

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM PÁDY SENIORŮ

Bakalářská práce

IVANA JAHODOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Ošetřovatelství

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Abstrakt

JAHODOVÁ, Ivana: Ošetrovatelský problém pády seniorů. Bakalářská práce. Ivana Jahodová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství. Školitel: PhDr. Jana Hlinovská. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Podíl stárnoucí populace, zejména velmi staré, má nejen v naší zemi, ale i v Evropě a celosvětově trvalý vzestupný trend. Pády jsou významným symptomem křehkosti pozdního stáří. Jejich příčina bývá ve vyšším věku převážně multifaktoriální, s interakcí četných vnitřních a zevních faktorů. Některé faktory jsou již dobře známy. Význam jiných je neprostudován. Svou výzkumnou práci jsem zaměřila na sledování vlivu faktorů jako je vlastnictví a charakter zařízení, složení pracovního týmu, komunikace na pracovišti a přístup k pacientovi/klientovi.

V první etapě jsem vycházela ze seznamu všech zařízení pro ošetrování seniorů v České republice v roce 2007. Tento soubor jsem výběrově rozčlenila dle kritéria zřizovatele na státní a soukromé. Proporcionálním výběrem jsem se rozhodla pro dvě zařízení státní a jedno soukromé.

Výběrový soubor tvořila tři lůžková zařízení. Dvě zařízení zřizovaná státem – poskytovatel sociálních služeb a geriatrická klinika. Jedno zařízení byla soukromá rehabilitační klinika.

Šetření si kladlo za úkol zaznamenat rozdíly vybraných proměnných v jednotlivých lůžkových zařízeních pomocí dvou metod kvantitativního ošetrovatelského výzkumu – explorační metody dotazníku a strukturovaného interview.

Monitorace s analýzou současné situace se snaží přispět k rozsáhlé diskusi o kvalitě poskytované ošetrovatelské péče a o jejím hodnocení. Dobrá znalost faktorů ovlivňujících četnost pádů a jejich následků přispěje ke zkvalitnění ošetrovatelské péče - vytvoření bezpečného prostředí pro klienta/pacienta.

Klíčová slova: senior, pád, četnost pádů, faktory ovlivňující pády, výzkum.

Abstract

Background:

The elderly population in the Czech Republic and also throughout Europe is continuing to grow. Falling is a significant symptom of the frailty of the elderly. Its causes are predominantly due to the interaction of many varied factors.

Aims:

Some factors are already well known but the importance of others hasn't been studied until now. My survey has focused on the development of factors such as property ownership, the system of care provision, methods of prevention and the system of monitoring and reporting, teamwork, management.

Methods and results:

The database of all medical and social facilities providing elderly care in the Czech Republic was selectively divided into medical and social facilities, and into private and state-owned operators of the facilities. According to a proportional selection I selected two state operated facilities and one private facility.

The final selective file includes three facilities for elderly inpatients – a private medical facility focused on rehabilitation care; a state operated geriatric clinic of Faculty hospital of Charles University in Prague, and a state operated retirement home. The main aim of this research was to identify the differences between specific variables of the elderly in the above-mentioned facilities by means of two methods of quantitative nursing research – the exploratory questionnaire method and the method of structured interview. Collected data was statistically evaluated.

Discussion:

The analysis of the current situation aims to contribute to the public debate about the quality of nursing care provision and its evaluation. The comparison of the level and quality of care of the elderly in social, medical, private and state operated facilities brings a new perspective of factors involved in the risk assessment of falls.

Conclusions:

Better knowledge of these factors can create a safer environment for residents or clients and improve the quality of nursing care.

Předmluva

Podíl stárnoucí populace – zejména velmi staré – má nejen v naší zemi, ale i v Evropě a celosvětově trvalý vzestupný trend. Při porovnání této skutečnosti se stavem edukovanosti profesionálů pečujících o starší populaci, nalézáme určitou disproporci mezi reálnou potřebou a skutečností. Lékaři, zdravotní sestry, psychologové, fyzioterapeuti, sociální a další zdravotničtí pracovníci jsou buď minimálně nebo zcela okrajově seznamováni s problematikou geriatrické medicíny. Ta přitom u převážné většiny z nich tvoří hlavní náplň jejich profesionálně aktivní dráhy. Zdravotní sestry a lékaři v klinické praxi komunikují se seniory prakticky denně. Při kontaktu se staršími nemocnými se setkávají především s tzv. velkými geriatrickými syndromy: imobilita, instabilita. S nimi těsně souvisí problematika pádů.

S transformací a s intenzivním rozvojem českého ošetrovatelství v posledních letech se také významně mění strategie pádového managementu. Před několika lety těžištěm problému bylo především zkoumání a definice rizikových faktorů vnějšího prostředí a individuálních rizikových faktorů. Současný výzkum zahrnuje tzv. kulturu bezpečí. Do této oblasti se významně promítají vztahy na pracovišti, složení pracovního týmu, schopnost komunikace, manažerské dovednosti, interdisciplinární spolupráce a řada dalších dynamicky se vyvíjejících faktorů. Nová rizika sebou přináší i komercializace zdravotních a sociálních služeb.

Úroveň poskytované lékařské a ošetrovatelské péče se na jedné straně stává vysoce odbornou, specializovanou s vysokými nároky na její poskytovatele, na straně druhé často selhává ve svém fundamentálním principu základní ošetrovatelské péči. Tato oblast se leckde stává okrajovou, zdůvodněnou nedostatkem času na pacienta, často provázena neprofesionálním přístupem nebo je poskytována málo kvalifikovaným nebo nekvalifikovaným personálem. S touto problematikou se potýkají zejména poskytovatelé sociálních služeb.

Touto cestou bych chtěla vyjádřit svůj velký dík Vysoké škole zdravotnické, Duškova, která mi pomohla najít profesní cestu. Díky společnému projektu Vysoké školy zdravotnické a britské AgeCare „Mentor v ošetrovatelské péči o seniory ve Velké Británii a v České republice“, který je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy jsem dostala možnost zaměřit se na problematiku péče o seniory. V budoucnosti bych se chtěla podílet na implementaci

základních principů britské péče – respektování a důstojnosti do péče o českého seniora. Projekt mi dal i obrovskou motivaci pro výuku angličtiny.

Upřímně děkuji paní doktorce Janě Hlinovské za odborné vedení. Bakalářská práce mi pomohla pochopit základy výzkumu v ošetrovatelství, jeho náročnost i praktický význam.

Obsah

Seznam ilustrací a tabulek	8
Úvod	13
I. Teoretická část	14
1. Pády	14
1.1. Pádový management	14
1.1.1. Vymezení problematiky pádů seniorů a definice pádu	14
1.1.2. Klasifikace příčin pádů a strategie jejich minimalizování či odstraňování	17
1.1.3. Posuzování rizikovosti prostředí	18
1.1.4. Vytvoření programu k aktivnímu snižování pádů či následků pádů	19
1.1.5. Hodnocení úspěšnosti	21
1.2. Strategie vrcholného managementu	22
1.2.1. Týmová spolupráce	22
1.2.2. Profesionální ostražitost	22
1.2.3. Autentická přítomnost	23
1.2.4. Interní a externí srovnávání – benchmarking	23
1.3. Ošetřovatelský postup u pacienta/klienta se zvýšeným nebo vysokým rizikem pádu	25
1.3.1. Při přijetí pacienta	25
1.3.2. V průběhu hospitalizace	25
1.3.3. Při pádu pacienta	25
1.3.4. Při propuštění pacienta do domácího ošetření	26
1.4. Pády a zranění pacienta z hlediska ošetřovatelských diagnóz	27
1.4.1. Trauma, zvýšené riziko	27
1.4.1.1. Rizikové stavy a faktory	27
1.4.1.2. Cíle ošetřovatelské péče a pacientova úsilí	28
1.4.1.3. Ošetřovatelská intervence	29
1.4.1.4. Dokumentace	30
II Empirická část ošetřovatelský problém pády seniorů	32
2. Průzkumná část	32
2.1. Hypotézy	32

2.1.1. Hlavní hypotéza H1	32
2.1.2. Hlavní hypotéza H2	34
3. Metodika výzkumu	35
3.1. Vymezení výzkumné metody a techniky	35
3.2. Výběrová kritéria	36
3.3. Časový plán	38
3.3.1. Fáze koncepční	38
3.3.2. Plánování	38
3.4. Charakteristika vzorku	39
3.4.1. Zařízení A	39
3.4.2. Zařízení B	40
3.4.3. Zařízení C	42
3.4.4. Statistické porovnání vybraných zařízení	44
3.5. Metoda rozhovoru	47
3.6. Metoda dotazníku	48
4. Předvýzkum	49
5. Průběh průzkumu	49
6. Výsledky	50
7. Závěr výzkumu a diskuze	101
Závěr	108
Seznam použité literatury	111
Seznam příloh	113

Seznam ilustrací a tabulek

Grafy

Graf 1	Schéma popisující počet ošetrovatelských lůžek na 10 000 obyvatel ve věku 65 let a více v roce 2006 (UZIS, 2007)	36
Graf 2	Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení A	40
Graf 3	Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení B	42
Graf 4	Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení C	44
Graf 5a	Graf potvrzující rozdíly ve funkci, věku, délce posledního úvazku a délce praxe v jednotlivých zařízeních	45
Graf 5b	Histogram potvrzující rozdílné personální zastoupení v jednotlivých zařízeních	46
Graf 6 a	Graf znalosti definice pádu v jednotlivých zařízeních v procentech	51
Graf 6b	Graf znalostí definice pádu u jednotlivých funkcí ošetrovatelského týmu zařízení B v procentech	51
Graf 7	Graf popisující v procentech znalost škály hodnotící riziko pádu pacienta v zařízení A,B,C	54
Graf 8	Techniky nejvíce užívané (nejdůležitější) respondenty zařízení A,B,C při hodnocení rizika pádu pacienta/klienta v procentech	56
Graf 9	Metodika četnosti hodnocení a přehodnocování rizika pádu pacienta v zařízení A,B,C z odpovědí jednotlivých respondentů v procentech	58
Graf 10	Graf popisující v procentech znalost pojmu polypragmatie v zařízení A,B,C	60
Graf 11	Spokojenost respondentů v zaměstnání	62
Graf 12	Graf popisující v procentech výskyt pocitu osobní odpovědnosti členů týmu za pád pacienta/klienta v zařízení A,B,C	64
Graf 13	Povědomí ošetrojícího personálu v zařízení A,B,C o značení pacienta/klienta s rizikem pádu v procentech	66
Graf 14	Povědomí členů ošetrovatelského týmu v zařízení A,B,C o zavedeném standardu „Riziko pádu“ v procentech	68
Graf 15	Provádění dokumentování pádů ošetrovatelským personálem v zařízení A,B,C v procentech	70

Graf 16	Míra provádění edukace ošetrovatelským personálem zaměřené na prevenci pádu personálem v zařízení A,B,C v procentech	72
Graf 17	Informovanost ošetrovatelského týmu o osobě odpovědné za hodnocení bezpečí a rizik prostředí charakterizovaná odpovědí na otázku kdo se podílí v jednotlivém zařízení na hodnocení bezpečí prostředí v procentech	74
Graf 18	Znalost odpovědnosti za pád pacienta na právě vytřené podlaze v jednotlivém zařízení v procentech	76
Graf 19	Informovanost členů ošetrovatelského týmu o osobě odpovědné za stav kompenzačních pomůcek v jednotlivém zařízení v procentech	78
Graf 20	Informovanost členů ošetrovatelského týmu o tom, zda si mohou pacienti/klienti zakoupit vhodné nápoje v zařízení v jednotlivém zařízení v procentech	81
Graf 21	Znalost jména pacienta/klienta personálem zařízení A,B,C v procentech	83
Graf 22a	Schopnost odhadnout, jak často a jak dlouho vidí členové ošetrovatelského týmu svého pacienta za službu v zařízení A,B,C v procentech	85
Graf 22b	Graf popisující jak často v průměru vidí členové ošetrovatelského týmu za službu svého pacienta v jednotlivých zařízeních v absolutních číslech	86
Graf 22c	Graf popisující jak dlouho v průměru vidí členové ošetrovatelského týmu za službu svého pacienta v zařízení A a B v absolutních číslech	86
Graf 23a	Schopnost členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C odhadnout dobu trávenou s pacientem/klientem v den příjmu v procentech	89
Graf 23b	Znázornění průměrné doby trávené v jednotlivých zařízeních s pacientem/klientem v den příjmu a podíl času v osobním kontaktu(část s pruhy) a pro administrativní činnost(začerněná část) v zařízení A,B,C v zařízení A,B,C v den příjmu v absolutních číslech	90
Graf 24	Počet členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C, kteří upozorňují nadřízeného, pokud se domnívají, že hrozí nějaké nebezpečí v procentech	92
Graf 25	Informovanost členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C o nadstandardních pokojích v zařízení v procentech	94
Graf 26	Schopnost jednotlivých členů ošetrovatelského týmu jednotlivých zařízení znázornit smajlíkem cítění svých pacientů/klientů v procentech	97

Tabulky

Tabulka 1a	Intervence zaměřené na bezpečné prostředí a bezpečí pacientů/klientů všeobecně	20
Tabulka 1b	Tabulka popisující síť zdravotnických zařízení v roce 2006 (UZIS, 2007)	35
Tabulka 2a	Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení A v absolutních číslech a v procentech	39
Tabulka 2b	Tabulka se soubornou charakteristikou respondentů zařízení A, popisující především věk, délku posledního úvazku a délku praxe, průměr, minim a maximum	40
Tabulka 3a	Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení B v absolutních číslech a v procentech	41
Tabulka 3b	Tabulka se soubornou charakteristikou respondentů zařízení B, popisující především věk, délku posledního úvazku a délku praxe, průměr, minim a maximum	42
Tabulka 4a	Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení C v absolutních číslech a v procentech	43
Tabulka 4b	Tabulka se soubornou charakteristikou respondentů zařízení C, popisující především věk, délku posledního úvazku a délku praxe, průměr, minim a maximum	44
Tabulka 5	Tabulka potvrzující rozdíly ve funkci mezi zařízeními A,B, C	45
Tabulka 6	Tabulka popisující v absolutních číslech znalost definice pádu v zařízení A,B,C	50
Tabulka 7	Tabulka popisující v absolutních číslech znalost škály hodnotící riziko pádu pacienta v zařízení A,B,C	53
Tabulka 8a	Tabulka užitá v dotazníku na zodpovězení otázky: je pro Vás osobně nejdůležitější při hodnocení pacienta ve vztahu k pádu?	55
Tabulka 8b	Techniky nejvíce užívané (nejdůležitější) respondenty zařízení A,B,C při hodnocení rizika pádu pacienta/klienta v absolutních číslech	56
Tabulka 9	Metodiku četnosti hodnocení a přehodnocování rizika pádu pacienta v zařízení A,B,C z odpovědí jednotlivých respondentů v absolutních číslech	57
Tabulka 10	Tabulka popisující v absolutních číslech znalost pojmu polypragmatie v zařízení A,B,C	59
Tabulka 11	Spokojenost respondentů v zaměstnání	61

Tabulka 12	Tabulka popisující v absolutních číslech výskyt pocitu osobní odpovědnosti členů týmu za pád pacienta/klienta v zařízení A,B,C	63
Tabulka 13	Povědomí ošetřujícího personálu v zařízení A,B,C o značení pacienta/klienta s rizikem pádu v absolutních číslech	65
Tabulka 14	Povědomí členů ošetřovatelského týmu v zařízení A,B,C o zavedeném standardu „Riziko pádu“ v absolutních číslech	67
Tabulka 15	Provádění dokumentování pádů ošetřovatelským personálem v zařízení A,B,C v absolutních číslech	69
Tabulka 16	Míra provádění edukace ošetřovatelským personálem zaměřené na prevenci pádu personálem v zařízení A,B,C v absolutních číslech	71
Tabulka 17	Informovanost ošetřovatelského týmu o osobě odpovědné za hodnocení bezpečí a rizik prostředí charakterizovaná odpovědí na otázku, kdo se podílí v jednotlivém zařízení na hodnocení bezpečí prostředí v absolutních číslech	73
Tabulka 18	Znalost odpovědnosti za pád pacienta na právě vytřené podlaze v jednotlivém zařízení v absolutních číslech	75
Tabulka 19a	Informovanost členů ošetřovatelského týmu o osobě odpovědné za stav kompenzačních pomůcek v jednotlivém zařízení v absolutních číslech	77
Tabulka 19b	Osoby označené jako odpovědné za stav kompenzačních pomůcek v absolutních číslech	78
Tabulka 20	Informovanost členů ošetřovatelského týmu o tom, zda si mohou pacienti/klienti zakoupit vhodné nápoje v jednotlivém zařízení v absolutních číslech	80
Tabulka 21	Znalost jména pacienta/klienta personálem zařízení A,B,C v absolutních číslech	82
Tabulka 22a	Schopnost odhadnout, jak často a jak dlouho vidí členové ošetřovatelského týmu svého pacienta za službu v zařízení A,B,C v absolutních číslech	84
Tabulka 22b	Tabulka udávající kolikrát v průměru a jak dlouho v průměru vidí členové ošetřovatelského týmu za službu svého pacienta v jednotlivých zařízeních v absolutních číslech	85
Tabulka 23a	Schopnost členů ošetřovatelského týmu zařízení A,B,C odhadnout dobu trávenou s pacientem/klientem v den příjmu v absolutních číslech	88
Tabulka 23b	Tabulka udává průměrnou dobu trávenou s pacientem/klientem v zařízení A,B,C v den příjmu, dobu trávenou v osobním kontaktu a dobu pro administrativní činnost v zařízení A,B,C v den příjmu v absolutních číslech	89

Tabulka 24	Počet členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C, kteří upozorňují nadřízeného, pokud se domnívají, že hrozí nějaké nebezpečí v absolutních číslech	91
Tabulka 25a	Informovanost členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C o nadstandardních pokojích v zařízení v absolutních číslech	93
Tabulka 25b	Faktory rozhodující dle respondentů o umístění pacienta/klienta na nadstandardní pokoj v jednotlivých zařízení v absolutních číslech	94
Tabulka26a	Schopnost jednotlivých členů ošetrovatelského týmu jednotlivých zařízení znázornit smajlíkem cítění svých pacientů/klientů v absolutních číslech	96
Tabulka.26b	Cítění pacientů/klientů v jednotlivých zařízeních dle členů ošetrovatelského týmu vyjádřené smajlíky v absolutních číslech	97
Tabulka 27a	Porovnání výsledků odpovědí dotazníku v zařízení B u skupiny sester s plným úvazkem (Group 1) a sester s krátkým úvazkem (Group 2)	98
Tabulka.27b	Porovnání výsledků odpovědí dotazníku v zařízení B u skupiny sester s plným úvazkem (Group 1) a rehabilitačních pracovníků (Group 2)	99

Úvod

Pády jsou významným symptomem křehkosti pozdního stáří. Jejich příčina bývá ve vyšším věku převážně multifaktoriální, s interakcí četných vnitřních a zevních faktorů. Pády představují ve stáří veliký zdravotní problém, který má závažné medicínské a ekonomické důsledky. U seniorů jsou nejdůležitější příčinou dysaptibility - neschopnost vykonávat tzv. "hlavní aktivitu" přiměřenou věku. Zaměstnání, ve stáří i soběstačný život (Vokurka et al, 2002).

Toto výzkumné šetření se věnuje ošetrovatelskému problému – pádům seniorů v zdravotnických a sociálních lůžkových zařízeních. Hlavním cílem práce je zmapování přístupu a strategie managementu a ošetrovatelského personálu k této problematice. Zda v daném zařízení je zaveden standard prevence a monitorace pádů a do jaké míry je s ním obeznámen ošetrující personál.

Vnější a vnitřní faktory ovlivňující pády jsou již poměrně přesně definovány, je známa jejich vzájemná provázanost a ovlivňování, spolupůsobení řady situačních faktorů. Práce si klade za úkol zaznamenat rozdíly vybraných proměnných v jednotlivých zdravotnických a sociálních zařízeních v České republice. Blíže specifikovat strategii pádového managementu jednotlivých zařízení a schopnost ošetrujícího personálu se s touto strategií identifikovat.

Četnost pádů a zranění souvisejících s pádem je významným ukazatelem kvality poskytované péče ve zdravotním i sociálním zařízení.

I. Teoretická část

1 Pády

1.1 Pádový management

Pádový management je soubor všech opatření v daném zařízení, která vedou ke snížení počtu pádů či jejich následků. Zpravidla jsou zapracována do ošetrovatelského standardu. Zaměřuje se na tyto okruhy:

1. Vymezení problematiky pádů seniorů a definice pádu
2. Klasifikace příčin pádů a strategie jejich minimalizování či odstraňování
3. Posuzování rizikovosti prostředí
4. Vytvoření programu k aktivnímu snižování pádů či následků pádů
5. Hodnocení úspěšnosti

1.1.1 Vymezení problematiky pádů seniorů a definice pádu

Asi 1/3 zdravých osob nad 65 roků a 1/2 nad 80 roků žijících doma upadne nejméně jednou za rok. U obyvatel domova důchodců i přes omezenou fyzickou aktivitu a všechny další restrikce upadne 2/3 alespoň jednou za rok. O většině pádů (3/4) se lékař vůbec nedozví. Starší vyhledávají lékaře pouze v případě potíží – zlomenina, poranění aj. Většina pádů (95 %) nastává při běžných každodenních činnostech např. při chůzi po schodech a pouze 5 % při výslovně rizikových aktivitách. Ženy padají častěji než muži a mají dvojnásobně vyšší výskyt závažných komplikací. Po 75. roce se incidence rozdílů v pádech mezi pohlavími vyrovnává. Zranění při pádech jsou šestou až sedmou hlavní příčinou smrti u osob nad 65 roků. Mortalita ve vztahu k pádům roste s věkem exponencionálně pro obě pohlaví po 75. roce (Weber, 2000).

Hrozí však i poranění způsobená pádem: prochladnutí při nemožnosti vstát, dekubity, ale také úzkost, deprese, omezení životních aktivit a ztráta soběstačnosti. Opakované pády patří k častým příčinám přijetí do zdravotnických a ošetrovatelských zařízení. Léčba zranění je u seniorů komplikovanější, často provázaná trvalými následky. Je patrné, že úrazy a pády jsou ohrožení senioři v domácnosti, při pohybu v komunitě, ve zdravotnickém i v sociálním zařízení.

Národní statistika vydaná v USA Centry pro prevenci a kontrolu nemocí (CDC – Centers for Disease Control and Prevention, 2007) považuje pády starých občanů za vážný problém veřejného zdraví. Zpráva o pádech v zařízeních pro dlouhodobou péči uvádí následující:

- V roce 1997 žilo v domech ošetrovatelské péče 1,5 milionu lidí starších 65 let. Pokud budou pokračovat stávající trendy vzroste toto číslo v roce 2030 na 3 miliony.
- Běžný dům ošetrovatelské péče se 100 lůžky nahlásí za rok 100 – 200 pádů, mnoho pádů zůstává nenahlášených.
- Až 75% obyvatel domů ošetrovatelské péče za rok upadne. Je to dvojnásobek oproti pádům seniorů žijících doma.
- Klienti domů ošetrovatelské péče padají často opakovaně – v průměru to je 2,6 pádu na člověka a rok.
- Okolo 35% pádů se objevuje mezi nemobilními klienty.
- Kolem 20% úmrtí na podkladě pádů se odehraje právě u 5% seniorů, kteří žijí v domech s ošetrovatelskou péčí.

Pády se častěji vyskytují v domech ošetrovatelské péče, protože jejich obyvatelé jsou křehčího zdraví než senioři žijící doma. Klienti domů ošetrovatelské péče jsou v průměru starší, mají snížené smyslové vnímání a jsou více omezeni ve svých denních aktivitách. Obyvatelé domů ošetrovatelské péče mají také větší tendenci k polymorbiditě, k fyzické závislosti a mají častěji problémy s chůzí (Joint Commission Resources, 2007).

Obecně se udává po zavedení intervenčních programů 4% pokles celkového počtu pádů, především však významně klesá počet fatálních pádů či pádů vedoucích k závažnému (tj. hospitalizaci vyžadujícímu či prodlužujícímu) poranění. Prvním bodem jakéhokoli obecně intervenčního programu je edukace personálu zdravotnického zařízení o rizikovosti pádů (Marx, 2005).

V České republice doposud nebyl vypracován závazný národní standard prevence a snižování pádů a jejich následků. Zdravotní ani sociální zařízení nemají povinnost hlášení počtu pádů a jejich následků. Mnohá zařízení nemají vypracovanou metodiku k identifikaci rizikového pacienta/klienta a prevence pádů a jejich následků je nedostatečná. Členové ošetrovatelského týmu jsou nestejně a nedostatečně edukováni. Doposud nebyly

vyčísleny náklady spojené s pády a jejich následky. To vše i přesto, že pády jsou nejčastější mimořádnou událostí.

V ČR doposud nebyla stanovena jednotná definice pádu. Pro zavedení pádového managementu je ale jasná definice (specifická pro dané zařízení) zcela nezbytná. Všichni členové ošetrovatelského týmu s ní musí být obeznámeni. Velmi důležité je si uvědomit, zda mezi pády řadíme také skutečnosti, kdy pacient/klient pád nedokončil – byl zachycen, eventuálně, zda zařízení hlásí i pád, kdy pacient/klient nebyl zraněn. Obě skutečnosti mají velký význam pro jednotnou evidenci a analýzu.

Příklady uznávaných definic:

- Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze.
- Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (se svědkem), nebo takovou událost oznámí (beze svědků). Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou, jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat.
- Událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta, nebo části jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient.
- Mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu (Joint Commission Resources, 2007).

Každá komplikace léčebného procesu je závažnou situací, ale komplikace, které se dá předcházet a je tudíž vyhnutelná, je o to vážnější. V první řadě se mnohdy jedná o velikou osobní tragédii pro nemocného (v případech pádů komplikovaných zlomeninou), která může pacientovi nejen prodloužit pobyt ve zdravotnickém zařízení, ale i způsobit vážné dlouhodobé následky a někdy i smrt. Zbytečný pád tak hatí obvykle dobře nastavenou léčbu a vrhá špatné světlo na zdravotnické zařízení v rámci evaluace zdravotnické péče. Léčba zranění způsobených pádem s sebou nese nárůst nákladů jak zdravotnického zařízení, tak celého systému zdravotního pojištění. V neposlední řadě pád pacienta vystavuje zařízení i personál komplikacím s řešením stížností a žalob, jejichž počet vzrůstá a dá se dále předpokládat další masivní nárůst.

1.1.2 Klasifikace příčin pádů a strategie jejich minimalizování či odstraňování

Příčin, pro které jsou staří lidé náchylní na pády je mnoho. Většina z nich souvisí s normálními procesy stárnutí. Mezi nejvýznamnější patří špatný zrak, závratě a náhlá ztráta svalového tonu v nohách („záchvaty pádu“). Starší osoby často trpí pocitem závratě a téměř každý člověk nad 65 let zákalem očních čoček.. Člověk náhle upadne, přitom neztratí vědomí. Než opět získá svalový tonus a vstane sám bez pomoci, uplyne i několik hodin. Záchvaty pádu z neznámé příčiny se vyskytují pravděpodobně pouze ve stáří a tvoří asi 25% všech pádů v tomto věkovém období. Mezi ostatní faktory patří zpomalené reflexy vedoucí k nestabilitě, k zvýšenému kolísání těla při chůzi a zmenšené schopnosti znovu získat rovnováhu po její ztrátě. Při hospitalizaci starší osoby zvyšují pravděpodobnost pádu i další faktory: cizí prostředí, diagnostické a terapeutické zákroky, imobilizace a z ní vyplývající slabost, bolest, ztráta nezávislosti a schopnosti vlastních aktivit, léky vyvolávající závratě, útlum (Diazepam, Furosemid, antidepresiva a další) a zmatenost. Po chirurgických výkonech je starší člověk často zmatený a pokouší se vstát z lůžka bez pomoci. V porovnání s mladými je náchylnější na zlomeniny díky osteoporóze. Nejčastějšími zlomeninami jsou zlomeniny krčku, Collesova zlomenina a kompresivní zlomenina obratlů. Komplikace z imobility u starších jsou mnohem nebezpečnější než zlomenina sama.

Příčiny vnitřní (symptomatické):

- onemocnění pohybového aparátu (osteoartróza, osteoporóza, revmatoidní artritida, stav po frakturách krčku stehenní kosti, protézy, poruchy chůze, slabost, artritická bolest, aj.)
- neurologická a cerebrovaskulární onemocnění (stavy po CMP, Parkinsonova choroba, porucha rovnováhy, vertigo, onemocnění CNS, synkopa, drop attacks, epilepsie aj.)
- smyslová onemocnění (poruchy zraku a vestibulárního aparátu)
- psychiatrická onemocnění (demence, delirium, deprese aj.)
- zmatenost
- kardiovaskulární onemocnění (ortostatická hypotenze, hypotenze po jídle, porucha funkce kardiostimulátoru, srdeční arytmie aj.)
- metabolické poruchy (hypoglykémie, anémie, dehydratace)
- inkontinence
- akutní onemocnění

- užívání léků , které zhoršují bdělost, koordinaci pohybů, orientaci, ovlivňují hodnoty tlaku, psychické funkce (psychofarmaka,kardiovaskulární léky, antidiabetika PAD, inzulín,opioidní analgetika)
- polypragmazie (současné užívání více léků u nemocného)
- alkohol

Příčiny vnější (mechanické):

- kompenzační pomůcky a jejich stav (chodítka, berle, hole, brýle, naslouchadla
- nevhodná obuv
- rizikové faktory prostředí (nedostatečné osvětlení, nevhodné umístění vypínačů a neosvětlené prostory, nevhodná a nepřiměřená aktivita, neznalost prostředí, kluzká podlaha, překážky, předložky a koberce kryjící malou plochu, vysoké či příliš nízké lůžko, křeslo, židle, neblokovaná kolečka, volně pohyblivý stolek, málo stabilní nábytek, nedostatek informací pro pacienta, široké chodby, nerovný terén, sprchový kout, špatně uložený nástavec WC, málo bezpečné schodiště)

1.1.3 Posuzování rizikovosti prostředí

Činnost se zaměřuje na tyto okruhy:

- Zaměřeno na zaměstnance (špatná komunikace, nedostatečné proškolení, nedostatečný dohled nad novými zaměstnanci – špatně vedený adaptační proces, nedostatek zaměstnanců, zastupování, špatné předávání služeb)
- Zaměřeno na pacienta/klienta – špatná strategie identifikace stavu pacienta, procesy hodnocení a přehodnocování, identifikace rizikových pacientů, edukace
- Zaměřeno na prostředí - snažíme se o maximální bezpečí pro pacienta/klienta, ale i ošetřující personál, vymezení odpovědností jednotlivých pracovníků se stává nedílnou součástí jejich náplně práce, pravidelná kontrola bezpečí odpovědným pracovníkem, úklidový řád, bezpečnost kompenzačních pomůcek, bezpečí v koupelně a na toaletách, fungující alarmy, způsob umístění pacienta. Maximálně bezpečné užívání omezovacích prostředků, alternativy k používání omezovacích prostředků
- Zaměřeno na péči – špatné plánování, nedostatečná péče, péče se zpožděním,minimalizování komplikací vzniklých při pádu. Úspěšnost závisí na kvalitě

týmové spolupráce. Upřednostňujeme individuální plán péče s interdisciplinárním posuzováním pacienta/klienta. Správný postup zahrnuje identifikaci rizikového pacienta, multidisciplinární tým tvoří plán péče, která je následně poskytována, dokumentována, hodnocena.

- Zaměřeno na organizační strukturu.

1.1.4 Vytvoření programu k aktivnímu snižování pádů či následků pádů

Vytvoření efektivního programu nezbytně zahrnuje tři okruhy:

- Důkladná analýza všech pádů v zařízení
- Jednotná strategie postupů pro snižování četnosti pádů
- Hodnocení efektivity

Intervence se musí zaměřovat na pacienty/klienty všeobecně, ale i individuálně, zejména u vysoce rizikových pacientů/klientů. Důraz musí být kladen na jednotnou konzistentní dokumentaci. Celý proces vyžaduje institucionální podporu. Velmi efektivní je zavedení pracovníka specialisty odpovědného za implementaci, sledování a hodnocení programu.

Jednotný postup ošetrovatelské péče o pacienta/klienta s rizikem pádu:

1. Provedení ošetrovatelské anamnézy
2. Zjistit typ kompenzační pomůcky, kterou pacient používá, biorytmus, návyky.
3. Důkladná informace nemocného o prostředí.
4. Zhodnotit rizikovost pádu u nemocného.
5. Omezit výskyt pádu vhodným režimem a pomůckami.
6. Zajistit u rizikových pacientů doprovod při chůzi, vhodnou obuv, pomůcku.
7. Zajistit suchý povrch podlahy při chůzi, vylitou tekutinu vždy setřít do sucha.
8. Poskytnout pacientovi dostatek informací, jak se vyvarovat pádu (jak slézat z lůžka, signalizace, světlo, léčebný režim)
9. Aktivizace přes den, dohled nad činnostmi denní potřeby.
10. Doprovod při aktivitách sebezpečí, na vyšetření.
11. Reagovat ihned na signalizaci od nemocných.

12. Zabezpečit pojízdná kolečka (nezapomenout na pojízdné křeslo – možnost převrnutí).
13. Dohled nad používáním vhodné obuvi a vyvarování se chůze v ponožkách.
14. Upravit vhodnou polohu lůžka.
15. V případě potřeby umístit zábrany k lůžku.
16. Upravit zařízení v pokoji tak, aby nebylo překážkou nemocným.

Tab.1a Intervence zaměřené na bezpečné prostředí a bezpečí pacientů/klientů všeobecně

Faktory vnějšího prostředí	Cíle a doporučení
Podlahy	<ul style="list-style-type: none"> - protiskluzová úprava položených koberečků a rohoží - okraje kobereců přibité k zemi - koberce s nízkým vlasem - neklouzavý vosk na podlahách - odstranění kabelů z míst chůze - odstranění malých předmětů (např. tašky, boty) z podlahy - rozlité nebo vysypané nečistoty urychleně odstranit - režim mytí podlah
Schody	<ul style="list-style-type: none"> - dostatečné osvětlení - vypínače na začátku i na konci schodiště - bezpečně upevněné oboustranné zábradlí vystupující ze zdi - vrchní a spodní schod označen jasnou kontrastní páskou - schody by neměly být strmé a měly by být v dobrém stavu - žádné předměty položené na schodech
Cesty a vchody	<ul style="list-style-type: none"> - odstranění prasklin a děr na chodnících - odstranění děr v trávníku - odstranění kamenů a dalších chůzi nebezpečných předmětů - dobře osvětlené cesty - odstranění ledu a mokrého listí
Osvětlení	<ul style="list-style-type: none"> - odstranění zdrojů stínů a oslnění - lehce dosažitelné vypínače - noční světlo v ložnici, pokoji, na chodbách, v koupelně

Obuv	<ul style="list-style-type: none"> - pevná neklouzavá nezadrhávající podrážka - úprava dle ortopedických požadavků - vyvarování se chůzi pouze v ponožkách či volné obuvi
Kuchyň, jídelna	<ul style="list-style-type: none"> - předměty by měly být skladovány tak, aby se nemuselo pro ně nahýbat ani shýbat - bezpečně pevná židle - pevný nepohyblivý stůl
Koupelna	<ul style="list-style-type: none"> - madla a držáky u vany, sprchy a na toaletě - protiskluzové nálepky či neklouzavé podložky ve vaně i sprše - sedátko ve sprše, sprcha pro ruční držení - nástavec na toaletní mísu - sedačka na vanu - odstranění zámku dveří pro možnost rychlého příchodu k pacientovi při pádu
Lůžko, vozík	<ul style="list-style-type: none"> - správné umístění - výška musí být taková, aby při sedu se spuštěnými dolními končetinami úhel kolenního kloubu svíral 90° - používání vhodných pomůcek a invalidních vozíků - ergonomicky uspořádaný noční stolek (vhodně na dosah pacienta)

1.1.5 Hodnocení úspěšnosti

Management zařízení definuje oblasti sledování, které umožní efektivně měřit a hodnotit úspěšnost zavedené strategie. Zaměřuje se na hodnocení celkových výsledků. Předkládá směrnice pro zvýšení výkonnosti, pro lepší analýzu a celkové zefektivnění strategie snižování pádů. Zavádí také vyrovnávací měření sledující, zda nedochází současně ke snižování kvality v jiné oblasti v důsledku stanovení momentálních priorit v zařízení.

1.2 Strategie vrcholného managementu

1.2.1 Týmová spolupráce

Základními předpoklady úspěšnosti pádového managementu je bezesporu zdravá týmová spolupráce a komunikace. Nejefektivnějším přístupem je komplexní individuální péče o pacienta/klienta. Složení týmu je velmi důležité. Spolupráce lékaře a sestry je zcela zásadní. I zde se však v poslední době setkáváme s narůstajícím problémem a tím je oddělená dokumentace. Ta může na řadě pracovišť být zásadní překážkou v komunikaci. Dalším členem týmu pečujícího o seniora bývá fyzioterapeut, rehabilitační pracovník, ergoterapeut. Takový člen je bezesporu přínosem. Velmi vhodná je samozřejmě spolupráce lékařů – specialistů (ortoped, rehabilitační pracovník, internista, protetik, oční lékař, neurolog, geriatr a u nás zatím jen velmi málo využívaný doktor či magistr farmacie). Také sestry mohou být specialistky – např. na hojení ran, dietní sestra. Do týmu ale také patří ošetřovatel, pracovník v sociálních službách, ale i pracovník zajišťující úklid a stravování. Všichni mohou být specialisté ve svém oboru, ale pokud nebudou spolupracovat, jejich výsledky nebudou uspokojivé.

Multidisciplinární přístup přizpůsobuje preventivní opatření každému pacientovi (Neyens et al, 2006).

Přínosem pro bezpečné prostředí je vyvolání zdravé soutěživosti – ať již interní (mezi odděleními) nebo externí (např. porovnání s jiným zařízením) benchmarking.

Problémem pádového managementu může být otázka odpovědnosti. Každé zařízení zodpovídá a ochraňuje své pacienty/klienty. Zároveň by ale také mělo chránit sebe a své zaměstnance. Nejvhodnějším manažerským přístupem současnosti je pravděpodobně zavedení netrestající politiky s maximální podporou vedení získat všechny zaměstnance pro neustálé posuzování bezpečí na pracovišti. Každé zařízení by mělo mít odpovědného pracovníka, jehož náplní práce je sledování bezpečí v zařízení. Na druhé straně, všichni zaměstnanci by jej měli znát a aktivně s ním spolupracovat.

1.2.2 Profesionální ostražitost

Maximální úspěšnosti pádového managementu (to platí ale i pro předcházení jiným mimořádným událostem, souhrnně řečeno pro maximální bezpečí prostředí) lze dosáhnout jen

v případě, bude-li umožněno sestře (ale i ostatním členům týmu) být plně profesionálně ostražitá. Ostražitost (vigilance) je definována jako stav plné pozornosti, stav maximální fyzické a psychické připravenosti jednat a mající schopnost detekovat a čelit nebezpečí. Profesionální ostražitost je podstatou péče v ošetrovatelství. Je založena na schopnosti identifikovat důležité symptomy, schopnosti hodnotit rizika, a připravenosti adekvátně zasáhnout za účelem snížení hrozícího nebezpečí (Meyer, 2005).

Na druhé straně je třeba upozornit na nebezpečí syndromu vyhoření .

1.2.3 Autentická přítomnost

V poslední době se také v ošetrovatelství setkáváme s nově diskutovaným konceptem „autentické přítomnosti“. Možno definovat jako cílené úsilí sestry vnímat pacienta v jeho celistvosti a vnímat jej soustředěně, lidsky svou přítomností a hlavně v okamžicích, kdy na tom opravdu záleží. Tento koncept pomáhá integrovat do ošetrovatelské péče kromě mechanických a technických výkonů především lidský přístup (Škrla, 2008).

Takovéto profesionální přístupy se mohou plně rozvinout pouze na pracovišti v atmosféře vzájemné důvěry, komunikace a pohody. Naopak pracoviště, která se potýkají s nedostatkem pracovních sil nebo nedostatkem kvalifikovaných pracovních sil, tam, kde je personál vystresovaný, unavený, bez motivace, se špatnou vzájemnou komunikací mohou a vznikají chyby.

1.2.4 Interní a externí srovnávání - benchmarking

Benchmarking je vysoce efektivní nástroj zvyšování kvality. Je to systematický, kontinuální proces srovnání vlastní efektivnosti s organizacemi, které představují to nejlepší ve svém oboru.

Přínos benchmarkingu:

- identifikace operací v organizaci, které by měly být zlepšeny, odhalení silných a slabých stránek a jejich možná kvantifikace
- poznání konkurence, určení jejich slabín a předností
- ukazuje cestu ke zlepšení operací ve srovnání s benchmarkingovými partnery

- iniciuje proces zlepšování prostřednictvím změn cílů organizace a dovednosti manažerů a zaměstnanců.

Kategorie benchmarkingu:

- Interní benchmarking se vztahuje na srovnání procesů v jedné organizaci mezi různými organizačními složkami (částmi), např. mezi podřízenými, značkami, prodejními skupinami apod.
- Externí benchmarking porovnává podobné operace organizace s jinými organizacemi ve stejném oboru v tuzemsku i zahraničí.
- Funkční benchmarking porovnává procesy a firmy rozdílných oborů

Tato metoda může významně přispět ke zvyšování kvality zdravotní péče, k posuzování rizik a bezpečí prostředí ve zdravotnických i sociálních zařízeních.

1.3 Ošetrovatelský postup u pacienta/klienta se zvýšeným nebo vysokým rizikem pádu

1.3.1 Při přijetí pacienta

- zhodnotit riziko vniku pádu a zaznamenat do ošetrovatelské anamnézy
- označit pacienta za rizikového
- zahájit u rizikového pacienta prevenci, informovat pacienta, rodinného příslušníka o provedených opatřeních, získat je pro spolupráci

1.3.2 V průběhu hospitalizace

- označit lůžko rizikového pacienta
- snažit se u dezorientovaného pacienta o co nejrychlejší orientaci v jeho okolí
- zajistit uložení pacienta co nejbližší inspekci sester
- přesvědčit se, zda má pacient signalizační zařízení na dosah
- zajistit noční osvětlení pro lepší orientaci
- odstranit všechny překážky z cesty na pokoji i na chodbě
- osobní věci pacientovi uložit tak, aby byly snadno dosažitelné
- nabádat pacienta k užívání lokomočních pomůcek a naučit ho, jak je bezpečně užívat
- pacientovi s ortostatickou hypotenzí doporučit pomalou změnu polohy při vstávání z lůžka
- inkontinentnímu pacientovi pomáhat na toaletu, nebo mu nabízet po 1-2 hod podložní mísu
- poučit pacienta o podávaných lécích a jejich nežádoucích účincích

1.3.3 Při pádu pacienta

- pokusit se zmírnit pád nebo zajistit měkký dopad
- nepokoušet se pacienta zvedat a držet vzhůru, nechat jej sesunout k podlaze, přidržíte hlavu a trup a přivolejte pomoc

- posoudit stav vědomí, schopnost pacienta reagovat na oslovení a zkontrolujte základní životní funkce
- zjistit rozsah možného poranění pacienta po pádu a přivolat lékaře
- zajistit první ošetření pacienta
- informovat lékaře
- zajistit dle ordinace lékaře další vyšetření a ošetření
- příhodu zaznamenat do dokumentace
- informovat při brzkém kontaktu rodinu, pokud došlo k poškození zdraví
- zjistit příčiny pádu a provést opatření zabráňující opakování

1.3.4 Při propuštění pacienta do domácího ošetření

- při propuštění pacienta do domácího ošetření poučíme rodinné příslušníky o vybavení a vytvoření „bezpečného domova“

1.4 Pády a zranění pacienta z hlediska ošetřovatelských diagnóz

1.4.1 Trauma, zvýšené riziko

Definice: Zvýšené riziko náhodného poškození tkání (např.poranění, popáleniny, zlomeniny)

1.4.1.1 Rizikové stavy a faktory

Vnitřní (individuální)

- slabost, potíže s rovnováhou, narušená koordinace velkých nebo malých svalů, zhoršená koordinace ruka/oko
- špatný zrak
- snížená teplota a/nebo taktilní vjemy
- nedostatek peněz k nákupu bezpečnostního zařízení nebo provedení opravy
- kognitivní nebo emoční obtíže
- anamnéza dřívějšího traumatu

Zevní (dané prostředím)

- kluzká podlaha (např.mokrá nebo silně navoskovaná, volně pohyblivé rohože a koberečky, odpadky nebo rozlitá voda po podlaze nebo po schodech, sníh a led na schodech a cestách pro pěší)
- vany bez madel a protiskluzových doplňků
- používání nestabilních žebříků a židlí
- předměty bránící průchodu, vstupování do neosvětlených místností
- nefunkční nebo chybějící schodištní zábradlí, děti hrající si nad schody nechráněnými vrátky
- nezakotvené elektrické dráty
- vysoké lůžko, nepřiměřené signalizační zařízení pro pacienta upoutaného na lůžku
- nedostatečné zabezpečení oken v domě s malými dětmi
- rukojeť pánve trčící do prostoru před sporák, koupání v příliš horké vodě (např.malé děti koupající se bez kontroly)
- vzplanutí unikajícího plynu, opoždění zapalování plynového hořáku nebo trouby

- nechráněný oheň nebo topná spirála, nošení šatů z umělých vláken nebo splývavého oděvu v blízkosti plamenů, vysoce hořlavé dětské hračky nebo oblečení
- kouření v posteli nebo poblíž stlačeného kyslíku, mastné odpadky skladované na kamnech
- děti hrající si se zápalkami, svíčkami či zapalovač
- hraní si se zábavnou pyrotechnikou nebo střelným prachem, střelné zbraně a munice skladované bez uzamčení
- experimentování s chemikáliemi nebo benzínem, nepřiměřené skladování hořlavin a žíravín
- přetížené pojistky, vadné elektrické zástrčky, holé elektrické dráty, poruchové přístroje, přetížené elektrické zásuvky
- manipulace s nebezpečnými stroji, kontakt s rychle se pohybujícími částmi strojů, hnacími řemeny a kladkami
- posunování („klouzání“) po hrubém, nerovném prostěradle (podložce) v lůžku nebo vzpírání se proti upoutání
- kontakt se silným chladem, expozice slunci nebo zářičům, radioterapie
- používání tenkých nebo opotřebovaných kuchyňských chňapek
- používání poškozeného nádobí nebo sklenic
- nechráněné uložení nožů, děti hrající si se špičatými nebo ostrými předměty
- velké rampouchy visící ze střechy
- bydlení ve čtvrti s vysokou kriminalitou a vlastní zranitelnost
- řízení mechanicky nebezpečného vozidla, jízda vysokou rychlostí, řízení bez potřebných zrakových pomůcek
- řízení po požití alkoholických nápojů nebo jiných drog
- vození dětí na předním sedadle auta, nepoužívání nebo nesprávné používání bezpečnostních pásů, neupoutávání dětí do bezpečnostních sedaček
- nesprávné používání nebo nepoužívání správné ochrany hlavy u cyklistů a malých dětí přepravovaných na kole dospělými
- nebezpečné cesty/silnice a přechody včetně příjezdových cest

1.4.1.2 Cíle ošetřovatelské péče a pacientova úsilí

- zjištění a odstranění potenciálních rizik v okolním prostředí

- provedení vhodných změn životního stylu ke snížení rizika poranění
- nalezení zdrojů ke zvýšení bezpečnosti prostředí
- rozeznání potřeby/hledání pomoci k odvrácení rizika nehod a poranění

1.4.1.3 Ošetřovatelská intervence

Posouzení příčin a přispívajících faktorů

- určete faktory, vztahující se k individuální situaci, a míru hrozícího nebezpečí
- vezměte v úvahu věk, duševní schopnosti, čilost a poruchu pohyblivosti ohrožené osoby
- zhodnoťte prostředí z hlediska bezpečnostních rizik
- posuďte zájmy a znalosti pacienta s ohledem na ohrožení bezpečnosti
- ptejte se na prodělané úrazy, zaznamenejte okolnosti úrazu
- posuďte vliv stresu
- shrňte potenciální rizikové faktory
- seznamte se s výsledky laboratorních vyšetření a pátrejte po příznacích endokrinní/elektrolytové nerovnováhy, jejichž důsledkem mohou být stav zmatenosti, tetanie, patologické fraktury
- určete podíl hypotermie nebo hypertermie

Podpořte bezpečnostní opatření, která vyžaduje situace

- snažte se zorientovat pacienta v prostředí
- přizpůsobte signalizační zařízení, seznamte jej s jeho funkcí, dbejte, aby je měl stále nadosah
- nastavte lůžko na nízkou polohu, event. matraci přímo na zem
- používejte zábran proti pádu z lůžka (vypodložených tak, aby se pacient neuhodil)
- včas proveďte opatření proti záchvatům, křečím
- zabrzděte kolečka lůžka nebo pojízdného nábytku, udržujte volně průchodné hlavní trasy, dbejte na dostatečné osvětlení
- pacientovi pomáhejte s různými činnostmi a přesuny
- zdůrazněte nutnost bot odpovídající velikosti a vhodného druhu, pevně sedících a neklouzavých
- naučte pacienta používat hůl, chodítko, berle, vozík. Zkontrolujte, zda jsou pomůcky správně a bezpečně používány

- z dosahu pacienta odstraňte ostré a nebezpečné předměty

Léčba základního somatického/psychiatrického onemocnění

- dejte nemocného do polohy, kterou vyžaduje zákrok, situace
- asistujte při léčbě endokrinní či elektrolytové dysbalance
- zajistěte tiché prostředí, omezte stimulaci
- v případě hypotermie – zvolna zahřívejte
- doporučte poradenství, psychoterapii

Posílení zdraví (instruktáž před propuštěním)

- zdůrazněte význam pomalých změn polohy a dopomoci u osob slabých nebo trpících závratí, poruchou koordinace nebo posturální hypotenzí, aby se snížilo riziko synkopy/pádu
- mějte pacienta k provádění zahřívacích a protahovacích cviků před každou větší námahou, aby se snížilo riziko poškození svalů
- doporučte používat bezpečnostní pásy, helmy, dětské sedačky
- nabídněte programy prevence úrazů, protipožární prevence
- proberte potřebné úpravy prostředí ke snížení rizika pádu a úrazu
- doporučte zapojení do svépomocné aktivity komunity

1.4.1.4 Dokumentace

Posouzení (opakované)

- individuální rizikové faktory, anamnéza úrazů, uvědomování si potřeby dbát na bezpečnost

Plánování

- plán péče s uvedením, kdo se podílel na jeho utvoření
- edukační plán

Realizace/hodnocení

- odpověď na intervence/edukaci a prováděné akce
- posun žádoucím směrem
- úprava plánu péče

Příprava propuštění

- dlouhodobé potřeby a kdo je odpovědný za plánované akce
- dostupné zdroje, konkrétní provedená doporučení

II Empirická část ošetřovatelský problém pády seniorů

2. Průzkumná část

Hlavním cílem práce je zmapování přístupu a strategie managementu a ošetřovatelského personálu k problematice prevence a snižování počtu pádů a jejich následků v lůžkových zařízeních pečujících o seniory, zda v daném zařízení je zaveden standard prevence a monitorace pádů a do jaké míry je s ním obeznámen ošetřující personál.

Model výzkumného pole tvořily tři okruhy zahrnující 21 položek.

1. okruh – zaměřen na ošetřovatelský personál (položky 1,2,3,4,5,6,7,19)
2. okruh – zaměřen na strategii pádového managementu (položky 8,9,10,11,12,13,14,15,16,20)
3. okruh – zaměřen na přístup k pacientovi/klientovi (položky 17,18,21)

Každá položka má svou dílčí hypotézu $h_1 - h_{23}$, která se šetřením potvrzuje nebo vyvrací. Soubor všech položek je nezbytný pro potvrzení či vyvrácení hlavních hypotéz H_1 a H_2 .

2.1 Hypotézy

2.1.1 Hlavní hypotéza H_1

Předpokládám, že do ošetřovatelského problému pádů u seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních intervenují mnohočetné vnější a vnitřní faktory, které jsou mimo jiné závislé na skladbě ošetřovatelského týmu.

Dílčí hypotézy h_1-h_{21}

1. Předpokládám, že v zařízení s nejnižší četností pádů (zařízení B) je lepší znalost definice pádu než v zařízení s nejvyšší četností pádů (zařízení C).
2. Předpokládám, že v zařízení s nejnižší četností pádů více členů ošetřovatelského týmu správně pojmenuje užívanou škálu pro hodnocení rizika pádu než v zařízení s nejvyšší četností pádů.

3. Předpokládám, že každé zařízení má svůj způsob hodnocení pacienta/klienta užívající kombinace jiných technik než že by se všechna zařízení ve způsobu hodnocení shodovala.
4. Předpokládám, že v zařízení B hodnotí riziko pádu vždy při příjmu, po pádu, při eventuálním překladau do jiného zařízení (součást překladové ošetřovatelské zprávy) a při delší hospitalizaci také pravidelně aktualizují. Tedy, že většina respondentů ze zařízení B označí variantu e (máme jinou frekvenci hodnocení) než v zařízení A a C, kde většina respondentů označí variantu d (při příjmu a pravidelně aktualizujeme).
5. Předpokládám, že většina ošetřovatelského týmu ví, co znamená pojem polypragmatie, než menšina, která termín nezná.
6. Předpokládám, že v zařízení B s nejnižší četností pádů se bude většina respondentů v práci cítit dobře.
7. Předpokládám, že většina členů ošetřovatelského týmu pocítuje osobní odpovědnost za pád jim svěřeného pacienta při službě (varianta a) než menšina, jejíž odpověď je varianta b,c nebo d, tedy že buď odpovědnost nepocítují nebo o tom nikdy nepřemýšleli nebo neví.
8. Předpokládám, že každé zařízení má zaveden systém označení rizikového pacienta a všichni členové týmu jsou s ním seznámeni.
9. Předpokládám, že v jednotlivých zdravotnických zařízeních je standard „Riziko pádu“ zaveden a ošetřující personál je s ním seznámen narozdíl od sociálního zařízení, kde zaveden není.
10. Předpokládám, že většina z oslovených zařízení dokumentuje pády než menšina zařízení, která pády nedokumentuje.
11. Předpokládám, že většina zařízení provádí edukaci pacienta zaměřenou na prevenci pádu než menšina, která edukaci neprovádí.
12. Předpokládám, že většina členů týmu zná osobu odpovědnou za hodnocení bezpečí prostředí než menšina, která se domnívá, že za hodnocení bezpečí prostředí jsou odpovědni všichni.
13. Předpokládám, že většina členů ošetřovatelského týmu nemá správnou znalost o tom, kdo je odpovědný za pád pacienta na právě vytřené podlaze.
14. Předpokládám, že většina členů ošetřovatelského týmu nemá správnou znalost o tom, kdo je odpovědný za stav kompenzačních pomůcek.
15. Předpokládám, že všichni členové ošetřovatelského týmu ví, zda je možné zakoupit pro pacienty/klienty v zařízení vhodné nápoje.

16. Předpokládám, že většina členů ošetřovatelského týmu zná nebo se alespoň snaží znát své pacienty/klienty jménem (varianta c,d) než menšina, která nezná nebo většinou nezná jméno svého pacienta/klienta (varianta a,b).
17. Předpokládám, že většina členů ošetřovatelského týmu není schopna odhadnout, jak často a jak dlouho vidí svého pacienta/klienta za službu.
18. Předpokládám, že administrativní činnost v den příjmu trvá kratší dobu než jakou členové ošetřovatelského týmu stráví s pacientem/klientem v osobním kontaktu.
19. Předpokládám, že většina ošetřovatelského týmu upozorňuje nadřízeného, pokud se domnívá, že hrozí nějaké nebezpečí.
20. Předpokládám, že pokud jsou v zařízení nadstandardní pokoje, pak zdravotní stav není rozhodující pro umístění pacienta.
21. Předpokládám, že většina členů ošetřovatelského personálu dokáže pomocí symbolu vyjádřit cítění svých pacientů/klientů (dokáže se vžít do jejich situace, monitoruje ji), než menšina, která je vyjádřit nedokáže.

2.1.2 Hlavní hypotéza H₂

Předpokládám, že zařízení s nejnižším počtem pádů má multidisciplinární složení ošetřovatelského týmu.

Dílčí hypotézy h₂₂-h₂₃

22. Předpokládám, že zkrácená délka úvazku sester (menší než 0,5, průměr tři služby za měsíc) negativně ovlivňuje přístup k prevenci pádů.
23. Předpokládám, že znalosti prevence pádů a přístup k prevenci pádů se liší u zdravotních sester a rehabilitačních pracovníků.

3 Metodika výzkumu

3.1 Vymezení výzkumné metody a techniky

V souvislosti s monitorací strategie pádového managementu jsem zvažovala dva možné postupy zkoumání:

První přístup znamenal oslovit jako respondenty všechna zdravotnická a sociální zařízení pečující o seniory v České republice, bez ohledu na jejich ošetrovatelské problémy. To by představovalo značně rozsáhlý vzorek, šlo by o soubor jdoucí do tisícových položek. Pro názornost uvádím rozsah souboru (Tab.1b,Graf1). Inspirovala jsem se stratifikovaným vícenásobným výběrem.

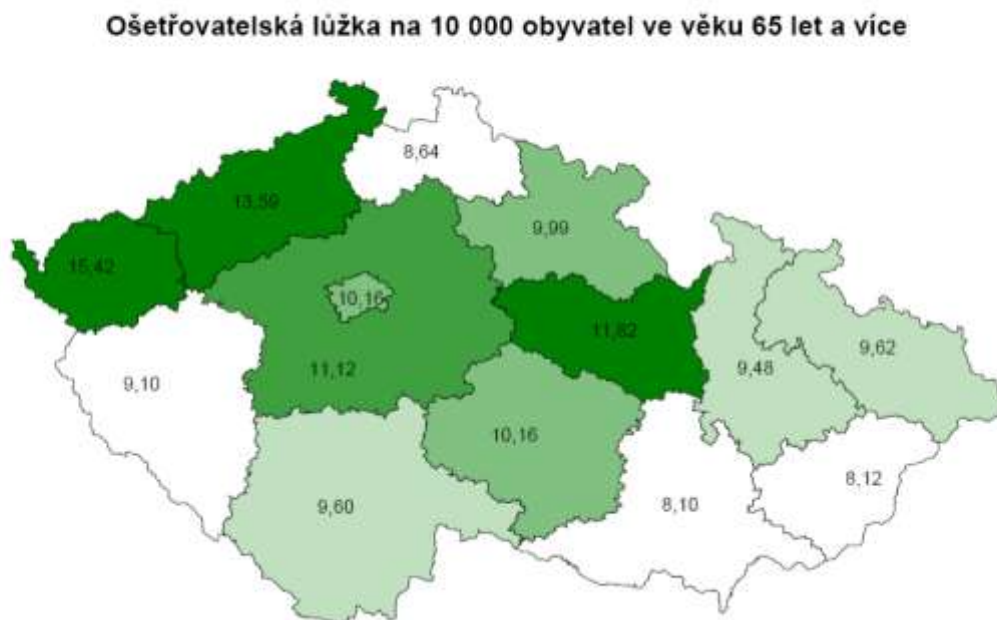
Rozhodla jsem se pro dvě zařízení lůžková zdravotnická a jedno lůžkové sociální, pro dvě zařízení státní a jedno soukromé, dvě zařízení pražská a jedno středočeské. Podmínkou zařazení do výběrového souboru byl souhlas vedení zařízení a osobní souhlas respondenta s realizací a publikací výsledků šetření. Posledním kritériem byla existence osobního kontaktu výzkumníka se zařízením, z důvodu lepší spolupráce, koordinace výzkumu.

Tab.1b Tabulka popisující síť zdravotnických zařízení v roce 2006 (UZIS, 2007)

1. Síť zdravotnických zařízení v ČR - rezorty celkem

Druh zařízení	Počet zařízení	Přepočtený počet lékařů	Přepočtený počet ZPBD	Lůžka	Místa
fakultní nemocnice	11	5 554,10	17 765,99	16 231	164
ostatní nemocnice akutní péče	153	10 908,41	38 664,68	45 535	448
nemocnice následné péče	27	176,93	855,44	2 408	-
nemocnice (včetně ambulantní části)	191	16 639,44	57 286,11	64 174	612
léčebny pro dlouhodobě nemocné	74	328,63	2 097,70	7 462	4
léčebny TBC a respiračních nemocí - dospělí	9	40,12	213,21	921	-
psychiatrické léčebny - dospělí	17	525,44	3 086,11	9 442	27
rehabilitační ústavy - dospělí	6	54,34	257,40	991	-
ostatní odborné léčebné ústavy - dospělí	12	147,13	604,02	1 749	-
dětské psychiatrické léčebny	3	14,39	107,63	320	-
ostatní dětské odborné léčebné ústavy	8	27,95	134,52	636	-
ozdravovny a sanatoria (celodenní)	9	3,92	59,43	670	-
hospic	13	20,82	141,77	335	-
další lůžková zařízení	11	61,00	113,99	188	11
odborné léčebné ústavy celkem	162	1 223,74	6 815,78	22 714	42

Graf 1 Schéma popisující počet ošetřovatelských lůžek na 10 000 obyvatel ve věku 65 let a více v roce 2006 (ÚZIS, 2007)



3.2 Výběrová kritéria

Kritéria výběrového souboru:

1. Zřizovatel ošetřovatelského zařízení
2. Lokalita ošetřovatelského zařízení
3. Souhlas vedení ošetřovatelského zařízení s výzkumem
4. Osobní kontakt výzkumníka se zařízením
5. Souhlas respondenta s výzkumem

Výběrový soubor tvořila tři zařízení – dvě zdravotnická a jedno sociální - domov důchodců, geriatrická klinika FN, rehabilitační lůžkové zařízení. V lokalitě hlavního města dvě zařízení, v lokalitě střeďočeský kraj jedno zařízení. Dvě zařízení zřizovaná státem nebo krajem v lokalitě a jedno soukromé (Public Private Partnership projekt).

Rozsah výběrového souboru jsem volila s ohledem na časové, finanční a materiální možnosti. Velikost výběrového souboru ovlivnil počet zkoumaných proměnných. Snažila

jsem se rozsahem souboru částečně přiblížit základnímu souboru, s ohledem na výše prezentované faktory. Domnívám se, že ve snaze o maximální pestrost je daný soubor dostačující.

Šetření si kladlo za úkol zaznamenat rozdíly vybraných proměnných v jednotlivých zařízeních pomocí dvou metod kvantitativního ošetrovatelského výzkumu – explorační metody dotazníku a strukturovaného interview.

Nestandardizovaná výzkumná technika dotazník tvořil první výzkumný nástroj. Oslovoval ošetřující personál, mapoval jejich individuální zkušenosti s touto problematikou. Dotazník vlastní konstrukce, byl sestaven s ohledem na konkrétní cíl a úkoly výzkumu. Jednotlivé položky dotazníku byly cíleně zaměřeny k nadřazeným kategoriím výzkumného pole souvisejících proměnných. Dotazník monitoruje tři oblasti: první část je zaměřena na ošetrovatelský personál a jeho znalosti, druhá strategii pádového managementu a třetí přístup k pacientovi/klientovi. Předvýzkum byl realizován v lůžkovém zdravotním zařízení, které nebylo součástí výběrového souboru, ale s dostatečnými zkušenostmi v oblasti tohoto ošetrovatelského problému u seniorů. Zaměřil se především na zjištění těch faktorů, o kterých jsem se domnívala, že jsou rozhodující pro posuzování míry identifikace se zavedenou strategií pádového managementu v příslušném zařízení.

Strukturované interview vedené s vrchní sestrou geriatric, vedoucí sestrou sociálního zařízení a hlavní sestrou rehabilitačního ústavu v rámci této práce sloužilo jako hlavní zdroj informací k co nejpřesnější charakteristice daného zařízení. V interview jsem se zaměřila na pět hlavních oblastí: charakteristika zařízení, pádový management, charakteristika pracoviště a tzv. kultury bezpečí, systém preventivních opatření a hodnocení rizik prostředí.

Pro srovnání uvádím četnost pádů v jednotlivých zařízeních.

$$\text{Četnost pádů} = (\text{počet pádů/LD}) \times 1000 \text{ LD}$$

Pro úplné dokreslení situace by bylo vhodné ještě uvést četnost zranění, ale ne všechna zařízení mají k dispozici potřebné údaje.

3.3 Časový plán

3.3.1 Fáze koncepční

Problematikou pádů se zabývám od prvního ročníku bakalářského studia. Podařilo se mi propojit každodenní práci se seniory se soudobými teoretickými poznatky a trendy. Velkou inspirací byl kontakt s britskou AgeCare.

AgeCare je britská charitativní organizace založená v roce 1862 se zaměřením na ošetrovatelskou péči o seniory. Akreditovaným výukovým materiálem formou pracovních sešitů získala národní ocenění v oblasti vzdělávání ve Velké Británii. V současné době vlastní čtyři rezidenční domy, kde školí své zaměstnance a zaměstnance dalších přibližně sedmdesáti pečovatelských domů po celé Anglii.

Velkým přínosem pro mne byl studijní pobyt v jejich pečovatelských domech v Anglii, jež jsem původně zamýšlela zahrnout též do výzkumu. AgeCare materiály a povinné standardy v prevenci pádů mi pomohly mapovat strategii pádového managementu.

Shromáždila jsem řadu článků souvisejících s pády ve zdravotnickém zařízení, zúčastnila se seminářů zaměřených na problematiku pádů u seniorů, mé pracoviště dalo souhlas k zařazení do rozsáhlého výzkumného šetření vedeného 3. lékařskou fakultou sledující mimořádné události.

3.3.2 Plánování

To vše dalo podklad k vytvoření teoretického rámce výzkumu. Vytvořila jsem časový plán. V září 2007 jsem začala konstruovat dotazník a připravovat strukturované interview. V říjnu následovala pilotní studie provedená na ortopedickém lůžkovém zařízení. Použila jsem 15 dotazníků. Pilotní studie odhalila špatně položené otázky. Počátkem listopadu jsem ukončila definitivní výběr zařízení. Koncem listopadu jsem navštívila zvolená zařízení a požádala vedení o souhlas s prováděním a prezentací výzkumného šetření. Provedla jsem interview s pracovníkem managementu, vymezila respondenty a rozdala dotazníky. V lednu 2008 jsem získané informace začala zpracovávat a připravovat ke statistickému hodnocení.

3.4 Charakteristika vzorku

Soubor tvořila tři lůžková zařízení poskytující zdravotní či sociální služby seniorům

3.4.1 Zařízení A

Státní zařízení, geriatrická klinika fakultní nemocnice v Praze.

Celkový počet 74 lůžek/ 4 oddělení

Charakteristika pacienta – geriatričtí pacienti nad 65 let, průměrný věk klientů 73 roků. 74% tvoří ženy. 10% klientů je samostatně pohyblivých se , 30% se pohybuje s dopomocí a 60% je upoutáno na lůžko. Průměrná doba hospitalizace/pobytu je 29 dní.

Četnost pádů: 1,8 (údaj poskytla vrchní sestra zařízení, sledované období 1.1. – 31.12.2007)

Ošetrovatelský personál (Tab.2a, Tab. 2b, Graf 2):

30 sester

3 rehabilitační pracovníci

4 staniční sestry

1 ošetrovatelka

Celkem 38. Dotazník nevyplnila 1 rehabilitační pracovnice a 1 ošetrovatelka. Dotazník vyplnilo 36 respondentů tj. 94,7% ošetrovatelského personálu.

Lékařské obsazení: zařízení má vlastního geriatra a internistu, je zde stálá lékařská služba. Pro své pacienty využívá celý nemocniční komplement.

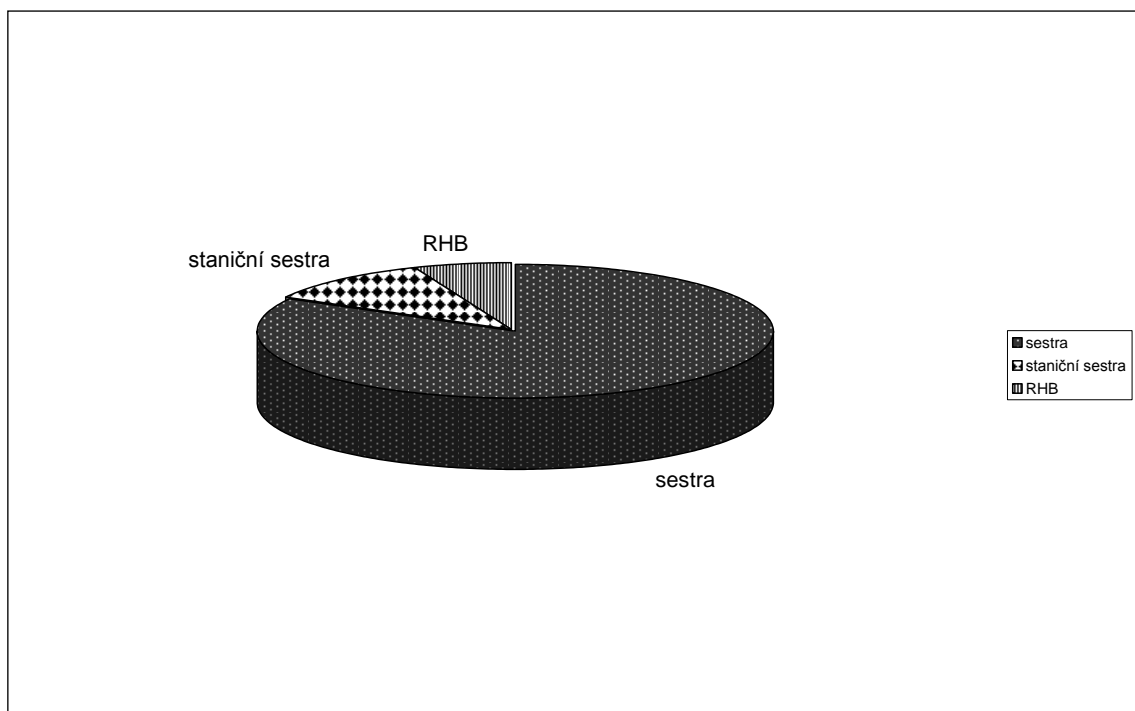
Tab.2a Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení A v absolutních číslech a v procentech

FUNKCE	POČET	V PROCENTECH
sestra	30	83%
staniční sestra	4	11%
RHB	2	6%
CELKEM	36	100%

Tab.2b Tabulka se soubornou charakteristikou respondentů zařízení A, popisující především věk, délku posledního úvazku a délku praxe, průměr, minim a maximum

Variable	Descriptive Statistics						
	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
funkce	36	1,22222	1,00000	3,00000	1,00000	1,00000	0,54043
pohlaví	36	1,05556	1,00000	2,00000	1,00000	1,00000	0,23231
věk	36	49,22222	27,00000	65,00000	42,50000	58,00000	10,39536
délka posledního úvazku	36	9,80556	1,00000	17,00000	5,00000	15,00000	5,26888
délka praxe	36	25,80556	6,00000	45,00000	19,50000	31,00000	9,80909

Graf 2 Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení A



3.4.2 Zařízení B

Privátní zařízení (PPP projekt), Lůžkové rehabilitační zařízení v Praze.

Celkový počet 53 lůžek/ 2 oddělení

Charakteristika pacienta – ortopedičtí pacienti zejména po operacích velkých kloubů – kolena kyčle, ramena nad 60 let, průměrný věk klientů 68 roků. 77% tvoří ženy. 78% klientů je samostatně pohybujících se (zejména o berlích) , 20% se pohybuje s dopomocí a 2% jsou upoutána na lůžko. Do zařízení jsou pacienti překládáni 7.-12. pooperační den. Většina pacientů užívá kompenzační pomůcky, zejména podpažní či francouzské berle. Průměrná doba hospitalizace/pobytu 19 dní.

Četnost pádů: 0,9 (údaj poskytla vrchní sestra zařízení, sledované období 1.1. – 31.12.2007)

Ošetrovatelský personál (Tab.3a, Tab. 3b, Graf 3)::

11 sester na plný úvazek

8 sester na úvazek kratší nebo roven 0,5

11 rehabilitačních pracovníků

1 staniční sestra

5 rehabilitačních pracovníků s titulem magistr

Celkem 36. Dotazník nevyplnila 1 rehabilitační pracovnice. Dotazník vyplnilo 35 respondentů tj. 97,2% ošetrovatelského personálu.

Lékařské obsazení: rehabilitační lékař, ortopéd, protetik, plastický chirurg, neurolog, internista, revmatolog – nejsou přítomni stále, ale pravidelně dochází.

Zařízení provozuje svou prodejnu zdravotních potřeb.

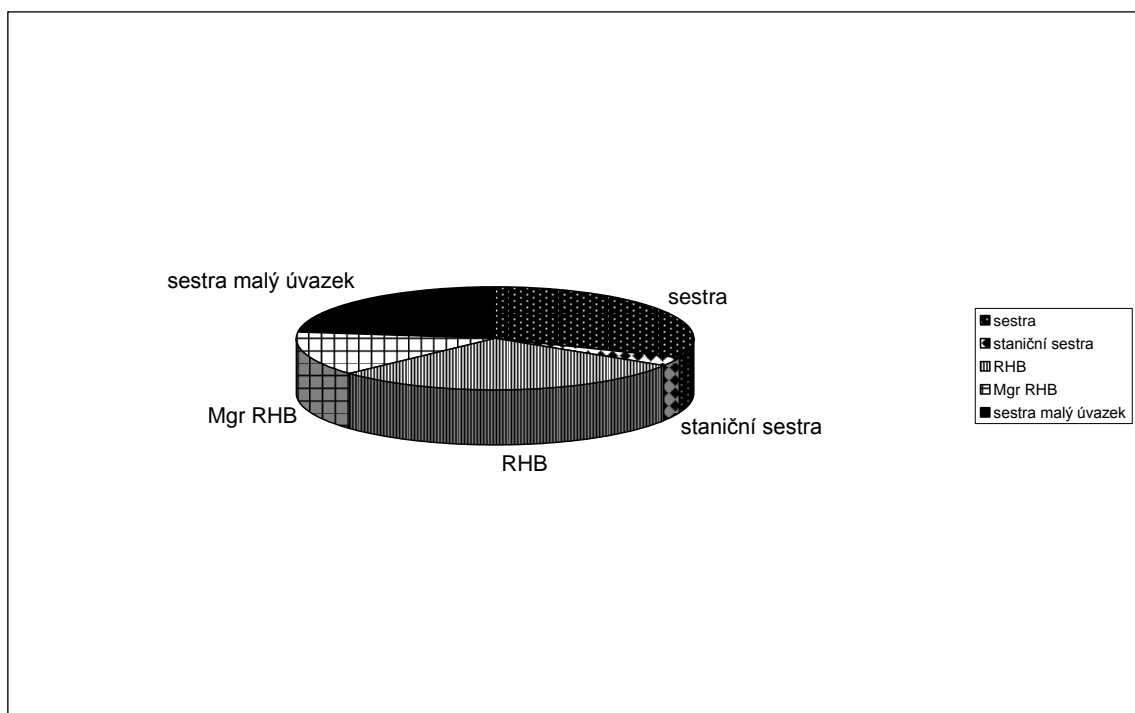
Tab.3a Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení B v absolutních číslech a v procentech

FUNKCE	POČET	V PROCENTECH
sestra	11	31%
staniční sestra	1	3%
RHB	10	29%
Mgr RHB	5	14%
sestra malý úvazek	8	23%
CELKEM	35	100%

Tab.3b Tabulka se soubornou charakteristikou respondentů zařízení B, popisující především věk, délku posledního úvazku a délku praxe, průměr, minim a maximum

Variable	Descriptive Statistics (PadyStat)						
	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
prac	35	3,00000	3,00000	3,00000	3,00000	3,00000	0,00000
funkce	35	1,22857	1,00000	3,00000	1,00000	1,00000	0,54695
pohlaví	35	1,02857	1,00000	2,00000	1,00000	1,00000	0,16903
věk	35	49,60000	27,00000	65,00000	45,00000	58,00000	10,29334
délka posledního úvazku	35	9,60000	1,00000	17,00000	5,00000	15,00000	5,19728
délka praxe	35	26,05714	6,00000	45,00000	20,00000	32,00000	9,83374

Graf 3 Respondenti ošetrovateľského tímu zariadení B



3.4.3 Zařízení C

Státní zařízení, poskytovatel sociálních služeb se sídlem ve středočeském kraji.

Celkový počet 130 lůžek/2 oddělení.

Charakteristika pacienta – senioři nad 65 let, průměrný věk klientů 70,3 roku. 68% tvoří ženy. 69% klientů je samostatně pohyblivých se zejména s vycházkovou holí, chodítkem (1. stupeň příspěvku na péči), 24% se pohybuje s dopomocí (2. a 3. stupeň příspěvku na péči) a 7% je upoutáno na lůžko (4. stupeň příspěvku na péči). Průměrná doba hospitalizace/pobytu neposkytnuta, jisté je, že přesahuje dobu 1 roku (udáno vedoucí sestrou zařízení).

Četnost pádů: 1,96 (údaj poskytla vedoucí sestra zařízení, sledované období 1.1. – 31.12.2007)

Ošetřovatelský personál (Tab.4a, Tab. 4b, Graf 4)::

8 sester

2 rehabilitační pracovníci

8 ošetřovatelů/lek

1 sociální pracovnice (též zdravotní sestra)

Celkem 19. Dotazník nevyplnila 1 sestra a 1 ošetřovatelka. Dotazník vyplnilo 17 respondentů tj. 89,5% ošetřovatelského personálu.

Lékařské obsazení: do zařízení dochází praktický lékař. K speciálním zdravotním vyšetřením jsou klienti transportováni do nejbližšího spádového zdravotního zařízení.

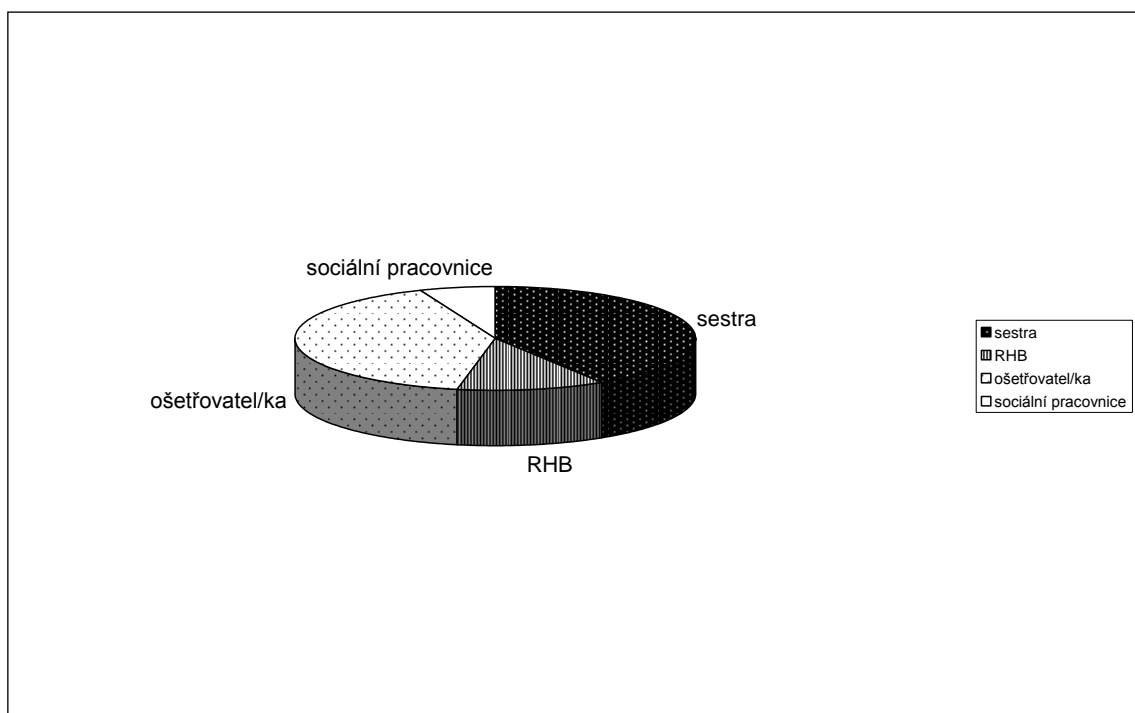
Tab.4a Respondenti ošetřovatelského týmu zařízení C v absolutních číslech a v procentech

FUNKCE	POČET	V PROCENTECH
sestra	7	41%
RHB	2	12%
ošetřovatel/ka	7	41%
sociální pracovnice	1	6%
CELKEM	17	100%

Tab.4b Tabulka se soubornou charakteristikou respondentů zařízení C, popisující především věk, délku posledního úvazku a délku praxe, průměr, minim a, maximum

Variable	Descriptive Statistics (PadyStat)						
	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
prac	17	2,00000	2,00000	2,00000	2,00000	2,00000	0,00000
funkce	17	3,64706	1,00000	7,00000	1,00000	6,00000	2,49853
pohlaví	17	1,05882	1,00000	2,00000	1,00000	1,00000	0,24254
věk	16	40,31250	27,00000	52,00000	33,50000	47,50000	8,25202
délka posledního úvazku	17	2,29412	1,00000	5,00000	1,00000	3,00000	1,44761
délka praxe	17	13,29412	2,00000	34,00000	5,00000	20,00000	10,62876

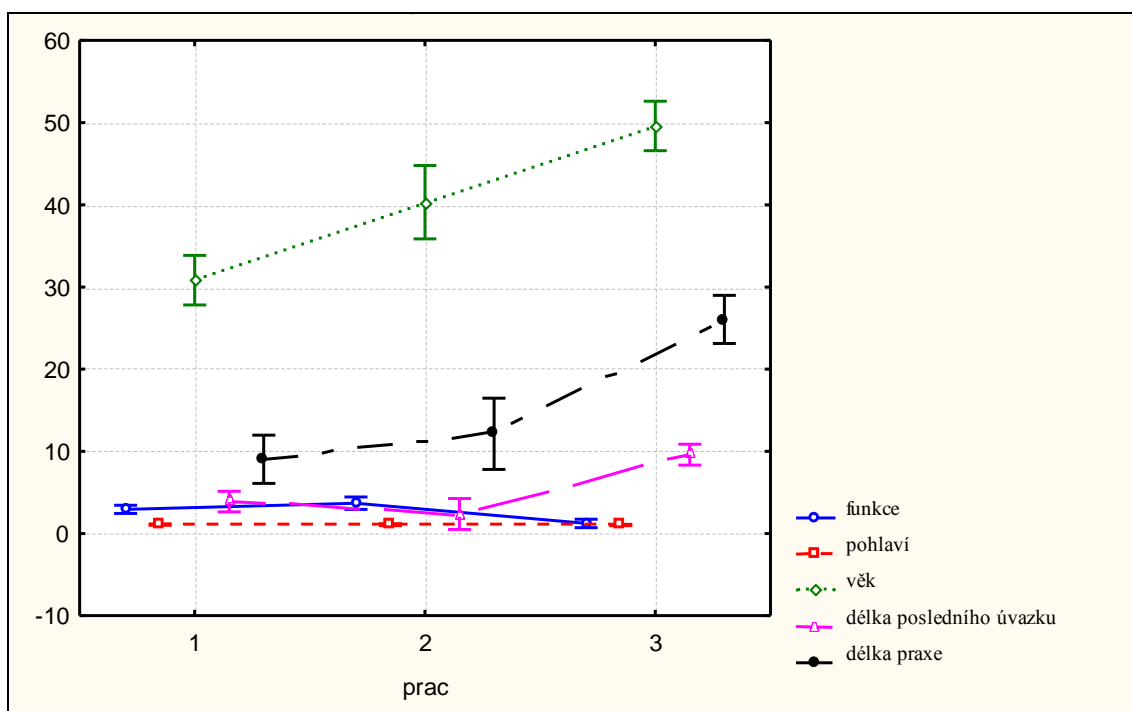
Graf 4: Respondenti ošetrovatelského týmu zařízení C



3.4.4 Statistické porovnání vybraných zařízení

Vzhledem k tomu, že jsme chtěli sledovat závislost proměnných na typu zařízení, tedy hlavně jeho personální skladbě, bylo třeba porovnat všechny tři zařízení mezi sebou a potvrdit statisticky jejich rozdílnost (Tabulka 5, Graf 5a, Graf 5b).

Graf 5a. Graf potvrzující rozdíly ve funkci, věku, délce posledního úvazku a délce praxe v jednotlivých zařízeních. A=1, B=3, C=2



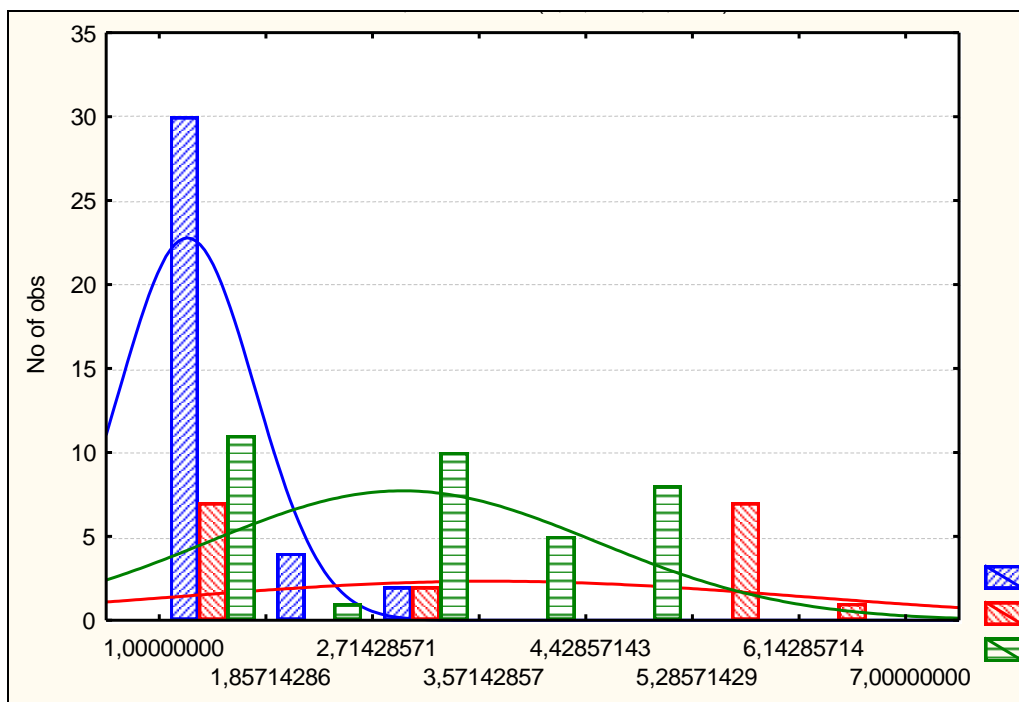
Tabulka 5 Tabulka potvrzující rozdíly ve funkci mezi zařízeními A,B, C

T-test for Dependent Samples (funkce) Marked differences are significant at $p < ,05000$						
Variable	Mean	Std. Dv.	N	Diff.	Std. Dv. Diff.	t
B	2,942857	1,551903				
A	1,200000	0,531369	35	1,742857	1,686327	6,114404

T-test for Dependent Samples (funkce) Marked differences are significant at $p < ,05000$						
Variable	Mean	Std. Dv.	N	Diff.	Std. Dv. Diff.	t
C	3,647059	2,498529				
B	3,058824	0,899346	17	0,588235	2,693947	0,900298

T-test for Dependent Samples (funkce) Marked differences are significant at $p < ,05000$						
Variable	Mean	Std. Dv.	N	Diff.	Std. Dv. Diff.	t
A	1,058824	0,242536				
C	3,647059	2,498529	17	-2,58824	2,450990	-4,35398

Graf 5b Histogram potvrzující rozdílné personální zastoupení v jednotlivých zařízeních. A-modře, B-zeleně, C-červeně



Rozdílnost jednotlivých zařízení v proměnných funkce a délka úvazku byla potvrzena chí-kvadrát testem kdy $p < 0,05000$ (zpracováno programem Statistica 7.0) .

3.5 Metoda rozhovoru

Rozhovor byla metoda, která měla za úkol charakterizovat zařízení a pracoviště, strategii zavedeného pádového managementu na daném pracovišti, preventivní opatření, hodnotit bezpečí prostředí.

Použila jsem detailně rozpracované strukturované interview. Tato metoda předcházela dotazníku a byla doplněna vlastním pozorováním, observací zařízení. Interview bylo vedeno osobně s vrchní či vedoucí sestrou zařízení. Tato metoda je nedílnou součástí celého průzkumu. Odpovědi vrcholného managementu byly konfrontovány s odpověďmi středního managementu a ošetřujícím personálem

Současně byl vyžádán nezbytný informovaný souhlas vedení zařízení s prezentací výsledků vedeného průzkumu.

3.6 Metoda dotazníku

Stěžejní metodou získávání informací byla metoda dotazníku vlastní konstrukce určeného pro ošetřující personál a střední management. V úvodu jsem uvedla účel, představila autorku, školitelku a Vysokou školu zdravotnickou. Pro zajištění maximální objektivity odpovědí jsem zaručila anonymitu respondenta.

Dvacetjedna otázek dotazníku mapuje tři oblasti pádového managementu a péče. V závěru jsou údaje o respondentovi, které jsou nezbytné pro statistické hodnocení. Dotazník je doplněn dvěma vedlejšími otázkami, které znázorňují pocity respondenta před a po vyplnění dotazníku. Pro zpestření jsem užila hodnocení smajlíky.

Otázky jsou formulovány srozumitelně, odpovědi nejsou časově náročné. Mapují zeširoka sledovanou problematiku, ověřují stanovené hypotézy. Užila jsem převážně otázky uzavřené, polouzavřené a škálované. Otázky dichotomické jsem užila jen omezeně. Důležitost příkládám také vloženým kontrolním dotazům. Konstrukce dotazníku a jeho logičnost byla konzultována se statistikem. Instrukce k vyplnění jsem předala při osobním kontaktu vrchní či vedoucí sestře zařízení a ta následně zajistila vyplnění respondenty.

4 Předvýzkum

Předvýzkum byl nedílnou součástí průzkumu. Kvalitu dotazníku jsem otestovala na ortopedickém oddělení pražské fakultní nemocnice, kde je velká zkušenost s péčí o seniora s vysokým rizikem pádu. Pracoviště má zavedený pádový management a je v procesu akreditace Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organisations. Zkušenosti kvalifikovaných sester mne vedly k výběru nejpodstatnějších otázek a jejich jasné formulaci.

5 Průběh průzkumu

Průzkumem získaná data byla zpracována čárkovací metodou a výsledky pečlivě zaneseny do frekvenční tabulky MS Excell. Data v absolutních číslech byla převedena do procentuální formy. Ze zpracovaných dat byly vytvořeny grafy a tabulky. Veškerá data byla předána ke statistickému zpracování programem Statistica 7.0.

6 Výsledky

6.1.1

Okruh 1. : Zaměřeno na ošetrovatelský personál

Otázka 1.: Víte, jaká je ve Vašem zařízení definice pádu?

a) ano b) vím, co je pád, ale neznám přesnou definici c) ne

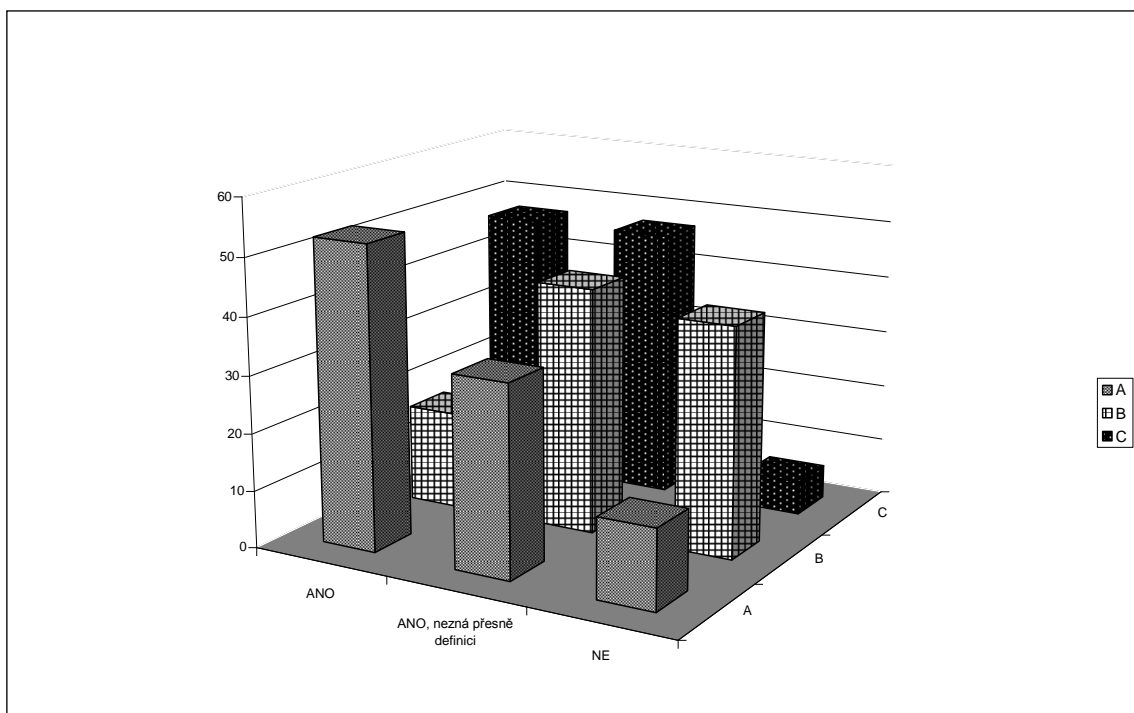
Hypotéza: Předpokládám, že v zařízení s nejnižší četností pádů (zařízení B) je lepší znalost definice pádu než v zařízení s nejvyšší četností pádů (zařízení C).

Výsledky : Na otázku číslo 1 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 6 a v procentech graf 6a a 6b.

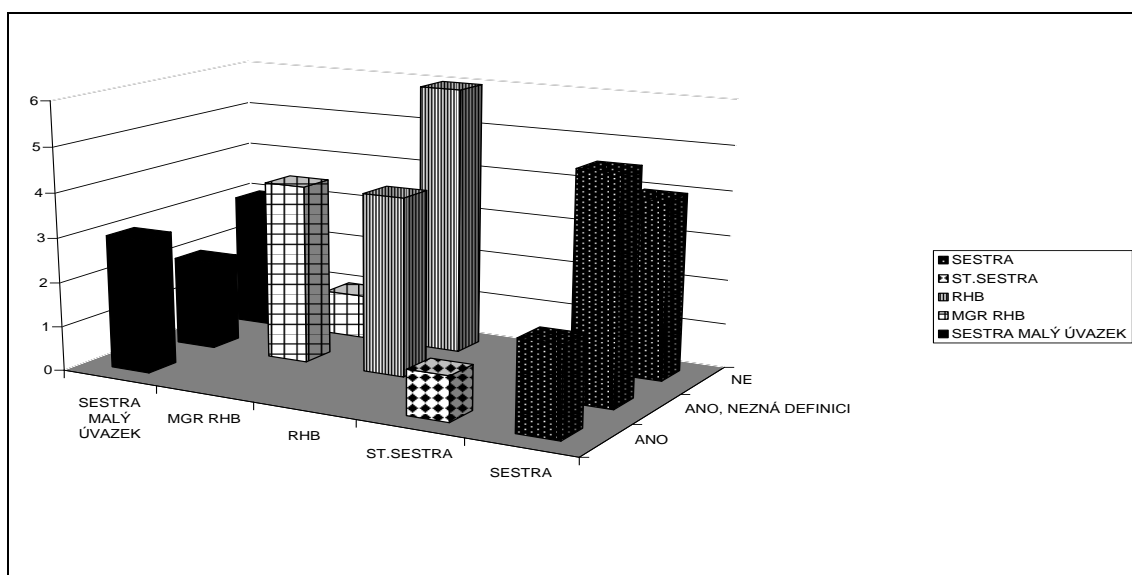
Tab.6 Tabulka popisující v absolutních číslech znalost definice pádu v zařízení A,B,C

	A	B	C
ANO	19	6	8
ANO, nezná přesně definici	12	15	8
NE	5	14	1

Graf 6a Graf znalosti definice pádu v jednotlivých zařízeních v procentech



Graf 6b Graf znalostí definice pádu u jednotlivých funkcí ošetrovatelského týmu zařízení B v procentech



Závěr: Hypotéza nebyla potvrzena, v zařízení s nejnižší četností pádů (zařízení B) není lepší znalost definice pádu než v zařízení s nejvyšší četností pádů (zařízení C).

6.1.2

Okruh 1. : Zaměřeno na ošetrovatelský personál

Otázka 2: Používáte ve Vašem zařízení nějakou hodnotící škálu pro posouzení rizika pádu?

a) ano, ale nevím jakou b) ne c) ano, vím jakou

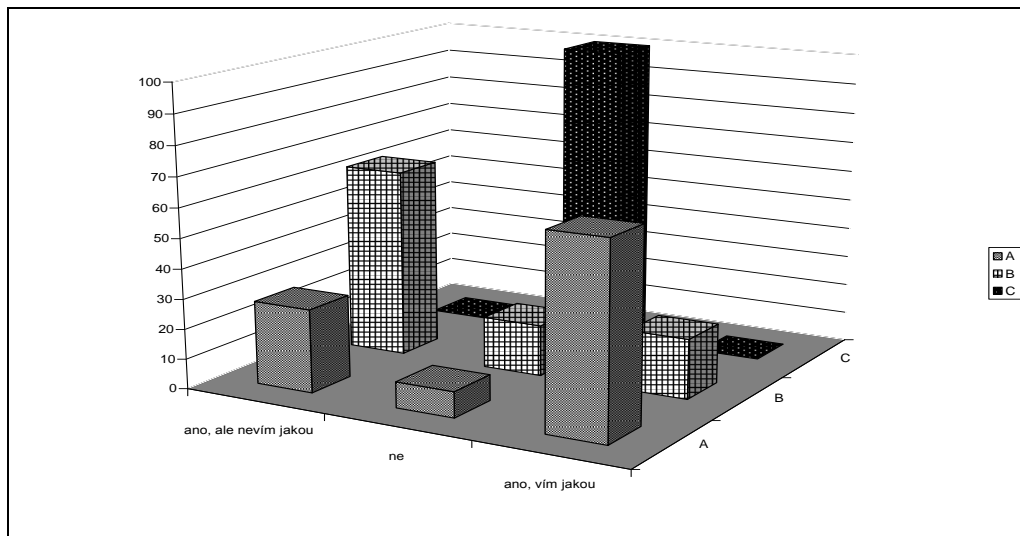
Hypotéza: Předpokládám, že v zařízení s nejnižší četností pádů více členů ošetrovatelského týmu správně pojmenuje užívanou škálu pro hodnocení rizika pádu než v zařízení s nejvyšší četností pádů.

Výsledky : Na otázku číslo 2 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 7 a v procentech graf 7.

Tab.7 Tabulka popisující v absolutních číslech znalost škály hodnotící riziko pádu pacienta v zařízení A,B,C

	A	B	C
ano, ale nevím jakou	10	22	0
ne	3	6	17
ano, vím jakou	23	7	0

Graf 7 Graf popisující v procentech znalost škály hodnotící riziko pádu pacienta v zařízení A,B,C



Závěr : Hypotéza se potvrdila, v zařízení s nejnižší četností pádů více členů ošetrovatelského týmu správně pojmenovalo užívanou škálu pro hodnocení rizika pádu než v zařízení s nejvyšší četností pádů.

6.1.3

Okruh 1. : Zaměřeno na ošetrovatelský personál

Otázka 3: Co je pro Vás osobně nejdůležitější při hodnocení pacienta ve vztahu k pádu?
(zaznamenejte na stupnici míru Vaší orientace)

Tab.8a Tabulka užitá v dotazníku na zodpovězení otázky: je pro Vás osobně nejdůležitější při hodnocení pacienta ve vztahu k pádu? (zaznamenejte na stupnici míru Vaší orientace)

Stupnice 1-10 (1 nejméně, 10 nejvíce)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dokumentace										
Hodnotící škála pro posouzení rizika pádu										
Pozorování										
Informace od rodiny										
Informace od ošetrujícího personálu (varování)										
K hodnocení potřebuji všechny informace										
Ze zkušenosti vím, že na našem oddělení je nejvíce alarmující:										

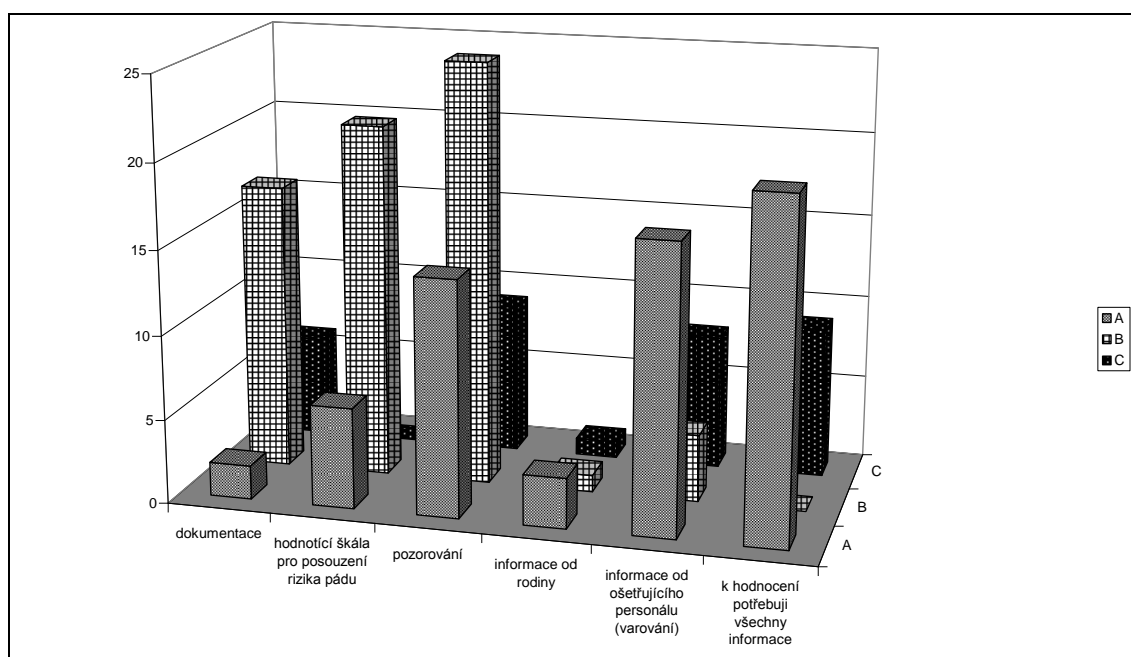
Hypotéza: Předpokládám, že každé zařízení má svůj způsob hodnocení pacienta/klienta užívající kombinace jiných technik než že by se všechna zařízení ve způsobu hodnocení shodovala.

Výsledky : Na otázku číslo 3 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 8b a graf 8 v procentech.

Tab.8b Techniky nejvíce užívané (nejdůležitější) respondenty zařízení A,B,C při hodnocení rizika pádu pacienta/klienta v absolutních číslech

	A	B	C
Dokumentace	2	17	6
Hodnotící škála pro posouzení rizika pádu	6	21	0
Pozorování	14	25	9
Informace od rodiny	3	1	1
Informace od ošetřujícího personálu (varování)	17	4	8
K hodnocení potřebuji všechny informace	20	0	9

Graf 8 Techniky nejvíce užívané (nejdůležitější) respondenty zařízení A,B,C při hodnocení rizika pádu pacienta/klienta v procentech



Závěr: Hypotéza se potvrdila, každé zařízení má svůj způsob hodnocení pacienta/klienta užívající kombinace jiných technik.

Okruh 1. : Zaměřeno na ošetrovatelský personál**Otázka 4:** Jak často hodnotíte riziko pádu u pacienta?

- a) pouze při příjmu na oddělení
- b) při příjmu a propuštění
- c) při příjmu a po pádu pacienta
- d) při příjmu a pravidelně aktualizujeme
- e) máme jinou frekvenci hodnocení – prosím doplňte jakou:

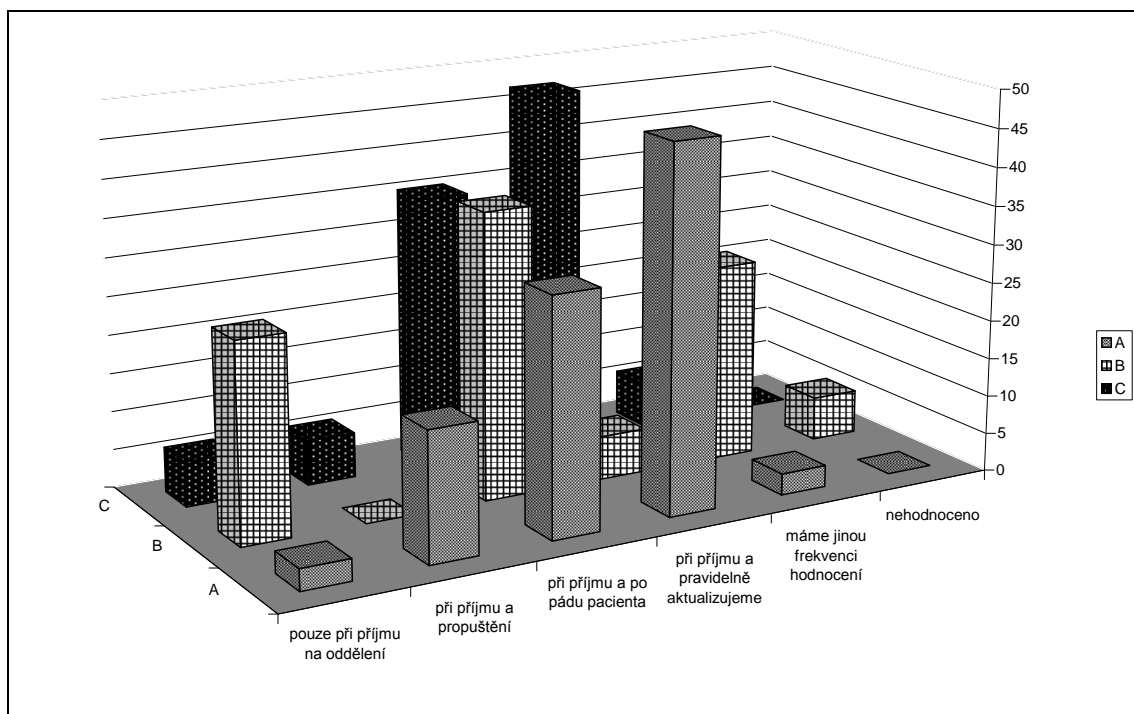
Hypotéza: Předpokládám, že v zařízení B hodnotí riziko pádu vždy při příjmu, po pádu, při eventuálním překladau do jiného zařízení (součást překladačové ošetrovatelské zprávy) a při delší hospitalizaci také pravidelně aktualizují. Tedy, že většina respondentů ze zařízení B označí variantu e (máme jinou frekvenci hodnocení) než v zařízení A a C, kde většina respondentů označí variantu d (při příjmu a pravidelně aktualizujeme).

Výsledky: Na otázku číslo 4 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 9 a v procentech graf 9.

Tab.9 Metodiku četnosti hodnocení a přehodnocování rizika pádu pacienta v zařízení A,B,C z odpovědí jednotlivých respondentů v absolutních číslech

	A	B	C
pouze při příjmu na oddělení	1	9	1
při příjmu a propuštění	6	0	1
při příjmu a po pádu pacienta	11	13	6
při příjmu a pravidelně aktualizujeme	17	2	8
máme jinou frekvenci hodnocení	1	9	1
nehodnoceno	0	2	0

Graf 9 Metodika četnosti hodnocení a přehodnocování rizika pádu pacienta v zařízení A,B,C z odpovědí jednotlivých respondentů v procentech



Závěr: Hypotéza nebyla potvrzena. V zařízení B nejvíce respondentů hodnotí riziko pádu pouze při příjmu a po pádu. V zařízení A a C většina respondentů hodnotí riziko při příjmu a pravidelně aktualizují.

6.1.5

Okruh 1. : Zaměřeno na ošetrovatelský personál

Otázka 5: Víte, co je polypragmázie?

a) ano

b) ne

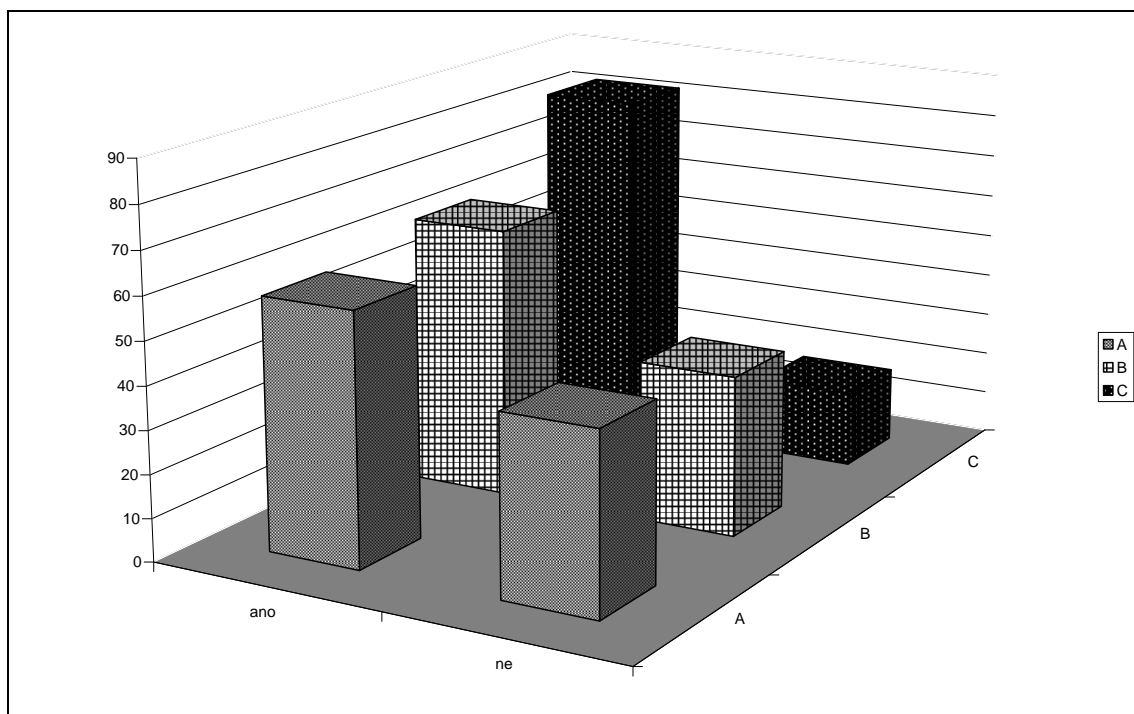
Hypotéza: Předpokládám, že většina ošetrovatelského týmu ví, co znamená pojem polypragmázie, než menšina, která termín nezná.

Výsledky: Na otázku číslo 5. odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 10 a v procentech graf 10.

Tab.10 Tabulka popisující v absolutních číslech znalost pojmu polypragmázie v zařízení A,B,C

	A	B	C
ano	21	22	14
ne	15	13	3

Graf 10 Graf popisující v procentech znalost pojmu polypragmatie v zařízení A,B,C



Závěr: Hypotéza se potvrdila, většina ošetrovateľského tímu ví, čo znamená pojem polypragmatie.

6.1.6

Okruh 1. : Zaměřeno na ošetrovatelský personál

Otázka 6: Pracujete pod stresem?

(je možno zaškrtnout více možností)

- a) ne, obvykle se cítím v práci dobře
- b) často práci nestíhám tak, jak bych sama chtěla
- c) uvítala bych více času, který bych strávila přímo s pacientem
- d) často se cítím velmi unavena z důvodu
- e) trápí mne napjaté pracovní vztahy
- f) ano, z jiného důvodu, je-li možné, prosím napište z jakého

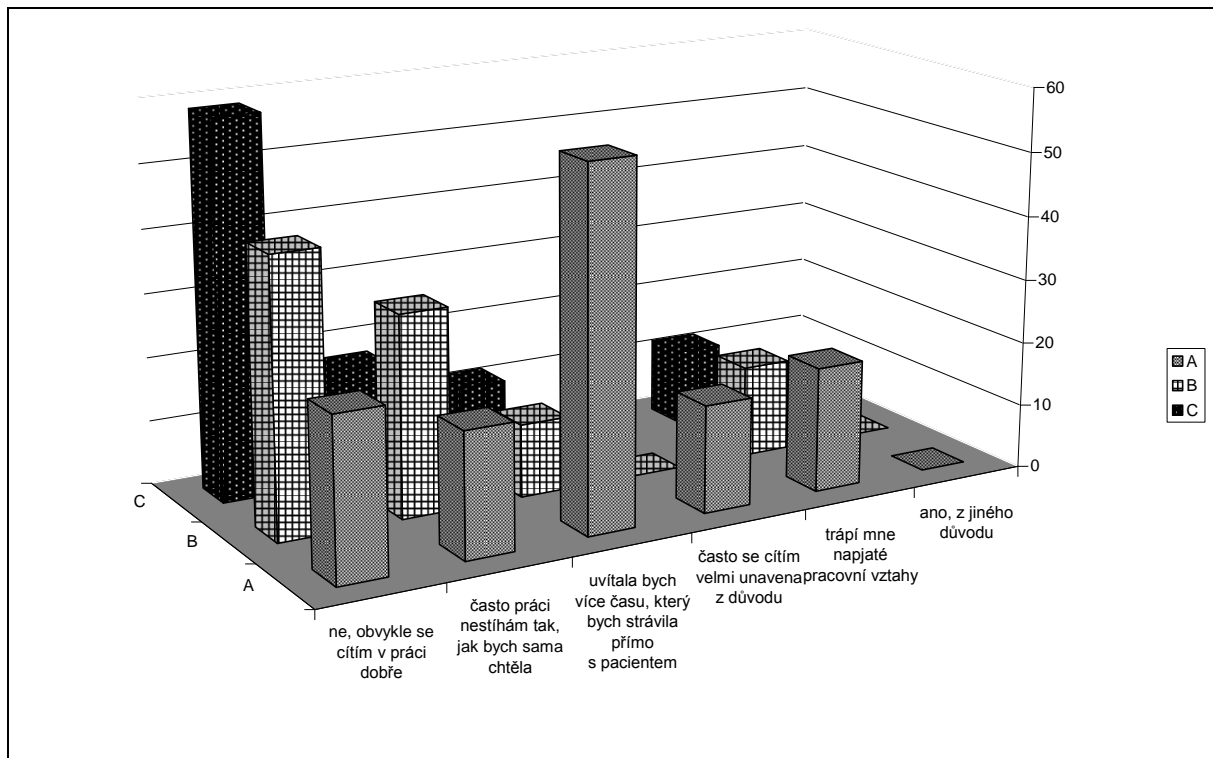
Hypotéza: Předpokládám, že v zařízení B s nejnižší četností pádů se bude většina respondentů v práci cítit dobře.

Výsledky: Na otázku číslo 6. odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, z nichž někteří označili více možností, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 11 a v procentech graf 11.

Tab. 11 Spokojenost respondentů v zaměstnání

	A	B	C
ne, obvykle se cítím v práci dobře	9	15	10
často práci nestíhám tak, jak bych sama chtěla	7	11	3
uvítala bych více času, který bych strávila přímo s pacientem	20	4	2
často se cítím velmi unavena z důvodu	6	0	0
trápí mne napjaté pracovní vztahy	7	5	2
ano, z jiného důvodu	0	0	0

Graf 11 Spokojenost respondentů v zaměstnání



Závěr: Hypotéza se potvrdila, většina respondentů ze zařízení B se cítí v práci dobře.

6.1.7

Okruh 1. : Zaměřeno na ošetrovatelský personál

Otázka 7: Cítíte osobní odpovědnost, pokud Váš pacient upadne při Vaší službě?

a) ano b) ne c) nikdy jsem o tom nepřemýšlela d) nevím

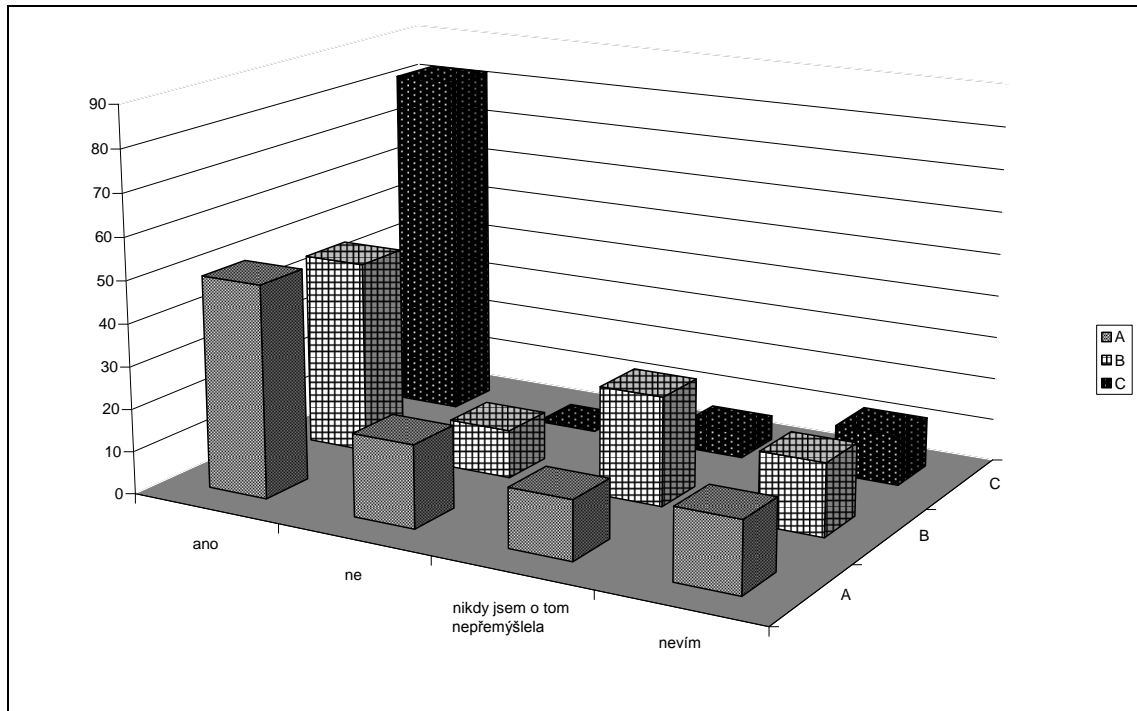
Hypotéza: Většina členů ošetrovatelského týmu pocítuje osobní odpovědnost za pád jim svěřeného pacienta při službě (varianta a) než menšina, jejíž odpověď je varianta b,c nebo d, tedy že buď odpovědnost nepocítují nebo o tom nikdy nepřemýšleli nebo neví.

Výsledky : Na otázku číslo 7 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. V zařízení A 18 respondentů cítí odpovědnost, ale 18 necítí nebo o tom nikdy nepřemýšlelo nebo neví. V zařízení B 16 respondentů cítí odpovědnost, ale 19 necítí nebo o tom nikdy nepřemýšlelo nebo neví. V zařízení C cítí 14 respondentů odpovědnost oproti 3, kteří neví nebo o tom nikdy nepřemýšleli. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 12 a v absolutních číslech graf 12.

Tab.12 Tabulka popisující v absolutních číslech výskyt pocitu osobní odpovědnosti členů týmu za pád pacienta/klienta v zařízení A,B,C

	A	B	C
ano	18	16	14
ne	7	4	0
nikdy jsem o tom nepřemýšlela	5	9	1
nevím	6	6	2

Graf 12 Graf popisující v procentech výskyt pocitu osobní odpovědnosti členů týmu za pád pacienta/klienta v zařízení A,B,C



Závěr: Hypotéza se nepotvrdila. Většina členů ošetřovatelského týmu nepocítuje osobní odpovědnost za pád jim svěřeného pacienta při službě.

6.1.8

Okruh 2. : Strategie pádového managementu

Otázka 8: Je na Vašem pracovišti zaveden nějaký systém značení pacienta s rizikem pádu?

a) ano

b) ne

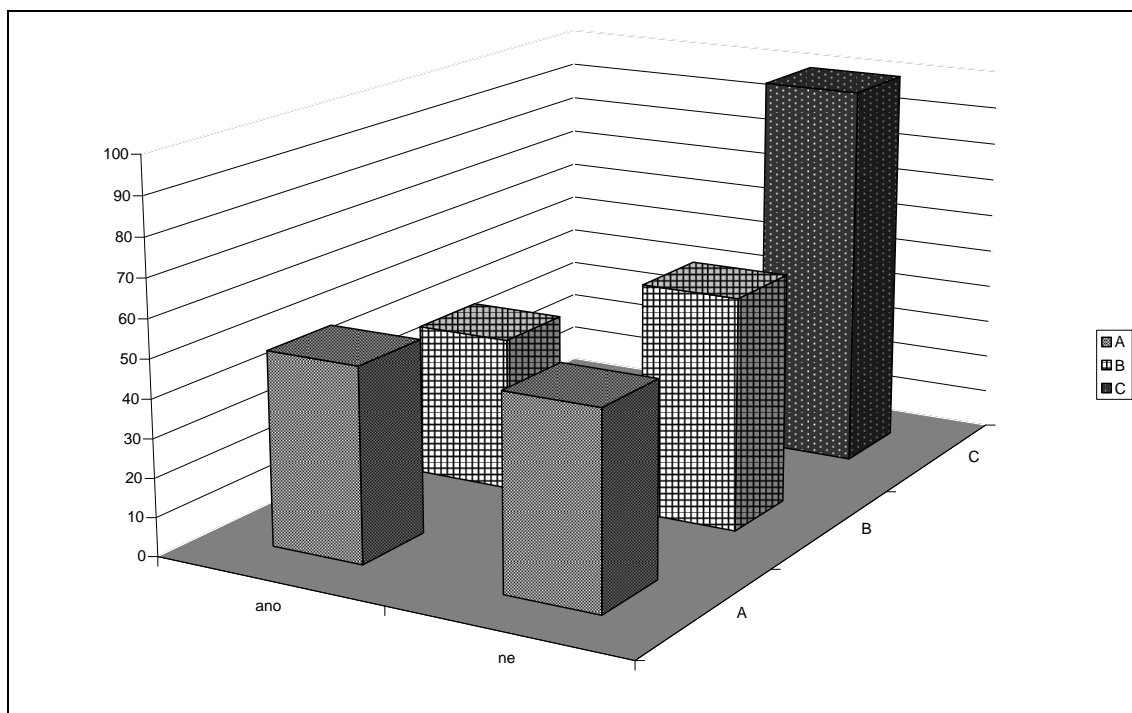
Hypotéza: Předpokládám, že každé zařízení má zaveden systém označení rizikového pacienta a všichni členové týmu jsou s ním seznámeni.

Výsledky : Na otázku číslo 8 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 13 a v procentech graf 13.

Tab.13 Povědomí ošetřujícího personálu v zařízení A,B,C o značení pacienta/klienta s rizikem pádu v absolutních číslech

	A	B	C
ano	18	14	0
ne	18	21	17

Graf 13 Povědomí ošetřujícího personálu v zařízení A,B,C o značení pacienta/klienta s rizikem pádu v procentech



Závěr: Hypotéza se nepotvrdila. Ne ve všech zařízeních je zaveden systém značení pacienta/klienta s rizikem pádu a ošetřující personál není se stavem značení dostatečně seznámen.

6.1.9

Okruh 2. : Strategie pádového managementu

Otázka 9: Máte vypracovaný standard „Riziko pádu“?

a) ano

b) ne

c) nevím

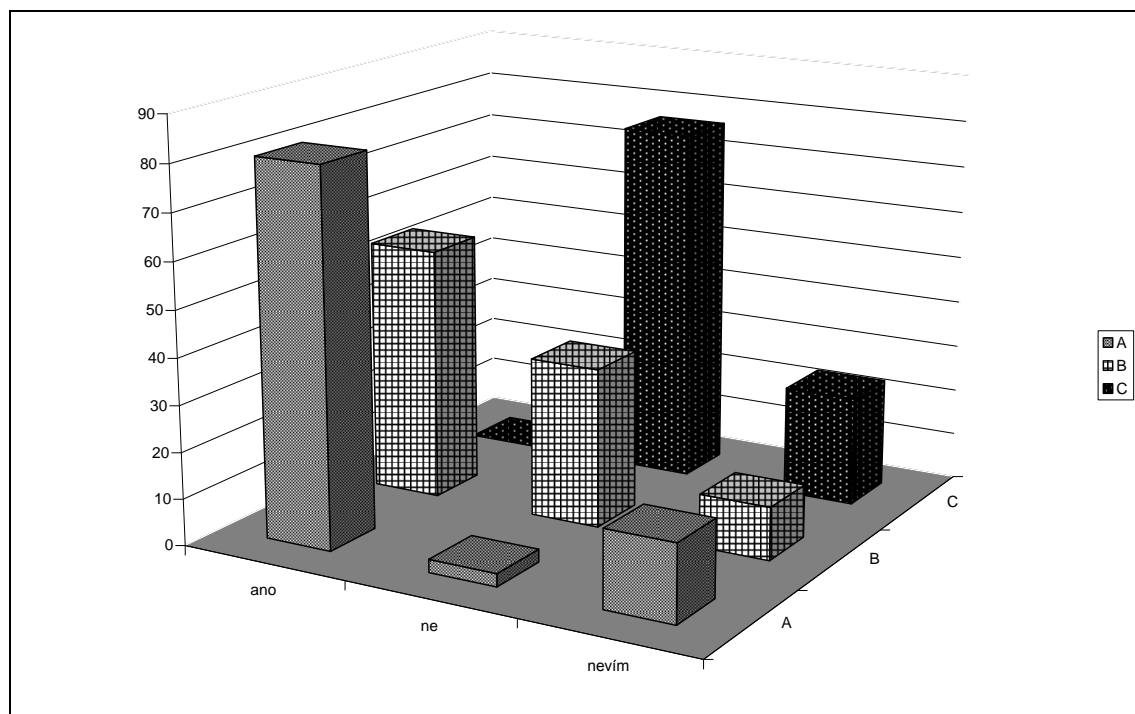
Hypotéza: Předpokládám, že v jednotlivých zdravotnických zařízeních je standard „Riziko pádu“ zaveden a ošetřující personál je s ním seznámen, narozdíl od sociálního zařízení, kde zaveden není.

Výsledky : Na otázku číslo 9 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 14 a v procedntech graf 14.

Tab.14 Povědomí členů ošetřovatelského týmu v zařízení A,B,C o zavedeném standardu „Riziko pádu“ v absolutních číslech

	A	B	C
ano	29	19	0
ne	1	12	13
nevím	6	4	4

Graf 14 Povědomí členů ošetřovatelského týmu v zařízení A,B,C o zavedeném standardu „Riziko pádu“ v procentech



Závěr: Hypotéza se nepotvrdila. V obou zdravotnických zařízeních A a B je standard sice zaveden, ale ošetřující personál je o jeho existenci nedostatečně informován. Potvrdilo se, že v zařízení sociální péče standard není zaveden.

6.1.10

Okruh 2. : Strategie pádového managementu

Otázka 10: Dokumentujete pády?

a) ano

b) ne

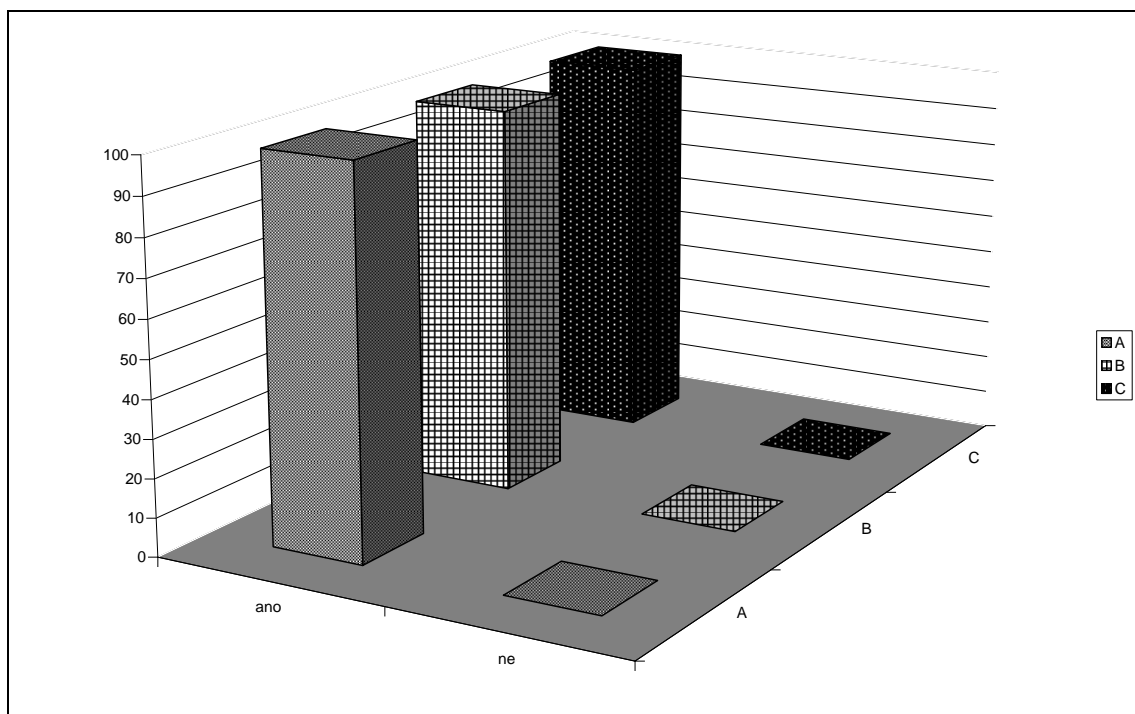
Hypotéza: Předpokládám, že většina z oslovených zařízení dokumentuje pády než menšina zařízení, která pády nedokumentuje.

Výsledky : Na otázku číslo 10 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 15 a v procentech graf 15.

Tab.15 Provádění dokumentování pádů ošetrovatelským personálem v zařízení A,B,C v absolutních číslech

	A	B	C
ano	36	35	17
ne	0	0	0

Graf 15 Provádění dokumentování pádů ošetrovatelským personálem v zařízení A,B,C v procentech



Závěr: Hypotéza se potvrdila. Většina zařízení dokumentuje pády.

6.1.11

Okruh 2. : Strategie pádového managementu

Otázka 11: Provádíte edukaci pacienta, event. rodiny zaměřenou na riziko a prevenci pádu?

a) ano

b) ne

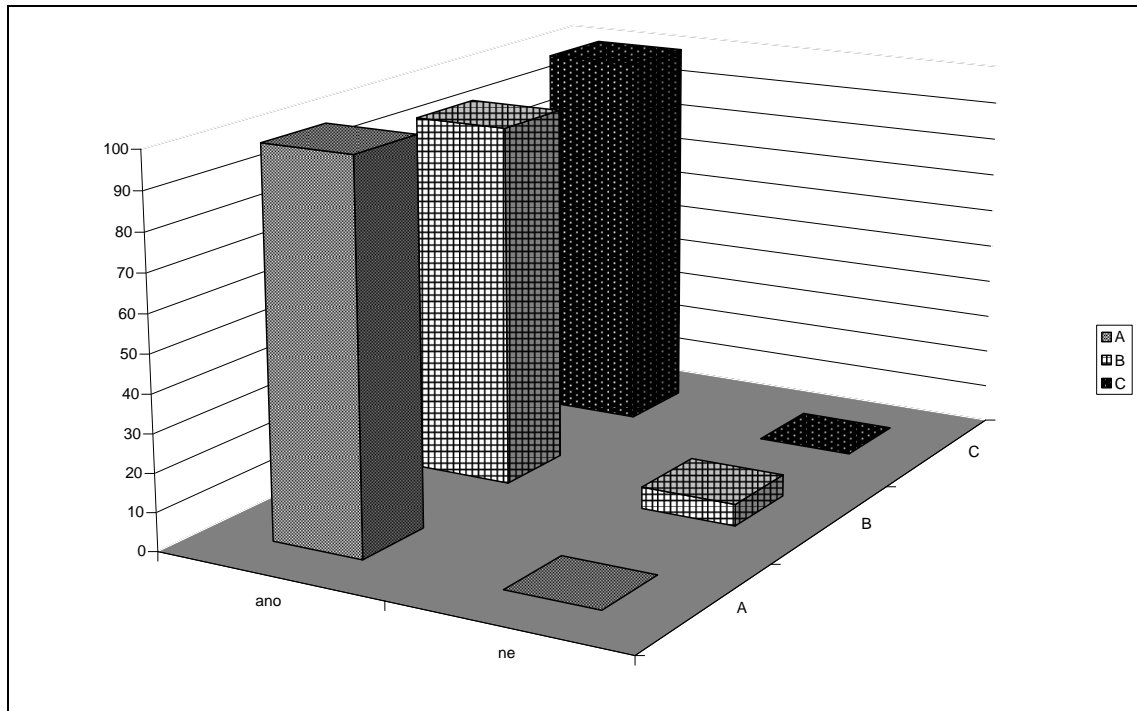
Hypotéza: Předpokládám, že většina zařízení provádí edukaci pacienta zaměřenou na prevenci pádu než menšina, která edukaci neprovádí.

Výsledky : Na otázku číslo 11 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 16 a v procentech graf 16.

Tab.16 Míra provádění edukace ošetrovatelským personálem zaměřené na prevenci pádu personálem v zařízení A,B,C v absolutních číslech

	A	B	C
ano	36	33	17
ne	0	2	0

Graf 16 Míra provádění edukace ošetřovatelským personálem zaměřené na prevenci pádu personálem v zařízení A,B,C v procentech



Závěr : Hypotéza se potvrdila, většina zařízení provádí edukaci pacienta zaměřenou na prevenci pádu.

Okruh 2. : Strategie pádového managementu

Otázka 12: Kdo se podílí ve Vašem zařízení na hodnocení bezpečí prostředí?

- a) nikdo
- b) nevím
- c) je to odpovědnost konkrétního pracovníka, jakého
- d) všichni
- e) jiná možnost

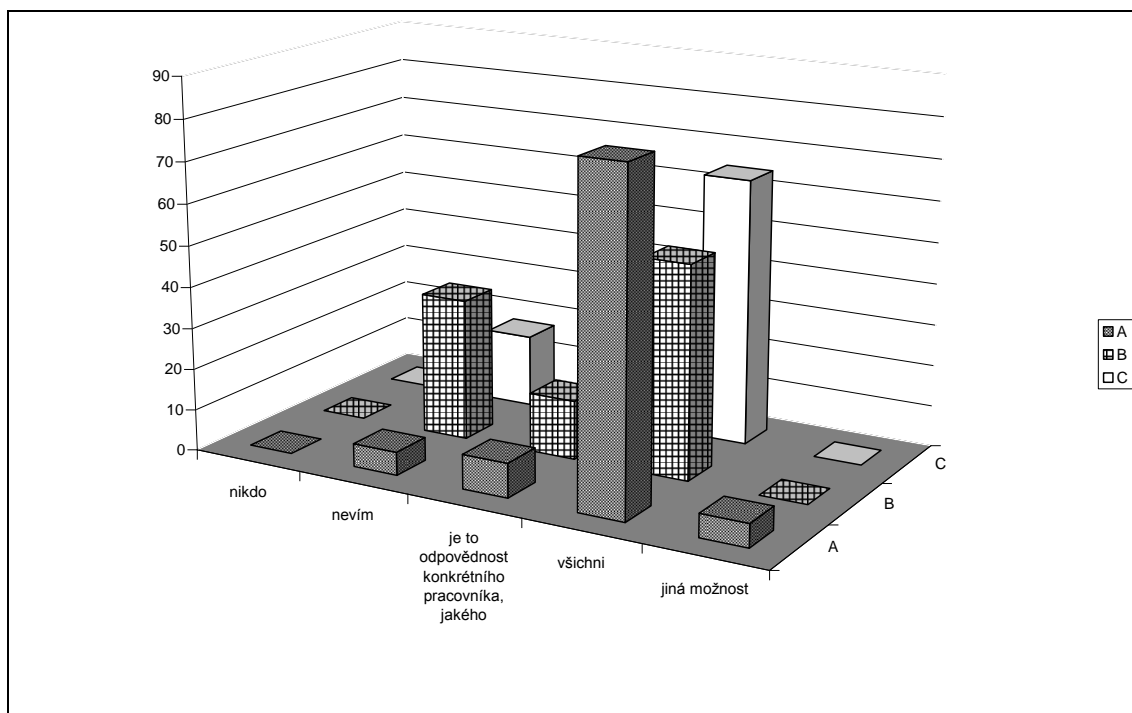
Hypotéza: Předpokládám, že většina členů týmu zná osobu odpovědnou za hodnocení bezpečí prostředí než menšina, která se domnívá, že za hodnocení bezpečí prostředí jsou odpovědni všichni.

Výsledky : Na otázku číslo 12 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 17 a v procentech graf 17.

Tab.17 Informovanost ošetřovatelského týmu o osobě odpovědné za hodnocení bezpečí a rizik prostředí charakterizovaná odpovědi na otázku kdo se podílí v jednotlivém zařízení na hodnocení bezpečí prostředí v absolutních číslech

	A	B	C
nikdo	0	0	0
nevím	2	12	3
je to odpovědnost konkrétního pracovníka	3	5	3
všichni	29	18	11
jiná možnost	2	0	0

Graf 17 Informovanost ošetřovatelského týmu o osobě odpovědné za hodnocení bezpečí a rizik prostředí charakterizovaná odpovědi na otázku, kdo se podílí v jednotlivém zařízení na hodnocení bezpečí prostředí v procentech



Závěr : Hypotéza se nepotvrdila, většina týmu se domnívá, že za hodnocení bezpečí a rizik prostředí odpovídají všichni nebo neví, kdo je odpovědnou osobou.

6.1.13

Okruh 2. : Strategie pádového managementu

Otázka 13: Víte, kdo je odpovědný za pád pacienta na právě vytřené podlaze?

a) ano

b) ne

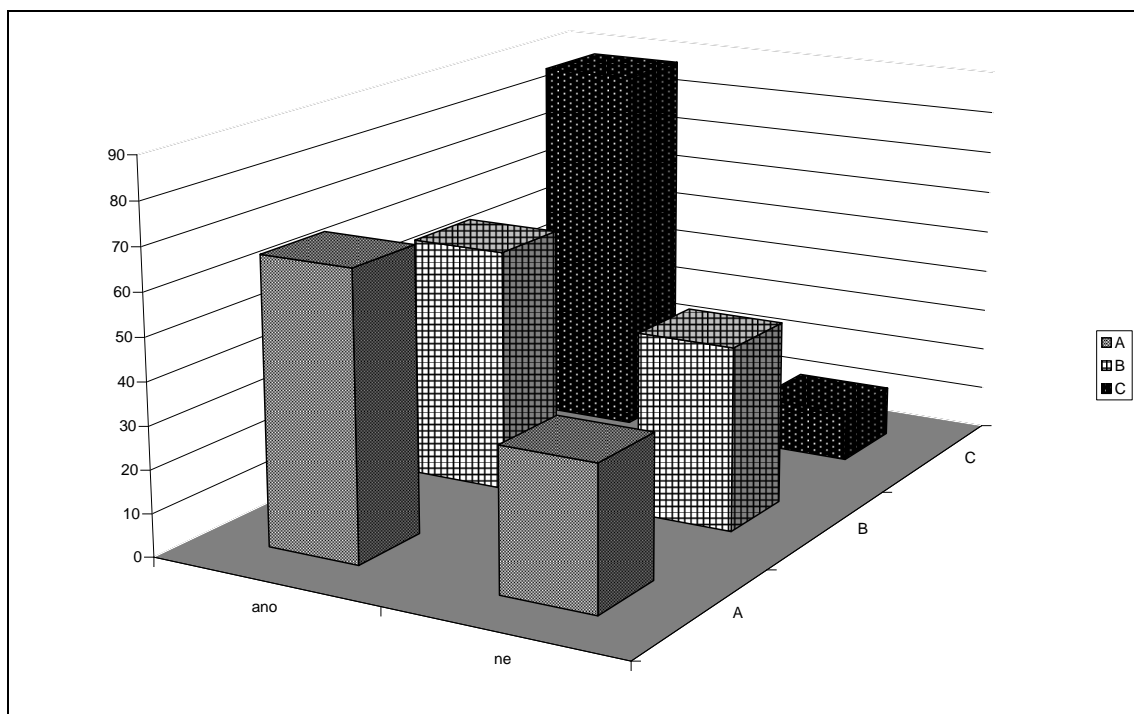
Hypotéza : Předpokládám, že většina členů ošetrovatelského týmu nemá správnou znalost o tom, kdo je odpovědný za pád pacienta na právě vytřené podlaze.

Výsledky : Na otázku číslo 13 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 18 a v procentech graf 18.

Tab.18: Znalost odpovědnosti za pád pacienta na právě vytřené podlaze v jednotlivém zařízení v absolutních číslech

	A	B	C
ano	24	20	15
ne	12	15	2

Graf 18 Znalost odpovědnosti za pád pacienta na právě vytřené podlaze v jednotlivém zařízení v procentech



Závěr: Hypotéza se potvrdila, většina členů ošetrovatelského týmu nemá správnou znalost o tom, kdo je odpovědný za pád pacienta na právě vytřené podlaze.

Okruh 2. : Strategie pádového managementu

Otázka 14: Víte, kdo zodpovídá za stav osobních kompenzačních pomůcek pacienta (např. berlí, chodítka...)?

a) ano

b) ne

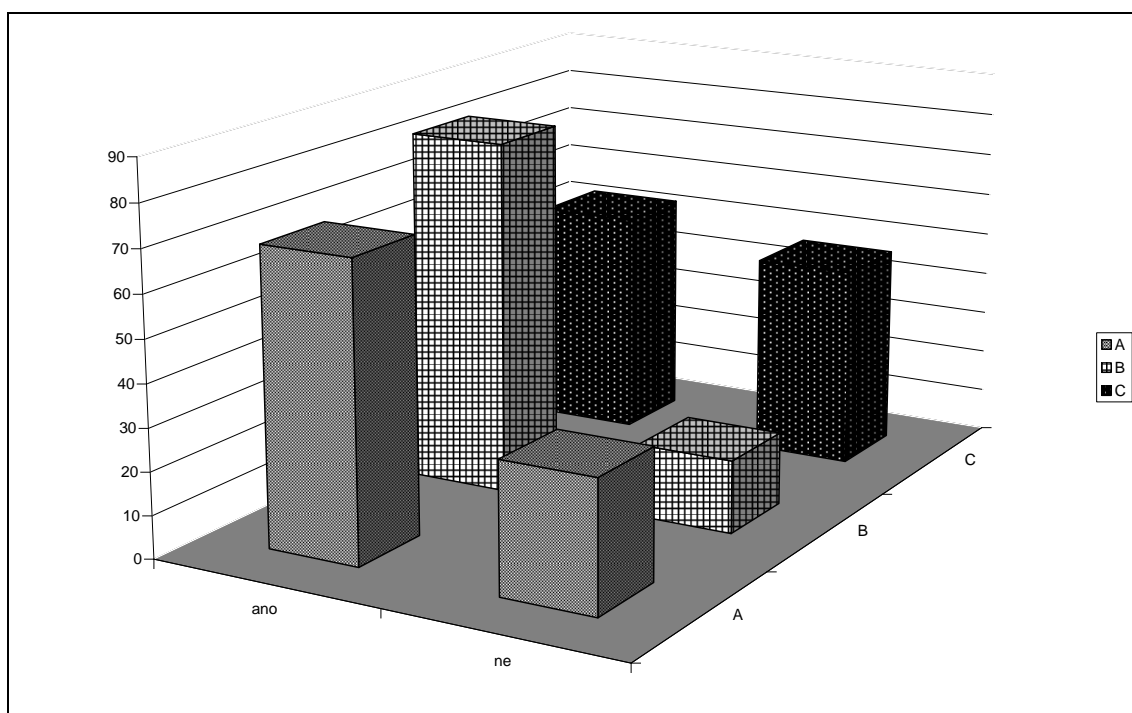
Hypotéza: Předpokládám, že většina členů ošetrovatelského týmu nemá správnou znalost o tom, kdo je odpovědný za stav kompenzačních pomůcek.

Výsledky : Na otázku číslo 14 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 19a a 19b a v procentech graf 19.

Tab.19a Informovanost členů ošetrovatelského týmu o osobě odpovědné za stav kompenzačních pomůcek v jednotlivém zařízení v absolutních číslech

	A	B	C
ano	25	29	9
ne	11	6	8

Graf 19 Informovanost členů ošetrovatelského týmu o osobě odpovědné za stav kompenzačních pomůcek v jednotlivém zařízení v procentech



Tab.19b Osoby označené jako odpovědné za stav kompenzačních pomůcek v absolutních číslech

	A	B	C
ošetřující personál	8	0	0
sestra	0	0	0
zdravotní zařízení, event. sociální	2	0	0
vrchní sestra	0	0	8
RHB pracovník	14	22	0
pacient, klient	4	7	0
pracovník úklidu	0	0	0
rodina	1	0	0
sociální pracovník	0	0	1
lékař	1	0	0

Závěr: Hypotéza se potvrdila, většina členů ošetrovatelského týmu nemá správnou znalost o tom, kdo je odpovědný za stav kompenzačních pomůcek.

6.1.15

Okruh 2. : Strategie pádového managementu

Otázka 15: Mají Vaši pacienti možnost zakoupit si ve Vašem zařízení vhodné nápoje?

a) ano

b) ne

c) nejsem si jista

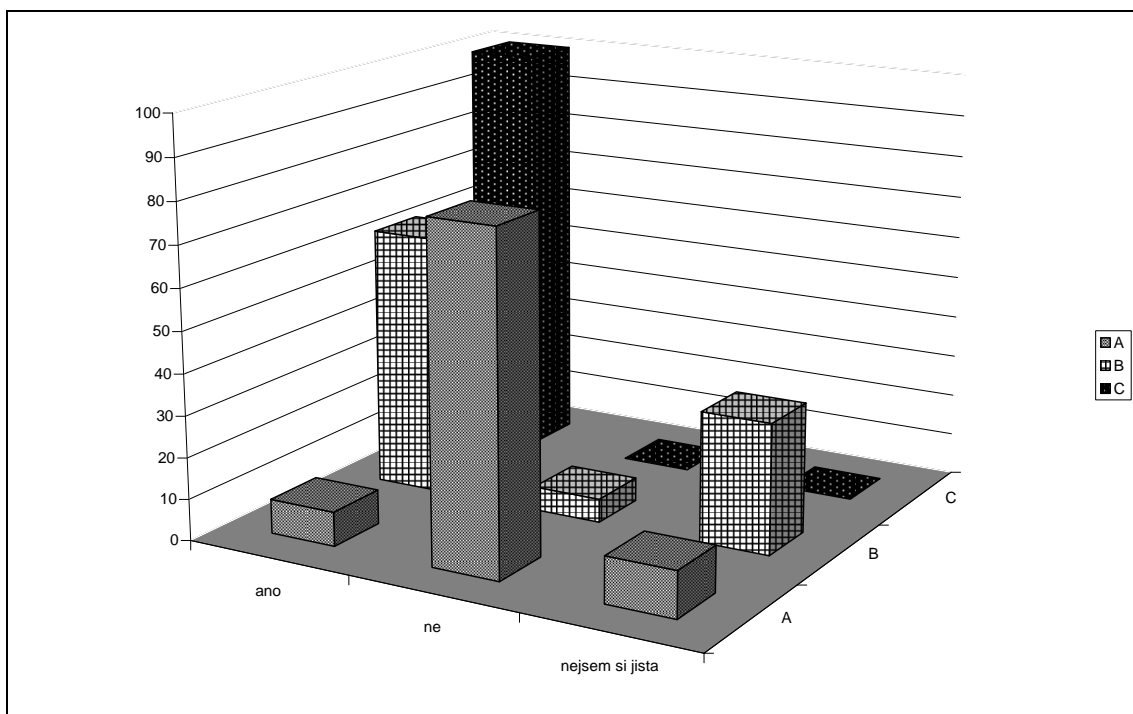
Hypotéza : Předpokládám, že všichni členové ošetrovatelského týmu ví, zda je možné zakoupit pro pacienty/klienty v zařízení vhodné nápoje.

Výsledky : Na otázku číslo 15 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 20 a v procentech graf 20.

Tab.20 Informovanost členů ošetrovatelského týmu o tom, zda si mohou pacienti/klienti zakoupit vhodné nápoje v jednotlivém zařízení v absolutních číslech

	A	B	C
ano	3	22	17
ne	29	2	0
nejsem si jista	4	11	0

Graf 20 Informovanost členů ošetřovatelského týmu o tom, zda si mohou pacienti/klienti zakoupit vhodné nápoje v zařízení v jednotlivém zařízení v procentech



Závěr : Hypotéza se nepotvrdila, všichni členové ošetřovatelského týmu neví, zda je možné zakoupit pro pacienty/klienty v zařízení vhodné nápoje.

6.1.16

Okruh 3. : Přístup k pacientovi/klientovi

Otázka 16: Znáte své pacienty jménem?

- a) ne b) většinou ne c) většinou ano d) snažím se vždy

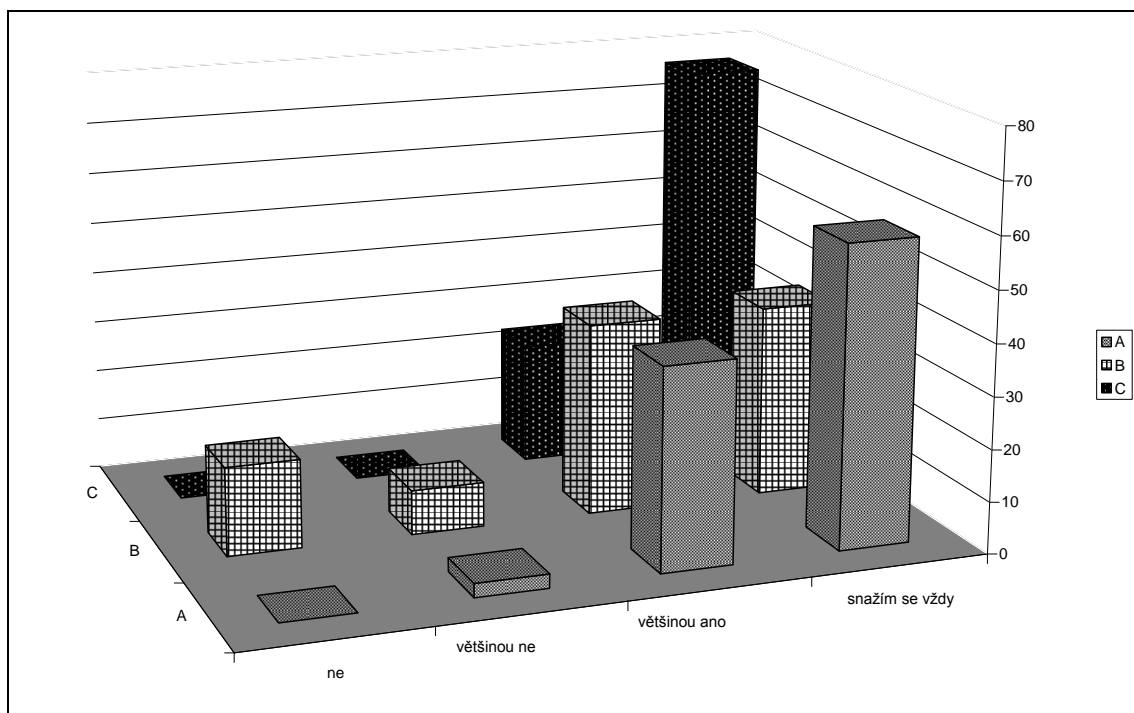
Hypotéza : Předpokládám, že většina členů ošetrovatelského týmu zná nebo se alespoň snaží znát své pacienty/klienty jménem (varianta c,d) než menšina, která nezná nebo většinou nezná jméno svého pacienta/klienta (varianta a,b).

Výsledky : Na otázku číslo 16 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 21 a v procentech 21.

Tab.21: Znalost jména pacienta/klienta personálem zařízení A,B,C v absolutních číslech

	A	B	C
ne	0	6	0
většinou ne	1	3	0
většinou ano	14	13	4
snažím se vždy	21	13	13

Graf 21 Znalost jména pacienta/klienta personálem zařízení A,B,C v procentech



Závěr : Hypotéza se potvrdila, většina členů ošetrovatelského týmu zná nebo se alespoň snaží znát své pacienty/klienty jménem.

6.1.17

Okruh 3. : Přístup k pacientovi/klientovi

Otázka 17: Dokážete odhadnout kolikrát za službu vidíte pacienta a jak dlouho celkem?

a) ano

b) ne

Pokud ano, kolikrát a jak dlouho?

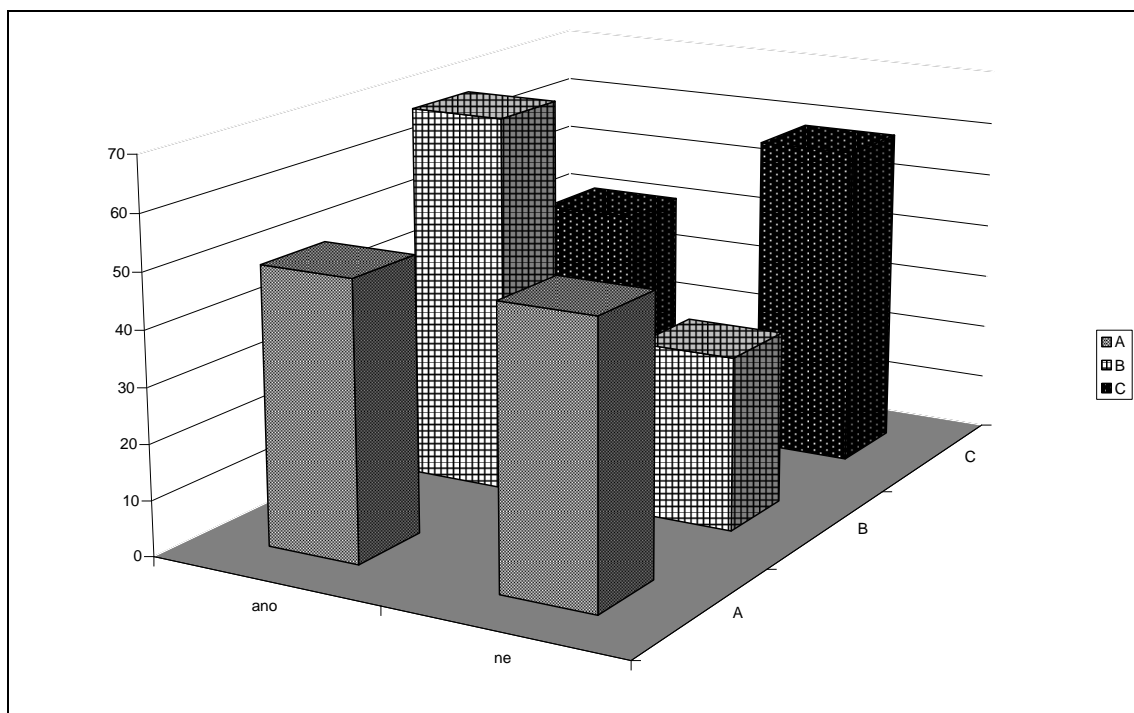
Hypotéza : Předpokládám, že většina členů ošetrovatelského týmu není schopna odhadnout, jak často a jak dlouho vidí svého pacienta/klienta za službu.

Výsledky : Na otázku číslo 17 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 22a a tabulka 22b a graf 22a v procentech a graf 22b a 22c v absolutních číslech. V zařízení A ano/ne 18/18 hypotéza nepotvrzena. V zařízení B ano/ne 24/11 hypotéza nepotvrzena. V zařízení C ano/ne 7/10 hypotéza potvrzena.

Tab.22a Schopnost odhadnout, jak často a jak dlouho vidí členové ošetrovatelského týmu svého pacienta za službu v zařízení A,B,C v absolutních číslech

	A	B	C
ano	18	24	7
ne	18	11	10

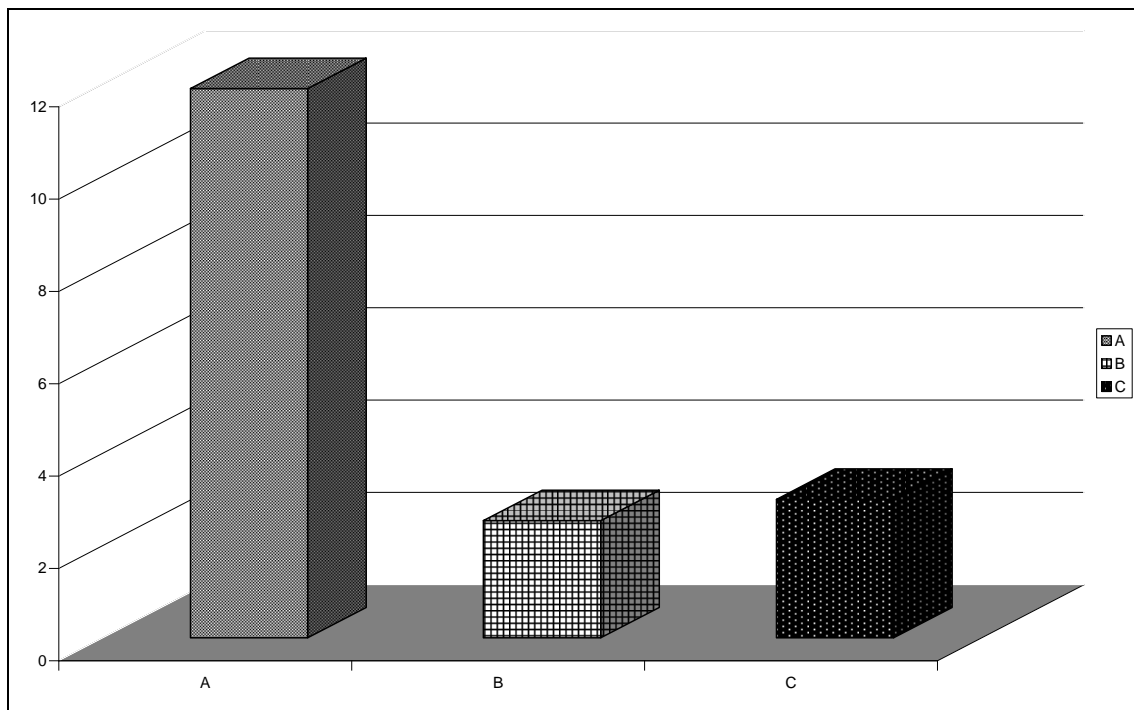
Graf 22a Schopnost odhadnout, jak často a jak dlouho vidí členové ošetrovatelského týmu svého pacienta za službu v zařízení A,B,C v procentech



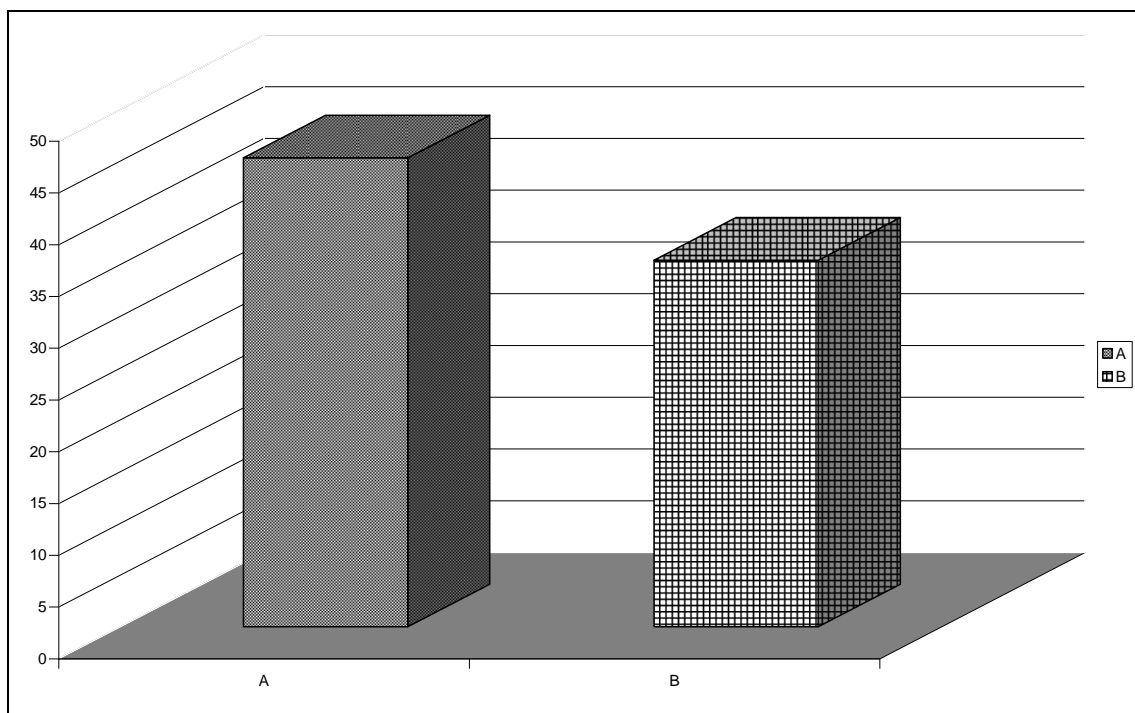
Tab.22b Tabulka udávající kolikrát v průměru a jak dlouho v průměru vidí členové ošetrovatelského týmu za službu svého pacienta v jednotlivých zařízeních v absolutních číslech

	A	B	C
kolikrát	11,9	2,54	3
jak dlouho	45,3	35,42	

Graf 22b Graf popisující jak často v průměru vidí členové ošetřovatelského týmu za službu svého pacienta v jednotlivých zařízeních v absolutních číslech



Graf 22c Graf popisující jak dlouho v průměru vidí členové ošetřovatelského týmu za službu svého pacienta v zařízení A a B v absolutních číslech



Závěr: Hypotéza se nepotvrdila. Většina členů ošetrovatelského týmu je schopna odhadnout, jak často a jak dlouho vidí svého pacienta/klienta za službu.

6.1.18

Okruh 3. : Přístup k pacientovi/klientovi

Otázka 18: Dokážete odhadnout, kolik času strávíte s pacientem v den příjmu?

a) ano

b) ne

Pokud ano, kolik v osobním kontaktu a kolik administrativní činností?

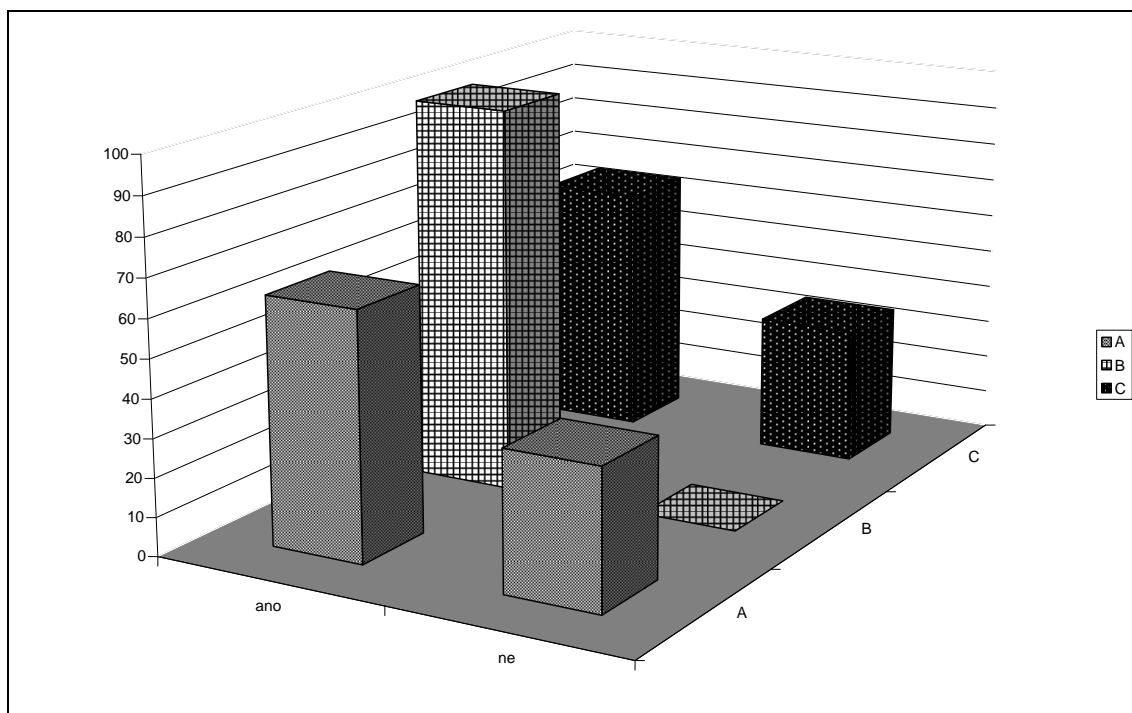
Hypotéza: Předpokládám, že administrativní činnost v den příjmu trvá kratší dobu než jakou členové ošetrovatelského týmu stráví s pacientem/klientem v osobním kontaktu.

Výsledky: Na otázku číslo 18 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 23a a 23b a graf 23a a v procentech a graf 23b v absolutních číslech.

Tab.23a Schopnost členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C odhadnout dobu trávenou s pacientem/klientem v den příjmu v absolutních číslech

	A	B	C
ano	23	35	11
ne	13	0	6

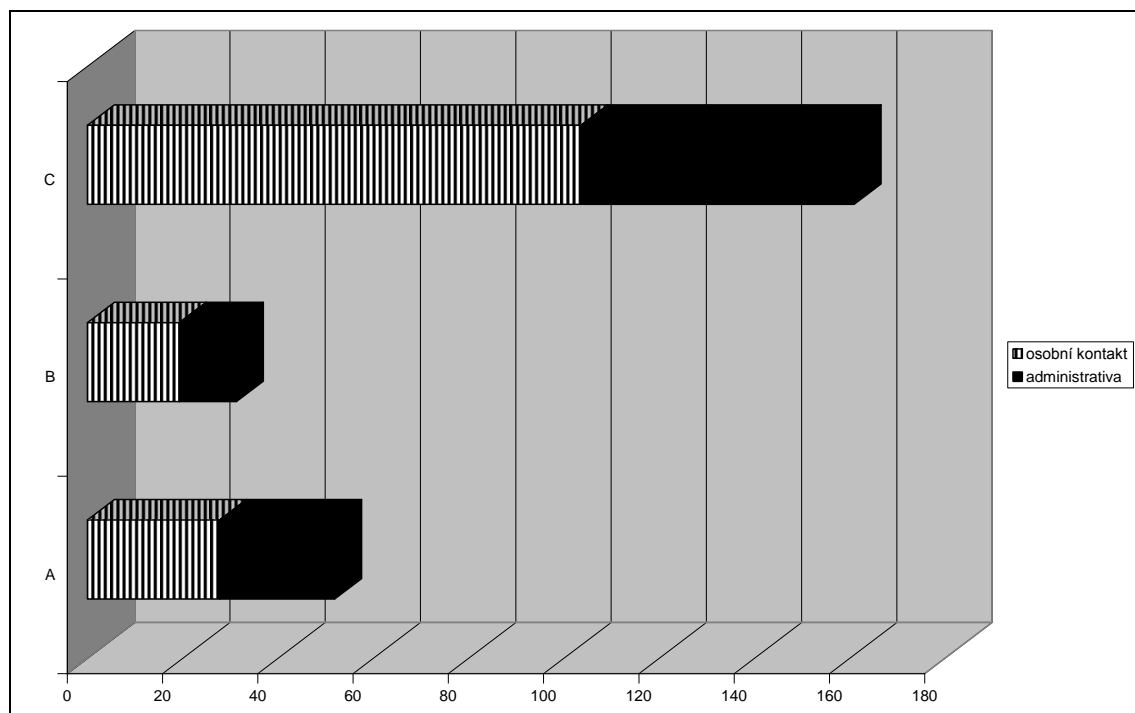
Graf 23a Schopnost členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C odhadnout dobu trávenou s pacientem/klientem v den příjmu v procentech



Tab 23b Tabulka udává průměrnou dobu trávenou s pacientem/klientem v zařízení A,B,C v den příjmu, dobu trávenou v osobním kontaktu a dobu pro administrativní činnost v zařízení A,B,C v den příjmu v absolutních číslech

	A	B	C
celkem	52,6	30,14	160
osobní kontakt	27,8	19,29	103,63
administrativa	24,1	12	57,3

Graf 23b Znárodnění průměrné doby trávené v jednotlivých zařizeních s pacientem/klientem v den příjmu a podíl času v osobním kontaktu(část s pruhy) a pro administrativní činnost(záčerněná část) v zařizení A,B,C v zařizení A,B,C v den příjmu v absolutních číslech



Závěr: Hypotéza se potvrdila, administrativní činnost v den příjmu trvá kratší dobu (průměr všech zařizení je 31,13 minut) než jakou členové ošetřovatelského týmu stráví s pacientem/klientem v osobním kontaktu (průměr všech zařizení je 50,24 minut).

Okruh 1. : Zaměřeno na ošetrovatelský personál

Otázka 19: Upozorňujete nadřízeného, pokud se domníváte, že hrozí nějaké nebezpečí (špatný úklid, nefungující přístroj, lampička, špatně umístěný pacient, špatný stav kompenzačních pomůcek...)?

a) ano

b) ne

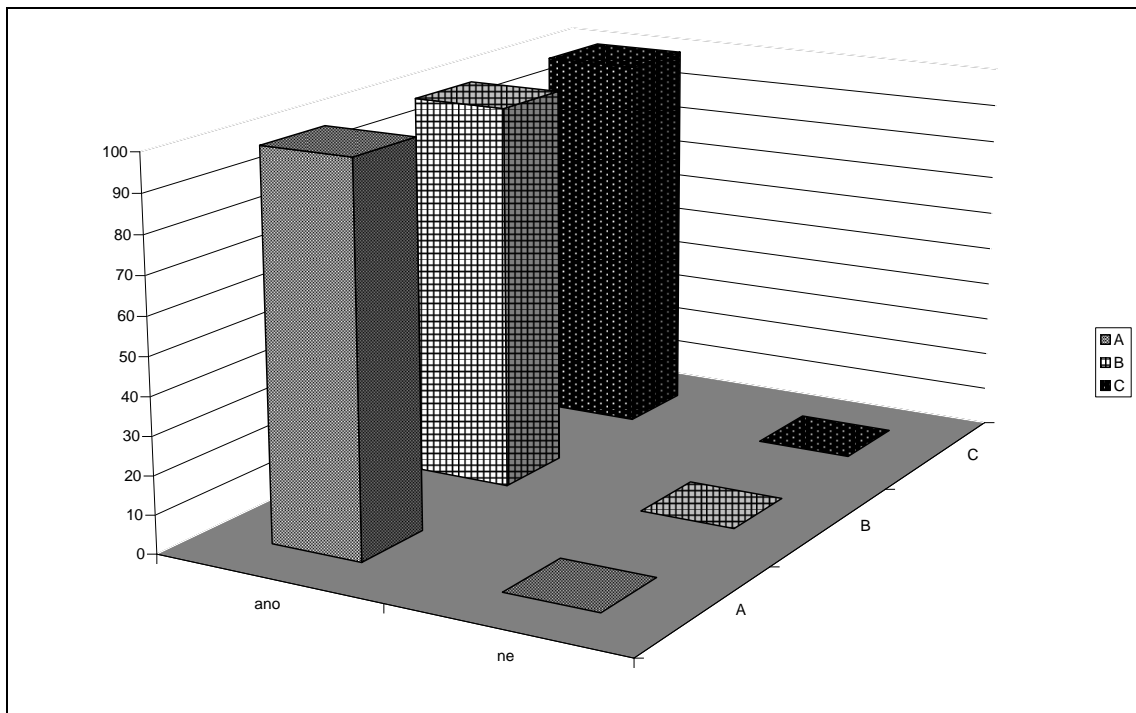
Hypotéza : Předpokládám, že většina ošetrovatelského týmu upozorňuje nadřízeného, pokud se domnívá, že hrozí nějaké nebezpečí.

Výsledky : Na otázku číslo 19 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 24 a v procentech graf 24.

Tab.24 Počet členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C, kteří upozorňují nadřízeného, pokud se domnívají, že hrozí nějaké nebezpečí v absolutních číslech

	A	B	C
ano	36	35	17
ne	0	0	0

Graf 24 Počet členů ošetřovatelského týmu zařízení A,B,C, kteří upozorňují nadřízeného, pokud se domnívají, že hrozí nějaké nebezpečí v procentech



Závěr: Hypotéza se potvrdila, většina, dokonce všichni členové ošetřovatelského týmu upozorňují nadřízeného, pokud se domnívají, že hrozí nějaké nebezpečí.

Okruh 2. : Strategie pádového managementu**Otázka 20:** Jsou ve Vašem zařízení také nadstandardní pokoje?

a) ano

b) ne

Pokud ano, co je zpravidla rozhodující pro umístění pacienta na pokoj jeho přání nebo jeho zdravotní stav?

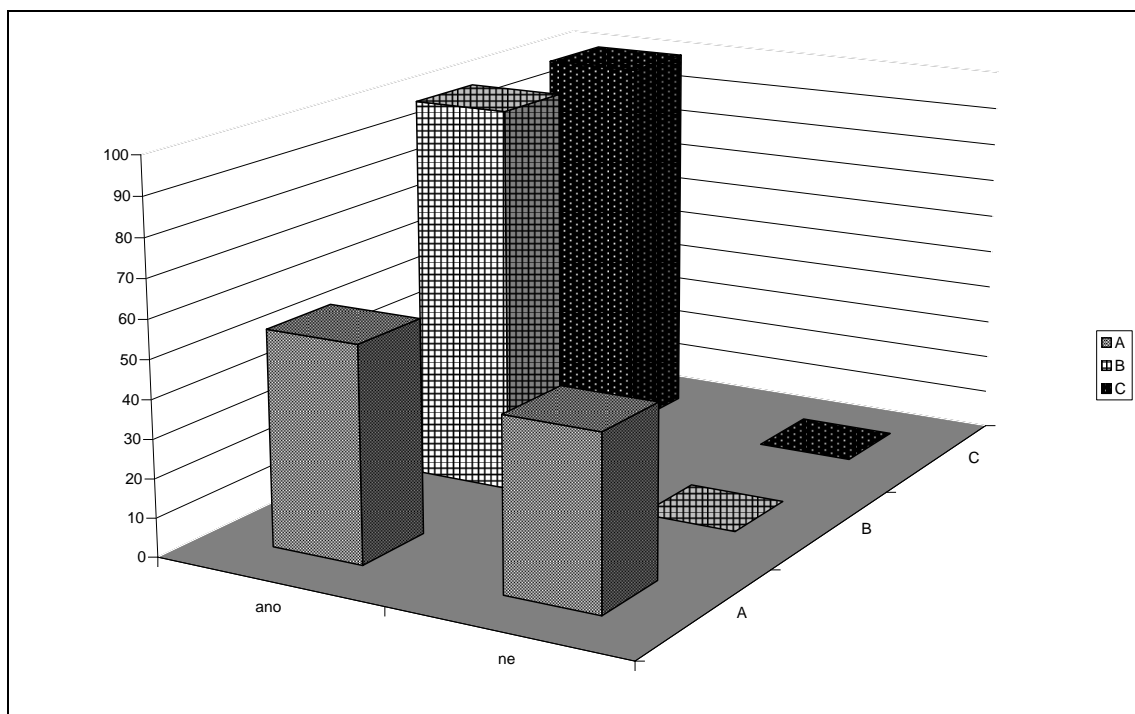
Hypotéza : Předpokládám, že pokud jsou v zařízení nadstandardní pokoje, pak zdravotní stav není rozhodující pro umístění pacienta.

Výsledky : Na otázku číslo 20 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 25a a 25b a graf 25 v procentech.

Tab.25a Informovanost členů ošetrovatelského týmu zařízení A,B,C o nadstandardních pokojích v zařízení v absolutních číslech

	A	B	C
ano	20	35	17
ne	16	0	0

Graf 25 Informovanost členů ošetřovatelského týmu zařízení A,B,C o nadstandardních pokojích v zařízení v procentech



Tab.25b Faktory rozhodující dle respondentů o umístění pacienta/klienta na nadstandardní pokoj v jednotlivých zařízeních v absolutních číslech

	A	B	C
zdravotní stav	3	4	x
přání	3	13	x
vedení zařízení	2	0	x
primář zařízení	3	1	x
neví	4	5	x
lékař	3	0	x
známosti	1	0	x
volné lůžko	0	12	x
vrchní sestra	0	9	x

Závěr: Hypotéza se potvrdila, pokud jsou v zařízení nadstandardní pokoje, pak zdravotní stav není rozhodující pro umístění pacienta.

Okruh 3. : Přístup k pacientovi/klientovi

Otázka 21: Dokázali byste smajlíkem vyjádřit cítění pacientů ve Vašem zařízení podle Vašeho názoru?

- a) ano b) ne c) myslím, že to není možné

Pokud ano, pokuste se o to.

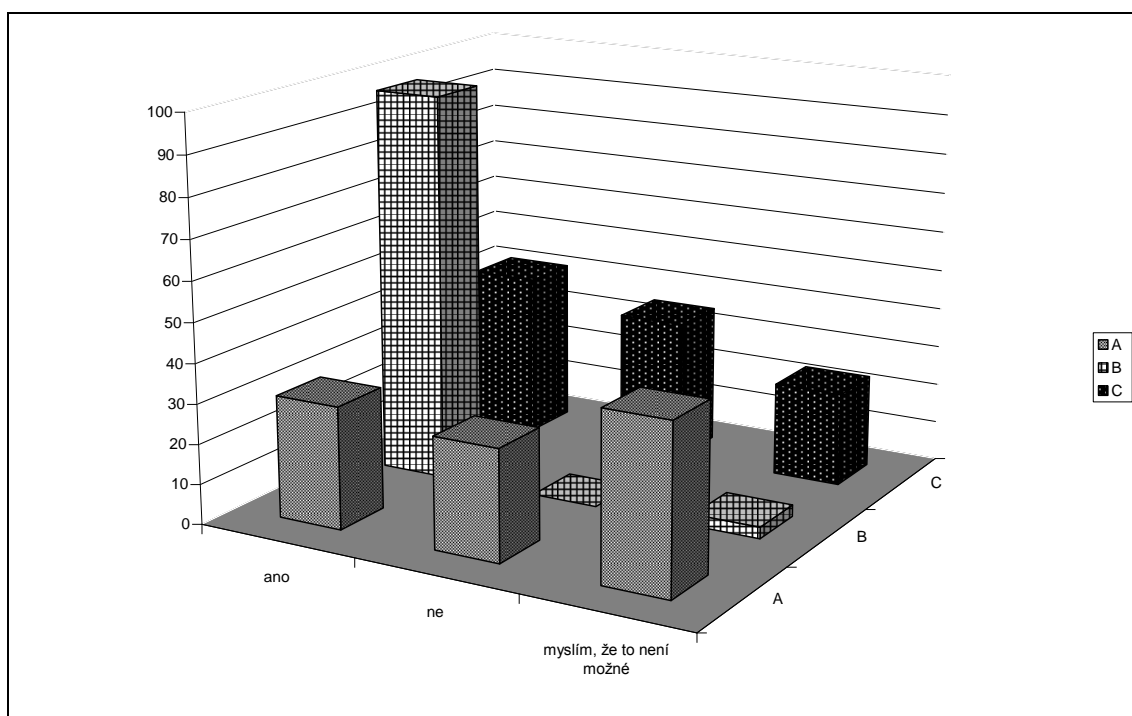
Hypotéza : Předpokládám, že většina členů ošetrovatelského personálu dokáže pomocí symbolu vyjádřit cítění svých pacientů/klientů (dokáže se vžít do jejich situace, monitoruje ji), než menšina, která je vyjádřit nedokáže.

Výsledky : Na otázku číslo 21 odpovědělo dohromady 88 respondentů. V zařízení A celkem 36 respondentů, v zařízení B celkem 35 respondentů a v zařízení C celkem 17 respondentů. Rozložení a strukturu odpovědí v absolutních číslech ukazuje tabulka 26a, 26 b a v procentech graf 26.

Tab.26a Schopnost jednotlivých členů ošetrovatelského týmu jednotlivých zařízení znázornit smajlíkem cítění svých pacientů/klientů v absolutních číslech

	A	B	C
ano	11	34	7
ne	10	0	6
myslím, že to není možné	15	1	4

Graf 26 Schopnost jednotlivých členů ošetrovatelského týmu jednotlivých zařízení znázornit smajlíkem cítění svých pacientů/klientů v procentech



Tab.26b Cítění pacientů/klientů v jednotlivých zařízeních dle členů ošetrovatelského týmu vyjádřené smajlíky v absolutních číslech

	A	B	C
pozitivní	11	29	1
negativní	0	0	6
smíšené pocity	0	5	0

Závěr: Hypotéza se nepotvrdila, většina členů ošetrovatelského personálu nedokáže pomocí symbolu vyjádřit cítění svých pacientů/klientů.

6.2 Předpokládám, že zařízení s nejnižším počtem pádů má multidisciplinární složení ošetřovatelského týmu.

6.2.1

Hypotéza: Předpokládám, že zkrácená délka úvazku sester (menší než 0,5, průměr tři služby za měsíc) negativně ovlivňuje přístup k prevenci pádů.

Výsledky: Odpovědi dotazníku byly v zařízení B, které má statisticky nejvýraznější rozdíly v personálním obsazení, porovnány Mann-Whitneyovým testem. Porovnána byla skupina sester s plným úvazkem se skupinou sester se zkráceným úvazkem. Výsledky v tabulce 27a, kde statisticky významné rozdíly v odpovědích s $p < 0,05000$.

Tab.27a Porovnání výsledků odpovědí dotazníku v zařízení B u skupiny sester s plným úvazkem (Group 1) a sester s krátkým úvazkem (Group 2)

Mann-Whitney U Test (PadyStat.sta)				
By variable zkr.uv.				
Marked tests are significant at $p < ,05000$				
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z
I	81,5000	128,5000	45,50000	-0,19288
II	79,5000	130,5000	43,50000	-0,34718
III	68,0000	142,0000	32,00000	-1,23443
IIIv	90,5000	119,5000	41,50000	0,50149
IV	62,0000	148,0000	26,00000	-1,69734
V	100,0000	110,0000	32,00000	1,23443
VI	84,0000	126,0000	48,00000	0,00000
VII	96,5000	113,5000	35,50000	0,96440
VIII	94,0000	116,0000	38,00000	0,77152
IX	108,0000	102,0000	24,00000	1,85164
X	84,0000	126,0000	48,00000	0,00000
XI	96,0000	114,0000	36,00000	0,92582

Mann-Whitney U Test (PadyStat.sta)				
By variable zkr.uv.				
Marked tests are significant at $p < ,05000$				
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z
XVIII	84,0000	126,0000	48,00000	0,00000
XVIII celk	56,5000	153,5000	20,50000	-2,12167
XVIII osobní kontakt	70,5000	139,5000	34,50000	-1,04155
XVIII administ	52,0000	158,0000	16,00000	-2,46885
IXX	84,0000	126,0000	48,00000	0,00000
XX	80,0000	130,0000	44,00000	-0,30861
XXv	108,0000	102,0000	24,00000	1,85164
XXI	78,0000	132,0000	42,00000	-0,46291

Závěr: Na základě statistického porovnání odpovědí sester se zkrácenou délkou úvazku (méně než 0,5), docházíme k alarmujícím výsledkům. Sestry na krátký úvazek mají významně horší znalost definice pádu a hodnotící škály. Mají jinou preferenci hodnot při hodnocení rizik pacienta a toto hodnocení provádějí méně často. Pracují pod stresem. Hypotéza se potvrdila, zkrácená délka úvazku sester (menší než 0,5, průměr tři služby za měsíc) negativně ovlivňuje přístup k prevenci pádů.

6.2.2

Hypotéza: Předpokládám, že znalosti prevence pádů a přístup k prevenci pádů se liší u zdravotních sester a rehabilitačních pracovníků.

Výsledky: Odpovědi dotazníku byly v zařízení B, které má statisticky nejvýraznější rozdíly v personálním obsazení, porovnány Mann-Whitneyovým testem. Porovnána byla skupina zdravotních sester a rehabilitačních pracovníků. Výsledky v tabulce 27b, kde statisticky významné rozdíly v odpovědích s $p < 0,05000$.

Tab.27b Porovnání výsledků odpovědí dotazníku v zařízení B u skupiny sester s plným úvazkem (Group 1) rehabilitačních pracovníků (Group 2)

Mann-Whitney U Test (PadyStat.sta)				
By variable zkr.uv.				
Marked tests are significant at $p < ,05000$				
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z
I	234,0000	144,0000	66,00000	1,17108
II	190,0000	188,0000	70,00000	-0,97590
III	198,5000	179,5000	78,50000	-0,56114
IIIv	175,0000	203,0000	55,00000	-1,70783
IV	278,0000	100,0000	22,00000	3,31806
V	237,0000	141,0000	63,00000	1,31747
VI	213,0000	165,0000	87,00000	0,14639
VII	214,5000	163,5000	85,50000	0,21958
VIII	186,0000	192,0000	66,00000	-1,17108
IX	282,0000	96,0000	18,00000	3,51324
X	210,0000	168,0000	90,00000	0,00000
XI	210,0000	168,0000	90,00000	0,00000

Mann-Whitney U T Test (PadyStat.sta)				
By variable zkr.uv.				
Marked tests are significant at p <,05000				
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z
XVIII	210,0000	168,0000	90,00000	0,00000
XVIII celk	170,5000	207,5000	50,50000	-1,92740
XVIII osobní kontakt	213,5000	164,5000	86,50000	0,17078
XVIII administ	144,5000	233,5000	24,50000	-3,19607
IXX	210,0000	168,0000	90,00000	0,00000
XX	202,5000	175,5000	82,50000	-0,36596
XXv	212,5000	165,5000	87,50000	0,12199
XXI	189,0000	189,0000	69,00000	-1,02470

Závěr: Na základě statistického porovnání odpovědí sester a rehabilitačních pracovníků docházíme k těmto výsledkům. Rehabilitační pracovníci neužívají hodnotící škálu rizika pádu a ani neznají, jaká je v zařízení užívána. Mají jinou preferenci hodnot při hodnocení rizik pacienta. Preferují vlastní pozorování a údaje v dokumentaci. Oproti tomu sestry mají komplexnější přístup. Většina vychází ze všech informací, je pro ně důležitá informace rodiny a varování. Rehabilitační pracovníci tráví s pacientem méně času v den příjmu než sestry na plný úvazek, tráví také méně času administrativou. Hypotéza se potvrdila, znalost prevence pádů a přístup k prevenci pádů se liší u zdravotních sester a rehabilitačních pracovníků.

7 Závěr výzkumu a diskuze

Výzkumné šetření potvrdilo obě hlavní hypotézy H₁ a H₂, které se týkaly obecnějších vazeb a zahrnovaly v sobě více dílčích hypotéz.

Do ošetrovatelského problému pádů u seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních intervenují mnohočetné vnější a vnitřní faktory, které jsou mimo jiné závislé na skladbě ošetrovatelského týmu.

I druhá hypotéza byla potvrzena, zařízení s nejnižším počtem pádů má multidisciplinární složení ošetrovatelského týmu.

V ČR doposud nebyla stanovena jednotná definice pádu. Pro zavedení pádového managementu je ale jasná definice (specifická pro dané zařízení) zcela nezbytná. Všichni členové ošetrovatelského týmu s ní musí být obeznámeni. Velmi důležité je si uvědomit, zda mezi pády řadíme také skutečnosti, kdy pacient/klient pád nedokončil – byl zachycen, eventuálně, zda zařízení hlásí i pád, kdy pacient/klient nebyl zraněn. Obě skutečnosti mají velký význam pro jednotnou evidenci.

Pro hodnocení rizika pádu se užívají různé hodnotící škály. Zařízení či oddělení ji volí podle charakteru svých pacientů/klientů tak, aby byla co nejefektivnější, zároveň rychlá a srozumitelná. V zařízení A i B hodnotí riziko pádu dle stejné škály „Zjištění rizika pádu“. (Škála hodnotí 7 oblastí: pohyb, vyprazdňování, věk, mentální status, pád v anamnéze, medikaci, smyslové poruchy. Skóre vyšší než 3 značí riziko pádu).

Respondenti zařízení A i C uvádí, že ve většině případů hodnotí riziko pádu pacienta/klienta při příjmu a pravidelně aktualizují. Průměrná doba hospitalizace či pobytu v těchto zařízeních je vyšší než v zařízení B. Dle mého názoru k pravidelné aktualizaci by mělo docházet i v zařízení B vzhledem k relativně rychle se měnícímu stavu pacienta (ve smyslu zlepšení pohybových schopností a schopnosti sebeobsluhy). Stejně důležité jako je označení vyššího rizika pádu je i snížení rizika pádu pacienta/klienta.

Hodnocení rizika pádu by mělo být součástí překládové nebo propouštěcí ošetrovatelské zprávy. Pacienti/klienti A a C zařízení jsou zpravidla překládáni do jiného lůžkového zařízení. Pacienti/klienti B jsou propouštěni domů (pravděpodobně není nezbytné poskytovat hodnocení dle škály, ale nezbytná je edukace pacienta či rodiny).

Polypragmazie – podávání mnoha léků současně (Vokurka et al, 2002). Většina seniorů zvláště v lůžkových zařízeních užívá velké množství léků (často z indikačních skupin

sedativa, hypnotika, analgetika, diuretika, kardiaka). Medikaci určuje lékař, ale často se stává, že v důsledku zejména nedostatečné informovanosti o předchozí zavedené farmakoterapii není léčba zavedena správně (nedostatečná, nadbytečná medikace, užívání více léků se stejným účinkem, vzájemně se ovlivňujících léků atd.). Také je třeba vzít v úvahu léky volně prodejné a léky, které si pacient/klient bere bez našeho vědomí. Otázkou zůstává, do jaké míry máme právo pacienta/klienta omezovat v užívání léků, které si ordinuje sám, ukládá si je do svého nočního stolku.

Většina respondentů všech zařízení se cítí v práci dobře nebo by uvítala více času stráveného s pacientem. Žádné z oslovených zařízení se dle vyjádření vedení nepotýká se zásadním nedostatkem pracovních sil (dle předepsaného nezbytného personálního obsazení), v některých případech je však toto obsazení vzhledem k charakteru poskytované péče nedostačující. Problémem zůstává složení týmu. Dle vyjádření vedení sociálního ústavu, by bylo třeba více kvalifikovaného personálu (sestry, RHB, ale i lékař), ale i dobře školeného personálu poskytujícího základní péči.

Na všech pracovištích se vyskytuje nevelká skupina zaměstnanců, které trápí napjaté pracovní vztahy.

Specifikem zařízení B je 23% sester pracujících na zkrácený pracovní úvazek (méně než 0,5).

Princip zavedené netrestající politiky je nesmírně důležitý pro pěstování vzájemné důvěry a otevřenosti. Na druhou stranu pocit osobní odpovědnosti je nedílnou součástí pádového managementu. S tím souvisí, ale její relativně přesné vymezení, součást pracovní náplně.

Systémy značení rizikového pacienta jsou různé. Pokud mají být efektivní, všichni členové týmu se systémem musí být seznámeni. Značení by mělo být umístěno tak, aby bylo snadno viditelné a alarmující pro celý tým. Musí být aktuální. Zařízení B a C nemají zaveden systém speciálního značení. Informace o riziku pádu je součástí dokumentace, při předávání služby dochází k informování ústnímu i písemnému. V zařízeních, kde jsou prakticky všichni pacienti/klienti riziková je třeba odlišovat míru rizika. V zařízení A je systém značení zaveden jen na některých odděleních.

Zavedení standardu „Riziko pádu“ s definicí pojmů, příčin, rizik, preventivních opatření a kompetencí je nezbytnou součástí pádového managementu. Všichni členové ošetřovatelského týmu s ním musí být řádně seznámeni a dodržovat jej.

Z výsledků vyplývá, že všechna tři zařízení mají zaveden systém dokumentace pádů a všichni členové ošetřovatelského týmu jsou se systémem seznámeni.

Všechna tři zařízení se snaží edukovat své pacienty. Zařízení A edukaci řádně dokumentuje. Zařízení B edukuje ve dvou rovinách sestrami a rehabilitačními pracovníky. Má k dispozici vlastní edukační materiál a řadu kompenzačních pomůcek, které pomůže zajistit, ale naučí i správně používat (navlékače ponožek, podavače, nástavec na WC, sedačka do vany, berle, molitanové podsedáky, protiskluzové násadce a další).

V zařízení C, kde většina klientů setrvává dlouhodobě, probíhá edukace také skupinová.

Zařízení mají svá specifika, na něž kladou velký důraz při edukaci. Zařízení A (geriatrie) ze zkušenosti ví, že nejvíce rizikové je časové období při návštěvách (rodina se snaží ulehčit péči personálu a např. pomáhá s transportem na WC, z nedostatku zkušeností, však často zapříčiní pád. Proto edukace zde je hodně zaměřena na rodinné příslušníky).

V zařízení B mají zkušenost, že určitá skupina pacientů, kteří přichází z konkrétního oddělení ortopedie, se bojí používat alarm a raději se snaží pomoci si sami či za asistence spolupacienta. Druhým rizikovým momentem je den před propuštěním. Pacienti přecení své možnosti a dochází k úrazům. Na tyto dva aspekty je zaměřena pozornost edukace nejvíce.

Zařízení C udává jako specifický rizikový moment, když klienti opustí areál zařízení (za účelem procházky, drobného nákupu, návštěvy restaurace a další).

Zařízení B má zcela správně stanovenou osobu, která pravidelně hodnotí bezpečí a rizika prostředí. Hlavní sestra zařízení působí jako koordinátorka mezi jednotlivými členy týmu (konkrétně koordinuje spolupráci sester, rehabilitačních pracovníků, lékařů všech specializací, komunikuje s lékárnou a zdravotní prodejnou, zná skladbu pacientů a umí posoudit kvalitu poskytované péče, je součástí vrcholného managementu a spoluvlastníkem zařízení – tedy dokáže posoudit finanční možnosti, problémy provozní - stav budov, stravování, zásobování, personální politiku, zná dobře provoz ambulantní i lůžkové části zařízení, komunikuje se spolupracujícími lůžkovými zařízeními i s rodinami pacientů/klientů, dohlíží a školí úklidové pracovníky). Problémem zůstává špatná informovanost o této její pozici. Většina členů týmu považuje hodnocení bezpečí prostředí za svou odpovědnost.

Za velký problém považují pád pacienta/klienta na vytřené podlaze. Při bližším zkoumání kladných odpovědí jsem zjistila, že sice většina respondentů uvádí, že ví, kdo je odpovědný, ale velmi se liší ve výčtu konkrétních odpovědných osob (sestra, úklid, ošetřující personál, zařízení, rehabilitační pracovník, ředitel, vrchní sestra). To považují za nebezpečnější stav, než kdyby uvedli, že nevědí. Ošetřující personál žádného zařízení nemá znalosti o konkrétní odpovědnosti spojené s pádem na mokré podlaze. Toto zjištění považují za alarmující. Samozřejmě zdravotní zařízení či ředitel nese odpovědnost. Dle mého názoru,

za čistotu a úklid odpovídá pracovník úklidu, pokud je řádně vyškolen a je-li v jeho pracovní náplni zajistit bezpečí podlah pro všechny osoby. Pokud si pracovník bude vědom své konkrétní odpovědnosti, bude při práci mnohem obezřetnější. Pokud za pád bude jednoznačně odpovědná sestra, bude jistě mnohem ostražitější a bude si daleko více všímat postupů úklidového pracovníka (zajistit suchý pruh pro bezpečný průchod, bezprostřední úklid nečistot a vody z venku, suché podlahy v koupelnách, toaletách a další). Neznalost konkrétní odpovědnosti za mokrou podlahu považuji za jeden z největších nedostatků pádového managementu všech tří zařízení. V žádném ze standardů „Riziko pádu“ není odpovědnost vyznačena.

Velmi rizikovým faktorem je i stav kompenzačních pomůcek – opotřebované násadce berlí, nefungující kolečka, nedotažené šroubky. Riziko představují i neindividualizované pomůcky – špatná výška chodítka či berlí např. Podobně jako v předchozí otázce většina členů ošetrovatelského týmu se domnívá, že ví, kdo je odpovědný za stav kompenzačních pomůcek, ale detailním zkoumáním bylo zjištěno, že se jejich názory velmi různí v zařízení A. V zařízení B byly za odpovědné osoby označeni rehabilitační pracovníci. V zařízení C vrchní sestra. V žádném ze standardů „Riziko pádu“ není odpovědnost vyznačena.

Dodržování pitného režimu patří mezi zcela základní ošetrovatelskou péči. Množství přijatých tekutin je často závislé také na kvalitě podávaných nápojů. Senior by neměl být odkázán jen na čaj a ranní kávu. Pestrost nápojů vede ke zvyšování příjmu tekutin. V zařízeních, kde hlavními klienty jsou senioři by nákup vhodných nápojů měl být samozřejmostí.

Při individuálně poskytované péči není možné přesně odhadnout frekvenci ani čas, který strávíme s pacientem/klientem. Průměrné hodnoty za jednotlivá zařízení odpovídají charakteru péče o pacienta. Pro upřesnění uvádím, že v zařízení B je průměrná frekvence kontaktu s pacientem 2,54x za službu relativně malá. Je třeba doplnit, že zde jde o specifický přístup, kdy vždy dvakrát denně pacient rehabilituje (tedy frekvence udaná rehabilitačními pracovníky). Sestra pak pravděpodobně vidí pacienta také minimálně 3x za službu. Všem zařízením doporučuji věnovat co nejvíce času péči a komunikaci s pacientem. Není možné držet rituální schéma, ale je třeba postupovat podle individuálních potřeb pacienta/klienta.

Zařízení A a B má nadstandardní pokoje. Zařízení C nikoli. Členové ošetrovatelského týmu neví, zda v zařízení, kde pracují jsou nadstandardní pokoje (zařízení A). Vysvětlením může být, že ne všechna oddělení mají nadstandardní pokoj. Přesto to považuji za nedostatek. Na takovém pracovišti bych očekávala, že záskoky na jiném oddělení mohou být velmi rizikové.

Další problém vidím i v systému umístování pacientů. Zdravotní stav by měl být vždy rozhodující. Pro kvalitní péči nesvědčí, pokud vysoce rizikový pacient vyžadující zvýšenou péči a dozor je uložen na pokoj, který je pro sestru vzdálený. Toto mohou být vážné důsledky rostoucí komercializace zdravotnictví. Z výsledků je patrné, že v soukromém zařízení je pro umístění pacienta rozhodující jeho přání, což svým způsobem samo o sobě může být označeno jako rizikový faktor.

Při poskytování péče je pro nás vždy důležité sledování psychického stavu pacienta/klienta, jeho citění a naladění. Pozitivní naladění by se dalo očekávat u pacientů v zařízení B – pacienti se zotavují po velké většinou úspěšné plánované operaci. Jejich zdravotní stav se rychle zlepšuje, dělají pokroky v sebeobsluze a pohybových aktivitách. V zařízení tráví poměrně krátkou dobu, těší se domů. Mají naději na výrazné zlepšení kvality života, na návrat do aktivního života.

Negativní naladění klientů v zařízení C by mohlo odpovídat charakteristice klienta – uživatel sociálního lůžka.

Překvapením je pozitivní naladění pacientů v zařízení A – geriatrie. Zde bych se domnívala, že hlavní podíl na jejich psychickém stavu má ošetrovatelský personál a jím poskytovaná kvalitní péče.

U sester na plný úvazek předpokládám větší znalost problematiky pádů a tím i lepší přístup k prevenci. Sestra na zkrácený úvazek má složitější přístup ke školení (není přítomna na pracovišti), není tak často konfrontována s touto problematikou a také není tak sžita s pracovištěm. Obecně zaměstnanci na plný úvazek přistupují k plnění povinností odpovědněji, nepřesouvají problém na další směnu. Na základě statistického porovnání odpovědí sester s rozdílnou délkou úvazku docházím k alarmujícím výsledkům. Sestry na krátký úvazek mají významně horší znalost definice pádu a hodnotící škály. Mají jinou preferenci hodnot při hodnocení rizik pacienta a toto hodnocení provádějí méně často. Pracují pod stresem.

U sester předpokládám větší znalost problematiky pádů a tím i systematictější přístup k prevenci. Rehabilitační pracovníci preferují vlastní pozorování v hodnocení rizika pádu, nejspíše proto, že jsou na základě svých zkušeností a znalostí pohybového aparátu schopni zhodnotit riziko pádu dané omezením pohybových schopností nemocného. Tento přístup je ale nesprávný, neboť potlačuje ostatní nutné faktory hodnocení. Na základě statistického porovnání odpovědí sester a rehabilitačních pracovníků docházím k těmto výsledkům. Rehabilitační pracovníci neužívají hodnotící škálu rizika pádu a ani neznají, jaká je v zařízení užívána. Mají jinou preferenci hodnot při hodnocení rizik pacienta. Preferují vlastní

pozorování a údaje v dokumentaci. Oproti tomu sestry mají komplexnější přístup. Většina vychází ze všech informací, je pro ně důležitá informace rodiny a varování. Rehabilitační pracovníci tráví s pacientem méně času v den příjmu než sestry na plný úvazek, tráví také méně času administrativou.

Výzkumné šetření potvrdilo obě hlavní hypotézy. Do ošetrovatelského problému pádů u seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních intervenují mnohočetné vnější a vnitřní faktory. I druhá hypotéza byla potvrzena, zařízení s nejnižším počtem pádů má multidisciplinární složení ošetrovatelského týmu.

Analýza současné situace se snaží přispět k rozsáhlé společenské diskuzi o kvalitě poskytované ošetrovatelské péče a o jejím hodnocení.

Velké riziko spatřuji v oblasti sociálních služeb, kde kvalifikovaného personálu ubývá z důvodu šetření finančních prostředků. Proškolenost ostatního personálu je v mnoha směrech alarmující. Tento trend je zcela v rozporu se současnou strategií pádového managementu, která je založena na předpokladu multifaktoriálního ovlivnění pádovosti a program prevence a snižování počtu pádů a následků vyžaduje multidisciplinární přístup.

Šetření potvrzuje, že každé zařízení by mělo vyčlenit pracovníka, který pravidelně hodnotí a přehodnocuje kulturu bezpečí daného pracoviště a je nezbytným článkem pro koordinaci interdisciplinární spolupráce, pro udržování vstřícné komunikace. Nezbytnou podmínkou bezpečného prostředí je personální politika začínající plným stavem zaměstnanců, jak potvrzují závěry Joint Commission Resources, 2007.

Všem zařízením bych navrhla v rámci zvyšování kvality péče a bezpečí pro pacienty/klienty uplatňovat srovnávací metodu benchmarkingu. Je to metoda, kterou uplatňuje zejména vrcholný management zařízení. Určitá forma „přátelského benchmarkingu“ se může rozvíjet i na úrovni středního managementu. Jako příklad bych uvedla přínos spolupracující britské AgeCare. Oboustranným obohacením je seznámení se s prostředím AgeCare domů pro seniory a našich zařízení pečujících o seniory, s filozofií péče, s přístupem k pacientovi/klientovi.

Při provádění tohoto výzkumného šetření jsem se setkala se zajímavou situací. Jedno ze zúčastněných zařízení se velmi striktně dožadovalo zachování anonymity. Vedení zařízení mne upozornilo, že pokud mají být dotazníky vyplněny členy ošetrovatelského týmu v souladu se skutečností, nepřejí si, aby v mé práci zaznělo jejich jméno. V rámci objektivit veděného výzkumu a také z časových důvodů jsem s jejich podmínkou souhlasila. O to větší bylo mé překvapení, když jsem při prezentaci dílčích výsledků mého šetření byla vedením zařízení požádána o pomoc se zavedením pádového managementu.

Na závěr diskuze bych ráda citovala z přednášky Dr. Vicky Scott, 2006: „And remember, falls can be prevented, expect falling in love“. Myslím, že to je krásná a přesná ukázka toho, o čem všichni v ošetřovatelství usilujeme – profesionalita s lidskou tváří.

Závěr

Dobrá znalost proměnných přispěje ke zkvalitnění ošetrovatelské péče - vytvoření bezpečného prostředí pro pacienta/klienta ve zdraví a nemoci. Umožní formování profesionálních dovedností nejen zdravotních sester a lékařů, ale také ostatních členů ošetrovatelského týmu. Na nich v mnohém závisí úroveň našeho ošetrovatelství a zdravotnictví. Obrovský důraz je třeba klást na skutečnost, že většina probíhajících výzkumů se týká zdravotních zařízení, kde se dá očekávat kvalifikovanost personálu. Studie ukázala, že je třeba se zaměřit na různé typy zařízení lišících se nejen zaměřením a právní subjektivitou, ale i skladbou ošetrovatelského týmu.

Multidisciplinární tým sebou nese nutnost přizpůsobení edukačního schématu jeho složení. Je třeba akceptovat rozdílnou úroveň znalostí problematiky pádu jednotlivých odborností týmu. Zaměřit se i na zcela banální otázky, má svůj význam. Dobrým příkladem může být odpovědnost za pád na právě vytřené podlaze či odpovědnost za stav kompenzačních pomůcek.

Hlavním cílem práce bylo zmapování přístupu a strategie managementu a ošetrovatelského personálu k problematice prevence a snižování počtu pádů a jejich následků v lůžkových zařízeních pečujících o seniory, zda v daném zařízení je zaveden standard prevence a monitorace pádů a do jaké míry je s ním obeznámen ošetřující personál.

Cíl šetření se podařilo splnit. Zaznamenalo rozdíly ve vybraných proměnných v jednotlivých lůžkových zařízeních pomocí dvou metod kvantitativního ošetrovatelského výzkumu.

Žádné zařízení není schopné monitorovat a eliminovat všechna rizika. Každá nová skutečnost nutně přináší jiná rizika, celý proces se dá označit za dynamický, neustále se měnící a vyvíjející. Minimalizace či eliminace části rizik je součástí závazných ošetrovatelských standardů, norem, směrnic, řádů. Značnou část rizik je schopna eliminovat profesní ostražitost a autentická přítomnost ošetřujícího personálu. Obě veličiny je třeba na pracovišti maximálně podporovat a rozvíjet. Efektivita je závislá na zdravém pracovním prostředí, kvalitním pracovním týmu a kvalitním managementu.

Doporučení pro praxi:

- Všem zařízením doporučuji ve Standardu „Riziko pádu“ zcela jasně definovat pád a s definicí seznámit všechny členy ošetrovatelského týmu.

- Doporučuji zavést hodnotící škálu. Pro lepší efektivitu je možné na základě retrospektivních sledování vedených přímo v zařízení či oddělení škálu modifikovat dle zkušeností ošetrovatelského personálu.
- Doporučuji vytvořit závazné schéma hodnocení a přehodnocování rizikovosti pádu pacienta/klienta. Schéma musí vycházet ze zkušeností týmu a odpovídat charakteru pacienta. Všichni členové ošetrovatelského týmu musí být se schématem seznámeni a dodržovat jej.
- Polypragmázie je velkým problémem. V této oblasti by doporučení mělo být směřováno spíše na lékaře, který léky medikuje. Vhodné by bylo zavést spolupráci zařízení s farmaceutem.
- Sociálnímu ústavu bych doporučila bezesporu zkvalitnit ošetrovatelský tým. Určitě by měl být posílen o zkušené sestry, ošetrovatelky, fyzioterapeuty, aktivizační pracovníky, pracovníky v sociálních službách. Důležitým aspektem však zůstávají finanční možnosti zařízení. Doporučila bych zachovat i lékařské zabezpečení sociálních zařízení. To vše však souvisí s celkovou koncepcí poskytování sociálních služeb a hrazením ošetrovatelských a lékařských výkonů v sociálních zařízeních zdravotními pojišťovnami.
- Doporučila bych všem zařízením revizi pracovních náplní svých zaměstnanců s následným vymezením a definováním jasných odpovědností v nich.
- Doporučila bych všem zařízením zavést systém značení rizikového pacienta, pravidelně jej aktualizovat. Označení musí být přístupné všem členům ošetrovatelského týmu. Doporučila bych, aby úklidová firma byla též seznámena se systémem značení a zajistila bych maximální dostupnost této informace.
- Doporučila bych zejména sociálnímu zařízení zavést standard „Riziko pádu“. I poskytovatelé sociálních služeb (zejména lůžková zařízení pečující o seniory) by měli mít vypracované základní ošetrovatelské standardy. Ostatním zařízením bych doporučila jeho revizi a následně seminář, který by byl zaměřen na problematiku pádů .
- Doporučila bych auditovat systém dokumentování pádů.
- Všem zařízením bych doporučila aktivně mapovat rizikové faktory, otevřeně o nich diskutovat, připravovat klinické semináře a následně přehodnocovat a obohacovat edukační schéma. Edukace musí být dokumentována.
- Všem zařízením bych doporučila jmenovat osobu odpovědnou za bezpečí prostředí. Všichni zaměstnanci o této její náplni musí být řádně informováni. Varovala bych ještě před tím, kdy si zaměstnanci myslí, že za bezpečí odpovídají všichni. V praxi by to mohlo též znamenat, že se o bezpečí prostředí nestará nikdo.

- Doporučuji všem zařízením určit osobu odpovědnou za pád na mokré podlaze, označit ji ve standardu a všechny zaměstnance o této odpovědnosti informovat. Pokud odpovědnou osobou bude pracovník úklidu, musí toto být obsahem náplně práce.
- Doporučuji všem zařízením jasně definovat osobu odpovědnou za stav kompenzačních pomůcek. Označit ji ve standardu, odpovědnost začlenit do náplně práce. Všichni zaměstnanci musí být o této odpovědnosti informováni. Dále doporučuji v případě nevyhovující pomůcky zajistit co nejrychlejší opravu či výměnu. Bezpečným řešením není zapůjčení pomůcky od spolupacienta. V zařízení B se ukázalo velmi efektivním provozování vlastní prodejny zdravotnických potřeb. Také lékaři zařízení B v dostatečné míře předepisují vhodné kompenzační pomůcky, často po poradě se sestrou a fyzioterapeutem. To je ukázka kvalitního multidisciplinárního přístupu.
- Doporučuji všem zařízením zajistit prodej vhodných nápojů.
- Doporučuji, aby pravidla pro umístění pacienta byla součástí standardu „Riziko pádu“.
- Všem členům ošetrovatelského týmu bych doporučila, aby si uvědomili, že svým přístupem mohou kladně, ale i záporně ovlivnit psychický stav svých pacientů/klientů.
- Varuji před zaměstnáváním pracovníků na velmi krátký pracovní úvazek. Pokud je to pro zařízení nezbytné, pak doporučuji věnovat extrémní péči jejich zaškolení. Doporučila bych také jejich pravidelnou účast na pracovních poradách, klinických seminářích.
- Doporučuji všem zařízením sestavit multidisciplinární tým pečující o pacienta /klienta, ale zároveň zavést koordinaci jejich práce. Semináře a školení musí být vedeny jednak za účelem vzdělávání jednotlivých profesních skupin, jednak za účelem koordinace ošetrovatelského týmu a posilování jednotných postupů.
- V rámci přátelského benchmarkingu s AgeCare bych doporučila otevřít kritickou diskuzi na téma rozdílné přípravy a podávání medikace, manipulace s pacientem/klientem, užíváním kobereců a dalších. Právě na této úrovni spolupráce se může dařit odstraňovat prvky rituální profesionální slepoty.

Závěry tohoto šetření budou z důvodu zpětné vazby prezentovány spolu s doporučeními zúčastněným lůžkovým zařízením. Anglická verze bude prezentována AgeCare se snahou rozšířit výzkumné šetření v příštím roce také na jejich seniorské domy.

Seznam použité literatury

BEDSINE, R.W., RUBENSTEIN, L.Z., SNYDER, L.: Medical Care of the Nursing Home Resident. Philadelphia: American College of Physicians, 1996.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.: Available at: <http://www.cdc.gov/>

JOINT COMMISSION RESOURCES: Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení. Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. Přel. R.Vyhnánek. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9, 171s.

MARX, D.: Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních. Diagnóza v ošetrovatelství, roč.1, 2005, 3., ISSN 1801-1349, s.139-140.

MEYER,G., LAVIN, M.A.: Vigilance: The Essence of Nursing. Online Journal of Issues in Nursing. http://www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc_6.htm

NEYENS, J.C., DIJCKS, B.P., VAN HAASTREGT, J.C., DE WITTE, L.P., DEN HEUVEL, W.J., CREBOLDERAND, H.F., SCHOLS, J.M.:The development of a multidisciplinary fall risk evaluation tool for demented nursing home patients in the Netherlands, BMC Public Health 2006, Mar 21;6:74. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/74>

ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, <http://www.uzis.cz/> 2007.

VOKURKA, M., HUGO, J. et al: Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2002, ISBN 80-85912-70-8.

WEBER, P. a kol. Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci. Brno : IDVZ 2000, ISBN 80 -7013 -314 -7.

SCOTT, V., LORD, S., DONALDSON, M., KHAN, K.: Best Practice for Fall Risk. Assessment Tool Use, BC Injury Prevention Conference, 2006.

ŠKRLA,P.: Posouvá se fokus globálního ošetřovatelství? Sestra 2008, 2., s.7.

Seznam příloh

- Příloha 1 Pádový management – dotazník
Příloha 2 Charakteristika zdravotního/sociálního zařízení - interview

Pádový management

(dotazník určený pro ošetřující personál a střední management)

Tento dotazník je nezbytnou součástí výzkumné bakalářské práce na téma: „Pády seniorů jako ošetřovatelský problém“. Autor: Ivana Jahodová, 3.CVS Vysoká škola zdravotnická Duškova, Praha 5. Odborným poradcem je PhDr.Jana Hlinovská. Anonymita všech respondentů je zaručena.

Ještě než začnete vyplňovat můj dotazník, pokuste se smajlíkem vyjádřit svůj momentální bio-psycho-sociální stav:

1. Víte, jaká je ve Vašem zařízení definice pádu?

- a) ano b) vím, co je pád, ale neznám přesnou definici c) ne

Pokuste se napsat alespoň přibližnou definici:

.....
.....

2. Používáte ve Vašem zařízení nějakou hodnotící škálu pro posouzení rizika pádu?

- a) ano, ale nevím jakou b) ne c) ano, vím jakou

Pokud víte jakou, nazvěte ji nebo ji alespoň popište:

.....
.....

3. Co je pro Vás osobně nejdůležitější při hodnocení pacienta ve vztahu k pádu?

(zaznamenejte na stupnici míru Vaší orientace)

Stupnice 1-10 (1 nejméně, 10 nejvíce)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dokumentace										
Hodnotící škála pro posouzení rizika pádu										
Pozorování										
Informace od rodiny										
Informace od ošetřujícího personálu (varování)										
K hodnocení potřebuji všechny informace										
Ze zkušenosti vím, že na našem oddělení je nejvíce alarmující:										

4. Jak často hodnotíte riziko pádu u pacienta?

18. Dokážete odhadnout, kolik času strávíte s pacientem v den příjmu?

a) ano

b) ne

Pokud ano, kolik v osobním kontaktu.....kolik administrativní činností.....?

19. Upozorňujete nadřízeného, pokud se domníváte, že hrozí nějaké nebezpečí (špatný úklid, nefungující přístroj, lampička, špatně umístěný pacient, špatný stav kompenzačních pomůcek...)?

a) ano

b) ne

Pokud ano, jakým způsobem.....
.....

20. Jsou ve Vašem zařízení také nadstandardní pokoje?

a) ano

b) ne

Pokud ano, co je zpravidla rozhodující pro umístění pacienta na pokoj jeho přání nebo jeho zdravotní stav?.....

21. Dokázali byste smajlíkem vyjádřit citění pacientů ve Vašem zařízení podle Vašeho názoru?

a) ano

b) ne

c) myslím, že to není možné

Pokud ano, pokuste se o to.

Děkuji za Váš čas a ochotu. Pokud budete mít zájem, ráda Vám přijdu odprezentovat výsledky mého zkoumání. Prosím ještě o Vaši identifikaci:

Pohlaví: žena muž

Věk:

Pozice:

Jak dlouho pracujete v tomto zařízení:

Praxe-počet roků:

Na úplný závěr prosím ještě o poslední smajlíka. Jak se právě cítíte?

Charakteristika zdravotního/sociálního zařízení

Název zdravotního/sociálního zařízení	
Právníkový statut (fakultní nemocnice, privátní zařízení atd.)	
Jméno kontaktní osoby	
Adresa kontaktní osoby	
E-mail	
Telefon	
Celkový počet lůžkových oddělení	
Celkový počet lůžek	
Obecná charakteristika pacienta (ležící po CMP, rehabilitující po totální endoprotéze atd.)	
Průměrný věk pacientů	
Průměrná doba hospitalizace, pobytu	
Klasifikace pacienta: pohyblivý v % s dopomocí upoután na lůžko	
Muži/ženy	
Četnost pádů	
Počet, definice četnosti, období	
Personální obsazení:	

Pádový management

1.	Definice pádu ve Vašem zařízení:
2.	Považujete také za pád, pokud byl pacient zachycen nebo položen?
3.	Pokuste se vysvětlit fyziologii pádu.
4.	Jakou používáte hodnotící škálu pro posouzení rizika pádu?
5.	Způsob užití škály: Kdy? Jak často ji aktualizujete? Aktualizujete vždy po pádu?

6.	Používáte k hodnocení kombinované techniky? Pozorování, rozhovor, komunikace s rodinou, dokumentace? Čemu přikládáte největší váhu?
7.	Co považujete za rizikové faktory v hodnocení rizika pádu?
8.	Co je pro Vás osobně nejvíce alarmující při hodnocení pacienta ve vztahu k pádu?
9.	Řídíte se více dokumentací nebo osobním pozorováním?
10.	Kolik času věnujete nově přijatému pacientovi v den příjmu? Osobní kontakt? Ostatní členové týmu? Administrativa?
11.	Máte nějaký způsob značení rizikového pacienta? Je srozumitelný a informativní pro všechny členy týmu?
12.	Máte vypracovaný standard „Riziko pádu“?
13.	Máte zaveden protokol o pádu s analýzou příčin? Dokumentujete pády?
14.	Dokumentujete pády? Jak? Od kdy?
15.	Kdo se podílí na hodnocení bezpečí prostředí?
16.	Provádí se pravidelná kontrola?
17.	Provádíte edukaci pacienta, event. rodiny zaměřenou na riziko a prevenci pádu?
18.	Víte, co je polypragmazie? Považujete ji za rizikový faktor pro pád pacienta?
19.	Považujete podání nového léku pacientovi za rizikový faktor? Věnujete mu zvýšenou pozornost?
20.	Pokud má pacient špatné laboratorní výsledky, věnujete mu zvýšenou pozornost?
21.	Pacient s demencí. Víte, co je SUNDOWNISMUS?
22.	Považujete podávání diuretik za rizikový faktor? Zajišťujete ochotný doprovod na WC, podáváte někdy diuretika i na noc? Edukujete pacienta?

Charakteristika pracoviště

1.	Počet pacientů, klientů na oddělení, jednotce.																					
2.	<p>Personální obsazení oddělení, jednotky:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Sestry:</td> <td style="width: 20%;">den</td> <td style="width: 20%;">noc</td> </tr> <tr> <td>Ošetřovatelky:</td> <td>den</td> <td>noc</td> </tr> <tr> <td>Fyzioterapeuti:</td> <td>den</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ergoterapeuti:</td> <td>den</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lékaři:</td> <td>den</td> <td>noc</td> </tr> <tr> <td>Pomocný personál:</td> <td>den</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ostatní:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sestry:	den	noc	Ošetřovatelky:	den	noc	Fyzioterapeuti:	den		Ergoterapeuti:	den		Lékaři:	den	noc	Pomocný personál:	den		Ostatní:		
Sestry:	den	noc																				
Ošetřovatelky:	den	noc																				
Fyzioterapeuti:	den																					
Ergoterapeuti:	den																					
Lékaři:	den	noc																				
Pomocný personál:	den																					
Ostatní:																						
3.	<p>Systém služeb</p> <p>Sestry</p> <p>Ošetřovatelky</p> <p>Fyzioterapeuti</p> <p>Ergoterapeuti</p> <p>Lékaři</p> <p>Pomocný personál</p> <p>Ostatní</p>																					
4.	Pracujete na směnný provoz. Máte dost zaměstnanců?																					
5.	Zajistíte zaměstnancům dostatek času na odpočinek mezi směnami? Máte hodně přesčasů, je tento systém služeb pozitivně přijímán zaměstnanci?																					
6.	Je práce na Vašem oddělení hodně náročná? Jakou máte kategorizaci práce u jednotlivých profesí?																					
7.	Máte problémy s čerpáním dovolené? S obsazením svátků, Vánoc...? Je Váš personál ochoten se domluvit na službách?																					
8.	Pracujete pod stresem? Máte moc práce? Dokážete se koncentrovat? Ano nebo byste chtěli, ale nelze? Jste důslední? Ano nebo byste chtěli, ale nelze? Máte dost času na péči o pacienta?																					
9.	Provádíte interdisciplinární péči a posuzování pacienta? Pracujete v týmu. Máte společnou nebo oddělenou dokumentaci? Jsou všechny informace srozumitelné a dostupné všemu ošetřujícímu personálu? Zajímá Vás i dokumentace Vašich kolegů jiných profesí (ergoterapeut – sestra, lékař – fyzioterapeut.....)																					

10.	Co je pro Vás v dokumentaci nejpodstatnější?
11.	Jaký máte systém hlášení, předávání služby? Písemně, verbálně: Kolikrát denně: Délka: Účastníci: Kdo provádí kontrolu a jak často?
12.	Upozorňujete nadřízeného, pokud se domníváte, že hrozí nějaké nebezpečí (špatný úklid, nefungující přístroj, lampička, špatně umístěný pacient, špatný stav kompenzačních pomůcek...)?
13.	Systém týmové komunikace: Komunikujete a spolupracujete vzájemně? Máte na pracovišti napjaté vztahy, komunikační bariéry?
14.	Jaký máte systém hodnocení, přehodnocování a sledování pacienta? (ošetřovatelská anamnéza, plán péče, hodnocení, propouštěcí či překladová zpráva, edukace)
15.	Je hodnocení rizika pádu součástí ošetřovatelské anamnézy? V jakém časovém odstupu je prováděno? Při příjmu nebo kdy?
16.	Máte nadstandardní pokoje? Volíte lůžko, umístění pokoje na základě poznání rizik? Co je pro Vaše oddělení prioritou – nadstandardní pokoj, či vhodnější umístění pro poskytování péče?
17.	Dá se vyčíslit, kolikrát za službu vidíte pacienta, jak dlouho? Co ostatní členové týmu? Kolikrát: Čas: Ostatní členové:
18.	Znáte své pacienty jménem? Snažíte se o individuální přístup?
19.	Snažíte se o včasné poskytování péče, pokud možno ještě dříve, než jste žádáni o pomoc?

20.	Provádíte ve Vašem zařízení speciální školení o rizicích a prevenci pádů?
21.	Kdo zajišťuje úklid ve Vašem zařízení? Najímáte firmu, jsou její zaměstnanci řádně proškoleni. Komu jsou uklízeči podřízeni?
22.	Uklízeči mají vymezené odpovědnosti (kdo ručí za právě umytou podlahu, za znečištěnou podlahu, používají výstražné tabule?) Je tato odpovědnost součástí náplně práce?
23.	Farmakoterapie: jaký máte systém dokumentace? Uvádíte i léky volně prodejné a léky, které si pacient ordinuje sám?
24.	Kdo dává léky? Berou si pacienti léky samy?
25.	Zjišťujete, zda nemá pacient léky např. ve stolku (svá analgetika, hypnotika...)? Jaký máte postup při zjištění?
26.	Máte pocit, že Vaši lékaři indikují správnou medikaci? Někdy mají pacienti hodně léků i z jiných oborů, sepisují Vaši lékaři jen kombinaci nebo ji aktivně hodnotí a upravují? Spolupracují někdy s farmaceutem?
27.	Měříte TK pacientům? Kterým, kdy, jak často? Vleže, ve stoje, vsedě?
28.	Sledujete pitný režim, jak?
29.	Je možno na oddělení zakoupit vhodné nápoje?

Preventivní opatření

1.	Jaká provádíte praktická opatření u pacientů s vysokým rizikem pádu?
2.	Provádíte nějaká bezpečnostní opatření na noc? Snížení lůžka, osvětlení, signalizace?
3.	Má Vaše pracoviště zajištěnou spolupráci s jinými profesemi? Např. oční lékař, ušní, nosní, krční, podiatr, ortoped, rehabilitační lékař, fyzioterapeut, farmaceut...?
4.	Používají Vaši pacienti kompenzační pomůcky? Jaké?
5.	Kdo ručí za jejich bezpečnost?
6.	Máte vlastní prodejnu zdravotních pomůcek, předepisují Vaši lékaři zdravotní pomůcky?
7.	Jak opravujete poškozené? Máte k dispozici náhradí k zapůjčení?
8.	Mají pacienti signalizační zařízení? Všichni? Jaký systém? Funguje stále u všech pacientů(není rozbitý)?
9.	Používáte jiný noční a denní režim signalizace? Kdo reaguje na signál? Jak dlouho trvá, než se dostanete k pacientovi?
10.	Zajišťujete doprovod pacienta na WC? Je to dlouhá vzdálenost? Jsou na WC neklouzavé podlahy?

Bezpečí prostředí

Pokoje	Teplota
	Větrání
	Soukromí
	Osvětlení, vypínače
	Úklid
	Překážky
	Noční stolek
	Lůžko
	Signalizace
	Dostupnost osobních věcí
	Kompenzační pomůcky
Jednotka	Osvětlení, vypínače
	Podlaha
	Chodby, schodiště
	Madla
	Koupelna
	WC