zdravotní sestra
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2009

„Ano, určitě se cítím jakoby dobře zaškolená, kdyby se něco klientovi stalo, nějaký úraz, a i z té stránky coby zdravotní sestra vím, jak bych měla postupovat.“

Respondent č. 2, zdravotní sestra
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2003

„Tak já si myslím, že vzhledem k tomu, že jsem zdravotní sestra, tak takovou tu první

pomoc bych měla ovládat. Rezervy určitě mám, člověk se nesetká v praxi se všemi úrazy, takže zkušenostmi se člověk učí. Ale co se týče takového zhodnocení při úrazu, jestli to lze ošetřit tady na místě, jestli přivolat vrchní sestru nebo jestli okamžitě přivolat záchranou službu, myslím, že co se týče toho zhodnocení, tak bych uměla odhadnout situaci.

Respondent č. 3, zdravotní sestra
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2002

„Ano.“

Respondent č. 4, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2011

„Ano, Domov sv. Alžběty pořádá pravidelná školení bezpečnosti práce, takže to jsme prodělaly všechny pečovatelky i zdravotnice a potom ještě já mám kurz pracovníka v přímé obslužné péči, kde jsme taky probírali tyhle věci. Probírali jsme i první pomoc, takže si myslím, že takový ten základ, který bysme měli vědět, všichni známe a máme tady velkou oporu ve zdravotnicích – ve zdravotnickém personálu.“

Respondent č. 5, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2010

„Tak určitě dokážu zajistit první pomoc tomu klientovi, a protože nejsem zdravotní sestra, tak hned informuji zdravotní nebo vrchní sestru, která tu vlastně je neustále celý den a ta už potom udělá další opatření.“

Na čtvrtou otázku odpověděli všichni respondenti jednotně, že v postupech při úrazu klienta se cítí být řádně a dostatečně zaškoleni a to prostřednictvím zaměstnavatele, školení, kurzů a v rámci profesní přípravy.

- 5) Za dobu, kdy pracujete v Domově sv. Alžběty, vnímáte posun k lepšímu nebo spíše k horšímu – co se týká opatření v prevenci úrazů klientů?

Respondent č. 1, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2009

„Tak vlastně už co jsem nastoupila do tohoto pracovního poměru, tak tento Domov byl vybaven vlastně už od začátku těmi základními věcmi, které už jsem říkala. Ale stále se hledají nějaké nové věci nebo postupy. Tak například v loňském roce jsme pořizovali nějaké další molitanové chrániče na postranice k postelím, pak taky se pořizoval nový zvedák pro klienty na tu lepší manipulaci, takže asi tyto dvě věci se jakoby zlepšily. A to základní dobré vybavení zůstává.“

Respondent č. 2, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2003

„K horšímu určitě ne. Já jsem tady od roku 2003, přišla jsem vlastně po velké rekonstrukci tohoto Domova, kdy došlo ke změně situacní, vše bylo opravený, krásný, nový, což je doteďka, myslím, že se to tady udržuje. Více se pracuje na rizikových plánech, na tom, co a jak se zde může stát, myslím, že hodně se o tom přemýšlí. Vedení se snaží úrazům předcházet, jsou tady různé novinky, např. ty kužely označující umývání podlah, což dříve nebylo, a co se týče zařízení – opravdu je to tady na vysoké úrovni. Prahy u dveří zde nemáme, takže zakopnutí o ně nehrozí. Myslím, že jsme na úrovni dobré, když to srovnám s ostatními domovy, kam jezdíme na praxi.“

Respondent č. 3, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2002

„K lepšímu. Tím jak je Domov vybaven a pak se ještě průběžně pořizovaly různé pomůcky. Pořizovaly se molitanové chrániče na postele, pořizoval se speciální zvedák pro klienty, když upadnou. Vybuďovala se bezbariérová zahrada, kde je opravdu přístup i s lůžkem či vozíkem. Doplnovaly se symboly označující nebezpečí, schody. Průběžně se vyměňovaly starší typy lůžek za novější a to všechno víc přispívá k té bezpečnosti.“

Respondent č. 4, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2011

„No, já tady nejsem zas až tak dlouho, jsem tady dva roky, takže já mám pocit, že se tady na to vždycky dbalo, co pamatuju, a dbá nadále. Určitě tam není posun k horšímu, snad trošku k lepšímu, ale řekla bych, že je to takové stabilní, že jsou tady tyto věci dost dobře zajištěné.“

Respondent č. 5, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2010

„Já myslím, že určitě k lepšímu, protože pořád se něco vylepšuje, pořád se něco obnovuje, takže určitě k lepšímu.“

Respondenti byli záměrně vybráni s rozdílnou délkou pracovního poměru v Domově sv. Alžběty. Čtyři z nich udávají, že v preventivních protiúrazových opatřeních vnímají posud k lepšímu, jeden respondent posoudil tento vývoj spíše za stabilní.

6) Co by dle vás mělo vyplynout z hodnocení klienta ve vztahu k riziku úrazu?

Respondent č. 1, zdravotní sestra
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2009

„Tak určitě si myslím, že by mělo pro klienta vyplynout, že on sám se cítí bezpečně, a že ze strany personálu je vlastně odstraněna každá překážka, aby teda k úrazu nedošlo. Ale pokud nějakým způsobem k němu dojde, nějakým nedopatřením, tak bude o klienta řádně postaráno. A třeba když máme individuální plánování a vlastně už předvídáme nějakou situaci, kdy by mohlo dojít k úrazu, tak vlastně se skoro u každého vyplňuje rizikový plán.“

Respondent č. 2, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2003

„Už při příjmu toho klienta bysme měli sestavit individuální plán, který je šitý na míru tomu klientovi, kdy můžeme i zhodnotit jaká rizika vzhledem k jeho zdravotnímu a duševnímu stavu hrozí. Zhodnotit, jak je na tom fyzicky i psychicky tento klient, jak je schopný vnímat, co mu říkáme a jak je schopný sám posoudit rizika. A k tomu právě máme rizikový plán, který zpracujeme postupem času, až klienta více poznáme. Během doby, kde je tu klient ubytovaný, ho můžeme obnovit a řešit situaci, která nastane. Většinou s rizikovým plánem pracujeme až za určitou dobu, až klienta více poznáme a vidíme, kde to riziko je, kde jsou rezervy, jak je klient schopný poslouchat a respektovat to, co mu o prevenci říkáme. Když pak zjistíme, že je ohrožena klientova bezpečnost, je použit rizikový plán, kde je tohle ošetřeno.“

Respondent č. 3, zdravotní sestra

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2002

„Probíráme s personálem konkrétní rizika pádů a úrazů u klienta i v rámci našich seminářů. Z jednotlivých hodnocení klienta pak vychází, čím se má u klienta personál zabývat, jak problém řešit a pak i do budoucna, co by se mělo u něho zabezpečit.“

Respondent č. 4, pracovnice v přímé obslužné péči

zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2011

„No, tak vždycky když přijímáme nového klienta, vnímáme, jak je na tom pohybově, jestli bude chodící, jestli je ležící atd. Pak se to sepisuje do určité dokumentace a prostě vyplývají z toho nějaké věci: jestli je to člověk ležící, tak se ptáme, jestli nechce na noc postranici u lůžka zvednout, protože je to pro něj bezpečnější, nehrozí tam potom vůbec riziko pádu. Je to samozřejmě proti jeho podpisu, jeho souhlasu, domlouváme se s tím klientem, ale je to určitě bezpečí pro toho člověka. No, a u těch pádů, tam si vždycky s tím člověkem sedneme a popovídáme, jestli je pro něj důležitější, jestli má tu svobodu pohybu a zda si chce dojít na tu toaletu sám, anebo teda jestli zvolí radši to naše rámě - to bezpečí a chce tam doprovodit. A podle toho,

pokud zvolí to svoje nějaké riziko, že si tam dojde o té hůlčičce, tak sepíšeme rizikový plán, s tím, že teda nám to podepíše, že si je toho rizika vědom. No ale je to pro ně ještě určitě důležité, takže většina lidí se chce přesunovat sami a pokud to jde, i chodit sami.“

Respondent č. 5, pracovnice v přímé obslužné péči
zaměstnána v Domově sv. Alžběty od roku 2010

„Tak klient by se měl tady s námi cítit hlavně bezpečně. Pokud nějaké riziko hrozí, vypracujeme rizikový plán, se kterým klient souhlasí a který podepíše.“

Z odpovědí na šestou otázku vyplývá, že pracovníci v přímé péči hodnotí klientův stav a jeho funkční možnosti. V případě výskytu rizikových faktorů je s klientem sestaven rizikový plán a následně uskutečněna opatření, která by měla úrazům předejít. Toto plánování se děje v úzké spolupráci s klientem.

5 DISKUZE

Tématu rizik úrazů u seniorské populace se věnuje řada českých i zahraničních autorů a pojmají tuto problematiku z různých úhlů pohledu. Úrazovost a její prevenci je možné posuzovat po stránce zdravotně-medicínské, sociální, statistické, ale například i po stránce technologické či z hlediska managementu. Ve své bakalářské práci jsem si kladla za cíl posoudit významné vlivy vedoucí k úrazům ze strany samotného seniora nebo z vnějších příčin. Na základě literární rešerše jsem se pokusila popsat geriatrické symptomy související s rizikem poranění a klasifikovat nejčastější úrazy vyššího věku. Svou pozornost jsem též věnovala možnostem prevence a významu tzv. rizikového plánu. Ve výzkumné části této práce pak vystupují do popředí konkrétní zjištění. Ačkoli zkoumaný vzorek byl početně poměrně malý, týkal se 33 klientů Domova sv. Alžběty a 5 zaměstnanců téhož zařízení, přesto se v zásadních skutečnostech zřetelně prolíná a shoduje s popsanou teorií. Ve 2. kapitole jsem si položila několik výzkumných otázek, jejichž následující odpovědi nabízejí propojení teoretických východisek a konkrétních poznatků z praxe ve výše zmíněném domově pro seniory.

První výzkumná otázka se doptávala na nejčastější typy úrazů u seniorů žijících v Domově sv. Alžběty. Z tabulky č. 2 na straně 38 je zřejmé, že za 10 let fungování Domova se největším podílem u klientů vyskytovaly zlomeniny. Jde především o zlomeniny krčku stehenní kosti. Na častém výskytu tohoto typu zlomeniny u gerontů se shodují i mnozí autoři z oboru traumatologie. Višňa a Hoch udávají, že postihuje zejména pacienty ve věku nad 50 let a s rostoucím věkem jejich četnost roste. U starších lidí postačuje ke vzniku mnohdy jen nepatrné násilí, zakopnutí s následným pádem nebo prudký pohyb končetiny (53). Pokorný dodává, že zlomeniny horní části stehenní kosti se oproti mladší generaci vyskytují u seniorů ve více jak 65-70 % (41). Z výzkumu vyplývá, že i zlomenina žeber, otřes mozku, zlomenina distálního radia nebo poranění bérce se objevují v Domově sv. Alžběty opakovaně. V rámci gerontotraumatologických studií se popisuje výskyt těchto typů úrazů v podstatě podobně, zejména v důsledku pádů. Například Mašek potvrzuje, že výrazně častou úrazovou diagnózou je v naší populaci zlomenina dolního konce pažní kosti (fraktura distálního radia). Míra výskytu je patrná ve výši 3 gerontologických pacientů na 1000 obyvatel za rok (33). Dále je

v literatuře popsán značný podíl seniorů, kteří utrpěli zlomeninu žeber. Dle Hájka a Štefana postihují nejčastěji oblast mezi 4. až 9. žebrem. U osob vyššího věku je zřejmá menší elasticita hrudníku, přičemž čáry lomu probíhají příčně nebo šikmo a mohou postihovat žebra na více místech (12). Tento fakt dokládají záznamy o úrazech v dokumentaci klientů Domova sv. Alžběty, kteří zlomeninu žeber mají ve své anamnéze. K úrazu tohoto typu došlo ve 3 případech, pokaždé pádem na schodišti. Souhrnně lze říci, že zlomeniny obecně jsou u starších lidí považovány za nebezpečné, neboť, jak uvádějí Kopp a Obruba - odborníci z Traumatologického centra, incidence zlomenin u seniorů je problém spojený s následným zhoršením funkcí sebeobsluhy a celkové soběstačnosti, mnohdy i s vysokou mortalitou (26).

Ve druhé výzkumné otázce jsem hledala výstižnou charakteristiku seniora, jenž má největší dispozice k úrazům. Ze zkoumané skupiny seniorů byly zachyceny jisté opakující se jevy, faktory a tendence, které lze uspořádat do následující charakteristiky. Senior, který je zvýšeně náchylný k pádům, úrazům a zraněním je většinou schopný chůze pouze za pomoci francouzských holí nebo vysokého chodítka. Do rizikové skupiny patří nepochybně i senior, který již není schopen samostatné chůze, a to ani za pomoci výše uvedených kompenzačních pomůcek. V tomto případě většinou dochází k přímým pádům z lůžka nebo k pádům při snaze o pohyb či přesun bez pomoci druhé osoby. Podobně Müller na gerontologickém sympoziu zdůraznil, že úrazově rizikový senior se vyznačuje zejména syndromem stařecké dekonďice a celkové křehkosti organismu, zejména ve smyslu nepohyblivosti a snížené schopnosti sebeobsluhy (38). Podstatným se jeví přítomnost chronického onemocnění, případně současný výskyt více onemocnění zároveň. Je zřejmé, že chronicky nemocný a polymorbidní klient má také nastavenou určitou medikaci, která též může svými nežádoucími účinky neblaze ovlivnit stav vnímání, způsobit výkyvy krevního tlaku, náhlé odvodnění organismu apod. Nelze opomenout ani to, že míra rizika úrazu stoupá s věkem. V Domově sv. Alžběty se tato skutečnost potvrdila ve 2/3 incidence u osob nad 80 let, tedy u 22 případů z celkového počtu 33 zraněných klientů Domova. Pohled traumatologů se zdá být v tomto případě ještě přísnější, neboť jak popisuje Mašek, věk se v úrazové chirurgii považuje za rizikový již mnohem dříve, hrají zde roli známky

artrózy a osteoporózy, které mohou mít své počátky dokonce už kolem 50. roku věku (33). Charakteristiku seniora náchylného k úrazům tvoří i jeho senzorycké poruchy, zejména obtíže se zrakem a sluchem. Z výsledků výzkumu v Domově sv. Alžběty dále vyplývá, že klienti mající tendenci k pádu a úrazu pociťovali závrať, neklid nebo nervozitu, podobně také klienti, u kterých se vyskytl ortostatický kolaps či synkopa. Neurologický a psychický stav je totiž podle Holmerové úzce spjat s celkovou úrovní kondice seniora, proto poruchy v tomto směru vedou k závažným změnám s důsledkem rizika úrazu (13). Výzkum ovšem předložil i skutečnost, že klientova neurologicko-psychická stabilita může zůstat nedotčena, a přesto k úrazům dochází. Tabulka č. 9 na straně 43 překvapivě naznačuje, že v převážné většině šlo o klienty plně orientované. Charakteristiku seniora se zvýšenou dispozicí pro úraz uzavírá fakt, že v minulosti již prožil úrazovou epizodu. Pád v anamnéze znamená varovný signál pro možné opakování, proto je logické, že i senior sám má větší strach z pohybu, což se odráží na jeho nestabilitě a zvýšené nejistotě. Pro ošetrovatelský personál v zařízení zdravotní či sociální péče je nezbytné považovat opakované pády za zásadní rizikový faktor pro vznik úrazu, který by neměl zůstat bez povšimnutí. Mandysová a Vorlíčková proto vidí pád v anamnéze jako specifický problém, který nemá vést k nepřiměřenému omezení pohybu klienta, nýbrž ke zvýšené podpoře bezpečnosti při jeho aktivní mobilitě (32).

Třetí výzkumná otázka vybízí k diskuzi nad rizikovými faktory, které k úrazům u seniorů vedou. Fenoménu úrazů u seniorů se rozsáhle věnuje Jurásková, která ve své studii předkládá zjištění, že úrazy starších lidí se odehrají v drtivé většině přímo v pokoji domova pro seniory při vstávání, přesunech nebo při pádu z lůžka, a to bez přítomnosti zdravotníka či pečující osoby (18). Shodný poznatek o okolnostech a mechanismech úrazů vyplynul i z výzkumu této bakalářské práce. Z podkladů zahraničních zdrojů je patrné, že mezi nejčastější příčiny, zaznamenané v ošetrovatelských domovech (Nursing Homes), je možné řadit jak faktory související se samotným klientem – především svalová slabost, problematická chůze, nesprávné používání chodítek a holí, tak také faktory související s prostředím - mokrá podlaha, špatné osvětlení, nesprávná výška lůžka, nestabilní křesla, nedostatek madel a zábradlí.

Z farmakologického hlediska jsou uváděny nebezpečné účinky zvláště léků ovlivňující centrální nervový systém (3). S tímto přehledem rizikových faktorů, které nabízí Středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC - Centers for Disease Control and Prevention), lze porovnat i zjištěná fakta z Domova sv. Alžběty. V našich podmínkách mapujeme a rozdělujeme rizikové faktory na vnější a vnitřní. Vnějšími faktory rozumíme environmentální rizikové situace související s prostředím Domova a nevhodnou obuv klienta, vnitřními faktory označujeme anamnestické údaje naznačující rizikovost, neschopnost či omezenou schopnost chůze, závislost na používání kompenzačních pomůcek, porušený sensorický, neurologický a psychický stav a konečně stejně jako v CDC přičítáme význam i některým vedlejším účinkům farmakologické léčby užitá za posledních 24 hodin.

Výzkumná část mé bakalářské práce zahrnuje kromě sekundární analýzy dat z dokumentace (viz kapitola 4.1) a přímého pozorování rizikových klientů (viz kapitola 4.2) též dotazování pečujícího personálu v Domově sv. Alžběty (viz kapitola 4.3). Ze získaných rozhovorů se zdravotními sestrami a pracovníci přímé obslužné péče je možné vytěžit odpověď na čtvrtou výzkumnou otázku, která se dotýká schopnosti personálu zahájit správně a včas preventivní opatření a tím eliminovat úrazová rizika. Bylo osloveno pět zaměstnanců Domova sv. Alžběty a díky zodpovězeným šesti otázkám mohu usoudit, že zdejší pracovníci si díky dobrému zaškolení, zkušenostem z praxe a ucelenému nastavení preventivních opatření v rámci celého Domova v zásadě vědí rady s postupy a eliminací úrazových rizik. Podstatnou úlohu zde hraje multidisciplinární tým a předávání informací o klientech ústní i písemnou formou v dokumentaci. Za zásadní činitel považují pracovníci Domova individuální přístup ke klientům, což se promítá i do preventivních opatření. Tak mohou být poskytnuta jednotlivcům včas a účelně. K této otázce se adekvátně vyjadřuje i Neuwirth, který považuje za cíl prevence co nejvíce snížit samotné riziko vzniku úrazu, ale současně příliš neomezit pohyb a soběstačnost klienta. Jím navrhované možnosti prevence jsou zejména řádné zhodnocení rizika pro úraz a podle přítomných rizik se zaměřit na intervenci (39). Nesprávným postupem prevence ze strany ošetřujícího personálu by podle Ambrošové a Šlapáka bylo automatické použití restriktivních

opatření na neomezenou dobu, což by jednoznačně mohlo vést k závažnému poškození klienta imobilizačním syndromem. Tento dlouhodobý syndrom inaktivity pak způsobuje v organismu nevratné změny (1).

Vyústěním této bakalářské práce by měl být rizikový plán, chápaný jako součást individuálního plánování u klientů Domova sv. Alžběty. Tento dokument považuji za zásadní krok k eliminaci rizik úrazů. Jsem přesvědčena, že hledáním individuálních postupů, opatření a intervencí lze minimalizovat riziko a zároveň zachovat princip nezávislosti, participace, bezpečí, seberealizace a důstojnosti starších lidí. Pátá výzkumná otázka se snaží nalézt přínos vedení individuální dokumentace, a tím přispět k předcházení rizikům úrazů. V Domově sv. Alžběty se pracuje s individuální dokumentací každodenně a samotná dokumentace postupem let dostává stále novější podobu, neboť se pokouší vyhovět požadavkům na jasnou přehlednost a účelnost. Primární přínos individuálně vedené dokumentace je však především kvalitní služba klientovi a zabezpečení jeho péče na náležité úrovni. Součástí této dokumentace je i podrobné zhodnocení klienta a zpracování jeho individuálního profilu. Ze zjištěných či vypozerovaných skutečností v úrovni somatické, psychické, sociální a spirituální se odrážíme k sestavení tzv. individuálního plánu a dále podle potřeby i k sestavení rizikového plánu, jak popisuje kapitola 1.9. Z rozhovorů se zaměstnanci vyšlo najevo, že si již osvojili praktické využití rizikových plánů a chápou jejich tvorbu a realizaci jako účelný proces předcházení úrazům u svěřených klientů (viz kapitola 4.3). Zavedení individuálních rizikových plánů považuji za přínosné ve smyslu odstraňování rizik nebo aspoň posouvání do akceptovatelné oblasti. Autorský tým knihy Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, manželé Škrlovi, považují tento proces za jeden ze základních stavebních kamenů moderního managementu směřující ke zvyšování kvality. Hlavním cílem je podle nich identifikace a vyhodnocení existujících a potenciálních rizik, následné vytvoření strategie pro prevenci a pochopitelně i kontrola efektivnosti postupů, s případnou úpravou (48). V kontextu výše uvedených modelů proto považuji vedení individuální dokumentace klienta a rizikového plánu za účinný nástroj zvyšování kvality a bezpečí pro naše seniory, aniž by byla dotčena jejich dosavadní funkční výkonnost a soběstačnost.

6 ZÁVĚR

Téma úrazové problematiky u seniorů žijících v zařízení sociálních služeb má poměrně široký záběr úhlů pohledu. Předkládaná bakalářská práce se zabývala zejména otázkou preventivních opatření užitečných pro praxi v domově pro seniory.

V první části byla věnována pozornost teoretickým východiskům, z nichž lze vycházet při posuzování tělesných, duševních a sociálních změn ve stáří. V Domově svaté Alžběty tvoří klientelu osoby seniorského věku se sníženou schopností sebeobsluhy a sebepéče, a jejichž sociální situace jim neumožňuje prožívat své dny ve vlastním domácím prostředí. Typickou charakteristikou většiny klientů Domova je deteriorace, disabilita a geriatrická křehkost, promítající se do nejrůznějších oblastí a úrovní jejich života. Z tohoto náhledu vychází i přístup pracovníků Domova sv. Alžběty k jednotlivým klientům, přičemž prioritou za každých okolností zůstává respekt a úcta k člověku jako takovému, podpora zachovaných schopností a udržení stabilizovaného stavu co nejdéle. Bakalářská práce si kladla za cíl posoudit rizikové oblasti hrozící seniorům z hlediska potenciálních úrazů.

Základem preventivní strategie proti zranění je zejména znalost možných rizikových situací, stejně jako vnějších a vnitřních faktorů. Tyto jevy se staly předmětem zkoumání v empirické části práce. Náležitá pozornost byla věnována analytickému rozboru proběhlých úrazů v Domově sv. Alžběty v letech 2003 – 2012. Z výzkumu vyšly najevo cenné poznatky, které se staly impulzem k novým přístupům prevence. Podobným přínosem se stalo též zúčastněné pozorování rizikových klientů a dotazování personálu, který bezprostředně působí ve zdravotní či sociální péči. Na podkladě zjištěných výsledků je tedy možné konstatovat, že prevence úrazů v domově pro seniory musí být procesem aktivním, cíleným a dlouhodobým. To však předpokládá zcela nový pohled na skupinu seniorů. Jen individuální přístup s důrazem na úctu k vlastnímu přání klienta může vést k plnohodnotnému a zároveň bezpečnému stáří.

Zárukou kvality sociální služby je komplexní pohled na klienta seniorského věku, se všemi jeho schopnostmi i obtížemi, s jeho zachovaným funkčním rozsahem i s jeho omezeními, avšak vždy s respektem jeho vlastní vůle, svobody, s respektem k jeho

osobnosti. Tak vznikl v Domově sv. Alžběty individuální rizikový plán, který podporuje co nejvíce běžný život v prostředí domova pro seniory, posiluje u klienta dospělou roli, samostatnost, možnost volby a rozhodování, avšak podporuje i přiměřenou opatrnost, dohled a pokouší se rizikové situace konstruktivně zvládnout bez úrazových následků.

V této rovině se rizikový plán Domova sv. Alžběty pravděpodobně liší od strategických preventivních přístupů mnoha jiných zařízení sociální péče nebo nemocnic. Tam se setkáváme se spíše s modelem ústavním, kdy je pohled na riziko úrazu chápán pouze jako soubor nebezpečných vlivů, které je nutno odstranit, a to i za cenu plošné restrikce klientů.

Mým závěrečným přáním a samotnou podstatou této práce je dodat odvahu a inspiraci všem, kteří mají na poli zdravotně sociální péče, prevence či managementu své místo, vliv a podíl, aby se nenechali svést k snadnější a pohodlnější cestě všeobecných ústavních modelů, ale aby dovolili svým klientům přiměřeně riskovat a zároveň jim poskytli pocit jistoty a bezpečí.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. AMBROŠOVÁ, P. a J. ŠLAPÁK. Imobilizační syndróm, jeho riziká a súvislosti vo vyššom veku. In: *12. Brněnský geriatrický den a 10. Brněnsko - Bratislavské gerontologické sympozium: sborník přednášek*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2010. ISBN 978-80-210-5141-6.
2. BERKOVÁ, V. *Řízení rizik. Tvorba rizikových plánů*. Prezentace PowerPoint, školicí akce pro pracovníky v sociálních službách. Domov pro seniory Prostějov. 8. 10. 2012.
3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Falls in Nursing Homes*. [online] 16. dubna 2012 [cit. 2013-02-01] Dostupné z: <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/nursing.html>.
4. ČAPKOVÁ, M., L. TORÁČOVÁ a M. VELEMÍNSKÝ. *Prevence úrazů u vybraných věkových skupin obyvatelstva*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-200-7.
5. ČELKO, A. M. Epidemiologie úrazů v České republice. *Postgraduální medicína*. 2004, roč. 7, č. 4. Praha: Mladá fronta. ISSN 1212-4184.
6. ČERVENKOVÁ, H. Úrazy seniorů. *Lékařské listy*. 2010, roč. 59, č. 8, s. 10-11. Praha: Mladá fronta.
7. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-585-7.
8. ČESKO. *Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách*, § 88.
9. DOMOV SV. ALŽBĚTY. *Poslání Domova*. [online] 20. května 2008 [cit. 2013-02-01] Dostupné z: <http://www.dosa.cz>.

10. GRIVNA, M. Epidemiologie a prevence úrazů seniorů. In: BENEŠOVÁ, V. et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence, 2003. ISBN 80-239-2104-5.
11. HADDON, W., BAKER, S. Injury control. In: CLARK, D., MacMAHON, B. *Preventive and Community Medicine*. 2nd ed. Boston: Little Brown. 1981. ISBN 0316145963.
12. HÁJEK, S. a J. ŠTEFAN. *Příčiny, mechanismus a hodnocení poranění v lékařské praxi*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-202-6.
13. HOLMEROVÁ, I. et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relation, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
14. HOLOUŠOVÁ, A. *Příčiny pádů u seniorů*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. 2009.
15. JANKOVSKÝ, J., J. PFEIFER a O. ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
16. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
17. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 978-80-247-1715-9.
18. JURÁSKOVÁ, D. Bezpečný pokoj. In: *Gerontotechnologie a technologie pro handicapované, směr budoucnosti: sborník přednášek z konference*. Ostrava: DTO, 2006. ISBN 80-02-01851-6.

19. JURÁSKOVÁ, D. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. 1. vyd. Praha: Euro Profis, 2007. ISBN 978-80-239-8838.
20. KALVACH, Z. Úrazy ve stáří. In: BENEŠOVÁ, V. et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence, 2003. ISBN 80-239-2104-5.
21. KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
22. KALVACH, Z. et al. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-001-7.
23. KLÁN, J. a E. TOPINKOVÁ. Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. Praha: *Česká geriatrická revue*. 2003, č. 2, s. 38-43. ISSN 1801-8661.
24. KLÁN, J. a E. TOPINKOVÁ. *Poruchy chůze a mobility, pády ve stáří*. Prezentace PowerPoint, školicí akce pro zdravotní sestry, Praha: Geriatrická klinika 1. Lékařské fakulty. 16. 11. 2011.
25. KLERK, M. M. Y., TIMMERMANS, J. M. *Report on the Elderly in the Netherlands*. The Hague: Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2002. ISBN 9037700829.
26. KOPP, L. a P. OBRUBA. Operační léčba zlomenin horního konce stehenní kosti u geriatrických pacientů. In: *Gerontologické dny Karlovy Vary: sborník kongresu*. Ostrava: DTO, 2007, s. 2. ISBN 978-80-02-01919-0.
27. KOSINA, K. *Kurz práce s rizikem v sociálních službách*. Prezentace PowerPoint, školicí akce pro pracovníky v sociálních službách. Žernůvka: Domov sv. Alžběty. 18. 10. 2010.

28. KUBALČÍKOVÁ, K. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“*. Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2006.
29. LEVEILLE, S. et al. Advancing the taxonomy of disability in older adults. In: *Journals of Gerontology: Biological Sciences and medical Sciences*. Oxford: 2004, vol. 59, iss. 1, p. 86-93. ISSN 1079-5006.
30. LINET. Pády: skrytá hrozba. *Komfort*. 2006, roč. 3, č. 4, s. 4-5.
31. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3148-3.
32. MANDYSOVÁ, P. a H. VORLÍČKOVÁ. *Pády*. [online] 29. února 2012. [cit. 2013-02-01] Dostupné z: http://www.eunio.cz/offline/review_win_soubory/review_content.html.
33. MAŠEK M. Gerontotraumatologie. In: MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. et al. *Akutní stavy v geriatrici*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-620-5.
34. MINIBERGEROVÁ, L. et al. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
35. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
36. MORSE, J. M. *Preventing Patient Falls*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-0389-5.
37. MOTEJL, O. *Souhrnná zpráva o činnosti veřejného ochránce práv 2009*. 1. vyd. Brno: kancelář veřejného ochránce práv, 2010. ISBN 978-80-254-6668-1.

38. MÜLLER, I. Vertebrogenní bolesti a osteoporóza z hlediska ortopeda. In: *12. Brněnský geriatrický den a 10. Brněnsko - Bratislavské gerontologické sympozium: sborník přednášek*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2010. ISBN 978-80-210-5141-6.
39. NEUWIRTH, J. et al. Nové trendy v ošetrovatelské péči o dospělé a seniory. In: TÓTHOVÁ, V. *Tematické kurzy celoživotního vzdělávání pro profesi všeobecná sestra*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008.
40. NOVOTNÁ, E., Z. KALVACH a M. ŠNEJDRLOVÁ. *Pády ve stáří a jejich prevence s náměty pro preventivní cvičení*. Praha: Život 90, 2005.
41. POKORNÝ, V. et al. *Traumatologie*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-277-X.
42. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
43. SAUNDERS, M. Risk management. In: THOMPSON, T., MATHIAS, P. *Standards and Learning Disability*. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 1998. ISBN 0702022039.
44. SCHÄFFLER, A. et al. *Vademecum lékaře*. 4. vyd. Praha: Galén, 1993. ISBN 80-85824-00-0.
45. SCHULER, M. a P. OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
46. SOBEK, J. *Práce s rizikem v sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Portus, 2010. ISBN 978-80-254-6889-0.

47. STAROŠTÍTKOVÁ, A. Úrazy ve stáří. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 44-45. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404.
48. ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
49. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-365-5.
50. TOŠNEROVÁ, T. Na pomoc kvalitnímu stáří - prevence pádů. *Florence*. 2006, roč. 2, č. 7-8, s. 43-47. ISSN 1801-464X.
51. VÁGNEROVÁ, J., J. NEUWIRTH. Riziko vzniku pádů v rámci ošetrovatelského procesu v domově důchodců. In: *Nové trendy v ošetrovatelství V.: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, V. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2006, s. 440-442. ISBN 80-7040-884-7.
52. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
53. VIŠŇA, P., J. HOCH et al. *Traumatologie dospělých*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-034-8.
54. VYBÍHALOVÁ, L. Problematika pádů u geriatrických pacientů v zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2001, roč. 21, č. 4, s. 44-45. Praha: Mladá fronta. ISSN. 1210-0404.
55. WEBER, P. et al. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno: IDVZP, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
56. WHO. *Zdraví 21.: Zdraví pro všechny do 21. století*. [online] 1999. [cit. 2013-02-17] Dostupné z: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>.

57. WIDIMSKÝ, J. et al. *Hypertenze*. 3. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 978-80-7387-077-5.
58. ZIMMELOVÁ, P. Středisko prevence úrazů v JK – prevence úrazů seniorů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2008, roč. 4, č. 2, s. 161-166. ISSN 1801-0261.


8 PŘÍLOHY

Příloha 1: Individuální rizikový plán

Příloha 2: Formulář pro hodnocení úrazu


Příloha 3: CD s nahrávkou rozhovorů se zaměstnanci Domova sv. Alžběty

Příloha 1 – Individuální rizikový plán

	INDIVIDUÁLNÍ RIZIKOVÝ PLÁN			
	JMÉNO KLIENTA:	DATUM NAROZENÍ:		
JMÉNO KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA:	ODDĚLENÍ:			
1. MAPOVÁNÍ RIZIKOVÝCH OBLASTÍ				
Významné údaje z anamnézy:				
Schopnost chůze:				
Senzorický stav:				
Neurologický a psychický stav:				
Riziková farmakoterapie:				
Rizikové prostředí Domova:				
2. POPIS RIZIKOVÉ SITUACE				
Jaké hrozí klientovi nebezpečí?				
Došlo k nějakému incidentu v podobné situaci v minulosti?				
Je si klient vědom rizika a možných následků?				
Jaký je význam této situace pro klienta? Co mu tato situace přináší?				
3. MÍRA RIZIKA				
1 - PŘIMĚŘENÉ RIZIKO	2 - ZVÝŠENÉ RIZIKO	3 - NEPŘIJATELNÉ RIZIKO		
4. PODÍLEJÍCÍ SE OSOBY				
<input type="checkbox"/> klíčový pracovník	<input type="checkbox"/> zdravotní sestra	<input type="checkbox"/> dobrovolník	<input type="checkbox"/> psycholog	<input type="checkbox"/> přítel
<input type="checkbox"/> pracovník přímé péče	<input type="checkbox"/> sociální pracovník	<input type="checkbox"/> lékař	<input type="checkbox"/> příbuzný	<input type="checkbox"/> další:
5. NÁVRH ŘEŠENÍ				
Jakým způsobem bude riziko minimalizováno na přijatelnou úroveň = přiměřeného rizika?				
6. VYHODNOCENÍ RIZIKOVÉHO PLÁNU				
PODPIS KLIENTA:		PODPIS KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA:		
DATUM ZPRACOVÁNÍ PLÁNU:		DATUM PŘÍŠTÍ REVIZE PLÁNU:		

Zdroj: Domov sv. Alžběty

Příloha 2 - Formulář pro hodnocení úrazu

		<h2 style="color: green;">FORMULÁŘ PRO HODNOCENÍ ÚRAZU</h2>																																																	
JMÉNO KLIENTA:		DATUM NAROZENÍ:																																																	
Typ úrazu - diagnóza dle MKN:		Charakteristika úrazu:	Datum a hodina úrazu:																																																
Přímý svědek úrazu:	Ošetřující osoba:	Kdo byl informován:																																																	
Klasifikace úrazu: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>lehký úraz</td> <td>středně těžký úraz</td> <td>těžký úraz</td> </tr> </table>		lehký úraz	středně těžký úraz	těžký úraz	Klasifikace rizika před úrazem: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>přiměřené riziko</td> <td>zvýšené riziko</td> <td>nepřiměřené riziko</td> </tr> </table>		přiměřené riziko	zvýšené riziko	nepřiměřené riziko																																										
lehký úraz	středně těžký úraz	těžký úraz																																																	
přiměřené riziko	zvýšené riziko	nepřiměřené riziko																																																	
KDE k úrazu došlo: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>na pokoji klienta</td><td></td></tr> <tr><td>v koupelně / WC</td><td></td></tr> <tr><td>na chodbě</td><td></td></tr> <tr><td>v jídelně</td><td></td></tr> <tr><td>ve společenské místnosti</td><td></td></tr> <tr><td>v kapli</td><td></td></tr> <tr><td>na schodišti</td><td></td></tr> <tr><td>v areálu zahrady</td><td></td></tr> <tr><td>v rehabilitaci</td><td></td></tr> <tr><td>jinde (kde:)</td><td></td></tr> </table>		na pokoji klienta		v koupelně / WC		na chodbě		v jídelně		ve společenské místnosti		v kapli		na schodišti		v areálu zahrady		v rehabilitaci		jinde (kde:)		AKTIVITA, při které k úrazu došlo: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>samostatná chůze</td><td></td></tr> <tr><td>chůze s doprovodem</td><td></td></tr> <tr><td>chůze o holi nebo berlič</td><td></td></tr> <tr><td>chůze v chodítku</td><td></td></tr> <tr><td>pokus o vstávání z lůžka</td><td></td></tr> <tr><td>pokus vstát při přemístění</td><td></td></tr> <tr><td>pokus sednout si</td><td></td></tr> <tr><td>ohýbání / natahování se pro něco</td><td></td></tr> <tr><td>při pohybu na lůžku bez postranic</td><td></td></tr> <tr><td>během rehabilitace</td><td></td></tr> <tr><td>během koupání, sprchování</td><td></td></tr> <tr><td>při volnočasové aktivitě (výtvarná dílna ap.)</td><td></td></tr> <tr><td>při manipulaci s varnou konvicí</td><td></td></tr> <tr><td>jiné:</td><td></td></tr> </table>		samostatná chůze		chůze s doprovodem		chůze o holi nebo berlič		chůze v chodítku		pokus o vstávání z lůžka		pokus vstát při přemístění		pokus sednout si		ohýbání / natahování se pro něco		při pohybu na lůžku bez postranic		během rehabilitace		během koupání, sprchování		při volnočasové aktivitě (výtvarná dílna ap.)		při manipulaci s varnou konvicí		jiné:	
na pokoji klienta																																																			
v koupelně / WC																																																			
na chodbě																																																			
v jídelně																																																			
ve společenské místnosti																																																			
v kapli																																																			
na schodišti																																																			
v areálu zahrady																																																			
v rehabilitaci																																																			
jinde (kde:)																																																			
samostatná chůze																																																			
chůze s doprovodem																																																			
chůze o holi nebo berlič																																																			
chůze v chodítku																																																			
pokus o vstávání z lůžka																																																			
pokus vstát při přemístění																																																			
pokus sednout si																																																			
ohýbání / natahování se pro něco																																																			
při pohybu na lůžku bez postranic																																																			
během rehabilitace																																																			
během koupání, sprchování																																																			
při volnočasové aktivitě (výtvarná dílna ap.)																																																			
při manipulaci s varnou konvicí																																																			
jiné:																																																			
<h3 style="color: green;">VNITŘNÍ FAKTORY</h3>		<h3 style="color: green;">FARMAKOTERAPIE v posledních 24 hodinách :</h3>																																																	
ANAMNÉZA klienta: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>věk nad 80 let</td><td></td></tr> <tr><td>polymorbidita</td><td></td></tr> <tr><td>chronická onemocnění</td><td></td></tr> <tr><td>akutní onemocnění</td><td></td></tr> <tr><td>bolest před úrazem (skóre:)</td><td></td></tr> <tr><td>předcházející pády</td><td></td></tr> </table>		věk nad 80 let		polymorbidita		chronická onemocnění		akutní onemocnění		bolest před úrazem (skóre:)		předcházející pády		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>sedativum, hypnotikum</td><td></td></tr> <tr><td>antidepresivum, anxiolytikum</td><td></td></tr> <tr><td>antihypertenzivum</td><td></td></tr> <tr><td>vazodilatancium</td><td></td></tr> <tr><td>opiátové analgetikum</td><td></td></tr> <tr><td>neopioidní analgetikum</td><td></td></tr> <tr><td>diuretikum</td><td></td></tr> <tr><td>polypragmázie</td><td></td></tr> <tr><td>jiné:</td><td></td></tr> </table>		sedativum, hypnotikum		antidepresivum, anxiolytikum		antihypertenzivum		vazodilatancium		opiátové analgetikum		neopioidní analgetikum		diuretikum		polypragmázie		jiné:																			
věk nad 80 let																																																			
polymorbidita																																																			
chronická onemocnění																																																			
akutní onemocnění																																																			
bolest před úrazem (skóre:)																																																			
předcházející pády																																																			
sedativum, hypnotikum																																																			
antidepresivum, anxiolytikum																																																			
antihypertenzivum																																																			
vazodilatancium																																																			
opiátové analgetikum																																																			
neopioidní analgetikum																																																			
diuretikum																																																			
polypragmázie																																																			
jiné:																																																			
SCHOPNOST CHŮZE: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>není problém s chůzí</td><td></td></tr> <tr><td>nestabilní chůze bez lokomočních pomůcek</td><td></td></tr> <tr><td>klient používá příruční hůl</td><td></td></tr> <tr><td>klient používá 1 franc. hůl</td><td></td></tr> <tr><td>klient používá 2 franc. hůle</td><td></td></tr> <tr><td>klient používá chodítko</td><td></td></tr> <tr><td>klient není schopen chůze</td><td></td></tr> </table>		není problém s chůzí		nestabilní chůze bez lokomočních pomůcek		klient používá příruční hůl		klient používá 1 franc. hůl		klient používá 2 franc. hůle		klient používá chodítko		klient není schopen chůze		<h3 style="color: green;">VNĚJŠÍ FAKTORY</h3>																																			
není problém s chůzí																																																			
nestabilní chůze bez lokomočních pomůcek																																																			
klient používá příruční hůl																																																			
klient používá 1 franc. hůl																																																			
klient používá 2 franc. hůle																																																			
klient používá chodítko																																																			
klient není schopen chůze																																																			
SENZORICKÝ STAV klienta: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>klient s poruchou zraku</td><td></td></tr> <tr><td>klient s poruchou sluchu</td><td></td></tr> <tr><td>pocit necitlivosti</td><td></td></tr> </table>		klient s poruchou zraku		klient s poruchou sluchu		pocit necitlivosti		PROSTŘEDÍ: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>mokrý podlaha</td><td></td></tr> <tr><td>kluzký povrch - linoleum</td><td></td></tr> <tr><td>nerovný povrch</td><td></td></tr> <tr><td>překážky v cestě</td><td></td></tr> <tr><td>absence madel</td><td></td></tr> <tr><td>špatné označení schodů</td><td></td></tr> <tr><td>signalizace nebyla k dispozici, v dosahu</td><td></td></tr> <tr><td>špatné osvětlení</td><td></td></tr> <tr><td>postranice u lůžka spuštěny</td><td></td></tr> <tr><td>nezabrzdný vozík, WC křeslo</td><td></td></tr> </table>		mokrý podlaha		kluzký povrch - linoleum		nerovný povrch		překážky v cestě		absence madel		špatné označení schodů		signalizace nebyla k dispozici, v dosahu		špatné osvětlení		postranice u lůžka spuštěny		nezabrzdný vozík, WC křeslo																							
klient s poruchou zraku																																																			
klient s poruchou sluchu																																																			
pocit necitlivosti																																																			
mokrý podlaha																																																			
kluzký povrch - linoleum																																																			
nerovný povrch																																																			
překážky v cestě																																																			
absence madel																																																			
špatné označení schodů																																																			
signalizace nebyla k dispozici, v dosahu																																																			
špatné osvětlení																																																			
postranice u lůžka spuštěny																																																			
nezabrzdný vozík, WC křeslo																																																			
NEUROLOGICKÝ A PSYCHICKÝ STAV klienta v době úrazu: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>klient orientovaný</td><td></td></tr> <tr><td>klient dezorientovaný</td><td></td></tr> <tr><td>klient s demencí</td><td></td></tr> <tr><td>nervozita, neklid</td><td></td></tr> <tr><td>deprese</td><td></td></tr> <tr><td>agresivita</td><td></td></tr> <tr><td>spavost, ospalost</td><td></td></tr> <tr><td>závrať</td><td></td></tr> <tr><td>ortostatický kolaps, synkopa</td><td></td></tr> <tr><td>epileptický záchvat</td><td></td></tr> </table>		klient orientovaný		klient dezorientovaný		klient s demencí		nervozita, neklid		deprese		agresivita		spavost, ospalost		závrať		ortostatický kolaps, synkopa		epileptický záchvat		OBUV klienta: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>žádná</td><td></td></tr> <tr><td>ponožky</td><td></td></tr> <tr><td>pantofle</td><td></td></tr> <tr><td>obuv na vysokém klínku, podpatku</td><td></td></tr> <tr><td>rozvázané šněrovací boty</td><td></td></tr> </table>		žádná		ponožky		pantofle		obuv na vysokém klínku, podpatku		rozvázané šněrovací boty																			
klient orientovaný																																																			
klient dezorientovaný																																																			
klient s demencí																																																			
nervozita, neklid																																																			
deprese																																																			
agresivita																																																			
spavost, ospalost																																																			
závrať																																																			
ortostatický kolaps, synkopa																																																			
epileptický záchvat																																																			
žádná																																																			
ponožky																																																			
pantofle																																																			
obuv na vysokém klínku, podpatku																																																			
rozvázané šněrovací boty																																																			
Zápis o úrazu provedla (datum, hodina, jméno + podpis sestry) :																																																			

Zdroj: Domov sv. Alžběty