

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**PROBLEMATIKA PÁDŮ PACIENTŮ Z POHLEDU
VŠEOBECNÉ SESTRY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLA STIBOROVÁ, DiS.

Praha 2015

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**PROBLEMATIKA PÁDŮ PACIENTŮ Z POHLEDU
VŠEOBECNÉ SESTRY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLA STIBOROVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Stiborová Pavla
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

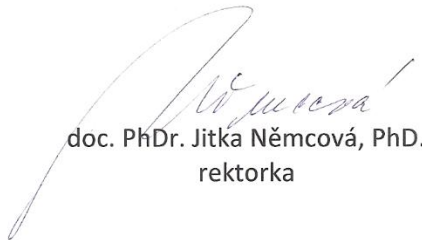
Na základě Vaší žádosti ze dne 6. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Problematika pádů pacientů z pohledu všeobecné sestry

*Die Problematik der Fälle von Patienten aus der Sicht allgemeinen
Krankenschwester*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 3. 11. 2014



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D., za cenné rady a metodické vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, za jejich ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků a v neposlední řadě také vedoucímu managementu Thomayerovy nemocnice za povolení sběru dat.

ABSTRAKT

STIBOROVÁ, Pavla. DiS. *Problematika pádů pacientů z pohledu všeobecné sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.) Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha 2015. 79 s.

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývala problematikou pádů pacientů z pohledu všeobecné sestry. Text se věnoval bezpečnosti pacientů, stanovením indikátorů kvality péče a jejich vyhodnocováním. Dále byly v této části stručně popsány základní lidské potřeby. Následně se bakalářská práce zabývala charakteristikou pádů, jejich definicí, kategoriemi, příčinami, následky a prevencí. Další kapitola poodhalila hlediska, jenž ovlivňují pády. Poslední oddíl teoretické části se zabýval všeobecnou sestrou a její činností v prevenci pádů pacientů. Empirickou část tvořil průzkum, který měl tři cíle: prvním cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry znají rizikové pádu pacienta. Druhým cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry znají vhodný postup při nežádoucí události (pádu pacienta). Poslední třetí cíl měl zjistit, zda všeobecné sestry předcházejí pádům pacientů dle platného pracovního postupu oddělení.

Klíčová slova

Bezpečnost pacienta. Edukace. Prevence. Riziko pádu. Všeobecná sestra.

ABSTRAKT

STIBOROVÁ, Pavla. Dis. *Die Problematik der Fälle von Patienten aus der Sicht der allgemeinen Krankenschwester*. Medizinische Hochschule, gemeinnützige Gesellschaft, Qualifikation: Bachelor (Bc) Betreuer: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha 2015. 79 S.

Diese Arbeit wurde in zwei Teile geteilt. In einen Theoretischen und ein Praktischen. Der theoretische Teil beschäftigt sich mit der Frage der Patientenstürze aus der Perspektive der Pflegekräfte. Text wird der Patientensicherheit, Pflegequalität durch Erarbeitung von Indikatoren und deren Auswertung gewidmet. Weiter werden in dieser kurz die Grundbedürfnisse des Menschen beschrieben. Anschließend beschäftigt sich die Arbeit mit den Eigenschaften der Stürze, deren Definitionen, Kategorien, Ursachen, Folgen und Prävention. Ein weiteres Kapitel enthüllt Aspekte, die die Stürze beeinträchtigen. Das letzte Kapitel des theoretischen Teils befasst sich mit der allgemeinen Krankenschwester und ihrer Rolle in Prävention der Patientenstürze. Den empirischen Teil besteht aus einer Untersuchung, die drei Ziele hatte: Das erste Ziel war festzustellen, ob Krankenschwester die Gefahr eines Sturzes kennen. Das zweite Ziel war es festzustellen, ob Krankenschwestern die geeigneten Verfahren beim unerwünschten Ereignis (ein Sturz) kenne. Das letzte Ziel befasste sich mit der Frage, ob Schwestern in Übereinstimmung mit der aktuellen Workflow der Abteilung die Stürze verhindern.

Schlüsselwörter

Die Patientensicherheit. Bildung. Prävention. Das Sturzrisiko. Allgemeine Krankenschwester.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD	14
1 BEZPEČNOST PACIENTŮ	15
1.1 DEFINICE KVALITY PÉČE	16
1.2 INDIKÁTORY KVALITY PÉČE	17
1.3 VYHODNOCOVÁNÍ KVALITY PÉČE	18
1.4 PLNĚNÍ ZÁKLADNÍCH LIDSKÝCH POTŘEB	19
2 CHARAKTERISTIKA PÁDŮ	21
2.1 DEFINICE PÁDŮ	21
2.2 KATEGORIZACE PÁDŮ	22
2.3 ETIOLOGIE PÁDŮ	23
2.4 DŮSLEDEK PÁDŮ	24
2.5 PREVENCE PÁDŮ	25
3 HLEDISKA OVLIVŇUJÍCÍ VÝSKYT PÁDŮ	27
3.1 VĚK A ZMĚNY NA NĚM ZÁVISLÉ	27
3.2 PORUCHY KOGNITIVNÍCH A SMYSLOVÝCH FUNKCÍ	28

3.3	BOLEST.....	29
3.4	FARMAKOTERAPIE.....	30
3.5	KOMPENZAČNÍ POMŮCKY A ODĚV	30
3.6	NEZNÁMÉ PROSTŘEDÍ.....	31
4	VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJÍ ČÍNNOST V PREVENCI.	33
4.1	VYHODNOCENÍ RIZIKOVÉHO PACIENTA	34
4.2	EDUKACE PACIENTA.....	36
4.3	NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST A JEJÍ HLÁŠENÍ.....	37
5	PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
5.1	METODOLOGIE PRŮZKUMU.....	40
5.2	ANALÝZA DAT.....	41
5.3	DISKUSE	68
5.4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	74
	ZÁVĚR.....	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
	PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů	42
Tabulka 2 Věk respondentů	42
Tabulka 3 Délka praxe	43
Tabulka 4 Dosažené vzdělání	44
Tabulka 5 Pracoviště sester	45
Tabulka 6 Klasifikace pádů	45
Tabulka 7 Nepředvídaný fyziologický pád	46
Tabulka 8 Rizikové faktory na lůžkovém oddělení	47
Tabulka 9 Barthelové test základních denních činností	49
Tabulka 10 Rizikové faktory	50
Tabulka 11 Co patří do rizikových faktorů	51
Tabulka 12 Skupiny léků	52
Tabulka 13 Nežádoucí událost	53
Tabulka 14 Posouzení nežádoucí události	53
Tabulka 15 Činnost	54
Tabulka 16 Bezpečnost pacienta	55
Tabulka 17 Zábrany po pádu	56
Tabulka 18 Informace	57

Tabulka 19 Důvod pádu	58
Tabulka 20 Hlášení nežádoucí události.....	59
Tabulka 21 Otázky pacienta	60
Tabulka 22 Kontinence pacienta	60
Tabulka 23 Oděv a obuv pacienta	61
Tabulka 24 Testy rizika pádu a soběstačnosti pacienta	62
Tabulka 25 Nové informace	63
Tabulka 26 Pohybový režim.....	64
Tabulka 27 Přehodnocování rizika pádu.....	65
Tabulka 28 Identifikační náramek	66

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	42
Graf 2 Věk respondentů	43
Graf 3 Délka praxe.....	43
Graf 4 Dosažené vzdělání	44
Graf 5 Pracoviště sester	45
Graf 6 Klasifikace pádů.....	46
Graf 7 Nepředvídaný fyziologický pád	47
Graf 8 Rizikové faktory na lůžkovém oddělení.....	48
Graf 9 Barthelové test základních denních činností	49
Graf 10 Rizikové faktory	50
Graf 11 Co patří do rizikových faktorů	51
Graf 12 Skupiny léků.....	52
Graf 13 Nežádoucí událost	53
Graf 14 Posouzení po nežádoucí události	54
Graf 15 Činnost	55
Graf 16 Bezpečnost pacienta	56
Graf 17 Zábrany po pádu.....	56
Graf 18 Informace.....	57

Graf 19 Důvod pádu	58
Graf 20 Hlášení nežádoucí události.....	59
Graf 21 Otázky pacienta.....	60
Graf 22 Kontinence pacienta	61
Graf 23 Oděv pacienta	62
Graf 24 Testy rizika pádu a soběstačnosti pacienta.....	63
Graf 25 Nové informace	64
Graf 26 Pohybový režim.....	65
Graf 27 Přehodnocování rizika pádu	66
Graf 28 Identifikační náramek	67

SEZNAM ZKRATEK

ADL	Barthelové test základních všedních činností
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
ECU	Jednotka evropské měny
GCS	Glasgow Coma Scale
IADL	Test instrumentálních všedních činností
MMS	Mini-mental-test
NRS	Numerická škála
R	respondent
RTG	rentgen
SAK	Spojená akreditační komise
TQM	Program kontinuálního zvyšování kvality
TN	Thomayerova nemocnice
USA	Spojené státy americké
VAS	Vizuální analogová škála
ZZ	zdravotnické zařízení

ÚVOD

Problematika pádů pacientů je dnes velice aktuálním tématem. O tomto problému se vedou debaty, konference, semináře, publikují se odborné články, dostává se do médií. Prioritou každého zdravotnického zařízení by měla být snaha o minimalizaci tohoto problému a zvýšení bezpečnosti pacientů, protože pády mohou mít za následek prodloužení hospitalizace, bývají příčinou závažných úrazů, mohou končit trvalými následky a v neposlední řadě i smrtí postiženého. I když bývá všeobecnou sestrou rizikový pacient odhalen včas, tzn. již na ambulanci nebo při příjmu pacienta na lůžkové oddělení, stoprocentního zamezení pádu nelze nikdy dosáhnout. Vždyť upadnout může každý soběstačný, schopný člověk, a to, i bez toho aniž by měl stanovené riziko pádu. K pádu mnohdy stačí jen málo, např. zakopnutí o infuzní stojan, noční stolek na nevhodné straně lůžka nebo nedostatečná edukace pacienta.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn praxí na interním oddělení, kde se s pády všeobecná sestra setká poměrně často. Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Cílem teoretické části je přiblížit kroky ke zlepšení bezpečnosti pacientů, podhalit indikátory kvality péče včetně jejich vyhodnocování. Dále se práce zabývá charakteristikou druhů pádů, seznámením s vnějšími a vnitřními rizikovými faktory, které přispívají k pádům, přiblíží práci sestry v rozpoznání rizikového pacienta a stručně podhalí nežádoucí události, jež jsou dnes velmi diskutovaným tématem. V průzkumné části jsme se snažili zjistit, zda poskytují všeobecné sestry adekvátní péči pacientům v souvislosti s prevencí pádů. Průzkum byl prováděn v Thomayerově nemocnici na interním oddělení. Formou průzkumu, kterou jsme zvolili, byl vlastní dotazník s 28 otázkami. Získaná data jsou zpracována do tabulek a grafů. Výsledky průzkumu budou poskytnuty vedoucímu managementu nemocnice a doufáme, že bude práce sloužit k přiblížení této problematiky dalším zaměstnancům Thomayerovy nemocnice a také studentům zdravotnických oborů.

1 BEZPEČNOST PACIENTŮ

V poslední době došlo v ošetrovatelství a v péči o pacienty k velkým změnám. Důraz není kladen pouze na nemoc, ale zaměřuje se komplexně na člověka jako na bio-psycho-socio-spirituální bytost. Trendem ve zdravotnictví je zvyšování kvality a bezpečnosti hospitalizovaných i ambulantních pacientů. K tomu napomáhají indikátory kvality péče a následné vyhodnocování. Důležité je kvalitu péče stále navyšovat.

Setrvání pacienta v nemocnici či jiném léčebném zařízení je pobyt vysoce rizikový. Většinou není dobrovolný. Pacient je k němu donucen pod tlakem zdravotních obtíží. Hospitalizace se postupně s narůstajícím věkem naší populace zvyšuje a tím se zvyšuje prevence pádů a dohled nad bezpečností pacientů (Marx, 2007).

„Model péče, ve kterém se pacient stává efektivním a aktivním partnerem, je založen na přesvědčení, že poskytování kvalitní péče a jištění bezpečí vyžaduje aktivní participaci pacienta, popřípadě dalších členů jeho rodiny“ (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008, s. 67). Každý člověk si je nejistý v cizím, neznámém prostředí, nemocí se toto navyšuje, dochází k psychické nepohodě, zvyšuje se nervozita. Proto je důležité, aby byl pacient při každém pobytu v nemocnici důkladně seznámen s prostředím, ve kterém bude nějakou dobu pobývat, seznámil se s oddělením a místnostmi pro něj důležitými. Je třeba ho upozornit, kde se nachází inspekce sester, vyšetřovna, WC s koupelnou, jídelna, společenská místnost, jak si přivolat pomoc. Pacient musí být vždy seznámen s právy pacientů a domácím řádem oddělení.

Na laický názor na kvalitu péče a její zvyšování může mít neblahý účinek mediální obraz zdravotnictví, kdy se do popředí dostávají případy poškozených pacientů a příbuzných. Důvěra ke zdravotnictví je velmi křehké a diskutované téma, kdy stačí jedno malé pochybení ze strany lékaře či jiného zdravotnického personálu a velmi těžce se vše napravuje.

1.1 DEFINICE KVALITY PÉČE

„Žijeme v „Tisíciletí kvality“ a kdo ji nemá, není „in“ (KAREŠ et al., 2006, s. 113). Kvalita má mnoho definic. Pod tímto pojmem si každý člověk představí trochu něco jiného. Je to intuitivní pojem. „Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší než ve všech fázích léčebného procesu“ (MADAR, 2004, s. 33).

U nově příchozích poznatků do praxe záleží na hodnotiteli, jak je uchopí a bude s nimi pracovat. Z pohledu obyčejného člověka je kvalita péče vnímána jinak, než z pohledu lékaře, všeobecné sestry, vedoucího pracovníka nemocnice. Závisí na situaci, ve které se člověk nachází, jak je s ním jednáno, na osobních prioritách. Náзор na kvalitu může ovlivnit vzdělání, kultura, zkušenosti z předchozí hospitalizace, věk a pohlaví a v neposlední řadě náročnost pacienta. Je to dynamický a relativní pojem, který se mění v souvislosti s novými vědomostmi a znalostmi. Ale nesmíme zapomínat, že hodnocení musí být komplexní, zaměřené na celek. Dá se měřit. Kvalita zdravotní péče závisí na umění vést tým pracovníků a mít dostatek vzdělání a personálu. Můžeme ji soudit dle toho, jak pacient vnímá ošetrovatelskou péči, zda pozitivně či nikoliv a jestli je prospěšná ke zlepšení zdravotního stavu.

Již autor knihy Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování, Gladkij, popsal oblasti, na které by měla být zaměřena pozornost a co by mělo přispívat ke zvyšování kvality. K těmto oblastem patří: ošetrovatelský proces, daná koncepce ošetřování ve zdravotnickém zařízení, dobře stanovené cíle, určení indikátorů kvality a pracovních postupů, zjišťování spokojenosti pacientů, sledování vyhodnocování stanovených kritérií a cílů (GLADKIJ et al., 1999).

Sledování kvality zdravotní péče je v dnešní době mírně zmatené, každý sleduje kvalitu trochu jinak. Pacienti a různé svazy pacientů pozorují hlavně chyby v poskytované péči, u zdravotních pojišťoven to jsou náklady na péči a samotný stát sleduje převážně demografické údaje (MADAR, 2004).

K zajištění vysoce kvalitní zdravotní péče musí organizace zajistit: vzdělávání pracovníků, technické zajištění, nezbytné organizační zajištění péče atd. Motivací ke zlepšování kvality péče je jistě zájem různých státních orgánů (pojišťovny, samosprávy, státní správa), příspěvkových organizací, samotných pacientů, kteří vyjadřují svou spokojenost s poskytovanou péčí nebo naopak nespokojenost, stížnosti a návrhy na zlepšení péče, vystupování zdravotnických pracovníků a vzhled zdravotnického zařízení (KAREŠ et al., 2006).

Mezi dimenze kvality patří:

- Bezpečnost – vyloučení rizik
- Kompetence – znalosti
- Přijatelnost – péče a služby jsou přípustné pro pacienty a odpovídají nárokům
- Efektivnost – dosažení očekávaných výsledků
- Vhodnost – služby a péče jsou vhodné pro potřeby k pacientů
- Ekonomičnost – ekonomické využití zdrojů
- Dostupnost – čerpání potřebných služeb
- Kontinuita – nabízení koordinovaných služeb
- Včasnost – stupeň péče v době, kdy jí pacient nejvíce potřebuje
- Úcta a vnímavost – respektování studu a lidské důstojnosti (KAREŠ et al., 2006).

Každý člověk hodnotí kvalitu jinak. Záleží na vzdělání, kultuře, životních postojích, ovlivnění jinými lidmi. Jinak ji hodnotí rodič, známí pacienta, ambulantní lékař, učitel nebo vedoucí pracovník nemocnice. Kvalita zdravotní péče je závislá na několika proměnných, například na pracovním prostředí, podnikové kultuře, komunikaci, spokojenosti pacientů (KAREŠ et al., 2006).

1.2 INDIKÁTORY KVALITY PÉČE

V dnešním světě a při současné úrovni zdravotnictví si nedokážeme představit kvalitní ošetrovatelskou péči bez ukazatelů a jejich výsledků, jež jsou dostatečně dobrým a důležitým podnětem ke zlepšování kvality zdravotní péče.

Indikátor je ukazatel, měřitelné kritérium, který ukazuje, zda bylo dosaženo cíle a do jaké míry.

Vlastnosti indikátorů:

- Smysluplnost
- Indikátor je číslo
- Zaměření na pozitivní či negativní jev
- Cílem jsou lékaři, sestry, proces
- Výsledek musí být porovnatelný
- Vztahují se na proces, strukturu a výstup péče

Mohou se týkat procesu, to znamená, že měří efekt úrovně ošetrovatelské péče, procento nozokomiálních nákaz, fyzický stav oddělení. Dále jsou indikátory struktury se zaměřením na technické vybavení oddělení, počet pracovníků, kvalifikaci lékařů a sester. Ukazatelé výstupu mají zaměření na počet stížností a kvalitu, určení diagnózy, náklady na lůžko/den (KAREŠ et al., 2006).

1.3 VYHODNOCOVÁNÍ KVALITY PÉČE

Každá nemocnice v České republice a ostatních státech světa by měla sledovat a hodnotit kvalitu poskytované zdravotnické péče a podílet se na zlepšování péče v praxi a zvyšování kvality. Prostředkem jsou pracovní postupy (standards) a audity. Pracovní postupy jsou normy pro personál. Nejsou stálé, mění se v závislosti na vývoji medicíny a techniky.

Zdrojem k vyhodnocení kvality péče je zjišťování spokojenosti nebo nespokojenosti hospitalizovaných pacientů, výsledky auditů, externí odborníci. Ti se tak mohou dobrovolně vyjádřit ke kvalitě nejčastěji formou dotazníků. Spokojenost patří mezi nejdůležitější kritéria kvality. Hospitalizovaní pacienti mnohdy sledují komunikaci a komunikační schopnosti lékařů a sester. Hodnotí vystupování, jednání a vstřícnost. V neposlední řadě se spokojeností pacientů a jejich následným názorem na kvalitu péče souvisí čistota oddělení, dostupnost pomůcek a vybavení. Osobně se jich dotýká, jak rychle jsou ošetřeni, jak rychle jsou uspokojovány bio-psycho-socio-spirituální potřeby.

Monitorování se účastní všechna ZZ stejně, tak, aby vyhodnocování proběhlo objektivně a kvalitně (KAREŠ et al., 2006).

„Každá nemocnice by měla monitorovat, vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče a zavádět do praxe Program kontinuálního zvyšování kvality (TQM). Nástrojem TQM je standardizace a audity (systematické prověřování, zda reálně poskytovaná zdravotní péče odpovídá profesionálním standardům)“ (KAREŠ et al., 2006, s. 114).

1.4 PLNĚNÍ ZÁKLADNÍCH LIDSKÝCH POTŘEB

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychické, sociální nebo duchovní“ (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 12). Neuspokojení některé potřeby může vyústit v homeostatickou nerovnováhu nebo nemoc. Ve zdravotnickém zařízení k naplnění základních potřeb pacienta napomáhá sestře ošetrovatelský proces, kdy dochází k systematickému posouzení pacienta a k rychlému zjištění potřeb, které nemá pacient saturované. Snahou léčby a ošetrovatelské péče je rozpoznat primární a sekundární potřeby. K dobré saturaci přispívá správná informovanost pacienta o všech úkonech, postupech léčby a poskytované péči. K naplnění potřeb je důležité motivovat pacienta, podporovat ho. Zajistit kontakt s rodinou, aktivně ho zapojit do léčby. Toto vše přispívá k psychické pohodě člověka a je základem i pro prevenci pádu (TRACHTOVÁ, 2013).

Každý autor se na lidské potřeby zaměřuje z jiného úhlu. K největší shodě dochází u fyziologických potřeb a potřeb bezpečí a jistoty. To jsou základní a nejdůležitější potřeby, bez nich se nemohou naplnit další. K neznámějším autorům, kteří se zabývají lidskými potřebami, patří A.H. Maslow.

- Hierarchie potřeb podle A.H. Maslowa

A.H. Maslow byl významný americký psycholog a první prezident Společnosti pro humanistickou psychologii. Vytvořil teorii motivace, z níž vychází hierarchie

potřeb (viz Příloha A). Zde se upíná na těsné propojení psychologie a filozofie. Každý člověk má svoji individuální hierarchii potřeb, některé jsou upřednostněny před jinými. Vytvořil dvě základní kategorie a to D-potřeby (odstranění nějakého nedostatku) a B-potřeby (vedou k dosažení určitého cíle). Pouze chvíli má jedinec uspokojeny všechny potřeby. Vždy po naplnění jedné, jde do popředí druhá. Je to nekončící řetězec. A.H. Maslow věřil, že lidé jsou schopni uspokojovat potřeby i v případě, kdy se jim do cesty nepostaví překážka. Při dlouhodobém nenaplňování potřeb může vznikat frustrace jedince a docházet k psychickým změnám (TRACHTOVÁ, 2013).

2 CHARAKTERISTIKA PÁDŮ

Pády pacientů ve zdravotnictví jsou velmi aktuálním tématem a bohužel nedílnou součástí procesu léčby ve zdravotnických zařízeních. I přes snahu o jejich minimalizaci se tomuto jevu neubráníme. Patří do takzvaných nežádoucích (mimořádných) událostí, které mohou často končit poškozením zdraví pacienta, prodloužit dobu hospitalizace, zkomplikují základní onemocnění, finančně zatíží zdravotnické zařízení, poškodí majetek a v neposlední řadě mohou končit trvalými následky nebo úmrtím pacienta. Zdravotnický personál musí k jednotlivým pacientům přistupovat individuálně a vždy vyhodnotit riziko pádu, jelikož se na pád pacienta může pohlížet jako na pochybení ošetřujícího personálu. V úsilí o snížení četnosti pádů vznikají nové indikátory kvality péče a pracovní postupy, související s problematikou pádů pacientů, dále probíhají různá výzkumná šetření, audity na pracovištích a školení zdravotnických pracovníků ke zdokonalení jejich odbornosti v této oblasti.

Pád je hodnocen jako symptom, který by měl vést ke komplexnímu vyšetření nemocného. Riziko pádu bývá ovlivněno věkem pacienta. Nejvíce jsou ohroženi lidé ve věku nad 65 let, a ti, kteří využívají kompenzační pomůcky. Mnohdy může docházet k pádům vzájemným působením dvou činitelů, a to vnitřních rizikových faktorů a vnějších rizikových faktorů (viz dále). Pády v domácím prostředí se řadí mezi nejčastější příčiny ošetření člověka na ambulanci a spadají do traumatologických hospitalizací pacienta. Důležité je zmínit, že pády se netýkají jen starších pacientů nebo pacientů po operacích, zmatených či v deliriu. S pády se setkáváme i na dětských klinikách. Děti, které se učí chodit, nedokáží si zavolat pomoc, nedosáhnou na signalizační zařízení, jsou také ohrožené. V nemoci je složité udržet hyperaktivní, temperamentní děti v lůžku, a tak se zvyšuje tendence k pádům.

2.1 DEFINICE PÁDŮ

Definici pádu je obtížné stanovit. Autoři odborné literatury se málokdy shodují. „Obecně přijata nebyla žádná definice pádů, proto pády zůstávají definovány a také

hlášeny různými způsoby“ (MARX, 2007, s. 21). Pro bezpečnost pacientů v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních je podstatné, aby měli stanovenou přesnou a jasnou definici pádu, podle níž se řídí a mohou analyzovat jejich frekvenci a komplexně přistupovat k řešení tohoto problému. Důležitým momentem ve stanovení definice je, zda sem zahrnout asistovaný pád či nikoliv.

Zde jsou některé z uznávaných definic podle Joint Commission Resources:

- „Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze.
- Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo nižším povrchu (se svědkem), nebo takovouto událost oznámí (bez 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“ (MARX, 2007, s. 21).

2.2 KATEGORIZACE PÁDŮ

Existuje několik klasifikací pádů. Je na každém zdravotnickém zařízení, kterou kategorií se bude řídit, jaké dá přednost. Asi nejvíce frekventovaná je klasifikace pádů dle J. Morse, která je dělí do třech základních skupin.

- Náhodné pády – při nich dochází u pacienta k nahodilému pádu například uklouznutím, sesunutím k zemi. Jejich příčinou mohou být špatné kompenzační pomůcky, obuv, mokrá podlaha.
- Nepředvídané fyziologické pády – tyto pády nejsou ovlivnitelné rizikovými faktory. Vznikají na podkladě synkopy, epileptického záchvatu, nevolnosti.
- Předvídané fyziologické pády – stávají se u pacientů, kteří jsou podle škály rizika pádu ohroženi. Mají v anamnéze poruchu chůze, používají pomůcky, jako jsou hole a chodítka (MARX, 2007).

Jak uvádí J. Morse, až 14% pádů v nemocnicích je náhodných (MORSE in MARX, 2007).

Velmi často používaná klasifikace pádů je dle vnějších a vnitřních rizikových faktorů - tzv. mechanické a symptomatické, kde je zohledněna komplexní interakce. Zde je podstatné, v jakém prostředí a za jakých okolností člověk žije a pohybuje se. Nikdy nelze srovnávat domácí a zdravotnické prostředí (MARX, 2007).

E. Růžička předkládá jinou klasifikaci pádů, kdy pády dělí:

- Pády zhroucením – postižený ztrácí svalový tonus ve stoji či chůzi a klesá k zemi.
- Pády skácením – postižený klesá k zemi bez obraných reakcí, je zde porucha rovnováhy.
- Pády zakopnutím – tento typ se objevuje u tzv. šouravé chůze, Parkinsonovy choroby nebo u frontální apraxie chůze. Pacient směřuje pádem dopředu.
- Pády zamrznutím – noha „ztuhne“ a tělo pokračuje v pohybu.
- Nediferenciované pády – nelze je nikam jednoznačně zařadit, příčina může být v nepozornosti postiženého (RŮŽIČKA in KALVACH, 2004).

2.3 ETIOLOGIE PÁDŮ

K distabilitě a následnému pádu dochází tehdy, když jedinec není schopen vykonávat sám určitou činnost, která odpovídá jeho věku. Uklouznout nebo upadnout může každý člověk, ale větší předpoklady mají starší lidé s různými poruchami stability. K základním příčinám pádů patří: poruchy zraku a sluchu, akutní onemocnění, zmatenost a špatný psychický stav pacienta, neznámé prostředí, komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem, medikace, oslabené svalstvo, nedostatečná rehabilitace. Mezi základní příčiny pádu řadíme i instabilitu, jež je typickým geriatrickým syndromem a nejčastěji se projevuje jako průvodní jev polymorbidity. Z medicínského hlediska ovlivňují stabilitu především onemocnění CNS, infekce močových cest, infarkt myokardu (MARX, 2007).

K významným činitelům v oblasti pádů můžeme zařadit i požívání alkoholu a následné abstinenční stavy, kdy člověk vykazuje psychické a fyzické symptomy. Objevují se neklid, poruchy soustředění, ztráta orientace v prostoru a rovnováhy, problém s chůzí a řečí, bolesti hlavy, třesy a další. V deliriu tremens již ztrácí schopnost orientace místem, časem i osobou, dochází k halucinacím, poruše vědomí a mnohdy ke zranění způsobeném pádem. Člověk si po „opileckém stavu“ nepamatuje, kde přišel ke zranění, a je těžké zjistit mechanismus pádu. V domácím prostředí dochází k pádům v souvislosti s nedostatečným dodržováním pitného režimu a dehydratací, slabostí z důvodu špatné stravy a oslabením organismu, nepřiměřeným odpočinkem a denní aktivitou, přeceněním svých sil a osamocněním.

2.4 DŮSLEDEK PÁDŮ

Následky pádů a jejich komplikace přibývají s věkem postiženého, nejzávažnější bývají u osob starších 80 let.

U většiny postižených po pádech bývá na prvním místě strach, jenž postupně u pacienta narůstá a může se objevit při sebemenším pohybu. Člověk tak ztrácí jistotu v sama sebe, podceňuje se, odmítá jakýkoliv pohyb, bojí se bolesti. Straní se svému okolí. Mnohdy si nechce přiznat, že za pád nemůže stáří, ale nemoc. Z tohoto důvodu nejde k lékaři, který se o něm nedozví a nemůže se najít základní příčina problému.

Dopad pádu na pacienta bývá různý. Pacient může mít jen oděrku či „bouli na hlavě“, ale také si při pádu může zlomit např. krček stehenní kosti, což je velmi časté. Dále může dojít ke vzniku imobilizačního syndromu, kdy se pacient po zkušenosti s pádem upoutá na lůžko, dostane strach z pohybu, nevěří si, ztrácí svalovou aktivitu. Přidružují se komplikace jako je hypoventilace s bronchopneumonií, kardiovaskulární choroby, rozvoj dekubitů, poruchy vyprazdňování. Ze soběstačného člověka, se tak během chvíle stává zcela závislý a odkázaný na pomoc zdravotnického personálu a příbuzných. Tento stav se velmi těžce napравuje a trvá několik měsíců.

Pády zatěžují zdravotnické zařízení finančně, prodlužují hospitalizaci pacienta, přičemž je ekonomické zatížení celkem velké. Spočívá v prodloužení hospitalizace a následné rehabilitaci s úhradou další léčby zdravotní pojišťovnou, zajištěním pomůcek na léčbu. Při propuštění je to napsání předpisu a úhrada léků, zajištění péče v domácím prostředí, pomoc komunitní sestry.

Například v USA byly náklady v souvislosti s léčbou pacientů po úrazech spojených s pádem v roce 1994 vyčísleny na 22,2 miliardy dolarů a roce 2020 je předpoklad dokonce 32,4 miliardy dolarů (MARX, 2007).

V letech 2011-2012 byl opětovně spuštěn projekt Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů. Cílem projektu je sledování mimořádných událostí, získání nových a aktuálních dat k přepracování dosavadního standardu: Prevence a péče o pacienty v souvislosti s pády, vzdělávání zdravotnických pracovníků v této problematice. Tento projekt se poprvé uskutečnil v roce 2002, kdy jej koordinovala Fakultní Thomayerova nemocnice (nyní Thomayerova nemocnice). První výsledky tohoto projektu byly zveřejněny již v letech 2002–2003, kdy se zúčastnilo celkem 15 zdravotnických zařízení. V roce 2010 dokonce 38 zařízení (SVOBODOVÁ, 2013).

„Zdravotníci během sledování indikátoru kvality Pády u hospitalizovaných pacientů v letech 2011 a 2012 zaznamenali z celkového počtu 1 545 504 hospitalizovaných pacientů 16 218 pádů (1 %); z toho pádů s lehkým zraněním 4800 (30 %), se zraněním těžkým 1417 (9 %)“ (SVOBODOVÁ, 2013, s. 28).

2.5 PREVENCE PÁDŮ

Cílem v prevenci pádu je snaha o vytvoření bezpečného prostředí v nemocnici, doma a ambulancích lékařů. Na tomto se podílí celý zdravotnický tým. Důležité je pacienta neomezit v jeho běžných denních aktivitách, zachovat soběstačnost a mobilitu, v činnostech ho podporovat a to i v případě, že je stanoveno riziko pádu. Věnovat dostatek času jeho potřebám. Do prevence se mohou zapojit příbuzní a rodina. Vhodně cílená edukace pacienta a příbuzných má velký podíl na zvýšení bezpečnosti.

Ve zdravotnickém zařízení je vhodné zapojit rehabilitaci s fyzioterapeutem do léčebného režimu na podporu a posílení svalstva končetin, zlepšení pohyblivosti kloubů a zlepšení fyzické kondice. Cviky na podporu rovnováhy, správného vstávání z lůžka a podlahy. Je vhodné pacienta podporovat ve cvičení i mimo čas strávený s fyzioterapeutem. K pomoci zachování soběstačnosti můžeme pacientovi doporučit kompenzační pomůcky, jako jsou hole, chodítka, a správně ho o používání pomůcek edukovat.

Výživa v rámci prevence je také důležitá. Je nutné předcházet obezitě, aby netrpěly klouby nepřiměřenou zátěží, ale naopak také kachexii. Hlavně lidé ve vyšším věku by měli mít přiměřené stravovací návyky, pravidelný, vyvážený stravovací a pitný režim. Důležitým faktorem, který se musí vždy zhodnotit je farmakoterapie, kdy mohou mít léky negativní vliv na bezpečí pacienta. Pro management zdravotnického zařízení je podstatné, aby jeho personál důkladně znal pracovní postup určený k prevenci pádů pacientů, uměl jím aktivně předcházet. Účinnou prevencí v oblasti pádů je stanovení rizika pádu u jednotlivých hospitalizovaných pacientů při příjmu a dále dle platného pracovního postupu daného zdravotnického zařízení.

3 HLEDISKA OVLIVŇUJÍCÍ VÝSKYT PÁDŮ

Faktory ovlivňující pády dělíme na vnitřní a vnější rizikové faktory. Vnitřní faktory mohou být ovlivněné kvalitou poskytované péče. „Mnohé z nich jsou spjaty se změnami závislými na věku pacientů: předchozí pád, porucha zraku, nejistá chůze, pohybový aparát, duševní stav, akutní a chronická onemocnění“ (MARX, 2007, s. 24). Každého jedince tyto faktory ovlivňují jinak. Některé můžeme vůlí alespoň částečně omezit, ale je to velmi těžké. Mezi vnitřní rizikové faktory, jež hrají roli v pádu pacienta, řadíme i malnutrici. Nedostatek živin má za následek podvýživu, která se odráží na úbytku svalové hmoty (MARX, 2007).

Zevní rizikové faktory jsou závislé na prostředí. Ve většině případů se dají předem odstranit nebo alespoň omezit. K nejčastějším vnějším rizikovým faktorům pádů zařazujeme neznámé prostředí, nevhodný oděv a obuv, farmakoterapii, kompenzační pomůcky.

V domácím prostředí k pádům přispívá malý prostor, různé koberečky a dečky na podlaze, křesla (hluboká, nízká, měkká), nerovnosti na podlaze nebo kluzká podlaha. Nevhodné jsou elektrické vodiče umístěné na podlaze.

3.1 VĚK A ZMĚNY NA NĚM ZÁVISLÉ

S nastupujícím věkem člověka dochází k řadě neovlivnitelných změn. Stárnutí je nezvratný proces každého individua, při němž postupně nastupují funkční změny a degenerativní změny v těle. Tělo ztrácí svoji pružnost, ochabují svaly, ubývají tkáně a jejich struktury, snižuje se látková výměna, dochází k poklesu funkce orgánů, přibývá změn na cévách, ubývají mozkové buňky. Pozastavuje se tvorba některých hormonů. Zpomaluje se gastrointestinální trakt a dýchací aparát. K patologickým stavům, které vedou k častějším příčinám pádů ve stáří, patří osteoporóza, artritida, periferní neuropatie, zlomeniny krčku stehenní kosti, CMP. Dochází ke zhoršené adaptabilitě na nové prostředí. Zhoršuje se koordinace pohybu a chůze. Krok se zkracuje, tělo se více kymácí.

Postupně geront ztrácí soběstačnost, nezvládá běžné denní aktivity a zůstává závislý na druhém. S tím souvisí zhoršování psychického stavu. Člověk si připadá méněcenný, na obtíž, má strach z budoucnosti. S narůstajícím věkem se pády zvyšují a jsou příčinou k hospitalizaci nebo jejímu prodloužení (MARX, 2007).

Pro nás zdravotníky by měly být na předním místě v prioritách v péči o seniory a prevenci pádů znalosti o involučních změnách ve stáří, minimalizovaný zbytečný přesun těchto pacientů ať už se jedná o diagnostická vyšetření či jiné služby, zachování důstojnosti pacienta a začlenění rodiny do péče o něj.

3.2 PORUCHY KOGNITIVNÍCH A SMYSLOVÝCH FUNKCÍ

„Kognitivní (poznávací) funkce jsou ty funkce, které nám umožňují výběr a zpracování informací tak, abychom se přizpůsobili svému okolí, svému prostředí“ (KALVACH et al., 2008, s. 84). Do kognitivních funkcí řadíme příjem informací, jejich podržení, integraci a třídění, učení a paměť, myšlení a expresivní funkce. V případě poruchy některé z těchto funkcí dochází k poruše motivace a vůle, jednání a plánování činností. Včasná diagnostika poruch kognitivních funkcí napomáhá k odhalení demence či lehkých poruch poznávacích funkcí (KALVACH et al., 2008).

Porucha paměti spočívá v poruše vstřípivosti, přesnosti, objevují se neúmyslné paměťové plagiáty. Porucha myšlení - zde je významná porucha deklarativní paměti, kdy se obsah vyjadřuje slovy. V prvních stádiích poruchy myšlení se objevuje ztráta soudnosti a logického a abstraktního uvažování. Porucha řečových schopností plně navazuje na porušené myšlení. Objevuje se zhoršené vyjadřování. Lidé takto postižení, nevyjádří, co chtějí, hledají slova, nejsou schopni zformulovat celou větu. Pacient s těmito problémy ztrácí trpělivost, bývá nervózní. To může vést k nechtěnému rychlému a nekoordinovanému pohybu a následnému pády. Přibývají poruchy koncentrace (KALVACH et al., 2008).

Ke kognitivním poruchám se přidává porucha orientace, kdy se ztrácí orientace v čase, vlastní osobě a prostoru. Toto bývá obvyklým příznakem Alzheimerovy choroby.

Stavy zmatenosti se opakují stále více. Tyto faktory jsou pro pacienty velmi nebezpečné a při změně prostředí se znásobují. Ošetrovatelský personál musí zajistit co nejbezpečnější prostředí pro pacienta a minimalizovat rizika úrazu. Ze smyslových funkcí je pro nás nejpodstatnějším aspektem zrak. S přibývajícím věkem se zhoršuje a člověk ztrácí prostorovou orientaci (KALVACH et al., 2008)

3.3 BOLEST

Bolest je velmi významný vnitřní rizikový faktor, jenž ovlivňuje stav pacienta a následný pád. Prevence bolesti nebo její léčba by měla být prioritou, jak pro sestru, tak pro lékaře. Pacientovi musíme za každých podmínek bolest věřit. Považujeme ji za negativní, nepříjemnou zkušenost, která má vztah k porušení tkání (aktuální nebo potencionální). Je to subjektivní prožitek, který každý člověk vnímá individuálně, nelze objektivně změřit. Je to komplexní prožitek v rámci psychologické, biologické a sociální oblasti jedince (VAŇÁSEK et al., 2014).

Pro získání informací o bolesti je klíčový anamnestický rozhovor, kdy pacient popíše druh a délku bolesti, faktory přispívající k úlevě a naopak faktory vyvolávající zhoršení bolesti. Podstatné informace získáváme z farmakologické i sociální anamnézy (VAŇÁSEK et al., 2014).

Z technik k hodnocení bolesti se nejčastěji používá Vizuální analogová škála (VAS), Numerická škála (NRS), Verbální škála bolesti, Škála obličejů bolesti. „Stěžejní role v prožívání bolesti a toleranci k ní je přisuzována úzkosti a strachu. Úzkost, strach a tenze bolest zhoršují“ (JANÁČKOVÁ, 2007, s. 18). Pokud je člověk v dobré psychické kondici, bude bolest snášet lépe a naopak. Bolest u starších a nemohoucích polymorbidních pacientů prodlužuje dobu hospitalizace a stává se nežádoucí komplikací. Léčba bolesti se dělí na analgetickou, anesteziologickou a nefarmakologickou, do níž řadíme rehabilitaci, doplňkovou terapii, kognitivní a behaviorální terapii.

3.4 FARMAKOTERAPIE

„Průměrné výdaje za léky na jednoho obyvatele v evropských zemích se zvýšily v ambulantní sféře od roku 2000 do roku 2004 ze 188,8 na 250,9 ECU (z angl. European Currency Unit, Jednotka evropské měny), tj. o 32,9%. V České republice ve stejném období došlo k nárůstu o 38,7%, tj. ze 64,8 na 89,9 ECU (FIALOVÁ, 2007 S. 18). Tím pádem narůstají chyby při užívání léků pacientem i při předepisování farmak lékaři. Se stárnutím a polymorbiditou je spojen termín polypragmatie, kdy pacient užívá několik druhů léků souběžně, ztrácí přehled a dochází k chybnému dávkování léků hlavně v domácím prostředí (FIALOVÁ, 2007).

„Je třeba si uvědomit, že účinek léčiv ve stáří je poznamenán řadou změn významným způsobem ovlivňujících zejména farmakokinetiku, ale i farmakodynamiku léčiv“ (MARTÍNKOVÁ et al., 2007, s. 61.). S přibývajícím věkem se zhoršuje resorpce léků a jejich vylučování. Interakce léků mají často za následek zmatenost, poruchy orientace, špatnou koordinaci těla. Tyto faktory vedou ke zvýšení rizika úrazů pacientů.

3.5 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY A ODĚV

Kompenzační pomůcky v převážné většině používají lidé starší, tělesně a zrakově postižení, kterým usnadňují běžný život a denní aktivity. Kompenzační pomůcky zpravidla dělíme na pomůcky pro osobní hygienu, přesuny a lokomoce (berle, chodítka vozíky, hrazdičky), pomůcky pro sebesycení a oblékání (nazouváky, lžice do bot).

Ve zdravotnickém zařízení je klíčové dělat průběžnou revizi technického stavu těchto pomůcek, aby nedocházelo ke zranění pacientů. Na oddělení, kde se pacienti seznamují s novými pomůckami, které budou potřebovat, je vhodné mít dobře zaškolený zdravotnický personál, jenž je důkladně edukuje o výhodách používání a pozitivně nakloní pacienty k aktivnímu používání pomůcek. Pacienti se nejčastěji v nemocnicích setkávají s holemi a francouzskými holemi, chodítky, vozíkem a madly na chodbě, WC nebo koupelně. U tohoto posledního bodu je vhodné říci, že se madla uchycují ve standardní výšce a pro některé pacienty jsou vysoká, nebo naopak nízká a následně i proto

mohou vznikat náhodné pády. Při používání kompenzačních pomůcek typu francouzské berle nesmíme opomínat nastavení správné výšky, aby pacient netrpěl bolestmi zad, berle dobře seděly v podpaží a netvořily se otlaky.

Riziko pádu a úrazu u lůžka pacienta podporují nesprávně uchycené hrazdičky a zábrany, kdy je pacient může svépomocí sundat, popřípadě nízké zábrany přelézt. Dále je to signalizační zařízení umístěné na nevhodném místě, pacient na něj nedosáhne a snaží se dovolat pomoci jiným způsobem. Příčinou pádů bývá nesprávná technika vstávání z lůžka a přesun z lůžka na vozík, kdy se u pacienta mnohdy projeví ortostatická hypotenze.

V rámci zdravotnického zařízení sem zařazujeme polohovací lůžko s antidekubitními pomůckami. Antidekubitní pomůcky zabraňují vzniku proleženin, pomáhají prokrvit tělo a jsou často nápomocny při rehabilitaci pacienta a navrácení jeho soběstačnosti. Snad pro každého zdravotnického pracovníka je důležité umět dobře edukovat pacienta o správné manipulaci s lůžkem, zkontrolovat řádné zabrzdění lůžka a v případě nutnosti připevnit zábrany. Je nutné zmínit, že uvedené pomůcky usnadňují práci ošetrovatelskému personálu a pacientovi navrací soběstačnost. Včasné zapojení pacientů do léčby a rehabilitace během onemocnění napomáhá k prevenci úrazů a pádů. K zevním rizikovým faktorům pádu pacienta řadíme i nevyhovující obuv a oděv. Za nevhodnou obuv lze označit takovou, která má kluzkou podrážku, není pevná a noha se v ní volně pohybuje (pantofle bez pásku přes patu). Dále obuv na vysokém podpatku nebo úplná absence obuvi, kdy pacient chodí v ponožkách. Problém může vytvořit i příliš dlouhá tkanička, kdy ji lehce pacient přišlápne (HUDÁKOVÁ et al., 2014).

3.6 NEZNÁMÉ PROSTŘEDÍ

Pacient se po přijetí do zdravotnického zařízení dostává do cizího prostředí. Mění se jeho role, ztrácí svoji soběstačnost. Ztrácí soukromí, na které je zvyklý. Nemá přehled o rozmístění věcí a přestává se orientovat, tak jako tomu je doma.

Je důležité pacienta řádně edukovat o rozmístění věcí, ukázat mu skříň, kam si uloží své věci, provést ho po oddělení. K lůžku mu připravit nezbytně nutné věci, jako jsou tekutiny, osobní potřeby, bez kterých se neobejde. To vede k co minimalizaci zbytečného pohybu okolo lůžka s rizikem následného pádu. Dále je nutno zajistit na noc lampičku a dostatečné osvětlení k lůžku. Pokud je to možné, je dobré přizpůsobit pokoj pacientovi, například umístit noční stolek na stranu lůžka, kde je to pacientovi pohodlnější, ale zachovat dostatek místa na průchod. Dbát na čistou a suchou podlahu, vyvarovat se rozlitym tekutinám. Pokud jsou v rámci oddělení schody, musí být označeny kontrastní páskou, z obou stran je zábradlí.

4 VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJÍ ČINNOST V PREVENCI

Všeobecná sestra (dále jen sestra) je v podstatě nejdůležitějším článkem zdravotnického týmu v prevenci pádu pacienta a jeho nepostradatelnou součástí. S pacientem je v neustálém kontaktu, tráví s ním nejvíce času. Vzdělaná a zkušená sestra při příjmu pacienta odhalí většinou nejpodstatnější rizikové faktory, které ovlivňují stabilitu pacienta a mohou způsobit následný pád. Sleduje jak verbální, tak nonverbální komunikaci, chování pacienta, jeho fyzický a psychický stav. V prevenci pádů je nutná dobrá komunikace zdravotnického týmu, a to jak s lékařem, tak i s nelékařským personálem (fyzioterapeut, sanitář,...), předávání informací o pacientovi, zapisování do dokumentace. Významnou součástí určení rizikového pacienta je označení barevným náramkem, jenž každému zdravotníkovi ihned napoví, na co si dát pozor (dále viz podkapitola 4.1). Důležitý je při různých vyšetřeních, kdy personál pacienta nezná.

Prevence pádů na lůžkovém oddělení ovlivňuje i nedostatek personálu, kdy sestra vykonává činnosti nad rámec svých povinností, tím pádem nemá dostatek času na samotného pacienta. „Ve studii, která byla provedena v USA v Pensylvánii a které se zúčastnilo více než 50 % všech sester, tým výzkumníků zjistil, že 35 % sester muselo občas vykonávat úklidové práce, 42 % sester se občas podílelo na roznášení nebo uklízení jídelních tácků a 45 % sester se muselo občas věnovat převozu pacientů“ (ŠKRLA, 2005, s. 37). Tento jev známe i z našich zdravotnických zařízení, kdy se k němu mnohdy připojují i další činnosti jako je shánění materiálu na jiných odděleních, léků atd. S tímto problémem souvisí i přibývání administrativních úkonů, nárůst dokumentace pro sestry, která zabírá čím dál více času a pacienta jako takového odsouvá v práci sestry do pozadí. Včasná rehabilitace a znovuzapojení pacienta do běžných denních aktivit po dlouhodobém upoutání na lůžku je vhodná pro psychiku a znovuoobnovení fyzické kondice.

4.1 VYHODNOCENÍ RIZIKOVÉHO PACIENTA

„Stupeň soběstačnosti může sestra zjišťovat odhadem a pozorováním pacienta při provádění činností denního života. K přesnějšímu kvantitativnímu vyjádření funkčního potenciálu mohou sestře pomoci různé měřicí techniky, které jsou užitečné pro stanovení vhodné individualizované ošetrovatelské péče zejména u dlouhodobě nemocných a starších pacientů“ (STAŇKOVÁ, 2006, s. 32-33). K základním měřicím a hodnotícím technikám používaným v nemocnicích patří Barthelové test základních všedních činností (ADL), (viz dále). Poté jeho rozšířená verze IADL - test instrumentálních všedních činností, kdy se hodnotí schopnost telefonování, domácí práce, zvládnutí nakupování, vaření, finance, práce kolem domu, transport, užívání léků. Tato verze se používá v komunitní péči a domácím prostředí pacienta. U pacientů s poruchou vědomí je nutné zhodnotit stav pomocí GCS – Glasgow Coma Scale (otevření očí, slovní odpověď, reakce na bolest). Pro měření kognitivních funkcí je to Folsteinův test kognitivních funkcí - MMS – Mini-mental-state test (orientace, paměť, pozornost a počítání, krátkodobá paměť, jazyk). Škála deprese pro geriatrického pacienta je v prevenci pádů významná. Pro zjištění kvality pohybu by měla sestra znát Gaitův funkční test-viz níže (STAŇKOVÁ, 2006).

Ve zdravotnickém zařízení jsou stanoveny přesné hodnotící škály, podle nichž se sestry řídí, ty se mohou dle nemocnice nebo oddělení mírně lišit. Jiné hodnotící škály budou používat na geriatrických lůžkových odděleních a jiné na chirurgických odděleních. K vyhodnocení rizikového pacienta napomáhá i Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové, kde je pro prevenci pádů důležité vyhodnocení tělesného stavu, pohyblivost a schopnost spolupráce. Při každém příjmu pacienta na lůžkové oddělení se provede v ošetrovatelské dokumentaci screeningová metoda ke zjištění rizika pádu. Významným faktorem k vyhodnocení rizikového pacienta je čas. Dalším krokem v prevenci pádu je pravidelné přehodnocování rizika pádu, jež se řídí dle pracovního postupu oddělení a jeho včasné přehodnocení v případě změny stavu pacienta. Vše se zaznamenává do dokumentace a nesmí být opomenuto ústní předání změny dalším pracovníkům oddělení a nově příchozí službě. Dle vyhodnocení rizika na škále se

upravuje ošetrovatelský plán péče, sestra se zaměřuje na rizikovou část a vede pacienta k aktivnímu přístupu k léčbě. Některým pádům lze předem zabránit, jde o pády, které jsou ovlivnitelné přizpůsobením prostředí pro pacienta.

V případě pádu pacienta, který nebyl předem vyhodnocen jako rizikový, je vhodné se jej důkladně vyptat na příčinu pádu, okolnosti, které k němu vedly, přítomnost rizikových faktorů, pokud je to možné. Po pádu je mnohdy nutné zajistit mezioborovou péči, kdy nestačí pouze kontrola pacienta jedním lékařem, ale spolupracuje se například s chirurgií, neurologií, pracovištěm RTG.

Ke správné identifikaci rizikového pacienta směřuje pravidelné školení a vzdělávání pracovníků v problematice pádů a opatření pro jejich zamezení. Zdravotnický pracovník by měl chápat a znát fyziologii a rizikové faktory pádů pacientů. (MARX, 2007)

- Barthelové test základních všedních činností

V rehabilitaci a ošetřování pacienta je uznávaný test Barthelové, jenž byl vytvořen roku 1965 Barthelovou a Mahoneyovou nejprve k vyhodnocování funkční zdatnosti a míry soběstačnosti u chronických neurovaskulárních a muskuloskeletárních onemocnění v USA ve městě Maryland. Poté se rozšířil i do jiných odvětví medicíny a využívá se k hodnocení pacientů s poruchou stability. Tento test odhaluje způsobilost k činnostem jako je příjem potravy, oblékání, hygiena, koupání, chůze po rovině a po schodech, kontinence, použití WC, přesuny z lůžka do křesla a zpět. Jeho výhodou spočívá v hodnocení běžných aktivit, ale nezaměřuje se na psychickou stránku nemocného. K jeho doplnění můžeme použít IADL. Nejvyšší možné hodnocení je 100 bodů. Ukázka testu, viz Příloha B. Někdy dochází ke zkreslení testu, a to v případě, kdy není z technických důvodů ve zdravotnickém zařízení možné, aby byl pacient soběstačný.

- Gaitův funkční test

Tento test slouží k určení rovnováhy pacienta a prevenci pádů. Nejčastěji je používán na geriatrických odděleních. Test je velmi rychlý a časově nenáročný. Pokud je hodnocení testu pozitivní, musí sestra vykonat preventivní opatření dle zvyklostí pacientů, aby zabránila pacientovu pádu (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008).

„Test probíhá následovně:

1. Požádejte pacienta, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte pacienta, aby přešel napříč místností a aby se otočil.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil ke své židli a aby se na ni opět posadil“ (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008, s. 61-62).

Pokud všechny požadavky pacient vykoná, je výsledek negativní (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008).

4.2 EDUKACE PACIENTA

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

Během hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení probíhá edukace v podstatě neustále. Každý člověk (edukant) je výjimečná osobnost, která má svoje potřeby a zájmy. Edukací pacienta přispíváme k prevenci mnohých nežádoucích událostí a nedorozumění. Začínáme s ní hned při příjmu pacienta, kdy jej seznamujeme s Právy pacientů a Domácím řádem, rozmístěním místností pro něj důležitých. Edukaci zaměřujeme na dodržování léčebného režimu, používání pomůcek a získání si pozitivního přístupu pacienta k léčbě. V případě potřeby je možné pacienta reedukovat, pokud nerozumí určitým věcem a souvislostem (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

V případě prevence pádu a úrazu pacienta můžeme edukaci provádět verbálně, čímž získá určité vědomosti a informace, kdy edukátor zvolí vhodnou formu a délku edukace. Edukátor si předem zvolí cíl edukace pro zpětnou kontrolu, zda pacient všemu rozuměl. Vhodné je zvolit formu ukázky, kdy se pacient seznámí vizuálně například s madly během chůze, za něž se může přidržet, dále na chodbě oddělení ukázat odpočinková místa, seznámit ho a ukázat WC s koupelnou s kompenzačními pomůckami. Každý pacient musí být důkladně seznámen se signalizačním zařízením u lůžka. Toto vše se ovšem odvíjí od psychického stavu pacienta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

4.3 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST A JEJÍ HLÁŠENÍ

V posledních desetiletích se v moderním zdravotnictví klade důraz na nežádoucí události (mimořádné události), za jejichž pomoci se zvyšuje kvalita péče. Je to děj, při kterém došlo k pochybení buďto během léčby, nebo při ošetrovatelské intervenci, které pak nebyly v souladu s platnými pracovními postupy či směrnicemi. Jako incident hlásíme stav, při němž nedošlo k psychickému nebo fyzickému poškození pacienta. Hlášení nežádoucích událostí připadá na sestry i lékaře. Zdravotnický personál zatím přistupuje k nežádoucím událostem jako ke svému pochybení či úplnému selhání a bojí se je hlásit, protože jsou pak považováni za špatné zdravotníky. „Výzkumy prokazují, že ve vyspělých zemích je ve zdravotnických zařízeních identifikováno pouze 5-30 % mimořádných událostí“ (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008, s. 48). K důvodům proč se nežádoucí události nehlásí, patří strach a stud personálu, administrativní a časové zatížení a nepochopení vedoucího pracovníka, proč k události došlo (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008).

K nejčastějším nežádoucím událostem patří chybné podání léků, komplikace spojené s operačním výkonem, pády pacientů, chyby při podání transfuze, krádeže či napadení na oddělení, svévolné opuštění oddělení pacientem.

Každé zdravotnické zařízení se může rozhodnout pro systém, podle něhož se bude řídit, protože v ČR není jasně stanovena klasifikace nežádoucích událostí. K nastavení takového systému může napomoci, kromě jiného, také akreditace, neboť řízení rizik (včetně nežádoucích událostí) patří mezi podmínky pro její získání. Mezi společnostmi,

keré ji v České republice udělují, patří Spojená akreditační komise (SAK). Systém akreditace napomáhá v našich nemocnicích zvyšovat kvalitu zdravotnické péče a bezpečnost pacientů například za pomoci organizování vzdělávacích akcí a tvorby publikací, mezinárodní komunikací s organizacemi zabývajícími se touto problematikou provádí poradenskou činnost (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008).

K bezpečnosti pacientů přispívá i Evropská unie tvorbou nových směrnic např. Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů. Zde je podrobně nastíněn problém hlášení nežádoucích událostí.

K závažným nežádoucím událostem patří kritická událost. Ta se v převážné většině týká pacienta, zaměstnance nebo rodiny. Tato kritická událost může mít příčinu, která se neslučuje s obvyklou praxí a často končí trvalým postižením pacienta nebo i smrtí poškozeného. V našem případě touto událostí můžeme označit pád pacienta ve zdravotnickém zařízení, k němuž může vést nebezpečné chování a zmatenost pacienta, nedostatečná edukace pacienta i rodiny, nedodržení léčebného režimu (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008).

Etiologie nežádoucí události v oblasti nedostatečné prevence pádu řadíme nedostatečnou vnímavost a lhostejnost sestry k pacientovi, kdy sestra nebere v potaz základní lidské potřeby a jejich plnění, velké zatížení sester, nedostatečné vzdělání, neefektivní komunikaci mezi personálem, neschopnost se správně a včas rozhodovat, špatnou identifikaci priorit u pacienta, nedodržování preventivních opatření, nedostatečné zápisy do zdravotnické dokumentace (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008).

Po nežádoucí události týkající se pádu je sestra povinna ihned informovat lékaře, který pacienta vyšetří a určí další postup léčby. Nikdy sestra nesmí zatajit pád pacienta kvůli možným komplikacím a následnému zhoršení zdravotního stavu. Sestra je povinna po této události učinit věcný popis příhody, jež se stala. Dále informuje nadřízeného. Nežádoucí událost se v převážné většině hlásí staniční a vrchní sestře, primáři oddělení a manažerovi kvality péče. Pády jsou téměř v 50 % případů doprovázeny zraněním. Pády pacientů se z velké části odehrají na pokoji při vstávání z lůžka bez přítomnosti personálu.

Toto se stává hlavně v noci. Dále k tomu přispívá pacientova zmatenost. Druhý nejčtetnějším pádem je pád přímo z lůžka na podlahu (VONDRÁČEK, 2006).

Při hlášení nežádoucí události nesmí ve formuláři chybět identifikace poškozeného, rozsah a charakter události (věcný popis, co se stalo), čas, svědci, informace o tom, kdy byl informován lékař, nápravná opatření, poskytnutí první pomoci, jak často se může nežádoucí událost opakovat a jaké mohou být následky (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008).

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část popisuje provedený průzkum, který probíhal v Thomayerově nemocnici v Praze na interní klinice pomocí dotazníkové metody.

V naší práci, bychom se chtěli zabývat následujícím problémem: Poskytují všeobecné sestry adekvátní péči pacientům v souvislosti s prevencí pádů?

Cíle průzkumu a hypotetická tvrzení

Práce je zaměřena na problematiku pádů pacientů z pohledu všeobecné sestry.

Cíl 1: Zjistit, zda všeobecné sestry znají rizikové faktory pádu pacienta.

Cíl 2: Zjistit, zda všeobecné sestry znají vhodný postup při nežádoucí události (pádu pacienta).

Cíl 3: Zjistit, zda všeobecné sestry předcházejí pádům pacientů dle platného pracovního postupu oddělení.

Na základě stanovených cílů jsme zformulovali tato hypotetická tvrzení:

Hypotetické tvrzení 1: Předpokládáme, že více než 75 % všeobecných sester zná rizikové faktory pádů pacientů.

Hypotetické tvrzení 2: Předpokládáme, že více než 80 % všeobecných sester zná správný postup při řešení nežádoucí události a umí jej aplikovat v praxi.

Hypotetické tvrzení 3: Předpokládáme, že 75 % všeobecných sester dodržuje platný standard oddělení k prevenci pádu.

5.1 METODOLOGIE PRŮZKUMU

Pro náš průzkum jsme si vybrali Thomayerovu nemocnici interní kliniku. Písemně jsme oslovili vrchní sestru interní kliniky o povolení průzkumného šetření pomocí

dotazníku. Poté jsme písemně oslovili náměstkyni ředitele pro nelékařská zdravotnická polování o schválení a souhlas s distribucí dotazníků.

Základní metodou našeho průzkumu byla dotazníková metoda. Pro získání potřebných údajů jsme využili dotazník vlastní konstrukce, který předkládáme v příloze č. 1. V dotazníku je obsaženo celkem 28 otázek. Z toho je 22 otázek uzavřených, 2 otázky polouzavřené a 4 otázky otevřené, kde byla respondentům nabídnuta volná možnost odpovědi. Z celkového počtu 85 distribuovaných dotazníků se nám vrátilo zcela vyplněných a možných ke zpracování 64.

Úvod dotazníku tvoří stručný text pro respondenty s žádostí o vyplnění. Dotazník zahrnuje identifikační otázky, týkající se pohlaví, věku, délky praxe, místa praxe, vzdělání. Ostatní otázky jsou zaměřeny na prevenci a pracovní postup týkající se pádů pacientů.

Výběrový soubor tvořily všeobecné sestry z ambulantní a lůžkové části interní kliniky. Výběrový soubor nám charakterizuje pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe a pracoviště.

Veškeré náklady spojené s průzkumem byly hrazeny z vlastních zdrojů a nezatížily tak Thomayerovu nemocnici. Průzkum jsme realizovali v měsících listopad-prosinec 2014.

5.2 ANALÝZA DAT

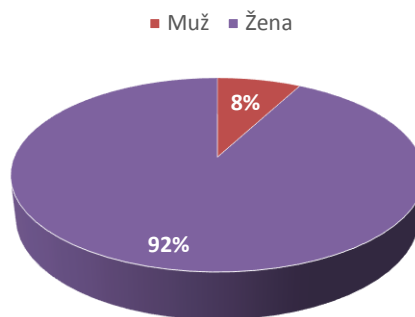
Analýza dat byla provedena pomocí statistických metod. V tabulkách je uvedena absolutní četnost a relativní četnost v procentech. Pro lepší názornost jsme zvolili grafické znázornění výsledků pomocí koláčových a sloupcových grafů.

Položka 1 Jste muž/žena

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	5	8 %
Žena	59	92 %
Celkem	64	100 %

Graf 1 Pohlaví respondentů



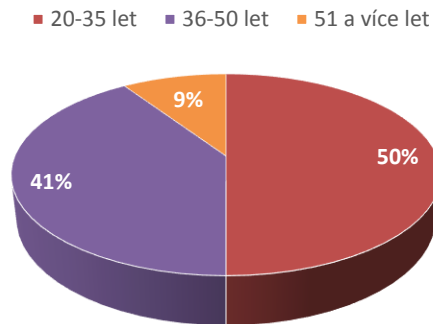
Z tabulky 1 a grafu 1 vyplývá, že 8 % (5) respondentů (dále jen R) bylo mužů a 92 % (59) R byly ženy.

Položka 2 Kolik Vám je let?

Tabulka 2 Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
20 - 35 let	32	50 %
36 - 50 let	26	41 %
51 a více let	6	9 %
Celkem	64	100 %

Graf 2 Věk respondentů



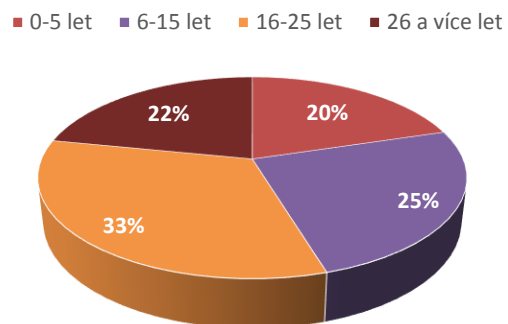
Z tabulky 2 a grafu 2 vyplývá, že 50 % (32) R bylo ve věku 20-35 let, 41 % (26) R bylo ve věku 36-50 let a 9 % (6) R bylo ve věku 51 a více let.

Položka 3 Jaká je délka Vaší praxe?

Tabulka 3 Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0 - 5 let	13	20 %
6 - 15 let	16	25 %
16 - 25 let	21	33 %
26 a více let	14	14 %
celkem	64	100 %

Graf 3 Délka praxe



Z tabulky 3 a grafu 3 vyplývá, že 20 % (13) R je v praxi 0-5 let, 25 % (16) R 6-15 let, 33 % (21) R 16-25 let, 14 % (14) R 26 a více let.

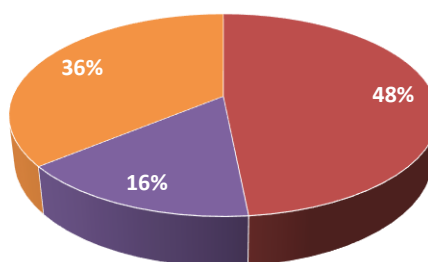
Položka 4 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 4 Dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Střední s maturitou	31	48 %
Vyšší odborné	10	16 %
Vysokoškolské	23	36 %
Celkem	64	100 %

Graf 4 Dosažené vzdělání

■ Střední s maturitou ■ Vyšší odborné ■ Vysokoškolské



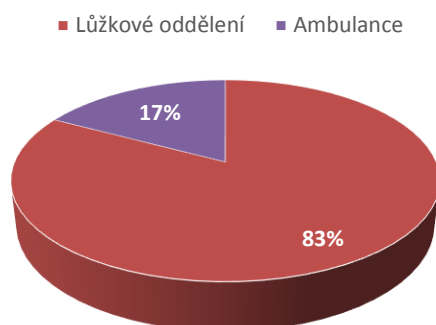
Z Tabulky 4 a grafu 4 vyplývá, že 48 % (31) R má střední vzdělání s maturitou, 16 % (10) R má vyšší odborné vzdělání a na vysokoškolské vzdělání dosáhlo 36 % (23) R.

Položka 5 Kde pracujete?

Tabulka 5 Pracoviště sester

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lůžkové oddělení	53	83 %
Ambulance	11	17 %
Celkem	64	100 %

Graf 5 Pracoviště sester



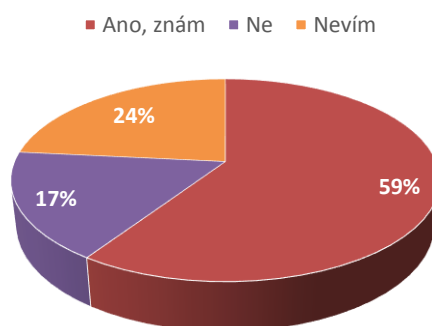
Z tabulky 5 a grafu 5 vyplývá, že celkem 83 % (53) R pracuje na lůžkovém oddělení a 17 % (11) R pracuje v ambulanci.

Položka 6 Znáte klasifikaci pádů?

Tabulka 6 Klasifikace pádů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, znám	38	59 %
Ne	11	17 %
Nevím	15	24 %
Celkem	64	100 %

Graf 6 Klasifikace pádů



Z tabulky 6 a grafu 6 vyplývá, že 59 % (38) R zná klasifikaci pádů a v převážné většině klasifikaci napsali správně, 17 % (11) R uvedlo ne a 24 % (15) R neví.

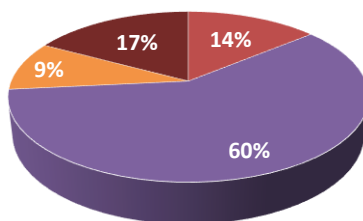
Položka 7 Co způsobuje nepředvídaný fyziologický pád?

Tabulka 7 Nepředvídaný fyziologický pád

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Neznalost prostředí	9	14 %
Mdloby,epileptický záchvat	38	60 %
Nepřiměřená edukace pacienta	6	9 %
Rozlité tekutiny	11	17 %
Celkem	64	100 %

Graf 7 Nepředvídaný fyziologický pád

- Neznalost prostředí
- Mdloby, epileptický záchvat
- Nepřiměřená edukace pacienta
- Rozlité tekutiny



Z tabulky 7 a grafu 7 vyplývá, že 14 % (9) R si myslí, že nepředvídaný fyziologický pád způsobuje neznalost prostředí, 60 % (38) R uvádí mdloby a epileptický záchvat. 9 % (6) R uvádí nepřiměřenou edukaci pacienta a celkem 17 % (11) R uvedlo rozlité tekutiny.

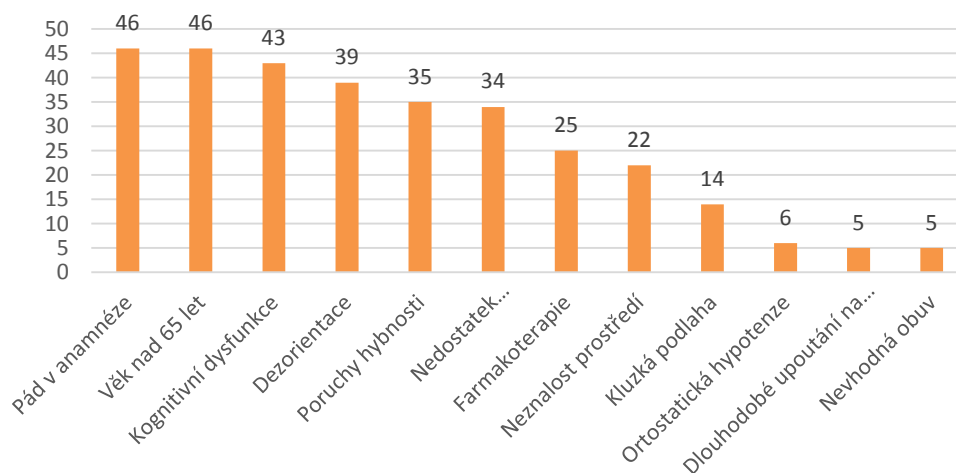
Položka 8 Vyjmenujte alespoň 5 rizikových faktorů, které mohou způsobit pád pacienta na lůžkovém oddělení

Tabulka 8 Rizikové faktory na lůžkovém oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pád v anamnéze	46	14 %
Věk nad 65 let	46	14 %
Kognitivní dysfunkce	43	13 %
Dezorientace	39	12 %
Poruchy hybnosti	35	11 %
Nedostatek kompenzačních pomůcek	34	11 %
Farmakoterapie	25	8 %
Neznalost prostředí	22	7 %
Kluzká podlaha	14	4 %
Ortostatická hypotenze	6	2 %

Dlouhodobé upoutání na lůžko	5	2 %
Nevhodná obuv	5	2 %
Celkem	320	100 %

Graf 8 Rizikové faktory na lůžkovém oddělení



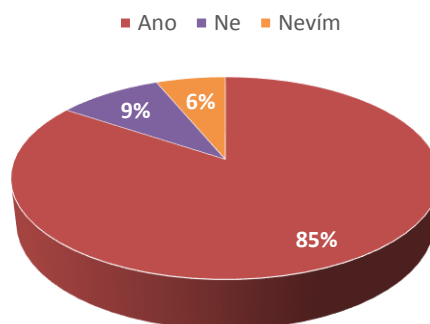
Z tabulky 8 a grafu 8 vyplývá, že 14 % (46) R uvedlo pád v anamnéze, 14 % (46) R věk nad 65 let, 13 % (43) R kognitivní dysfunkce, 12 % (39) R dezorientaci, 11 % (35) R poruchy hybnosti, 11 % (34) R nedostatek kompenzačních pomůcek, 8 % (25) R farmakoterapii, 7 % (22) R neznalost prostředí, 7 % (14) R kluzkou podlahu, 2 % (6) R ortostatickou hypotenzi, 2 % (5) R dlouhodobé upoutání na lůžku, 2 % (5) nevhodnou obuv.

**Položka 9 Myslíte si, že pro vyhodnocení rizikového pacienta je důležitý
Barthelové test všedních činností?**

Tabulka 9 Barthelové test základních denních činností

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	54	85 %
Ne	6	9 %
Nevím	4	6 %
Celkem	64	100 %

Graf 9 Barthelové test základních denních činností



Z tabulky 9 a grafu 9 vyplývá, že je pro 85 % (54) R důležitý Barthelové test základních všedních činností, 9 % (6) R uvedlo ne a 6 % (4) nevím.

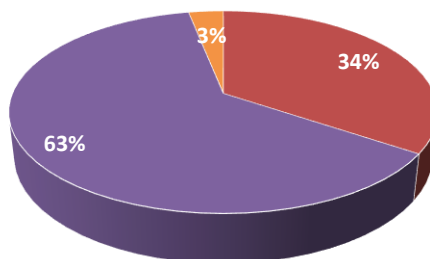
Položka 10 Jaké je základní dělení rizikových faktorů u pacienta?

Tabulka 10 Rizikové faktory

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fyziologické, vnitřní a vnější faktory	22	34 %
Vnitřní a vnější rizikové faktory	40	63 %
Nevím	2	3 %
Celkem	64	100 %

Graf 10 Rizikové faktory

■ Fyziologické, vnitřní a vnější faktory ■ Vnitřní a vnější rizikové faktory ■ Nevím



Z tabulky 10 a grafu 10 vyplývá, že 34 % (22) uvedlo fyziologické, vnitřní a vnější faktory, 63 % (40) R uvedlo vnitřní a vnější faktory a 3 % (2) R uvedli, že neví.

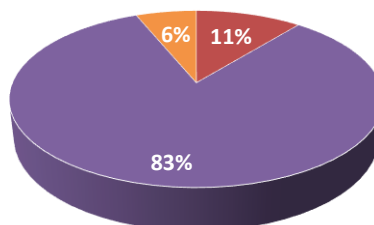
Položka 11 Patří do rizikových faktorů bolest, poruchy kognitivních funkcí a farmakoterapie?

Tabulka 11 Co patří do rizikových faktorů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, ale jen bolest	7	11 %
Ano, všechny uvedené možnosti patří do rizikových faktorů	53	83 %
Ne, nepatří sem.....	4	6 %
Celkem	64	100 %

Graf 11 Co patří do rizikových faktorů

- Ano, ale jen bolest
- Ano, všechny uvedené možnosti patří do rizikových faktorů
- Ne nepatří sem,...



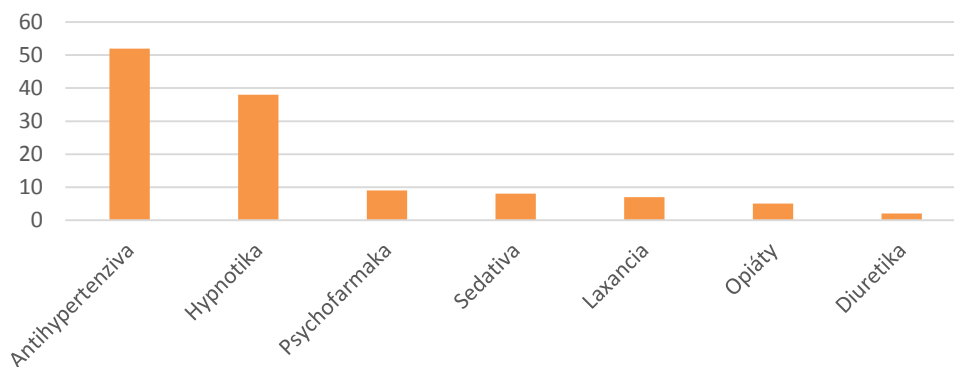
Z tabulky 11 a grafu 11 vyplývá, že 11 % (7) R uvedlo ano, ale jen bolest. Celkem 83 % (53) R odpovědělo ano, všechny uvedené možnosti patří do rizikových faktorů a 6 % (4) R uvedli, z toho 2 R uvedli bolest a 2 R uvedli farmakoterapii.

**Položka 12 Jestliže si myslíte, že farmakoterapie patří do rizikových faktorů,
 uveďte 1-2 skupiny léků, které sem patří**

Tabulka 12 Skupiny léků

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Antihypertenziva	52	43 %
Hypnotika	38	31 %
Psychofarmaka	9	8 %
Sedativa	8	7 %
Laxancia	7	6 %
Opiáty	5	4 %
Diuretika	2	1 %
Celkem	121	100 %

Graf 12 Skupiny léků



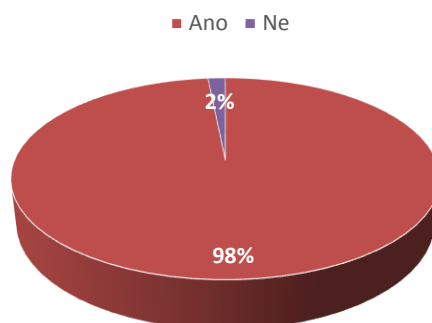
Z tabulky 12 a grafu 12 vyplývá, že celkem 43 % (52) R uvedlo antihypertenziva, 31 % (38) R hypnotika, 8 % (9) R psychofarmaka, 7 % (8) sedativa, 6 % (7) R laxancia, 4 % (5) opiáty, 1 % (2) R diuretika.

Položka 13 Patří do nežádoucí události pád pacientů?

Tabulka 13 Nežádoucí událost

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	63	98 %
Ne	1	2 %
Celkem	64	100 %

Graf 13 Nežádoucí událost



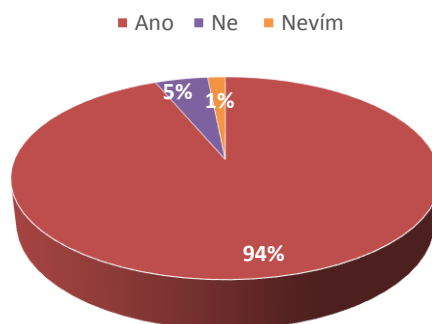
Z tabulky 13 a grafu 13 vyplývá, že 98 % (63) R označil pád pacienta za nežádoucí událost a 2 % (1) R uvedl ne.

Položka 14 Posuzujete po nežádoucí události nově riziko pádu? (odpovězte, pokud jste v předešlé otázce odpověděli ano)

Tabulka 14 Posouzení nežádoucí události

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	59	94 %
Ne	3	5 %
Nevím	1	1 %
Celkem	64	100 %

Graf 14 Posouzení po nežádoucí události



Z tabulky 14 a grafu 14 vyplývá, že 94 % (59) R uvedlo ano, 5 % (3) R uvedli ne a 1 % (1) R označil možnost nevím.

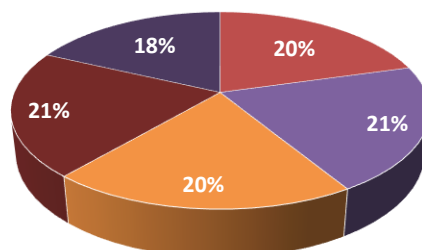
Položka 15 Jaké činnosti provádíme u pacienta po pádu? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 15 Činnost

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zavolám lékaře	64	20 %
Nahlásím pád jako nežádoucí událost	64	21 %
Posoudím fyziologické funkce	62	20 %
Zajistím uložení pacienta do lůžka	64	21 %
Zajistím ošetření pacienta společně s lékařem	56	18 %
Celkem	310	100 %

Graf 15 Činnost

- Zavolám lékaře
- Nahlásím pád jako nežádoucí událost
- Posoudím fyziologické funkce
- Zajistím uložení pacienta do lůžka
- Zajistím ošetření pacienta společně s lékařem



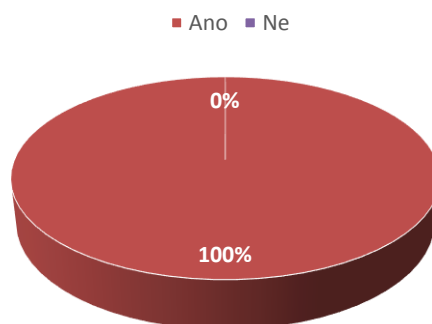
Z tabulky 15 a grafu 15 vyplývá, že 20 % (64) R zavolá lékaře, 21 % (64) R nahlásí pád jako nežádoucí událost, 20 % (62) R posoudí fyziologické funkce, 21 % (64) R zajistí uložení pacienta do lůžka, 18 % (56) R zajistí ošetření pacienta společně s lékařem.

Položka 16 Dbáte po pádu pacienta více o jeho bezpečnost?

Tabulka 16 Bezpečnost pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	64	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	64	100 %

Graf 16 Bezpečnost pacienta



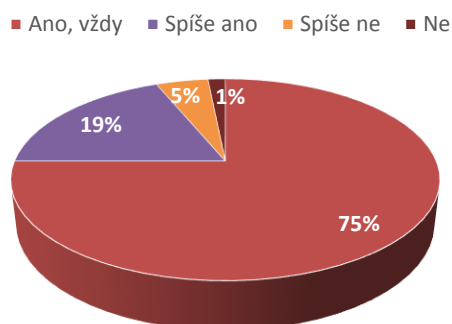
Z tabulky 16 a grafu 16 jasně vyplývá, že 100 % (64) R dbá na větší bezpečnost pacienta po pádu.

Položka 17 Používáte zábrany po pádu zmateného pacienta

Tabulka 17 Zábrany po pádu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	48	75 %
Spíše ano	12	19 %
Spíše ne	3	5 %
Ne	1	1 %
Celkem	64	100 %

Graf 17 Zábrany po pádu



Z tabulky 17 a grafu 17 vyplývá, že 75 % (48) R používá zábrany vždy, 19 % (12) R uvedlo spíše ano, 5 % (3) R spíše ne a 1 % (1) R ne.

Položka 18 Informujete o nežádoucí události nově příchozí službu?

Tabulka 18 Informace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	62	97 %
Ano, jen když je to důležité	0	0 %
Ne	2	3 %
Celkem	64	100 %

Graf 18 Informace



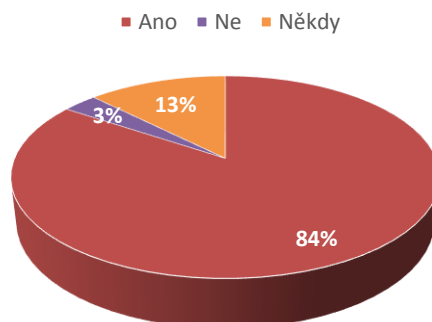
Z tabulky 18 a grafu 18 vyplývá, že 97 % (62) R informuje nově příchozí službu o nežádoucí události vždy a 3 % (2) R uvedli ne, možnost ano, jen když je to důležité neuvedl žádný R.

Položka 19 Ptáte se na důvod pádu pacienta?

Tabulka 19 Důvod pádu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	54	84 %
Ne	2	3 %
Někdy	8	13 %
Celkem	64	100 %

Graf 19 Důvod pádu



Z tabulky 19 a grafu 19 vyplývá, že 84 % (54) R uvedlo ano, 3 % (2) R odpovědělo ne a 13 % (8) R uvedlo někdy.

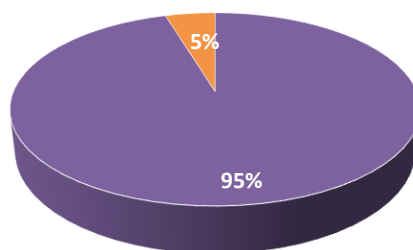
Položka 20 Kdo provádí hlášení pádů formou nežádoucí události?

Tabulka 20 Hlášení nežádoucí události

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pouze lékař	0	0 %
Lékař, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, zdravotnický záchranář, porodní asistentka, dětská sestra	61	95 %
Lékař, všeobecná sestra, zdravotnický záchranář	3	5 %
Celkem	64	100 %

Graf 20 Hlášení nežádoucí události

- Pouze lékař
- Lékař, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, zdravotnický záchranář, porodní asistentka, dětská sestra
- Lékař, všeobecná sestra, zdravotnický záchranář



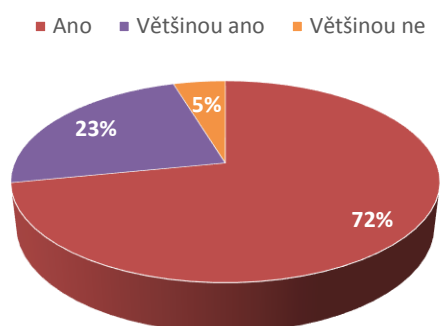
Z tabulky 20 a grafu 20 vyplývá, že 95 % (61) R uvedlo možnost Lékař, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, zdravotnický záchranář, porodní asistentka, dětská sestra. Možnost lékař, všeobecná sestra, zdravotnický záchranář uvedlo 5 % (3) R. Žádný R neuvedl možnost pouze lékař.

Položka 21 Věnujete pozornost a čas otázkám pacienta?

Tabulka 21 Otázky pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	46	71 %
Většinou ano	15	24 %
Většinou ne	3	5 %
Ne	0	0 %
Celkem	64	100 %

Graf 21 Otázky pacienta



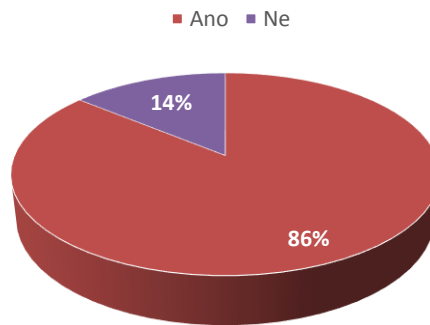
Z tabulky 21 a grafu 21 vyplývá, že 71 % (46) R věnuje pozornost a čas otázkám pacienta, 24 % (15) R většinou ano, 5 % (3) R Většinou ne. Žádný R neuvedl možnost ne.

Položka 22 Věnujete pozornost stavu kontinence pacienta?

Tabulka 22 Kontinence pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	55	86 %
Ne	9	14 %
Celkem	64	100 %

Graf 22 Kontinence pacienta



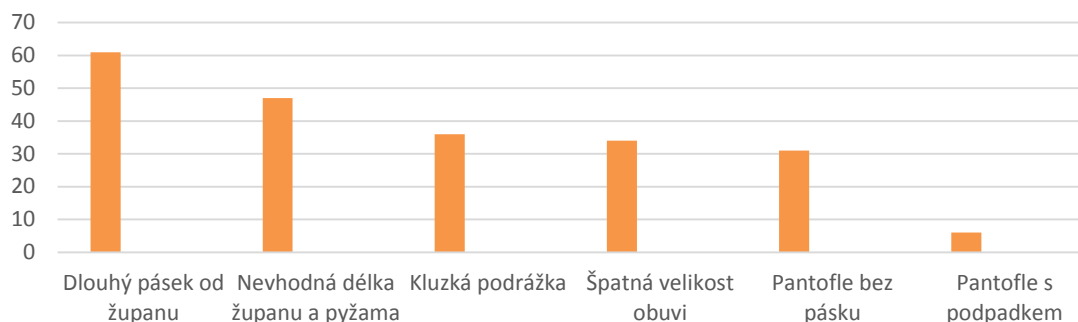
Z tabulky 22 a grafu 22 vyplývá, že 86 % (55) R odpovědělo ano, 14 % (9) R uvedlo ne.

Položka 23 Jaký je podle Vás rizikový oděv a obuv pro pacienta?

Tabulka 23 Oděv a obuv pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dlouhý pásek od županu	61	28 %
Nevhodná délka županu a pyžama	47	22 %
Kluzká podrážka obuvi	36	17 %
Špatná velikost obuvi	34	16 %
Pantofle bez pásku	31	14 %
Pantofle s podpadkem	6	3 %
Celkem	215	100 %

Graf 23 Oděv pacienta



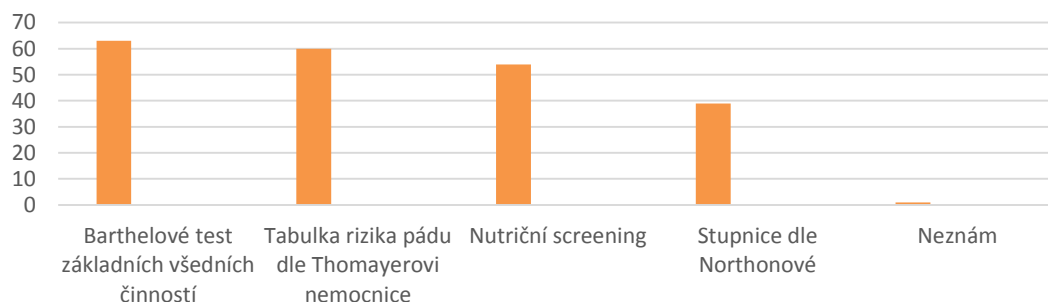
Z tabulky 23 a grafu 23 vyplývá, že 28 % (61) R uvedlo dlouhý pásek od županu, 22 % (47) R nevhodnou délku županu a pyžama, 17 % (3) R kluzkou podrážku, 16 % (34) R špatnou velikost obuvi, 14 % (31) R pantofle bez pásku, 3 % (6) R pantofle s podpadkem.

Položka 24 Jaké znáte testy k odhalení rizika pádu a soběstačnosti pacienta:

Tabulka 24 Testy rizika pádu a soběstačnosti pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Barthelové test základních všedních činností	63	29 %
Tabulka rizika pádu dle Thomayerovy nemocnice	60	28 %
Nutriční screening	54	24,5 %
Stupnice dle Northonové	39	18 %
Neznám	1	0,5 %
Celkem	217	100 %

Graf 24 Testy rizika pádu a soběstačnosti pacienta



Z tabulky 24 a grafu 24 vyplývá, že 29 % (63) R uvedlo Barthelov test základních všedních činností, 28 % (60) R tabulku rizika pádu dle Thomayerovi nemocnice, 24,5 % (54) R nutriční screening, 18 % (39) R stupnici dle Northonové, 0,5 % (1) R odpovědělo neznám.

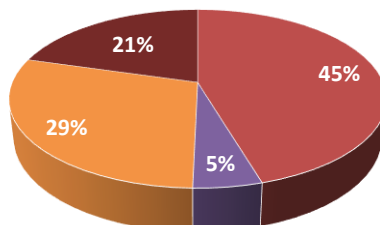
Položka 25 Kde získáváte nové informace o prevenci pádů? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 25 Nové informace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Směrnice, pracovní postup nemocnice	64	45 %
Přednášky, kongresy	7	5 %
Povinná školení	41	29 %
Odborné časopisy a knihy	29	21 %
Tato problematika se mě netýká	0	0 %
Celkem	141	100 %

Graf 25 Nové informace

- Směrnice, pracovní postup nemocnice
- Přednášky, kongresy
- Povinná školení
- Odborné časopisy a knihy
- Tato problematika se mě netýká



Z tabulky 25 a grafu 25 vyplývá, že 45 % (64) R uvedlo možnost směrnice, pracovní postupy nemocnice, 29 % (41) R povinná školení, 21 % (29) R odborné časopisy, 5 % (7) R přednášky, kongresy. Žádný R neuvedl možnost, tato problematika se mě netýká.

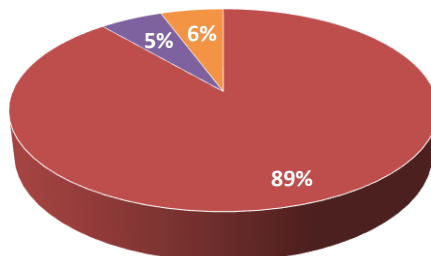
Položka 26 Edukujete pacienta o pohybovém režimu na oddělení? (prosím vyplňte, pokud jste v otázce č. 5 odpověděli b) lůžkové oddělení)

Tabulka 26 Pohybový režim

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	47	89 %
Většinou ano	3	5 %
Většinou ne	3	6 %
Ne	0	0 %
Celkem	64	100 %

Graf 26 Pohybový režim

■ Ano, vždy ■ Většinou ano ■ Většinou ne



Z tabulky 26 a grafu 26 vyplývá, že 89 % (47) R uvedlo Ano, vždy. Celkem 6 % (3) R uvedlo většinou ne a 5 % (3) R uvedli většinou ano. Žádný respondent neuvedl možnost ne.

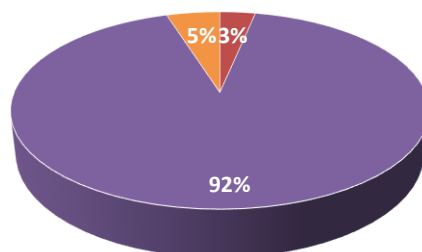
Položka 27 Musí být denně přehodnocováno riziko pádu pacienta?

Tabulka 27 Přehodnocování rizika pádu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	2	3 %
Ano, ale při změně stavu se musí přehodnotit hned	56	87%
Ne, přehodnocuje se jednou za 3 dny	3	5 %
Ne, riziko pádu se hodnotí pouze při příjmu pacienta	3	5 %
Celkem	64	100 %

Graf 27 Přehodnocování rizika pádu

- Ano
- Ano, ale při změně stavu se musí přehodnotit hned
- Ne, přehodnocuje se jednou za 3 dny



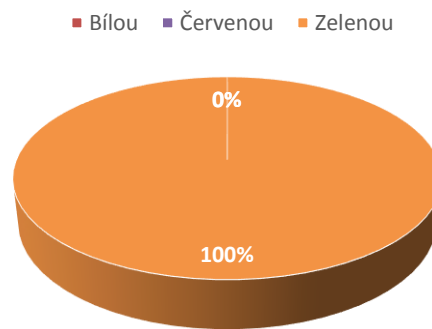
Z tabulky 27 a grafu 27 vyplývá, že 87 % (56) R uvedlo možnost ano, ale při změně stavu se musí přehodnotit hned. 5 % (3) R uvedli ne, přehodnocuje se jednou za 3 dny. Odpověď Ne, riziko pádu se hodnotí pouze při příjmu pacienta, zvolilo 5 % (3) R a 3 % (2) R uvedli ano.

Položka 28 Jakou barvu má identifikační náramek pacienta s rizikem pádu?

Tabulka 28 Identifikační náramek

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bílou	0	0 %
Červenou	0	0 %
Zelenou	64	100 %
Žlutou	0	0 %
Celkem	64	100 %

Graf 28 Identifikační náramek



Z tabulky 28 a grafu 28 vyplývá, že 100 % (64) R zvolilo možnost zelenou. Žádná jiná možnost zvolena nebyla.

5.3 DISKUSE

V naší bakalářské práci se zabýváme problematikou pádů z pohledu všeobecné sestry. V rámci praktické části jsme se dotazovali všeobecných sester na rizikové faktory pádu, dále na řešení nežádoucí události a prevenci pádu dle pracovního postupu.

Z důvodu průzkumného šetření jsme vytvořili anonymní dotazník. Průzkumný vzorek tvořilo celkem 64 respondentů, kteří splnili podmínky průzkumu. V naší práci jsme stanovili tři hypotetická tvrzení, která se nám otázkami v dotazníku buďto potvrdila nebo vyvrátila.

Naprostou většinu dotazovaných tvořili respondenti ženského pohlaví. Nejpočetnější skupinu představovala věková kategorie 20–35 let. Naopak nejméně bylo respondentů zastoupených věkovou skupinou 51 a více let. Větší třetina respondentů uvedla, že jsou v praxi 16-25 let. Naopak nejméně respondentů bylo v praxi 26 a více let. Na položku o nejvyšším dosaženém vzdělání odpovědělo nejvíce respondentů, že má střední vzdělání s maturitou a vyšší odborné vzdělání mělo nejméně respondentů. Poslední identifikační položka se týkala místa praxe. Naprostá většina respondentů pracovala na lůžkovém oddělení, ostatní respondenti vykonávali praxi v ambulanci.

Více jak polovina respondentů uvedla, že zná klasifikaci rizikových faktorů pádů pacientů a dokázala je správně vypsát. Celých 17 % přiznalo neznalost těchto faktorů. Pro všeobecnou sestru je znalost těchto faktorů podstatná a tak nás překvapilo přiznání celkem velkého počtu respondentů o neznalosti, přestože mohli vypsát různé kategorie pádů například dle Marxe. Další položkou v našem průzkumu byla otázka, co způsobuje nepředvídaný fyziologický pád. Respondenti zde měli na výběr z několika možností. Větší polovina uvedla možnost mdloby a epileptický záchvat, což byla správná odpověď. Pouze 6 respondentů si myslelo, že tento druh pádů způsobuje nepřiměřená edukace pacienta, což samozřejmě není pravdivé tvrzení. Respondenti, kteří se účastnili našeho průzkumu, měli možnost vyjmenovat 5 rizikových faktorů, jenž přispívají k pádům na lůžkovém oddělení. V největším zastoupení uvedli pád v anamnéze a věk nad 65 let. K dalším početným položkám patřily kognitivní dysfunkce, dezorientace a nedostatek

pomůcek. Jak popisuje Šindelářová ve své bakalářské práci: „Profesionální ostražitost je schopnost rozpoznat příznaky, vyhodnotit rizika a být připraven zasáhnout v případě hrozícího nebezpečí.“ (ŠINDELÁŘOVÁ, 2013 s. 17) S tím plně souhlasíme neboť každá všeobecná sestra a ostatní personál lůžkového oddělení by měli znát základní rizikové faktory přispívající pádům pacientů. Naopak nás překvapila absence rizikových faktorů jako je mokrá podlaha a bolest.

V průběhu příjmu pacienta odebírá všeobecná sestra ošetřovatelskou anamnézu, jejíž součástí je Barthelové test základních všedních činností, který vypovídá o základní sebeobsluze pacienta. Proto jsme se v našem průzkumu zeptali respondentů na tento test. Naprostá většina respondentů uvedla, že ADL je pro vyhodnocení rizikového pacienta důležitý a zvolili možnost ano. Pouhá 4 % respondentů uvedlo nevim.

V položce rizikových faktorů uvedlo celkem 40 respondentů správnou odpověď. Jak uvádí Marx 2005, vnější rizikové faktory nevycházejí přímo z organismu, mají vztah k prostředí, a vnitřní rizikové faktory závisí na typu poskytované péče. Proto nás překvapil výsledek této položky. Očekávali jsme vyšší procento správných odpovědí, protože si myslíme, že znalost tohoto problému je pro všeobecné sestry podstatná a tato položka by neměla chybět v žádném pracovním postupu zdravotnického zařízení, který všeobecné sestry musí znát.

Následovala položka, kde respondenti měli určit, zda do rizikových faktorů patří bolest, poruchy kognitivních funkcí a farmakoterapie. Naprostá většina, a to 83 %, uvedla ano, všechny uvedené možnosti patří do rizikových faktorů. Člověku méně vzdělanému v této problematice se může zdát bolest nesmyslná, ale například při akutní bolesti, kdy hrozí riziko až hypoglykémie, je velmi důležitým faktorem. Nesmíme opomenout ani chronickou bolest, jež má mnohdy za důsledek deprese, poruchy spánku a chování, které přispívají k nestabilitě pacienta a bohužel i k pádům. Proto si myslíme, že by všeobecná sestra měla věnovat dostatek pozornosti a času k hodnocení pacientovy bolesti.

Přibývajícím věkem vede u pacientů k časté polyfarmakoterapii. Důsledkem mohou být různé nežádoucí účinky až škodlivost látek na organismus nebo nedodržení pokynů

lékaře. To podle nás občas přispívá ke zmatenosti pacienta, nečekanému účinku určitého léku v souvislosti s jiným. Proto jsme do našeho průzkumu zařadili položku, týkající se farmakoterapie. Položka byla otevřená a respondenti měli vypsát 1-2 skupiny léků, které jsou podle nich rizikové a přispívají k pádům. Nejčastější skupinou, která se objevila, byla antihypertenziva a hypnotika. Dále to byla sedativa, laxancia, opiáty a diuretika. Výsledek nás kladně překvapil.

Za účelem dosažení optimální bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních dochází k zavádění systematických přístupů ke kontrole kvality péče. S tímto souvisí zavedení nežádoucích událostí (mimořádných událostí), které se hlásí vedoucímu personálu a managementu zdravotnického zařízení. Z dosavadních výsledků našeho průzkumu je zřejmé, že drtivá většina respondentů řadí pád pacienta mezi nežádoucí události. S tímto výsledkem jsme naprosto spokojeni, pouze jediný respondent uvedl, opak.

Pro každou sestru je důležité opětovné posouzení rizikového pacienta a přepočítávání bodů k riziku pádu. Děje se tak vždy při příjmu pacienta, změně stavu a samozřejmě ihned po pádu. V průzkumu jsme položili otázku týkající se nového posouzení rizika pádu po nežádoucí události, protože si myslíme, že je tato položka velmi důležitá. Vyplývalo, že naprostá většina respondentů po pádu pacienta posuzuje nově riziko pádu, s tím souhlasíme a potvrzujeme to i výsledek průzkumu v bakalářské práci Cendelínové (2012). Jak uvádí Marková (2012), manažer rizik by měl zjistit, zda se během anamnézy tato rizika důsledně vyhodnocují a zda jsou tato rizika (pokud jsou identifikována) označena v dokumentaci pacienta tak jasně, že je nelze přehlédnout.

Při porovnání odpovědí respondentů v našem průzkumu a průzkumu Šindelářové z roku 2013 nám vyplývá, že respondenti znají postup při pádu pacienta a aplikují ho správně. V našem případě nejčastěji uvedli uložení pacienta do lůžka a následně nahlášení pádu jako nežádoucí události a zavolání lékaře. Nikdy nesmí ošetrovatelský personál zatajit pád pacienta lékaři, protože se zpětně mohou objevit komplikace ohrožující život. Další položkou, kterou jsme se zabývali, byla bezpečnost pacienta po pádu. Respondenti se stoprocentně shodli, že po pádu pacienta dbají více o jeho bezpečnost. Následovala

otázka týkající se použití zábran u lůžka po pádu zmateného pacienta. Celkem tři čtvrtiny respondentů dá po nežádoucí události k lůžku zábrany. Pouhých 5 % respondentů uvedlo, spíše ne. Tento výsledek dopadl nad naše očekávání velmi dobře a jsme spokojeni.

V práci sestry je klíčová komunikace a předávání informací o pacientovi, jeho aktuálním zdravotním stavu, psychickém rozpoložení. Proto pro nás byla podstatná položka týkající se předání informací o nežádoucí události nově příchozí službě. Drtivá většina, a to 97 % respondentů informuje novou službu o nežádoucí události. Vhodná komunikace s pacientem patří k základním dovednostem dobré sestry. Myslíme si, že i v naší problematice, a to po pádu pacienta, ať už orientovaného či zmateného, je důležité se zeptat na příčinu pádu, co mu předcházelo a jak spadl. Z průzkumu vyplynulo, že na důvod pádu se ptalo celkem 84 % respondentů.

Dnešní moderní svět a moderní zdravotnictví by nemělo na hlášení nežádoucích událostí pohlížet negativně. Naopak si myslíme, že je důležité, aby byl personál podporován v jejich hlášení. Hlavním cílem při vyšetřování nežádoucích událostí je dosáhnout prevence opakování, jak uvádí Marková (2012). Hlášení nežádoucích událostí dle pracovního postupu nemocnice může provádět lékař, všeobecná sestra zdravotnický asistent, zdravotnický záchranář, porodní asistentka a dětská sestra. Po vyhodnocení průzkumu tuto možnost zvolila drtivá většina respondentů. Pouze 5 % respondentů zvolilo možnost lékaře, všeobecná sestra, zdravotnický záchranář. Zodpovězení pacientových otázek vede k větší důvěře k personálu a přispívá k dobré psychické kondici. Z dotazníku vyplývá, že nadpoloviční většina dotazovaných věnuje čas a pozornost otázkám pacientů. Myslíme si, že tento jev je naprosto v pořádku, protože i takto může sestra edukovat nejen pacienta, ale například i jeho rodinu a přispět k prevenci pádu nebo jinému problému. Kontinence je často diskutované téma v mnoha oborech. Prevalence inkontinence moči a stolice neodmyslitelně patří k vyššímu věku. Nykturie, urgentní inkontinence, průjmovitá onemocnění mají za následek častější chůze na záchod, u ležících a méně pohyblivých nemocných častější používání močových lahví, podložní mísy či pojízdného toaletního křesla. Klíčové je věnovat tomuto problému pozornost, dohodnout se s pacientem na způsobu vyprazdňování, zajištění soukromí a

blízkost signalizačního zařízení. V položce, zda respondenti věnují pozornost kontinenci pacienta, uvedli v naprosté většině, že ano.

Následující položka, jaký je podle Vás rizikový oděv a obuv pro pacienta po vyhodnocení výsledků dopadla takto: nejvíce respondentů si myslí, že přispívá k pádům dlouhý pásek od županu, dále to je nevhodná délka županu či pyžama a kluzká podrážka obuvi. Ale musíme mít na paměti, že k těmto skutečnostem mnohdy přispěje kluzká podlaha a instabilita pacienta. Následující položka byla otevřená a respondenti měli možnost vyjmenovat měřicí a hodnotící techniky k odhalení rizikového pacienta. Téměř všichni uvedli Barthelové test základních všedních činností, následovala Tabulka rizikových faktorů pro vznik pádu v TN, Nutriční screening a Stupnice dle Northonové.

Vzdělávání zdravotníků neodmyslitelně patří k jejich životu a práci. Přeci jen vzdělaná a zkušená sestra je dobrým a nepostradatelným členem v týmu. Zeptali jsme se našich respondentů na vzdělávání ohledně prevence pádů. S výsledky jsme poměrně spokojeni. Nejvíce respondentů čerpalo nové informace a problematice pádů ze směrnic a pracovního postupu nemocnice, dále to bylo z povinných školení, poměrně velké procento respondentů uvedlo odborné časopisy a knihy. Naopak nejméně přednášky a kongresy. Položka týkající se pohybového režimu a edukace pacienta byla u naprosté většiny respondentů ohodnocena kladně, a to tak, že pacienta edukují vždy. Pouhých 6 % uvedlo možnost „spíše ne“. Vyhodnocování rizika pádu pacienta je pro sestru významné a napomáhá k tomu, aby byla zachována bezpečnost pacienta. Položka, musí být denně přehodnocováno riziko pádu pacienta, byla pro respondenty kontrolní, abychom se ujistili, že se nad dotazníkem zamýšlí. Výsledek dopadl pro respondenty kladně, převážná většina odpověděla ano, ale při změně stavu se musí přehodnotit hned. 3 % respondentů uvedlo možnost ano, což byla špatná odpověď. Poslední položka v našem dotazníku se týkala barvy identifikačního náramku pro pacienta s rizikem pádu. 100 % dotazovaných zvolilo možnost zelený. Tuto otázku jsme v do dotazníku uvedli záměrně, protože se mnohdy „na vlastní kůži“ setkáváme při práci ve zdravotnickém zařízení s personálem, který nezná jakou problematiku přiřadit k dané barvě náramku.

Hypotetické tvrzení 1: Předpokládáme, že více než 75 % všeobecných sester zná rizikové faktory pádů pacientů, se nám potvrdilo. Všeobecné sestry z našeho průzkumu jsem velmi dobře informované o rizikových faktorech pádů. Více než 75 % všeobecných sester odpovídalo správně. Hypotetické tvrzení 2: Předpokládáme, že více než 80 % všeobecných sester zná správný postup při řešení nežádoucí události a umí jej aplikovat v praxi. Tato hypotéza se nám potvrdila. Všeobecné sestry v naprosté většině umí v praxi řešit nežádoucí událost. Hypotetické tvrzení 3: Předpokládáme, že 75 % všeobecných sester dodržuje platný pracovní postup oddělení k prevenci pádu. I poslední hypotetické tvrzení se nám potvrdilo. Všeobecné sestry v převážné většině dodržují platný pracovní postup oddělení k prevenci pádů.

5.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cíle, které jsme si stanovili, v bakalářské práci se nám podařilo splnit. Dovolili jsme si navrhnout několik motivačních změn pro zlepšení prevence pádů pacientů ve zdravotnickém zařízení. Tyto změny by mohly využít sestry na dalších klinikách.

Navrhujeme tyto opatření:

- Zdokonalení sester v komunikaci s pacientem
 - Zavedení workshopů s cílem zdokonalení praktických dovedností všeobecných sester v oblasti komunikace
- Nepodceňovat rizikové faktory a věnovat pacientům dostatek času
- Dbát na edukaci pacientů na téma oděv a obuv
 - Kontrolní činnost v oblasti provádění edukace pacientů všeobecnými sestrami
 - Nezapomínat na edukaci rodiny pacienta a komunikaci s ní
- Nezapomínat na individualitu každého pacienta, respektovat identitu pacienta
- Znat pracovní postup – Prevence pádů a zranění pacienta v TN
 - Vyhodnocování auditů plnění standardů ošetrovatelské péče zaměřených na pády pacientů
 - Sdílení celonemocničních statistik pádů pacientů
- Pravidelné proškolení hlášení nežádoucích událostí
 - Kontrolní činnost v oblasti hlášení nežádoucích událostí
 - Pravidelné schůze s vedoucím personálem a řešení nedostatků v problematice pádů

Předpokládáme, že navrhované body budou sloužit ke zvýšení bezpečnosti pacientů a zvýší vzdělanost všeobecných sester v této problematice.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry znají rizikové faktory pádu pacienta, dále, zda znají vhodný postup při nežádoucí události. Posledním cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry předcházejí pádům pacientů dle platného pracovního postupu TN. Všechny cíle se nám podařilo splnit, z toho vyplývá, že všeobecné sestry poskytují pacientům adekvátní péči.

Téma, kterému jsme se v práci věnovali, nás velice zaujalo pro jeho až celosvětový význam, aktuálnost a vztah v podstatě ke každému pacientovi ve zdravotnickém zařízení. Výskyt pádů je jedním ze základních ukazatelů kvality zdravotnického zařízení, ošetrovatelské péče a zároveň může vykazovat kvalitu zdravotnického personálu. V dnešní době je tendencí zjišťovat a hodnotit kvalitu péče v různých zařízeních a porovnávat získané výsledky mezi sebou nebo také mezi jednotlivými odděleními. Zpracované výsledky z těchto výzkumů přispívají k lepší péči o pacienta. Nelze zapomínat na fakt, že každý člověk je jedinečná osobnost, a tak musíme ke každému jedinci přistupovat individuálně. Kvalita péče se odráží na spokojenosti pacientů a jejich brzkém uzdravení. Pacient velmi často hodnotí svou bezpečnost, schopnost personálu dopomoci v běžných činnostech, které v průběhu nemoci nezvládá. Všeobecná sestra by měla v rámci svých možností, zkušeností, vzdělání a času stráveného s pacientem co nejrychleji rozpoznat, co pacient potřebuje, a tím naplnit jeho potřeby k jeho spokojenosti a klidnému odpočinku. Saturace základních lidských potřeb napomáhá k dobré regeneraci organismu a tedy i nechtěným pádům pacienta.

V teoretické části charakterizujeme bezpečnost pacienta, indikátory a vyhodnocování kvality péče. V krátkosti se zmiňujeme o základních lidských potřebách. Podstatná část teorie se zabývá charakteristikou pádů, zde popisujeme několik definic pádů, etiologii a důsledky jak pro pacienta, tak zdravotnické zařízení. Dále věnujeme podkapitolu prevenci pádů. Do naší práce jsme vybrali několik rizikových faktorů týkajících se pádů, které jsou podle nás nejdůležitější. Důležitou součástí teoretické části naší bakalářské práce je oddíl zabývající se všeobecnou sestrou a její

činností v prevenci pádů, kde jsme se zaměřili na vyhodnocení rizikového pacienta, popsali základní testy Barthelové test základních všedních činností a Gaitův funkční test. A v neposlední řadě jsme věnovali pozornost edukaci pacienta a nežádoucím událostem.

V empirické části bakalářské práce jsme zpracovali a vyhodnotili výsledky dotazníkového šetření a obdrželi odpovědi na stanovená hypotetická tvrzení. Průzkum jsme prováděli v Thomayerově nemocnici na interním oddělení, a to jak na ambulantní, tak lůžkové části. V průzkumné části jsme si stanovili tři cíle. První cíl měl zjistit, zda všeobecné sestry znají rizikové faktory pádu pacienta. Druhý cíl zjišťoval, zda všeobecné sestry znají vhodný postup při nežádoucí události. Posledním, třetím cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry předcházejí pádům pacientů dle platného pracovního postupu TN. Výsledky průzkumu nám vyšly následovně: všeobecné sestry znají rizikové faktory pádu pacienta, znají vhodný postup při nežádoucí události a předcházejí pádům pacientů dle platného pracovního postupu v TN.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIELAKOVÁ, K., H. KUBEŠOVÁ a P. WEBER, 2014. Prevence a management instability a pádů u geriatrických pacientů. In: *Geriatric a gerontologi*. ISSN: 1805-4684.

CENDELÍNOVÁ, Ilona, 2012. *Bezpečnost a prevence pádů hospitalizovaných pacientů z pohledu sestry*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství.

DOSTÁLOVÁ, B. a H. NAHODILOVÁ, 2011. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. ISSN: 1210-0404.

FIALOVÁ, D., 2007. *Specifické rysy geriatrické farmakoterapie I: změna terapeutické hodnoty léků ve stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1353-6.

GLADKIJ, I., 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.

GLADKIJ, I., L. HEGER a L. STRNAD., 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-272-8.

HUDÁKOVÁ, A. aj., 2014. Prevence pádů a disability, In: *Sestra*. ISSN: 1210-0404.

JANÁČKOVÁ, L., 2007. *Bolest a její zvládnutí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-210-2.

JURÁSKOVÁ, D., 2007. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. 1. vyd. Praha: EuroProfis. ISBN 978-80-239-8838-3.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, Publishing. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, P. a A. ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.

KAREŠ, J., M. DRLÍKOVÁ a I. BRABCOVÁ., 2006. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7040-852-9.

MADAR, J., 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0585-0.

MARKOVÁ, L., 2012. *Nežádoucí události v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

MARTÍNKOVÁ, J., 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-1356-4.

MARX, D., 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Z angl. orig. překl. Radim Vyhnánek. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1715-9.

PLEVOVÁ I. aj., 2011 *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I. a K. ADAMICOVÁ, 2013. Význam stanovení indikátorů kvality v poskytování ošetrovatelské péče. *Hygiena*. ISSN: 1802-6281.

SCHULER, M. a P. OSTER, 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3013-4.

STAŇKOVÁ, M., 2006. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-323-6.

SVOBODOVÁ, D., 2008. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. 1. vyd. Praha: Česká asociace sester: Galén. ISBN: 978-80-7262-585-7.

SVOBODOVÁ, D., 2013. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 201-2012*. Závěrečná práce. Linet. Česká asociace sester Dostupné z: www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠINDELÁŘOVÁ, E., 2013. *Problematika pádů na lůžkovém oddělení z pohledu všeobecné sestry*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodnictví.

ŠKRLA, P., 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2616-8.

TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VAŇÁSEK, J., K. ČERMÁKOVÁ a I. KOLÁŘOVÁ, 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-769-8.

VONDRÁČEK, L. a J. VONDRÁČEK, 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1919-3.

VYBÍHALOVÁ, L. A. POSPÍŠOVÁ a V. POSPÍŠILOVÁ, 2013. Problematika pádů ve zdravotnickém zařízení. In: *Sestra*. ISSN: 1210-0404.

PŘÍLOHY

Příloha A – Maslowova hierarchie potřeb

Příloha B – Barthelové test všedních činností

Příloha C – Dotazník

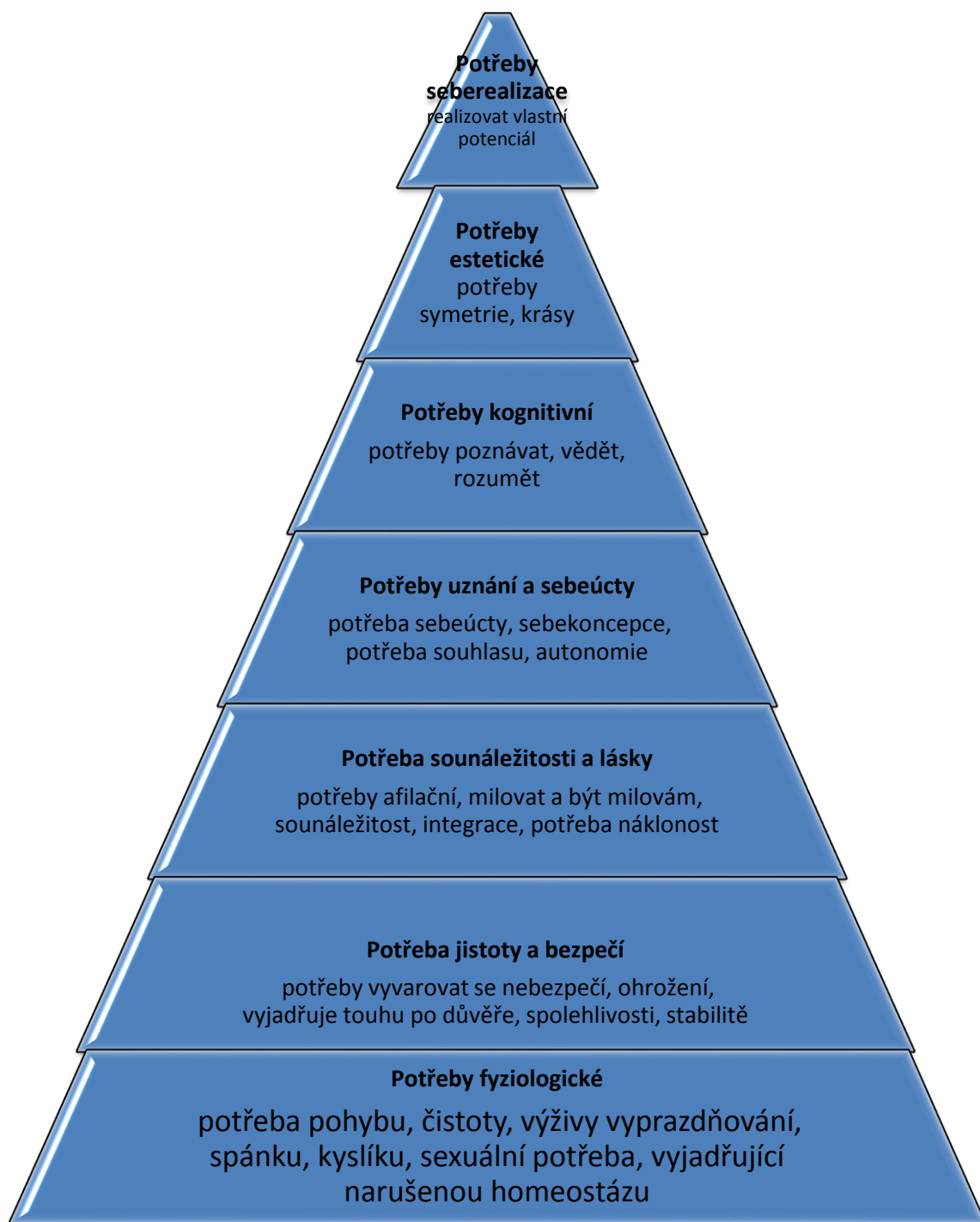
Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha E - Žádost o umožnění sběru dat v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací

Příloha F - Pokyny k podání žádosti o umožnění sběru dat v TN

Příloha G - Rešerže

Příloha A – Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: TRACHTOVÁ, 2013

Příloha B – Barthelové test základních všedních činností

Najezení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně, s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně, s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	trvale kontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	trvale kontinentní	0
Přesun na lůžko, židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Hodnocení rizika	0 nezávislý 100-96 b	
	1 lehká závislost 95-65 b	
	2 střední závislost 60-45 b	
	3 vysoce závislý 40- 0 b	

Celkové bodové hodnocení :

ZDROJ: STAŇKOVÁ, 2006

Příloha C – Dotazník

Dotazník

Jmenuji se Pavla Stiborová a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze 3. ročníku bakalářského studia oboru ošetrovatelství. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude použit výhradně k vypracování mé bakalářské práce na téma „Problematika pádů pacientů z pohledu všeobecné sestry“. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. U každé otázky označte jednu odpověď, pokud není napsáno jinak.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

Pavla Stiborová DiS.

1. Jste muž/žena?
 - a) Muž
 - b) Žena

2. Kolik Vám je let?
 - a) 20 – 35 let
 - b) 36 – 50 let
 - c) 51 a více let

3. Jaká je délka Vaší praxe?
 - a) 0 – 5 let
 - b) 6 – 15 let
 - c) 16 – 25 let
 - d) 26 a více let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Střední s maturitou
 - b) Vyšší odborné
 - c) Vysokoškolské

5. Kde pracujete?
 - a) Ambulance
 - b) Lůžkové oddělení

6. Znáte klasifikaci pádů?
 - a) Ano, znám

 - b) Ne
 - c) Nevím

7. Co způsobuje nepředvídaný fyziologický pád?
 - a) Neznalost prostředí
 - b) Mdloby, epileptický záchvat
 - c) Nepřiměřená edukace pacienta
 - d) Rozlité tekutiny

8. Vyjmenujte alespoň 5 rizikových faktorů, které mohou způsobit pád pacienta na lůžkovém oddělení

9. Myslíte si, že pro vyhodnocení rizikového pacienta je důležitý Barthelové test všedních činností?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

10. Jaké je základní dělení rizikových faktorů u pacienta?
 - a) Fyziologické, vnitřní a vnější faktory
 - b) Vnitřní a vnější faktory
 - c) Nevím

11. Patří do rizikových faktorů bolest, poruchy kognitivních funkcí a farmakoterapie?
 - a) Ano, ale jen bolest
 - b) Ano, všechny uvedené možnosti patří do rizikových faktorů
 - c) Ne, nepatří sem

12. Jestliže si myslíte, že farmakoterapie patří do rizikových faktorů, uveďte 1-2 skupiny léků, které sem patří

.....
.....

13. Patří do nežádoucí události pád pacienta?

- a) Ano
- b) Ne

14. Posuzujete po nežádoucí události nově riziko pádu? (odpovězte, pokud jste v předešlé otázce odpověděli ano)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Jaké činnosti provádíte u pacienta po pádu? (můžete označit více odpovědí)

- a) Zavolám lékaře
- b) Nahlásím pád jako nežádoucí událost
- c) Posoudím fyziologické funkce
- d) Zajistím uložení pacienta do lůžka
- e) Zajistím ošetření pacienta společně s lékařem

16. Dbáte po pádu pacienta více o jeho bezpečnost?

- a) Ano
- b) Ne

17. Používáte zábrany po pádu zmateného pacienta?

- a) Ano, vždy
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18. Informujete o nežádoucí události nově příchozí službu?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, jen když je to důležité
- c) Ne

19. Ptáte se na důvod pádu pacienta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

20. Kdo provádí hlášení pádů formou nežádoucí události?
- a) Pouze lékař
 - b) Lékař, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, zdravotnický záchranář, porodní asistentka, dětská sestra
 - c) Lékař, všeobecná sestry, zdravotnický záchranář

21. Věnujete pozornost a čas otázkám pacienta?

- a) Ano
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) Ne

22. Věnujete pozornost stavu kontinence pacienta?

- a) Ano
- b) Ne

23. Jaký je podle Vás rizikový oděv a obuv pro pacienta?

.....

.....

.....

24. Jaké znáte testy k odhalení rizika pádu a soběstačnosti pacienta?

.....

.....

.....

25. Kde získáváte nové informace o prevenci pádů? (můžete označit více odpovědí)

- a) Směrnice, pracovní postupy nemocnice
- b) Přednášky, kongresy
- c) Povinná školení
- d) Odborné časopisy a knihy
- e) Tato problematika se mě netýká

26. Edukujete pacienta o pohybovém režimu na oddělení? (prosím vyplňte, pokud jste v otázce č. 5 odpověděli b) lůžkové oddělení)

- a) Ano, vždy
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne

d) Ne

27. Musí být denně přehodnocováni riziko pádu pacienta?

- a) Ano
- b) Ano, ale při změně stavu se musí přehodnotit hned
- c) Ne, přehodnocuje se jednou za 3 dny
- d) Ne, riziko pádu se hodnotí pouze při příjmu pacienta

28. Jakou barvu má identifikační náramek pacienta s rizikem pádu?

- a) Bílou
- b) Červenou
- c) Zelenou
- d) Žlutou

Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Dušková 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	PAVLA STIBOROVÁ DiS.	
Studijní obor	OŠETŘOVATELSTVÍ	Ročník 3.
Téma práce	PROBLEMATIKA PÁDŮ PACIENTŮ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	THOMAYEROVA NEMOCNICE INTERNÍ ODDĚLENÍ	
Jméno vedoucího práce	Mgr. HANA TOŠNAROVÁ, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Trs</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Jaroslava Mirkvičky, MBA	

v 7222E dne 24.10.2013

Trs
.....
podpis studenta

Příloha E – Žádost o umožnění sběru dat v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací

Thomayerova nemocnice
Centrum pro vzdělávání a vědu
Videňská 800
Praha 4, 140 59

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU DAT V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU BAKALÁŘSKOU PRACÍ

Žádám Vás o schválení průzkumného šetření formou strukturovaného dotazníku v měsících listopad-prosinec 2014 v souvislosti s bakalářskou prací na Interním oddělení Thomayerovy nemocnice.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze oboru ošetrovatelství. Téma mé práce zní: Problematika pádů pacientů z pohledu všeobecné sestry. Výsledky průzkumného šetření budou prezentovány pouze v rámci obhajoby bakalářské práce na Vysoké škole zdravotnické o.p.s.

Za kladné vyřízení žádosti předem děkuji.

24.10.2014

Pavla Stiborová Dis.



Pavla Stiborová Dis.
Sušetice 26
Sedlec-Prčice
25791
Email: pavlastiborova@centrum.cz
Tel.: 607953665

Příloha F – Pokyny k podání žádosti o umožnění sběru dat v TN



THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

POKYNY K PODÁNÍ ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ SBĚRU DAT V TN

Pokyny pro žadatele

Žádost musíte podat písemně, uvést datum a váš podpis. Žádost včetně příloh předáte osobně v Centru pro vzdělávání a vědu TN.

Písemná žádost musí obsahovat

Příjmení a jméno žadatele
Kontaktní adresu
Telefon
E-mail
Škola/Fakulta
Obor studia
Ročník studia
Účel sběru šetření
Způsob provedení sběru dat
Použité výzkumné metody, popište, přiložte dokumentaci
Termín sběru
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden
Presentace dat

Poučení

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným sběrem dat. Použitá data budou anonymní. Dokumentace je přílohou žádosti (např. dotazník).

Po zpracování žadatel předloží výsledky Centru pro vzdělávání a vědu, budou dále předány příslušnému náměstkovi, který sběr dat povolil.

Prezentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum ... 24.10.2014 Podpis: *Slábn*

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření vedoucího kliniky / oddělení TN

Souhlasím se sběrem dat ANO

Požaduji vyjádření etické komise ANO

Stvrzuji, že budou ochráněna osobní data pacientů

Datum: ... 24.10.2014

Thomayerova nemocnice
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
interní oddělení
přednosta Doc.MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.

Karolína Vaicová
Vrchní sestra

Podpis vedoucího kliniky / oddělení

Vyjádření odpovědného náměstka:

Souhlasím se sběrem dat ANO

Datum: ... 24.10.2014

NE
Karolína Vaicová
Vrchní sestra

Mgr. Jaroslava Mrkvíčková, MBA
Podpis odpovědného náměstka

**PROBLEMATIKA PÁDŮ PACIENTŮ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ
SESTRY**

rešerše

Počet záznamů: 35 (vysokoškolské práce-3, knihy-15, články a příspěvky ve sborníku-17)
Časové rozmezí: 2005 - 2015
Jazykové vymezení: Čeština, slovenština
Druh literatury: Vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku,
Datum: 23. 2. 2015
Citační styl: Harvard Bussiness School Vancouver

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

Klíčová slova: bezpečnost pacienta, edukace, prevence, riziko pádu, všeobecná sestra