

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE
PÁDY KLIENTŮ V SOCIÁLNÍCH
SLUŽBÁCH

2006/2007

Iveta Lišková

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková MBA

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Praze 18. dubna 2007

Děkuji Mgr. Daně Juráskové MBA za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad, podkladů pro práci a za vedení v praktické části.

Anotace

Titul a jméno autora:	Bc. Lišková Iveta
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Pády klientů v sociálních službách
Vedoucí práce:	Mgr. Dana Jurásková MBA
Počet stran:	67
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	sociální služby, změny ve stáří, rizikové faktory, pády, prevence pádů, kvalita sociálních služeb

Tato diplomová práce je zaměřena na změny ve stáří a problematiku pádů. Výzkumná část srovnává úroveň znalostí sester u lůžka a managementu v ústavech sociální péče v oblasti vnějších a vnitřních faktorů a preventivních opatření. Dále je sledována evidence pádů, jejich počet a zranění, ke kterým při pádu dochází. Nejdůležitějšími výstupy je zjištění nedostatečných znalostí v zařízeních se zpracovaným standardem o pádu, a to ve všech výše jmenovaných oblastech. Po vyhodnocení výsledků byla navržena opatření, která by měla vést ke zlepšení této problematiky.

Abstract

Autor's name: Iveta Lišková, B.S.N.

School: Charles University, Prague
1 faculty of Medicine
Institut of Theory and Practice of Nursing
Studničkova 5, 121 00 Prague

Program: Health Care Administration

Title: The Client's Falls in Social Services

Consultant: Dana Jurásková, M.S.N., RN, MBA.

Number of Pages: 67

Number of Attachments: 7

Year: 2007

Key Words: Social Services, Changes in the Old Age, Risk Factors,
Falls, Prevention of Falls, Quality of Social Services

Abstract:

The diploma work is focused on the changes in the old age and the problems of falls. The research compares standards of the knowledge of outside and internal factors, the preventative measures against the population falls, the nurses at the sickbed and the management in social services institutions. Below there is the monitoring of falls evidence, number of falls and injuries that go with falls. The most important findings are the weak knowledge in institutions that have got worked "the fall standards" for all above-mentioned spheres. After data evaluation there were suggested precautions for improvement in these problems.

Obsah

1. Úvod	8
2. Část teoretická	9
2.1. Sociální služby	9
2.2. Druhy sociálních služeb	9
2.2.1. Domovy důchodců a domovy pro seniory	10
2.2.2. Cíl sociálních služeb pro seniory	10
2.2.3. Cíl sociálních služeb pro seniory	10
2.2.4. Registrace poskytovatelů služeb	11
2.2.5. Inspekce poskytování sociálních služeb	11
2.3. Změny ve stáří	13
2.3.1. Orgánové změny	14
2.3.2. Psychické změny	15
2.3.3. Poruchy spánku	16
2.3.4. Změny smyslových orgánů	16
2.3.5. Sociální změny	17
2.4. Soběstačnost a dysaptibilita	18
2.5. Uspokojování potřeb starých lidí	19
2.6. Zdravé stárnutí	20
2.7. Evropská charta práv pacientů seniorů	21
2.8. Pády	22
2.8.1. Pády u starších osob a jeho důsledky	22
2.8.2. Příčiny a rizika pádů	23
2.8.3. Mechanismy vzniku pádu a jeho příčiny	24
2.8.4. Rozdělení příčin pádů	25
2.8.5. Imobilizační syndrom	27
2.8.6. Diagnostika pádů	27
2.8.7. Prevence pádů	28
2.9. Kvalita v sociálních službách	30
2.9.1. Kvalita z hlediska poskytovatele sociálních služeb	31
2.9.2. Standardy sociálních služeb	32
2.10. European Foundation for Quality Management (EFQM)	32
2.11. Mezinárodní organizace pro standardizaci	34

3. Praktická část	35
3.1. Znalosti v oblasti pádů v ústavech sociální péče	35
3.1.1. Cíl šetření	35
3.1.2. Charakteristika vzorku	36
3.1.3. Vlastní šetření a použitá metoda	37
3.1.4. Výsledky	38
3.2. Diskuse	59
4. Závěr	64
5. Literatura a použité prameny	65
Přílohy	

1. Úvod

Kvalita sociálních služeb je v současné době prioritním tématem ústavů sociální péče, neboť s ním souvisí registrace a možnost poskytování služeb, stejně tak jako zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Poskytovatelé sociálních služeb by měli nabízet takové služby, které garantují kvalitu služeb klientům a jejich rodinám. Kvalita sociálních služeb je odvozena od zásad, které zajistí prosazování práv a oprávněných zájmů obyvatel, důstojné a bezpečné poskytování sociálních služeb. Důležitá je informovanost uživatelů a jejich rodin.

Teoretická část práce je věnována sociálním službám, jejich kompetencím a diferenciaci a problematice stárnutí - involučním změnám, ke kterým v organismu dochází, a jejich vlivu na psychickou, somatickou, sociální stránku starých osob, udržení soběstačnosti a důležitosti uspokojování potřeb.

Další částí diplomové práce je oblast zabývající se pády, které jsou nejčastějším problémem starých osob, mají na postižené neblahý dopad, a jsou spojeny s dalšími riziky. Tato část práce se zabývá příčinami, mechanismy vzniku pádu, důsledky, prevencí a diagnostikou pádů.

Závěr teoretické části je věnován kvalitě péče v sociálních službách a standardům, které jsou podmínkou pro registraci.

Problematiku kvality péče v sociálních službách a její zlepšování je nutné prosazovat. Bude-li poskytována kvalitní péče a nebude-li podceňována problematika pádů u starých osob, pak se sníží náklady na následné léčení a personál v ústavech sociální péče bude méně zatěžován. Tato práce vychází z mé praktické zkušenosti s pády pacientů ve fakultní nemocnici a je zaměřena na teoretické znalosti ošetřovatelského personálu a managementu v ústavech sociální péče v oblasti pádů. Dále mapuje jeden z indikátorů kvality péče – pády u obyvatel. Chtěli jsme zjistit úroveň znalostí této problematiky managementu a sester u lůžka, množství pádů u obyvatel v domovech důchodců a podíl zranění z pádů, tam kde provádí evidenci pádů. Následně bychom chtěli navrhnout možná opatření, která povedou ke zlepšení znalostí a vědomostí z oblasti problematiky pádů u obyvatel v ústavech sociální péče.

2. Část teoretická

2.1. Sociální služby

Sociální služba je taková činnost, která je zabezpečena poskytovatelem sociálních služeb.

Od 1.1. 2007 nabyl účinnosti Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Hlavním cílem tohoto zákona je vytvoření takových podmínek, aby byly uspokojovány potřeby lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Zákon vychází z principu solidarity ve společnosti a podporuje princip rovných příležitostí pro všechny členy společnosti. Upravuje také podmínky poskytování pomoci a podpory osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Těmto lidem pomáhají sociální služby.

Nepříznivé sociální situace jsou různé, a proto existuje mnoho druhů sociálních služeb. Sociální služby zahrnují tři základní oblasti služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Sociální služby zajišťují pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zajišťují stravování, ubytování, pomoc v domácnosti, ošetřování, poskytují výchovnou pomoc, zprostředkovávají společenský kontakt, poskytují informace, psychoterapii, socioterapii, právní pomoc a prosazují zájmy osob, které využívají pomoc sociálních služeb.¹

2.2. Druhy sociálních služeb

Základní činnosti jednotlivých druhů sociálních služeb jsou stanoveny v prováděcím předpisu. Jedná se o tyto činnosti: sociální poradenství, sociálně zdravotní služby, sociální rehabilitace, osobní asistence, pečovatelská služba, průvodcovská služba, předčitatelská služba, tlumočnická služba, služby rané péče, podporované bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, stacionáře denní, stacionáře týdenní, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, azylové domy, domy na půl cesty, chráněné bydlení, kontaktní centra, telefonická krizová intervence, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče

¹ Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. s. 1.

<http://www.mpsv.cz/cs/9/30.10.2006>

doléčovací, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terapeutické komunity a terénní programy.^{2,3}

2.2.1. Domovy důchodců a domovy pro seniory

Jedním z ústavů sociální péče (dále jen ÚSP) jsou i domovy důchodců a domovy pro seniory, které poskytují dlouhodobé pobytové služby starým občanům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Zabezpečují služby seniorům se sníženou soběstačností, kteří vyžadují pravidelnou pomoc a komplexní péči. Tato zařízení nabízejí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Je důležité, aby tyto služby zachovávaly a rozvíjely důstojný život starých osob, byly bezpečné a odborné. Domovy důchodců poskytují komplexní péči, kterou rodina a ani pečovatelská služba není schopna zajistit.

Domovy důchodců (dále jen DD) jsou ústavním zařízením, do kterého jsou přijímáni občané na základě žádosti. Klienti zde bydlí celoročně a mají zajištěny všechny další služby: poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv. DD mohou být státní, církevní nebo soukromé. Mají své provozní řády, podle kterých se řídí. Zdravotnickou péči zajišťují zdravotní sestry a přes den i lékař. Komplexní péče o obyvatele musí dynamicky zahrnovat systém zdravotní a sociální péče.^{4,5}

2.2.2. Cíl sociálních služeb pro seniory

Cílem sociálních služeb pro seniory je poskytovat takovou podporu, která seniorům umožňuje zachovat si v maximální možné míře svůj dosavadní způsob života, mít možnost využívat místní instituce poskytující služby veřejnosti, setkávat se se svými blízkými a místní komunitou i mimo zařízení. Služby jsou bezpečné a odborné a zachovávají a rozvíjejí důstojný život seniorů.

² Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby – způsob pomoci.

<http://www.mpsv.cz/cs/9#zksc/12.9.2006>

³ Parlament. Sbírka předpisů České republiky. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. s. 17.

⁴ HAŠKOVCOVÁ, H.: Manuálek sociální gerontologie. České ošetřovatelství 10. IDV PZ. Brno 2002. ISBN 80-7013-363-5. s. 30.

⁵ GABRIEL, J.: Seniorům se nabízejí různé typy sociálních služeb. Senior servis, 1, 2006, č. 0, s.11.

Sociální práce je založena na humanistických a demokratických idejích. Aby byla sociální práce smysluplná a pomáhala lidem řešit nepříznivé sociální situace, společenské bariéry, nerovnosti a nespravedlnosti, musí vycházet z principů lidských práv a společenské spravedlnosti. Sociální práce se zaměřuje na naplnění lidských potřeb a rozvinutí lidských možností.⁶

2.2.3. Registrace poskytovatelů služeb

Poskytovat sociální službu mohou pouze ty fyzické a právnické osoby, které jsou zaregistrovány. Registrační povinnost poskytovatelů služeb je základní podmínkou pro poskytování sociálních služeb a má zlepšit orientaci v systému sociálních služeb. Zavedení registru poskytovatelů sociálních služeb zpřehlední rozsah a charakter sítě sociálních služeb. Zařazení do registru je podmínkou k čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů. Registr umožní získat aktuální informace o poskytovatelích sociálních služeb, což umožní klientům výběr pro ně nejvhodnějších služeb.^{7,8}

2.2.4. Inspekce poskytování sociálních služeb

Inspekci poskytování sociálních služeb (dále jen inspekce) provádí obecní úřad s rozšířenou působností, který rozhoduje o nároku na příspěvek na péči a zároveň jej vyplácí. Obecní úřady mají povinnost kontrolovat, zda příspěvky určené na péči jsou využívány pro účely, na které jsou určeny.

Krajský úřad provádí inspekci, pokud funkci zřizovatele nebo zakladatele vykonává kraj anebo ministerstvo a pokud poskytovatelům sociálních služeb bylo vydáno rozhodnutí o registraci.

⁶ NOHEJL, L., LIPA VSKÝ, J.: Právní komentář k standardům pro „seniory“. Hradec Králové. 2003. s. 4.

⁷ Odbor sociálních služeb a legislativní odbor MPSV ČR: Zákon o sociálních službách. Florence, 2, 2006, č. 4, s. 5.

⁸ Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. s. 11-12.

<http://www.mpsv.cz/cs/9/30.10.2006>

Předmětem inspekce je:

1) plnění podmínek stanovených pro registraci poskytovatelů sociálních služeb

- v oblasti pádů, podání písemné žádosti o registraci
- bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob
- vlastnické nebo jiné právo k objektu či prostorám, kde budou služby poskytovány
- skutečnost, že na majetek nebylo zahájeno konkursní nebo vyrovnací řízení
- zajištění hygienických podmínek
- zajištění materiálních a technických podmínek
- skutečnost, že na majetek nebylo zahájeno konkurzní nebo vyrovnací řízení

2) plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb

- zda jsou dostupné a srozumitelné informace o druhu, místě, cílech a okruhu osob, kterým jsou služby poskytovány
- informovanost zájemců o sociální službu o jejich povinnostech a úhradách vyplývajících ze smlouvy
- dodržování lidských práv
- zpracování vnitřních pravidel služeb, zajištění poskytovaných služeb, zpracování pravidel pro podávání a vyřizování stížností osob využívajících sociálních služeb
- vedení záznamů o individualizované sociální péči
- vedení evidence žadatelů o sociální službu
- dodržování standardů kvality sociálních služeb

3) dodržování standardů kvality sociálních služeb

2.3. Změny ve stáří

Průměrný věk se prodlužuje a přibývá starých osob, které potřebují zvýšenou ošetrovatelskou péči.

Stáří je přirozenou, ale poslední etapou ontogenetického vývoje. Stárnutí je výsledkem vzájemného působení genetických podmínek a faktorů zevního prostředí.

Kalendářní stáří - dle SZO z 60.let 20.stol.

65 – 74 let: mladí senioři – problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace

75 – 84 let: staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti

85 – a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení

Stáří jako každé věkové období má svá specifika. Stáří a jeho způsob prožití je značně individuální a je ovlivněn mnoha faktory. Změny, ke kterým ve stáří dochází, se odráží jak v psychice, tak i v oblasti fyzické. Úbytek těchto schopností začíná diskrétně a postupně se prohlubuje s různou intenzitou. Tyto změny jsou ovlivněny dědičností, životním prostředím, životním stylem a přítomností onemocnění. Dochází k morfologickým i funkčním změnám celého organismu. Stárnutí postihuje různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Dochází ke zmenšování orgánů a ke zhoršování funkce. Snižují se adaptační schopnosti a odolnost k zátěžím. Mění se imunitní mechanismy. Dochází k poklesu imunity a snižuje se tvorba a působení různých humorálních působků. Zpomaluje se psychomotorika a vedení vzruchů. Dochází k poruchám chůze, rovnováhy, stability ve stoji a poruchám mobility. Zhoršuje se smyslové vnímání. Ubývá svalová a kostní hmota. Snižuje se průtok krve důležitými orgány s omezenou schopností jeho regulace.^{9, 10}

⁹ PACOVSKÝ, V.: O stárnutí a stáří. Avicenum. Praha 1990. s. 30. ISBN 80-201-0076-8.

¹⁰ TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Galén. Praha 2005. ISBN 80-7262-365-6. s. 8.

2.3.1. Orgánové změny

Funkce dýchacího systému se snižuje. Dýchací soustava zajišťuje menší přívod kyslíku. Srdeční sval ztrácí sílu, přičemž v důsledku zužování periferních cév a snížení jejich pružnosti je zapotřebí daleko více energie k rozvodu krve do celého těla.

Snižuje se poddajnost levé srdeční komory, což bývá příčinou srdečního selhávání. Zhoršuje se srdeční výkonnost. Buňky převodního systému srdečního zanikají a chlopně degenerují.

Omezuje se kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů. Snižuje se motilita gastrointestinálního traktu, dochází ke změnám sekrece trávicích šťáv i vstřebávání potravy. Trávicí a vylučovací soustava ztrácí výkonnost.

V ledvinách klesá průtok krve. Snižuje se glomerulární filtrace. Klesá očišťovací a koncentrační schopnost ledvin. Snižuje se kapacita močového měchýře a síla obou svěračů.

V nervovém systému se snižuje počet neuronů. Vlivem stárnutí dochází na periferním nervovém systému ke snižování rychlosti vedení. Změny hlubokého cití se projevují poruchou chůze, rovnováhy a stoje.

V důsledku přirozeného stárnutí dochází k osteoporóze - úbytku kostní hmoty a zvýšené křehkosti kostí. Tím se zvyšuje nebezpečí jejich zlomení již při malém zatížení. Výskyt zlomenin je v přímé souvislosti s mírou úbytku kostní hmoty. Výskyt osteoporózy narůstá s věkem. Snižuje se hladina pohlavních hormonů, dochází ke zvýšení hladiny parathormonu, klesá příjem vápníku potravou, klesá hladina vitamínu D. Ale i nedostatek slunění a malnutrice vedou k úbytku kostní hmoty, a to asi o 1% za rok. U žen po menopauze je úbytek kostní hmoty 3-5% ročně.^{11, 12, 13}

¹¹ JAROŠOVÁ, D.: Péče o seniory. Ostravská univerzita. Ostrava 2006. s. 23 -25.
ISBN 80-7368-110-2.

¹² PACOVSKÝ, V.: Geriatrická diagnostika. Scientia Medica. Praha 1994. s. 23.
ISBN 80-85526-32-8.

¹³ TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Galén. Praha 2005. s. 167. ISBN 80-7262-365-6.

2.3.2. Psychické změny

Stárnutí je jevem fyziologickým a probíhá v různých psychických složkách různě a individuálně. Osobnost bývá zachována, mění se jen dílčí funkční schopnosti osobnosti. Může docházet ke změně pořadí potřeb, hodnot a cílů. Nastávají změny motivace. Citové prožívání je méně intenzivní. Staří lidé se uzavírají více do sebe.

Stárnutí přináší změny kognitivních funkcí. Bývá ochuzena fantazie. Staří lidé často nechtějí řešit aktuální problémy, proto působí dojmem bezradnosti. Zpomalení psychické aktivity vede k pomalejšímu rozhodování. Dochází ke změnám v sensorické paměti, která ovlivňuje pozdější zapamatování a pozdější vybavení. Snižuje se kapacita primární paměti a člověk si obtížněji zapamatovává. Kvalita paměti ve stáří má pro člověka velký význam, jelikož má vliv na celkovou adaptaci. Významně se snižuje pohotovost k učení a koncentrace pozornosti. Tyto změny mohou vést k úzkosti, výbušnosti, netrpělivosti a u některých citlivých osob až ke vzniku složitějších psychických onemocnění.

Amentní stavy jsou reakce mozku na různá onemocnění starých lidí, zejména na cirkulační a metabolické změny, která vedou k vyčerpání. Amentní stavy vedou ke snížené schopnosti rozeznávat různé situace, orientovat se v nich a řešit je. Může docházet k iluzím, bludům a halucinacím a ke snížené nebo zvýšené psychomotorické aktivitě.

Demence je dlouhodobé snížení mentálních schopností a snížení výkonnosti vlivem organických změn v mozku. Statistické údaje uvádějí, že demencí trpí 5-8% populace starší 65 let s nárůstem úměrně ke stoupajícímu věku. Při demenci dochází k poruchám orientace, paměti, chápání, uvažování, učení, úsudku a rozhodování.

Kvalita života osob s projevy demence se odvíjí od kvality uspokojování základních životních potřeb. Cílem efektivní péče by mělo být podpoření kvality života respektující důstojnost, jeho identitu a jeho potřeby. Je důležité zaměřit se na potřebu člověka, neboť včasná intervence se stává prevencí problematického chování, které často vyvolává právě neuspokojená lidská potřeba. Pokud se nám podaří vytvořit situaci, která předvídá a tak splňuje potřebu osoby dříve, než ji pocítí, je možné mnohému zabránit. To vyžaduje profesionalitu zdravotníka, vysokou citlivost a empatii.^{14, 15, 16}

¹⁴ PACOVSKÝ, V.: O stárnutí a stáří. Avicenum. Praha 1990. s. 73-74. ISBN 80-201-0076-8.

2.3.3. Poruchy spánku

Vlivem stárnutí se snižuje efektivita spánku. Stoupá podíl bdělosti během spánku a zvyšuje se podíl probuzení během nočního spánku.

U starých osob je běžná někdy i neodůvodněná chronická aplikace hypnotik a anxiolytik. Některá hypnotika vedou k závislosti. Hypnotika mohou způsobit pokles krevního tlaku a následně i pád při nočním postavení.¹⁷

2.3.4. Změny smyslových orgánů

Zrak

Ve stáří dochází ke zhoršování zraku – oční čočka ztrácí pružnost, a tím dochází ke zhoršené schopnosti zaostřování. S přibývajícím věkem je patrný pokles ostrosti vidění a vnímání intenzity světla. Zmenšuje se zorné pole a zhoršuje se periferní vidění. Staří lidé pomaleji zpracovávají zrakové podněty, a proto potřebují pro identifikaci delší dobu. Mezi nejčastější problémy patří šedý zákal (katarakt), zelený zákal (glaukom) a degenerace žluté skvrny (maculy). Při šedém zákalu čočka nepropouští světlo. Při zeleném zákalu se v očních bulvách vytváří nadměrné množství nitroočního moku a vznikající tlak poškozuje nervové a receptorové buňky, přičemž na sítnici degeneruje macula a dochází k poruše ostrosti vidění. Všechny tyto poruchy vedou ke zhoršení soběstačnosti, pohyblivosti a kvality života. Zhoršování zraku vede ke zhoršené orientaci v prostoru, což velmi znesnadňuje život a prostředí se stává nebezpečné. Jsou-li poruchy zraku výrazné, znesnadňují aktivity běžného života.¹⁸

Sluch

Sluch v průběhu života postupně slábne. K oslabení sluchu dochází v důsledku stárnutí, ale značný podíl mají i vlivy prostředí. Ke změnám ve středouší dochází v důsledku zvápenatění či artrózy a kladívko, kovádlínka a třmínek často tvrdnou. Tyto změny mají vliv na přenos zvuku. Změny ve vnitřním uchu postihují

¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H.: Manuálek sociální gerontologie. České ošetřovatelství 10. IDV PZ. Brno 2002. s. 29. ISBN 80-7013-363-5.

¹⁶ GALLAGHER, A.: Dignity and Respect for Dignity – Two Key Health Professional Values: Implications for Nursing Practice. Nursing Ethics 2004, s. 587-599.

¹⁷ ŠONKA, K.: Poruchy spánku ve stáří. Interní medicína pro praxi, 6, 2004, č. 1, s. 34–35.

¹⁸ TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Galén. Praha 2005. s. 61. ISBN 80-7262-365-6.

hlavně receptory. Může docházet k atrofii sluchového nervu vlivem nedostatečného prokrvení.

Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu u starých lidí je nedoslýchavost (presbyakuze), kdy dochází k výraznějšímu zhoršení vnímání zvuků o vysokých frekvencích. Vzniká v důsledku degenerativních změn. Vlivem těchto změn dochází k horšímu rozumnění řeči v hlučném prostředí. Oslabené vnímání sluchu může mít nepříznivý vliv na sociální život starého člověka.

Chuť

Ve stáří je citlivost vnímání chutí oslabena, zejména při identifikaci kořeněných potravin. Kvantitativní a kvalitativní poruchy chuti se mohou podílet na anorexii seniorů.

Čich

Čich u zdravých starých lidí téměř neslábne. U nemocných starých lidí však dochází k citelnému slábnutí tohoto smyslu. Poruchy mohou být kvalitativní i kvantitativní, ale jejich význam není velký.

Hmat

Ztenčování a vrásnění kůže vede u starých lidí ke změnám v citlivosti hmatu. Zvyšuje se hmatový práh citlivosti, proto je třeba větší stimulace kůže, aby byl dotyk zaregistrován. Klesá citlivost k teplotě předmětů.¹⁹

2.3.5. Sociální změny

Každý člověk je součástí společnosti. Staří lidé by měli být společností přijímáni přirozeně, neboť jsou její nedílnou součástí. Pokud se tak neděje a staří lidé jsou společností segregováni, pak dochází k závažným problémům.

Jednou ze změn, která ovlivňuje prožívání, je odchod do důchodu. S ukončením pracovního poměru se snižuje autorita a společenská prestiž člověka. Odchod do důchodu nese s sebou riziko špatné adaptace na změnu společenského postavení a nadbytek volného času. Odchodem ze zaměstnání se mění ekonomické

¹⁹ STUART-HAMILTON, I.: Psychologie stárnutí. Portál. Praha 1999. s. 27-35.
ISBN 80-7178-274-2.

poměry a vlivem nedostatku financí jsou staří lidé často omezováni v kulturních a společenských aktivitách. Staří lidé musí postupně omezit činnosti, které pro něho byly dříve běžnou záležitostí, tak se stávají na svém okolí závislí.

V důsledku tělesných změn a úbytku schopností se vyčleňují ze svého okolí, což se projevuje negativními emocemi. Problémy s navázáním nových přátelských a partnerských vztahů mohou vést k samotě, sociální izolaci, stresu a depresi. Staří lidé, kteří pociťují samotu, často ztrácejí zájem o okolí a bývají pasivní.^{20, 21, 22}

2.4. Soběstačnost a dysaptibilita

Soběstačnost je schopnost uspokojovat své základní potřeby, samostatně žít v určitém prostředí a adekvátním způsobem se postarat o sebe a svoji domácnost. Soběstačnost má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou. Pro potřeby sociální pomoci a péče hodnotíme rozsah a závažnost postižení a handicapu, posuzujeme funkční schopnosti a soběstačnost seniorů.

Soběstačný je člověk, který nemá podstatně omezeny tělesné a duševní schopnosti a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, ve kterém žije.

Dysaptibilita je porucha v některých oblastech soběstačnosti ve stáří, jejíž výskyt se zvyšuje a zhoršuje s rostoucím věkem, s poklesem funkčních schopností a s nárůstem chronických onemocnění a defektů. Nejčastěji se vyskytují tato onemocnění a vady:

- onemocnění pohybového aparátu
- smyslové poruchy
- neurologická a psychická onemocnění
- onemocnění kardiovaskulárního systému
- používání kompenzačních pomůcek.

²⁰ JAROŠOVÁ, D.: Péče o seniory. Ostravská univerzita. Ostrava 2006. s. 29-31.
ISBN 80-7368-110-2.

²¹ RHEINWALDOVÁ, E.: Novodobá péče o seniory. Grada. Praha 1999. s. 37-39.
ISBN 80-7169-828-8.

²¹ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. Praha 1998. Portál. s. 156.
ISBN 80-7178-184-3.

Staří lidé, kteří nejsou schopni si zajistit aktivity běžného denního života (dýchání, spánek a odpočinek, výživa a hydratace, hygiena, oblékání, vyprazdňování, pohyb a aktivita, ochrana před nebezpečím, odstranění bolesti, komunikace, aktivity ve volném čase) bez pomoci druhých, jsou frustrováni, neboť si často nemohou a nezvládnou zabezpečit základní péči. Charakteristické pro denní aktivity je jejich pravidelnost, automaticnost a spojení s rituály.

Ztráta soběstačnosti bývá umocněna plíživě se rozvíjejícím imobilizačním syndromem.

K přesnějšímu kvantitativnímu vyjádření funkčního potenciálu lze použít různé měřicí techniky, které vypovídají o stupni závislosti na jiných osobách při běžných úkonech denního života např. Barthelův test základních dovedností (ADL – Aktivity Daily Living) nebo Test instrumentálních všedních činností (IADL - Instrumental Aktivity Daily Libiny).^{23,24,25}

2.5. Uspokojování potřeb starých lidí

Starý člověk potřebuje mít nejen pocit bezpečí a empatie svého okolí, ale i pocit, že ještě může být prospěšný a užitečný.

Některé potřeby u starších a starých osob nabývají mimořádného významu. Staří lidé potřebují být nezávislí na svém okolí, ale hlavně potřebují zůstat co nejdéle soběstační. Chtějí rozhodovat sami o sobě a o svém způsobu života. Chtějí vypadat důstojně a chtějí se hezky a čistě oblékat. Staří lidé se cítí dobře, pokud mají určité fyzické pohodlí, jsou aktivní a žijí smysluplným životem. Staří lidé potřebují cítit náklonnost, podporu a lásku svého okolí. Všechny uvedené potřeby jsou navzájem provázané. Pokud dojde k neuspokojení některé z uvedených potřeb, může dojít k neuspokojení i některých dalších potřeb, což může vést k frustraci, stresu a v konečné fázi k rezignaci, apatii až depresi.²⁶

²³ ZAVÁZALOVÁ, H., a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Karolinum. Praha 2001. s. 28-31. ISBN 80-246-0326-8.

²⁴ TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Galén. Praha 2005. s. 24-26. ISBN 80-7262-365-6.

²⁵ TRACHTOVÁ, E., a kolektiv.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. IDV PZ. Brno 1999. s. 19-21. ISBN 80-7013-285-X.

²⁶ Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1.If UK v Praze: Základy ošetrování nemocných. Nakladatelství Karolinum. Praha 2005. s. 127. ISBN 80-246-0845-6.

2.6. Zdravé stárnutí

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR se nazývá „Zdraví pro všechny v 21. století“. Některé nepříznivé determinanty budou ovlivňovat zdraví i v příštích letech podobně jako dosud. V souvislosti s žádoucím zlepšováním zdravotního stavu a snižováním úmrtnosti je žádoucí účinná prevence nemocí nebo jejich záchyt a včasná léčba.

Zkušenosti vyspělých států dokumentují, že takový vývoj vede ke zlepšování zdatnosti a soběstačnosti starých lidí a zároveň ke snižování nákladů na sociální služby.

Jedním z dílčích cílů programu „Zdraví do 21. století“ je cíl č.5 – „Zdravé stárnutí do roku 2020“. Lidé nad 65 let by měli mít možnost plně využít svůj potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.

Největšími zdravotními riziky pro staré spoluobčany jsou demence, deprese, sebevraždy, onkologické a kardiovaskulární onemocnění, osteoporóza, inkontinence a úrazy z různých příčin.

Péče v DD by měla vycházet z principů autonomie, sebeúcty, respektu starých osob a měla by být citlivá k potřebám a očekáváním seniorů. Na překážkách v soběstačnosti starých osob se mohou podílet nedostatky ve veřejné dopravě a službách, ale i nedostatky v ubytování. Účinné a integrované zdravotní a sociální programy se řídí krédem, že zdraví patří k hlavním humánním a sociálním hodnotám.^{27, 28}

²⁷ Ministerstvo zdravotnictví ČR: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha 2003. s. 1-3. ISBN 80-85047-99-3.

²⁸ Ministerstvo zdravotnictví ČR: Zdraví 21 – zdraví do 21. století. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu - Světová zdravotnická organizace. Praha 2001. s. 35-37. ISBN 80-85047-19-5.

2.7. Evropská charta práv pacientů seniorů

Součástí základního dokumentu Evropské charty práv pacientů seniorů je doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České Alzheimerovské společnosti. V článku č. 6 se říká: *„S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:*

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích – např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoc“.²⁹

²⁹ Evropská charta práv pacientů seniorů. <http://www.seniori.org/>, 10.4.2007

2.8. Pády

Definice pádu

Pády jsou běžnou příčinou mnoha vážných zranění a úmrtí u starších lidí. Při opakovaných pádech mohou mít postižení psychické problémy.

Pád je změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí, jež může být doprovázen poruchou vědomí a poraněním.

2.8.1. Pády u starších osob a jeho důsledky

Pády jsou jedním z nejčastějších geriatrických problémů, které ohrožují nezávislost starších osob. Jsou spojeny s nárůstem nemocnosti i úmrtnosti. Pády můžeme zařadit mezi nejzávažnější zdravotní rizika ohrožující starší osoby, přičemž jejich incidence stoupá s věkem a polymorbiditou. Pády signalizují přítomnost orgánové patologie.

Pády postihují ročně 20 % osob žijících doma nad 65 let, ve zdravotnických zařízeních 20 % a v ošetrovatelských ústavech 40-60 %. Vyšší prevalence je u žen a u akutně a chronicky nemocných seniorů.

Následky pádů jsou komplikovány zhoršenou kvalitou života související s omezenou hybností až imobilizací, a tím zhoršením funkčního stavu. S omezením hybnosti také souvisí obtížné uspokojování potřeb, což může vést k frustraci až deprivaci.

Pády jsou nejčastější příčinou smrtelných úrazů u starších osob. Nejzávažnějším a ekonomicky nejnákladnějším důsledkem pádů jsou fraktury. Dále dochází v důsledku pádů k poranění měkkých tkání, hlavy – tržné rány, komoče, subdurální hematom. Každý pád starého člověka vede k vyšší morbiditě, nesoběstačnosti a k hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

Pády vedou k psychickým změnám, které mohou být z hlediska udržení soběstačnosti a funkční zdatnosti stejně významné jako samotné poranění. Staré osoby, které upadly, často omezují fyzickou aktivitu ze strachu z pádů. U jiných dochází ke ztrátě sebedůvěry a depresím.³⁰

³⁰ KLÁN, J., TOPINKOVÁ, E.: Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. Česká geriatrická revue, 2003, č. 2, s. 38-39.

2.8.2. Příčiny a rizika pádů

Rizikovými faktory vzniku pádů jsou věk nad 65 let, porucha chůze jakékoliv etiologie, snížení fyzické síly, kognitivní poruchy, podávání více léčiv v rizikové kombinaci, nadbytečné podávání léků nebo některé skupiny léků, které mohou nepříznivě působit na vnímání.

Pády bývají způsobeny uklouznutím nebo zakopnutím o nevhodně umístěný předmět. Časté jsou také pády ze schodů. Pokud při pádu nedojde k poranění, obvykle dochází u postižených pádem k omezení hybnosti ze strachu před dalším pádem. Při pádu může dojít také k prochladnutí.

Pro chůzi a udržení stability je nezbytné, aby byla neporušena funkce smyslů, vestibulárního aparátu, centrálního a periferního nervového systému a neporušeny motorické funkce. Ve vysokém věku se často objevuje stařecká porucha chůze, pro kterou je typická pomalá, šouravá chůze o rozšířené bázi, s nachýlením trupu dopředu s mírnou flexí kyčlí a kolen. Růžička říká (2005, s.36): „*Poruchy chůze a pády jsou téměř pravidelným doprovodem stárnutí. Podle zahraničních statistik má obtíže s chůzí až 50 % starších lidí*“.³¹

Vysoký výskyt pádů ve stáří souvisí s věkově vázanými změnami – poruchy zraku, hlubokého cití a rovnováhy, oslabení a úbytek svalů či kloubní změny dolních končetin. Na pádu se může podílet pokles krevního tlaku nebo poruchy srdečního rytmu. Častou příčinou pádu ve stáří je snížená schopnost adaptace na změny a ztížené podmínky stoje a chůze. K pádům také přispívá nevhodná obuv, nerovný povrch a překážky v dráze chůze.³²

³¹ RŮŽIČKA, E.: Poruchy chůze a pády. Sanquis, VI, 2005, č. 37, s. 36.

³² TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Galén. Praha 2005. s. 44-45. ISBN 80-7262-365-6.

2.8.3. Mechanismy vzniku pádu a jeho příčiny

Rozsah a závažnost poranění odpovídá mechanismu vzniku pádu. Pád může vzniknout zhroucením, skácením, zakopnutím, zamrznutím nebo pád nelze diferencovat.

Pád zhroucením

- je způsoben náhlou ztrátou svalového napětí, kdy postižený ze stoje nebo při chůzi klesá k zemi. Příčina tohoto pádu je cerebrální nebo kardiovaskulární.

Pád skácením

- vzniká při těžké poruše rovnováhy. Postižený obvykle padá bez reflexních obranných pohybů, čímž dochází k častým poraněním. Příčinou jsou chorobné stavy s poruchou propriocepce, vestibulární léze a poruchy zpracování prostorové informace.

Pád zakopnutím

- vzniká zakopnutím špičkou nohy o povrch podlahy nebo zakopnutím o překážku. Postižený padá zpravidla na předpažené ruce. Příčinou může být distální slabost, spasticita nohy nebo poruchy chůze se šoupáním nohou.

Pád zamrznutím

- dochází k zárazu dolní končetiny v průběhu chůze. Noha zůstává jako by „přilepená“ k podlaze, přičemž tělo pokračuje v pohybu vpřed. Pád směřuje dopředu.

Pád nediferencovaný

- je atypický, jeho příčinou může být nepozornost, nepřizpůsobení chůze podmínkám terénu (překážky na dráze chůze) nebo absence náhledu u osob s demencí, ale i věkově vázané zhoršení senzomotorických funkcí.³³

³³ TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Grada. Praha 1995. s. 65-67. ISBN 80-7169-099-6.

2.8.4. Rozdělení příčin pádů

Ke vzniku pádu přispívají fyziologické změny stárnutí a orgánové patologie – vnitřní příčiny. Riziko vzniku pádu se zvyšuje, čím více má starší osoba vnitřních rizikových faktorů. U starší osoby, která nemá žádný nebo jeden vnitřní rizikový faktor, je pravděpodobnost vzniku pádu 27 %, přičemž u osob se čtyřmi a více rizikovými faktory je riziko pádu již 78 %.

Na vzniku pádů v důsledku vnějších příčin se podílí nevyhovující prostředí. Pády v důsledku vnějších příčin tvoří 25 – 30 %.³⁴

Vnitřní faktory:

kardiovaskulární

- synkopa
- ortostatická hypotenze

neuromotorické a cerebrální poruchy

- svalová slabost
- poruchy chůze
- iktus
- Parkinsonova choroba

psychiatrická onemocnění

- poruchy pozornosti
- demence
- deprese

pohybový systém

- osteoporóza
- artróza
- onemocnění nohou

poruchy sluchu a vestibulárního aparátu

- vertigo
- Meniérova choroba

³⁴ KLÁN, J., KLEVETOVÁ, D., TOPINKOVÁ, E., aj.: Pády u seniorů v domácí péči. Sestra, 13, 2003, č. 1, s. 29-30.

poruchy zraku

- katarakta
- glaukom
- makulární degenerace
- porucha zorného pole a ostrosti vidění

zhoršení běžných denních aktivit (dle ADL – Activites of Daily Living)

pád v anamnéze

věk > 65 let

Vnější faktory:

nevhodné prostředí

- špatné osvětlení
- nebezpečí zakopnutí
- kluzká podlaha, nerovná podlaha, vysoké prahy
- cizí objekty na dráze chůze
- špatně řešená a vybavená koupelna
- nebezpečné schodiště
- volně pohyblivý nábytek (židle s kolečky)

nevhodné pomůcky

- nevhodná obuv
- berle, hole, chodítka, protézy

užívání léků

- sedativa, anxiolytika, diuretika, antihypertenziva,
- léčiva způsobující hypoglykemii

nevhodné a nebezpečné aktivity

- práce ve výškách (stoličky, štafle)
- alkohol
- pády v dopravě.

2.8.5. Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom je odezvou organismu na klidový režim a často bývá jednou z komplikací pádu, které končí upoutáním na lůžko. V důsledku imobilizace může docházet k poruchám kardiovaskulárního systému, oslabení vazomotorických reflexů, snížení perfúze plic, zpomalení peristaltiky. Vlivem nedostatku pohybu je ovlivněn pohybový aparát, což vede k poruchám koordinace pohybů, svalové atrofii a svalovým kontrakturám. Zvýšené uvolňování vápníku ze skeletu, které je způsobeno nedostatkem pohybu, vede k osteoporóze. Tento proces začíná již 2.-3. den po imobilizaci. Klid na lůžku vede i k dalším komplikacím: ortostatická hypotenze, trombóza hlubokých žil, tromboembolie, urolitiáza, poruchy mikce, obstipace, nechutenství a dehydratace. Poruchy kůže a podkoží se projevují otlaky a proleženinami, neboť vlivem nehybnosti dochází k atrofii kůže a ke zhoršení elasticity kůže. Další závažnou poruchou je smyslová deprivace vlivem chybějící senzomotorické stimulace. S imobilitou přichází postupně a často skrytě a nepozorovaně sociální, emocionální a intelektové změny. Ztráta soběstačnosti, neschopnost samostatně uspokojovat základní životní potřeby a nemožnost provádět činnosti denního života je u většiny seniorů provázena pocitem deprese, zhoršení nálady a smutku, což negativně ovlivňuje fyzický stav starých osob a u některých může vyvolat upoutání na lůžko přechodné projevy zmatenosti nebo dezorientaci v prostoru i čase.^{35, 36}

2.8.6. Diagnostika pádů

Diagnostika pádu je velmi důležitá z hlediska preventivních opatření. Důkladná anamnéza pádu by měla obsahovat informaci o místě pádu, situaci která pádu předcházela, čas a mechanismus pádu, činnost a náhlé změny zdravotního stavu, které pádu předcházely (závratě, palpitace, bezvědomí), užívané léky, postavení končetin po pádu, ale také informaci o případných předchozích pádech. Anamnestický význam má i stav výživy a hydratace, oblečení, druh obuvi a všímání si deformací končetin.

³⁵ Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1.lf UK v Praze: Základy ošetřování nemocných. Nakladatelství Karolinum. Praha 2005. s. 70-73. ISBN 80-246-0845-6.

³⁶ TRACHTOVÁ, E., a kolektiv.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. IDV PZ. Brno 1999. s. 36. ISBN 80-7013-285-X.

Rizikové činnosti může spolehlivě odhalit screeningový test mobility, který usnadní diagnostiku. Součástí anamnézy může být Test instrumentálních všedních činností – IADL (viz příloha č. 1) . U osob s příznaky demence je vhodné informace doplnit o test kognitivních funkcí (viz příloha č. 2). Velmi jednoduchá, ale vysoce spolehlivá je škála pro stanovení rizika pádu podle Conleyové (viz příloha č. 3).^{37, 38}

2.8.7. Prevence pádů

Preventivní opatření ve stáří zahrnují primární, sekundární a terciální prevenci. Cílem účinných preventivních opatření je identifikace rizikových seniorů tak, aby žili s pocitem bezpečí, soběstačně a co nejzdravěji. Prevence úrazů představuje důležitou, ale velmi často opomíjenou oblast. Náklady na léčení úrazů jsou vysoké a značně zatěžují ekonomiku zdravotnictví. Největšího ekonomického efektu lze nejlépe dosáhnout prevencí. Značná část úrazů je způsobena pády, proto prevence pádů může jejich frekvenci významně omezit.

U osob starších 65 let je primární prevence zaměřena na snížení rizika vzniku onemocnění, úrazů a poranění, ale i udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti. U seniorů starších 65 let je vhodné provádět testování rovnováhy a chůze pacienta: „Get Up and Go Test“, např. Gaitův funkční test nebo Screeningový test mobility, který zahrnuje posazování, vstávání ze židle, udržení rovnováhy po postavení s otevřenýma a zavřenýma očima a při lehkém vychýlení trupu. Test hodnotí chůzi, otáčení, dosahování předmětu ve výšce a zdvihání předmětu ze země. Primární prevence spočívá v udržování přiměřené fyzické kondice zaměřené na pravidelné cvičení, které zlepšuje koordinaci pohybů, svalovou sílu a udržuje rozsah kloubní pohyblivosti.

Důležitá je dostatečná hydratace a výživa. Účinným opatřením je monitorování hydratace a výživy. Také pravidelné kontroly zraku se ukazují jako účinná preventivní opatření.

³⁷ PEKTOROVÁ, R.: Pády ve zdravotnických zařízeních, domovech důchodců a domácnostech. Florence, 2, 2006, č. 4, s. 43.

³⁸ MARX, D.: Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních. Diagnóza v ošetřovatelství, 1, 2005, č. 3, s. 139.

Zásadní význam v sekundární prevenci má snížení rizika mechanických pádů, proto je vhodné uspořádat místnost tak, aby na dráze chůze nebyly překážky. Tyto úpravy by neměli starší lidé chápat jako důkaz jejich nemohoucnosti a nešikovnosti, ale jako opatření, které pomáhá zajistit co nejdelší soběstačnost s minimem cizí pomoci. Podlahy by měly být nekluzké, bez koberečků, předložek a rohoží na hladké podlaze. Pozornost je třeba věnovat volným okrajům kobereců, o které je možno zakopnout. Nebezpečí představují i prahy, které je potřeba pro zvýšení bezpečnosti odstranit. Význam má i osvětlení, které neoslňuje, ale dobře osvětluje celý prostor.

Koupelny a toalety by měly být vybaveny madly, umožňujícími oporu při vstávání. Vany by měly být opatřeny protiskluzovými gumovými podložkami. U některých starších osob s poruchou chůze a rovnováhy je vhodné používat rehabilitační a kompenzační pomůcky (hole, berle, chodítka, protézy apod.). Před jejich používáním je nutné poučení a nácvik, jak s rehabilitační a kompenzační pomůckou zacházet, jinak by mohlo dojít k pádu či úrazu. Důležitá je vhodná a pohodlná obuv s pevnou neklouzající podrážkou. Účinnou preventivní intervencí je rehabilitační program s nácvikem chůze a rovnováhy. Dostatečná pohybová aktivita má pro organismus mnohostranný význam. Zlepšuje zdravotní stav, zpevňuje pohybový aparát, zlepšuje hybnost kloubů a udržuje svalovou sílu.^{39, 40, 41, 42}

Rao uvádí (2005, s.49): „*Program Cochrane Collaboration uspořádal systematický přehled studií zabývajících se prevencí pádů, které zahrnovaly cvičební programy směřující k postupnému posilování svalstva a k nácviku rovnováhy a chůze, jež byly v rukou zkušených zdravotníků individuálně přizpůsobovány potřebám jednotlivých pacientů. Souhrnné údaje z těchto studií*

³⁹ PROVAZNÍK, K. a spolupracovníci.: Manuál prevence v lékařské praxi. Fortuna. Praha 1998. s. 356-357., 624. ISBN 80-7071-080-2.

⁴⁰ TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Galén. Praha 2005. s. 270. ISBN 80-7262-365-6.

⁴¹ PEKTOROVÁ, R.: Pády ve zdravotnických zařízeních, domovech důchodců a domácnostech. Florence, 2, 2006, č. 4, s. 42-43.

⁴² KLÁN, J., KLEVETOVÁ, D., TOPINKOVÁ, E. aj.: Pády u seniorů v domácí péči. Sestra, 13, 2003, č. 1, s. 29-30.

*ukazují, že podobné programy v porovnání s kontrolní skupinou bez jakékoli intervence výrazně snižují počet osob, které během jednoho roku upadnou“.*⁴³

2.9. Kvalita v sociálních službách

Sociální služby jsou podle definice služby pro zranitelné lidi. Zranitelní lidé potřebují mít jistotu, že služby mají správný standard, který říká poskytovatelům služeb, jak mají poskytovat dobré služby, a uživatelům a jejich rodinám, co mohou očekávat. Kvalita sociálních služeb je odvozena od zásad, které zajistí prosazování práv a oprávněných zájmů, důstojné a bezpečné poskytování sociálních služeb. Kvalita služeb je tedy schopnost uspokojit očekávání, potřeby a požadavky klientů. Kvalita péče závisí na souboru metod, technik, pracovních postupů, organizační kultuře, ale také na chování, hodnotách a postojích poskytovatelů služeb.

Kvalita služeb může být ovlivněna přístupem poskytovatelů služeb, prostředím, atmosférou, ale také informovaností klientů a jejich rodinných příslušníků.

Poskytovaná služba či pomoc dle zákona o sociálních službách musí být:

- dostupná
- efektivní
- kvalitní
- bezpečná
- hospodárná

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem či požadavkem ukazují, jak bylo standardu dosaženo. Kvalitní péče je vyjádřena standardy, podle nichž se poskytovaná péče posuzuje. Standardy určují závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou a sociální péči a zároveň umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Standardy v sociálních službách jednoznačně vymezují minimální úroveň péče, která má být poskytnuta.^{44, 45}

⁴³ RAO, S.: Prevence pádů u starších nemocných. Medicína po promoci, 6, 2005, č. 10, s. 46-51.

⁴⁴ Odbor sociálních služeb a legislativní odbor MPSV ČR: Zákon o sociálních službách. Florence, 2, 2006, č. 4, s. 3-4.

⁴⁵ PEŠEK, J.: Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství. Grada. Praha 2003. s. 17. ISBN 80-247-0551-6.

2.9.1. Kvalita z hlediska poskytovatele sociálních služeb

Narůstající konkurence nutí poskytovatele služeb zabývat se kvalitou péče o své klienty, kteří si přejí péči s individuálním přístupem.

Systém kvality v sociálních službách je souhrnem struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné pro kontinuální zlepšování kvality poskytovaných služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. Kvalita sociálních služeb je měřitelná objektivními indikátory, které jsou pro management poskytovatele sociálních služeb důležitým nástrojem pro zvyšování kvality a efektivity poskytovaných služeb.

Systém kvality zahrnuje proces tvorby postupů, sběru informací (viz příloha č.4), stanovení standardů a hodnocení výsledků poskytovaných služeb. Sociální služby vycházejí z modelu European Foundation for Quality Management a modelu Mezinárodní organizace pro standardizaci.⁴⁶

Přístup zlepšování kvality opírající se o klasické manažerské postupy:

- definice cílů kvality,
- dokumentace údajů a informací
- analýza výsledků
- kontinuální sledování a kontrola stanovených cílů
- stálé přizpůsobování cílů a postupů korigujícím opatřením.

Zlepšování kvality v sociálních službách zahrnuje:

- vymezení problému
- stanovení způsobu řešení
- zavedení programu v rámci instituce
- přijetí programu jako běžné činnosti.^{47, 48}

⁴⁶ JOIN COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Root Cause Analysis in Health Care – Tools and Techniques. Illinois: JCAH 2000. pp. 175. ISBN 0-86688-641-9.

⁴⁷ GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. Computer Press. Brno 2003. s. 299., 308-309. ISBN 80-7226-996-8.

⁴⁸ Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. s. 13-14. <http://www.mpsv.cz/cs/9/30.10.2006>

2.9.2. Standardy sociálních služeb

Standardy znamenají určitou, přesně definovanou kvantitativní nebo kvalitativní úroveň péče. Standardy kvality sociálních služeb popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba, a jsou měřitelnými a ověřitelnými kritérii. Umožňují posoudit kvalitu poskytované služby. Standardy sociálních služeb (viz příloha č. 5) využívají prvky zajišťování kvality z jiných odvětví, které reagují na aktuální potřeby a zájmy zákazníků s cílem uspokojit jejich zájmy a potřeby.

Standardy jsou potřebné z různých důvodů. Jedním z nich je ověřování skutečnosti, zda jsou sociální služby schopny zajišťovat kvalitu. Poskytovatelé služeb by měli být seznámeni s platnými standardy, které jsou používány, a na jejich základě měřit svůj výkon.

Uznávaný systém kvality je založen na postupech a pokynech, které se týkají všech aspektů poskytování služby a na metodách kontroly, jež zjišťuje, zda jsou postupy a pokyny v praxi skutečně dodržovány.

2.10. European Foundation for Quality Management (EFQM)

EFQM – Evropská nadace pro řízení kvality se sídlem v Bruselu byla založena v roce 1988 čtrnácti významnými evropskými podniky. Nadace vytvořila základní strukturu modelu k hodnocení podnikatelských špičkových výkonů pro zadání evropské ceny kvality.

EFQM vede organizace k sebehodnocení a k následnému kontinuálnímu zvyšování kvality.

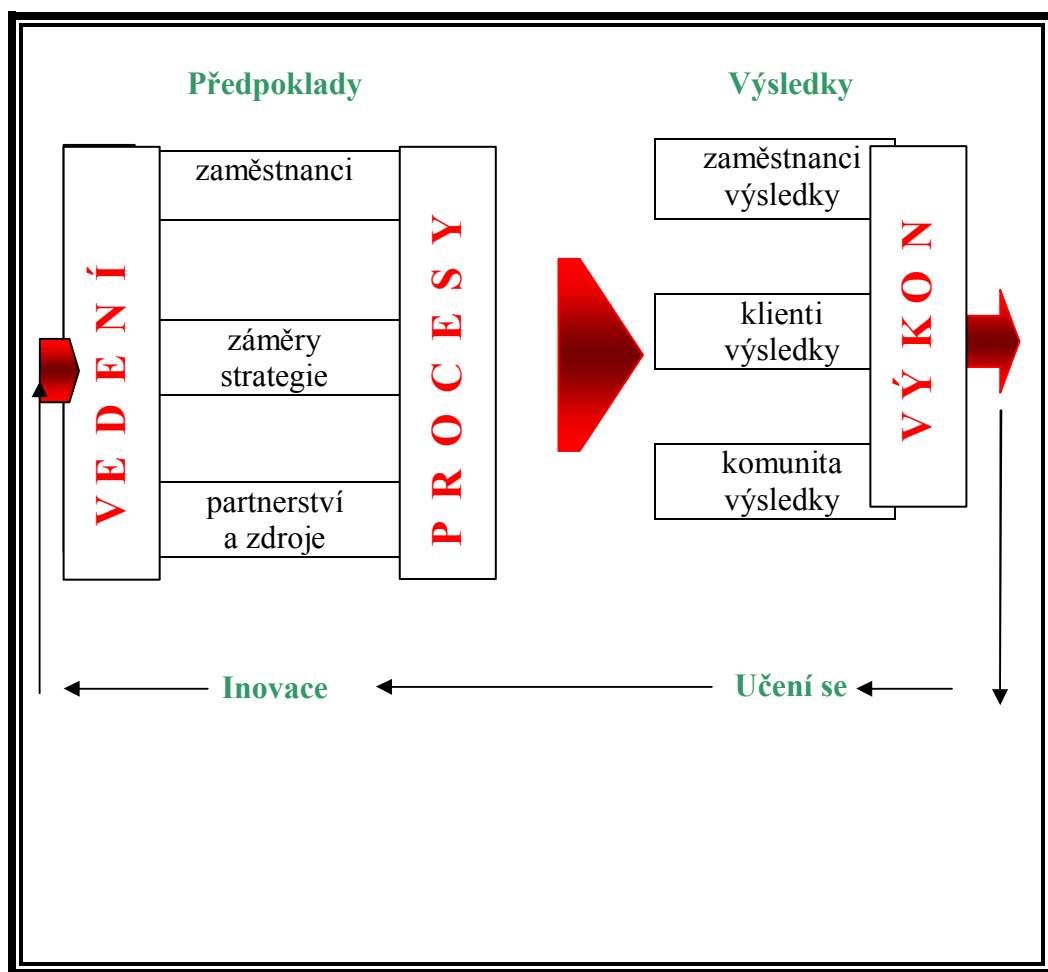
Model podpůrných faktorů EFQM:

- vedení
- politika a strategie
- zaměstnanci
- zdroje a partnerství
- procesy

Výsledné faktory EFQM:

- spokojenost klientů
- spokojenost zaměstnanců
- spokojenost společnosti
- excelence v klíčových výsledcích výkonnosti.^{49, 50}

Obrázek č.1: Kritéria modelu EFQM



⁴⁹ GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. Computer Press. Brno 2003. s. 312.
ISBN 80-7226-996-8.

⁵⁰ ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: Kreativní ošetrovatelský management. Advent-Orion. Praha 2003.
s. 48. ISBN 80-7172-841-1.

2.11. Mezinárodní organizace pro standardizaci

Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Organisation for Standardization – ISO) je celosvětovou federací národních organizací pro standardizaci.

Mezinárodní normy byly přijaty v roce 1987 Mezinárodní normalizační společností. V letech 1994 a 2000 byly postupně novelizovány.

Programem této organizace je zkoumat procesy v organizaci z hlediska kvality. Prověřuje dokumentaci a efektivitu procesů kvality, zajišťuje základní podmínky a předpoklady pro trvalou kvalitu procesů v organizaci. Kontinuální zlepšování kvality spočívá v plánování, provedení, kontrole výsledků a případné zlepšující akce.

Charakteristické rysy ISO norem:

- zaměření na stabilitu kvality
- zavádění pořádku a disciplíny do zabezpečování kvality
- záznamy, evidence a realizace postupů
- zpětná vazba a následná náprava.⁵¹

Standardy ISO jsou zaměřené na proces řízení kvality s cílem trvale produkovat službu, která odpovídá určitým kritériím.

⁵¹ PEŠEK, J.: Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství. Grada. Praha 2003. s. 36-37.
ISBN 80-247-0551-6.

3. Praktická část

3.1. Znalosti v oblasti pádů v ústavech sociální péče

Incidence pádů je jedním z indikátorů kvality sociálních služeb. V ústavech sociální péče není vypracována jednotná metodika a některá zařízení se touto problematikou vůbec nezabývají, přičemž incidence pádů v ústavech sociální péče je 40 –60 %. Důsledkem pádů jsou různě závažná zranění. Pády mnohdy způsobují zhoršení zdravotního stavu postiženého a jsou nejčastější příčinou smrtelných úrazů, proto je třeba věnovat zvýšenou pozornost prevenci. Této závažné události se dá v mnoha případech zabránit. Znalosti příčin vzniku pádů, edukace starých osob a následná účinná preventivní opatření mohou snížit počet pádů a zredukovat výdaje na léčení jejich důsledků.

3.1.1. Cíl šetření

Empirickým šetřením chceme zjistit úroveň vědomostí, znalostí a názorové hladiny ošetrovatelského personálu a managementu v ústavech sociální péče v oblasti detekce a preventivních opatření z hlediska pádu.

Záměrem bylo zjistit, zda střední ošetrovatelský personál a management v DD zná rizikové faktory, zná účinná preventivní opatření, kolik pádů měsíčně průměrně vzniká a kolik obyvatel se následkem pádu během měsíce zraní. Podle výsledku šetření chceme navrhnout a doporučit účinná opatření, která sníží počet pádů a zlepši znalosti této problematiky, a tak i kvalitu péče o rizikové obyvatele.

Výzkumné hypotézy:

- 1) Ošetrovatelský personál zná vnitřní i vnější rizikové faktory pádů obyvatel.
- 2) Management a sestry u lůžka znají preventivní opatření pádu.
- 3) Výskyt pádů obyvatel v DD je sledován.
- 4) Pády v domovech důchodců jsou častější než na lůžkách následné a akutní péče.

Dílčí výzkumné cíle:

- 1) Zjistit, zda se výskyt pádů v DD sleduje.
- 2) Zjistit, zda jsou činěna preventivní opatření na snížení výskytu pádů.
- 3) Zmapovat názory a postoje ošetrovatelského personálu (sester u lůžka a managementu) na problematiku pádů obyvatel.

3.1.2. Charakteristika vzorku

Předmětem studie je ošetrovatelský personál včetně managementu v 18 domovech důchodců z deseti krajů:

Kraj	počet respondentů	%	ústav sociální péče
Kraj Praha	51	25,76 %	DD Praha 4, Sulická DD Praha 6, Šolínova DD Praha 10, Sněženková DD Praha 11, K Milíčovu DD Praha 11, Donovalská
Středočeský kraj	14	7,07 %	DD Náchod
Karlovarský kraj	8	4,04 %	DD Karlovy Vary, Stará Role
Plzeňský kraj	12	6,06 %	DD sv. Jiří, Plzeň, Mohylová DD Plzeň, Západní
Zlínský kraj	8	4,04 %	DD Újezd u Valašských Klobouků
Jihočeský kraj	34	17,17 %	DD Písek, Drhové Blanka – středisko diakonie ČCE, Písek G – centrum, Tábor
Královéhradecký kraj	13	6,57 %	DD Hradec Králové, K Biřičce
Pardubický kraj	19	9,60 %	DD Pardubice, Štrosova
Jihomoravský kraj	21	10,61 %	DD Plaveč, okr. Znojmo DD Jevišovice, okr. Znojmo
Olomoucký kraj	18	9,09 %	DD Šumperk, U Sanatoria

Cílovou sledovanou skupinou byl ošetrovatelský personál DD (sestry pracující u lůžka) a management (vrchní a staniční sestry). Byl prováděn kvantitativní výzkum za použití dotazníku.

Odpovědělo 9 vrchních sester (4,5 %), 33 staničních sester (16,7 %) a 156 sester pracujících u lůžka (78,8 %), z nichž bylo 197 žen (99,49 %) a 1 muž (0,51 %).

Ze sledovaného vzorku bylo 150 sester se středním zdravotnickým vzděláním (75,8 %), 42 sester se specializačním studiem (21,2 %), 4 sestry s VOŠ (2 %) a 2 sestry s bakalářským vzděláním (1 %).

Z dotázaných bylo 25 sester (12,6 %) ve věku 19–30 let, 38 (19,2 %) ve věku 31–40 let, ve skupině 41–50 let bylo 63 sester (31,8 %), v další skupině 51–60 let bylo 66 respondentů (33,3 %) a zbylých 6 (3 %) ve věku 61 a více let.

3.1.3. Vlastní šetření a použitá metoda

Zařízení byla vybrána na podkladě jejich ochoty spolupracovat při zodpovězení otázek. Kontakt na jednotlivé DD byl vyhledán pomocí internetu.

Před zahájením vlastního šetření byl proveden pilotní průzkum ve 2 domovech důchodců v Praze na vzorku 30-ti respondentů. Podle získaných odpovědí byly některé otázky vyloučeny a některé upraveny. Po úpravě dotazník obsahoval 25 otázek.

Dotazník (viz příloha č. 6) byl rozdělen na několik oblastí, které jsou z našeho hlediska pro dokumentaci pádů důležité. Úvod dotazníku byl věnován identifikačním údajům, dále následovaly otázky věnované preventivním opatřením, vnitřním a vnějším faktorům, které mohou být příčinou pádu. Další otázky se týkaly zranění při pádech, evidenci pádů, počtu pádů a podílu zranění z pádů za měsíc. Poslední otázka dotazníku byla otevřená, zde byl dán prostor pro volný text a možnost respondentům vyjádřit svůj názor na problematiku pádů.

Soubor byl tříděn podle jednoho i více statistických znaků a spočítány byly relativní četnosti. U některých proměnných byla spočítána i závislost znalostí managementu a sester u lůžka pomocí statistického „*Chi-kvadrát testu závislosti*“.

Osloveno bylo 249 respondentů, zpět bylo vráceno 207 dotazníků. Správně vyplněných dotazníků bylo 198.

Některé DD šetření odmítly např. DD v Třebíči z důvodu zatížení personálu, DD v Praze 8 proto, že žádný pád u svých obyvatel nezaznamenali, dále z obavy, aby šetření neprobíhalo u obyvatel. V DD v Ústí nad Labem přislíbili vyplnění dotazníků, ale později odmítli pro zaneprázdněnost managementu.

3.1.4. Výsledky

Pro tuto diplomovou práci byly použity výsledky a ukazatele, které mapují znalosti sester u lůžka a managementu v oblasti pádů. Dále ty, které ukazují kvalitu ošetrovatelské péče – indikátory kvality.

Otázka: Je u vás v DD zpracována prevence (formou standardů) z hlediska rizika vzniku pádů u obyvatel?

Tabulka č.1 ukazuje kolik domovů důchodců má zpracované standardy, týkající se oblasti pádů.

Tabulka č.1: Zpracování standardů v oblasti pádů

Domov důchodců	Počet DD	%
Standard ANO	10	55,55
Standard NE	8	44,44
celkem	18	100

Otázka: Hodnotíte stupeň soběstačnosti u obyvatel?

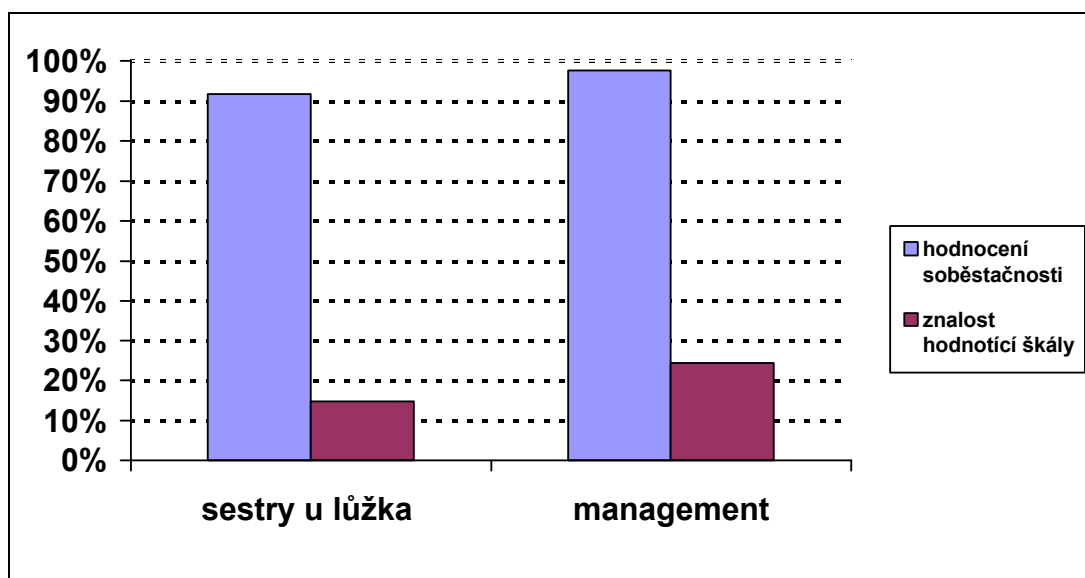
Pokud hodnotíte soběstačnost, uveďte název hodnotící škály?

Tabulka č. 2 a graf č. 1 ukazují, kolik sester u lůžka a managementu ve svém zařízení hodnotí soběstačnost a kolik z nich zná název hodnotící škály. Jako hodnotící škály byly uvedeny - Bartelův test základních všedních činností (viz příloha č. 7), zkrácený bodovací test podle Gaidna, Test instrumentálních všedních činností (IADL) a Test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga. Přestože hodnocení soběstačnosti provádí většina z dotázaných, název hodnotící škály, kterou používají při hodnocení soběstačnosti, znalo jen 24,39 % managementu a 14,69 % sester u lůžka.

Tabulka č. 2: Hodnocení soběstačnosti a znalost hodnotící škály

Oš. personál	Celkem počet	Hodnocení soběstačnosti	%	název škály	%
sestry u lůžka	156	143	91,67	21	14,69
management	42	41	97,62	10	24,39
Celkem	198	184		37	

Graf č.1: Hodnocení soběstačnosti a znalost hodnotící škály



Otázka: Uved'te preventivní opatření (můžete zaškrtnout více možností).

Maximální počet správných odpovědí byl 5. Otázky se týkaly následujících témat - odstranění překážek, zvýšený dohled, rehabilitace, poskytnutí kompenzačních pomůcek a protiskluzová opatření.

Tabulka č. 3 ukazuje znalosti v oblasti preventivních opatření sester u lůžka. Tabulka je rozdělena na sestry ze zařízení, která mají zpracovaný standard o pádech, a sestry z DD, ve kterých standard o pádech zpracovaný nemají. Předpoklad, že sestry ze zařízení se zpracovaným standardem budou znát správné odpovědi na všechny otázky týkající se preventivních opatření při pádech, se nepotvrdil.

Graf č. 2 porovnává znalosti preventivních opatření sester u lůžka ze zařízení, která mají zpracovaný standard o pádu klientů, a sester, které standard ve svých zařízeních k dispozici nemají.

Tabulka č. 4 ukazuje znalost preventivních opatření managementu v zařízeních s platným standardem o pádu klienta a bez zpracovaného standardu.

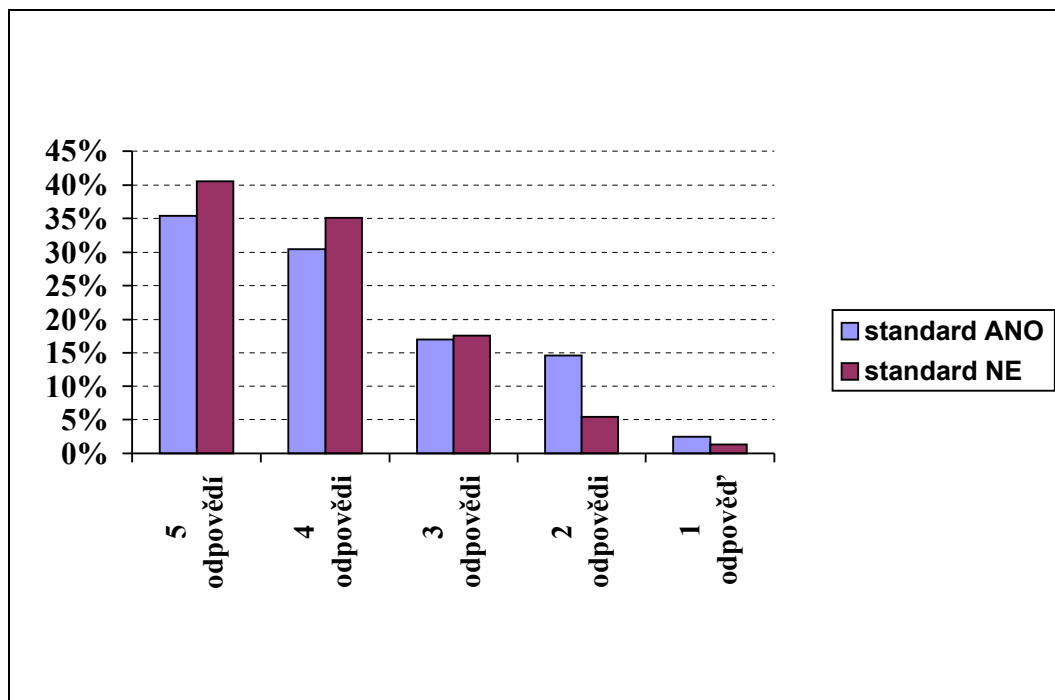
Graf č. 3 porovnává znalosti managementu v obou typech zařízení v závislosti na zpracování standardu o pádu klienta. Již zde se zdá prokázáno, že znalost v oblasti prevence je nedostatečná. Management bez zpracovaných standardů prokazuje dokonce rozsáhlejší znalosti.

Tabulka č. 3: Znalost preventivních opatření sester u lůžka s platným standardem a sester, které nemají ve svém zařízení standard o pádu klienta

sestry u lůžka	5 odpovědi	4 odpovědi	3 odpovědi	2 odpovědi	1 odpověď	celkem
Počet správných odpovědí (DD mající standard)	29	25	14	12	2	82
Správné odpovědi v %	35,37	30,49	17,07	14,63	2,44	100
Počet správných odpovědí (DD nemající standard)	30	26	13	4	1	74
Správné odpovědi v %	40,54	35,14	17,57	5,41	1,35	100

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 4 stupních vlastnosti je 9,488. $\chi^2 = 4,007$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 4 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

Graf č.2: Srovnání znalostí prevence v oblasti pádů sester u lůžka, které mají zpracovaný standard a sester které standard nemají

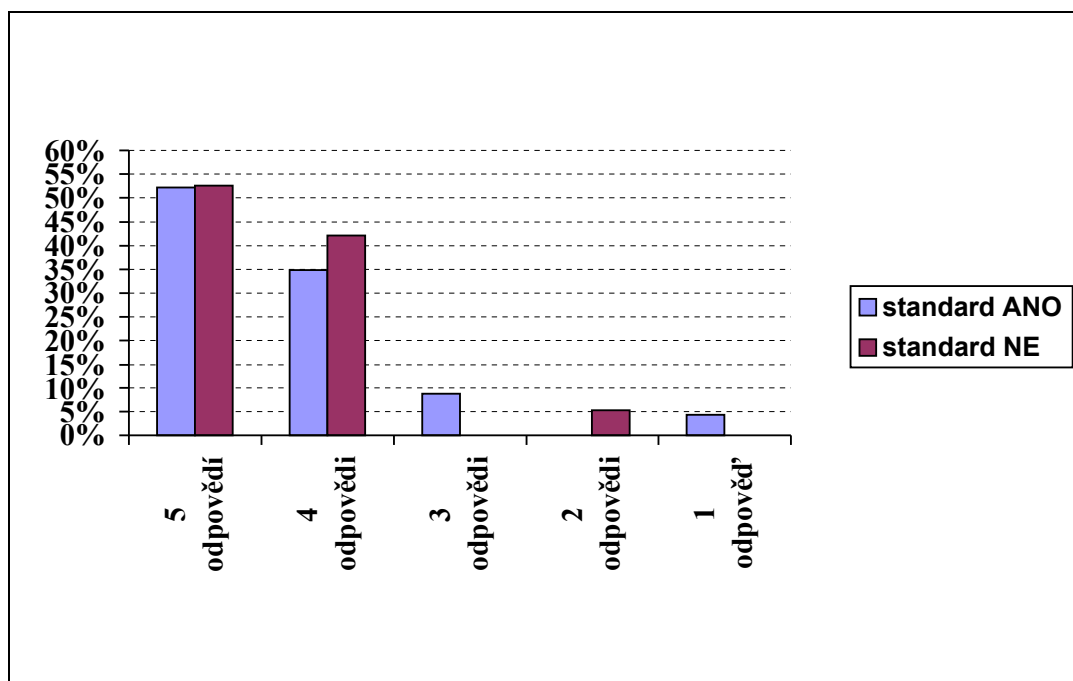


Tabulka č. 4: Znalost preventivních opatření managementu

management	5 odpovědí	4 odpovědi	3 odpovědi	2 odpovědi	1 odpověď	celkem
Počet správných odpovědí (DD mající standard)	12	8	2	0	1	23
Odpovědi v %	52,17	34,78	8,70	0	4,35	100
Počet správných odpovědí (DD nemající standard)	10	8	0	1	0	19
Odpovědi v %	52,63	42,11	0	5,26	0	100

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 0,808$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila – vztah neexistuje.

Graf č.3: Srovnání znalostí prevence v oblasti pádů u managementu se standardem o pádu a u managementu bez standardu



Tabulka č. 5 porovnává znalosti sester u lůžka a managementu, týkající se preventivních opatření v zařízeních se zpracovaným standardem o pádu klienta.

Graf č. 4 ukazuje znalosti sester u lůžka v oblasti prevence vzniku pádu a managementu se zpracovaným standardem.

Tabulka č. 6 porovnává znalosti preventivních opatření sester u lůžka a managementu, kde nemají standard o pádu klienta. Management vykazuje nepatrně větší znalosti v oblasti prevence, přičemž tam, kde nemají zpracovaný standard, mají znalosti poněkud hlubší.

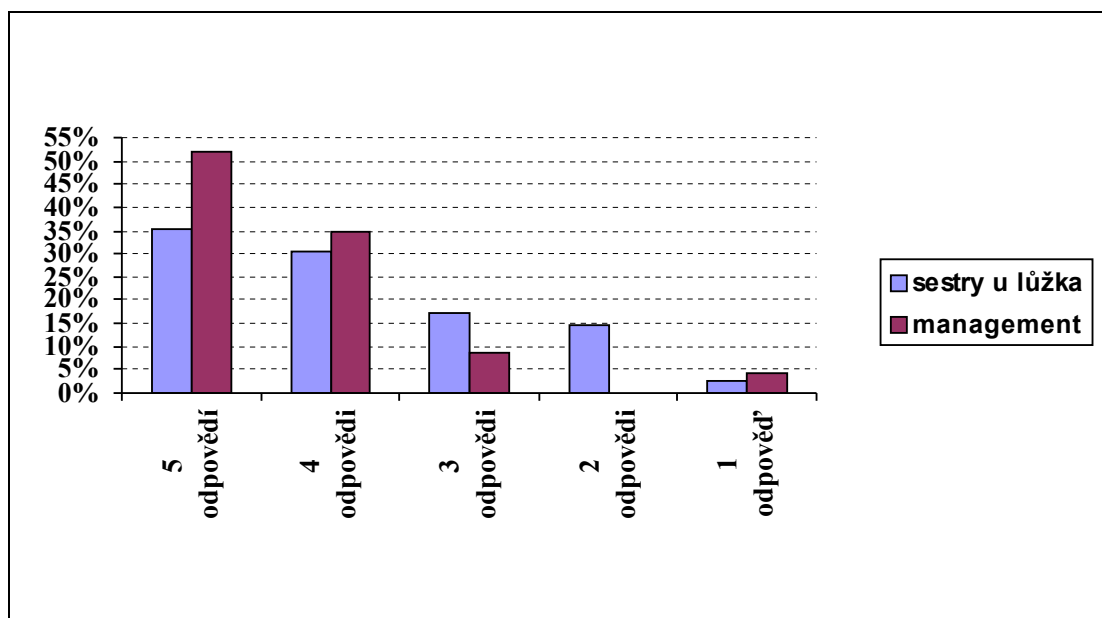
Graf č. 5 ukazuje znalosti sester u lůžka v oblasti prevence vzniku pádu a managementu bez zpracovaného standardu o pádu klienta, kde jsou opět znalosti větší u managementu. Počet správných odpovědí bylo 5. Otázky znalosti prevence pádu se týkaly následujících témat – odstranění překážek, zvýšený dohled, rehabilitace, poskytnutí kompenzačních pomůcek a protiskluzová opatření. Lze říci, že to, jestli daný ústav má nebo nemá zpracovaný standard nemá vliv na znalosti sester ani managementu.

Tabulka č. 5: Znalost preventivních opatření sester u lůžka a managementu majících ve svém zařízení standard o pádu klienta

	5 odpovědí	4 odpovědí	3 odpovědí	2 odpovědí	1 odpověď	celkem
sestry u lůžka	29	25	14	12	2	82
Odpovědi v %	35,37	30,49	17,07	14,63	2,44	100
management	12	8	2	0	1	23
Odpovědi v %	52,17	34,78	8,70	0	4,35	100

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 4,114$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

Graf č.4: Znalost preventivních opatření sester u lůžka a managementu, které mají ve svém zařízení standard o pádu klienta

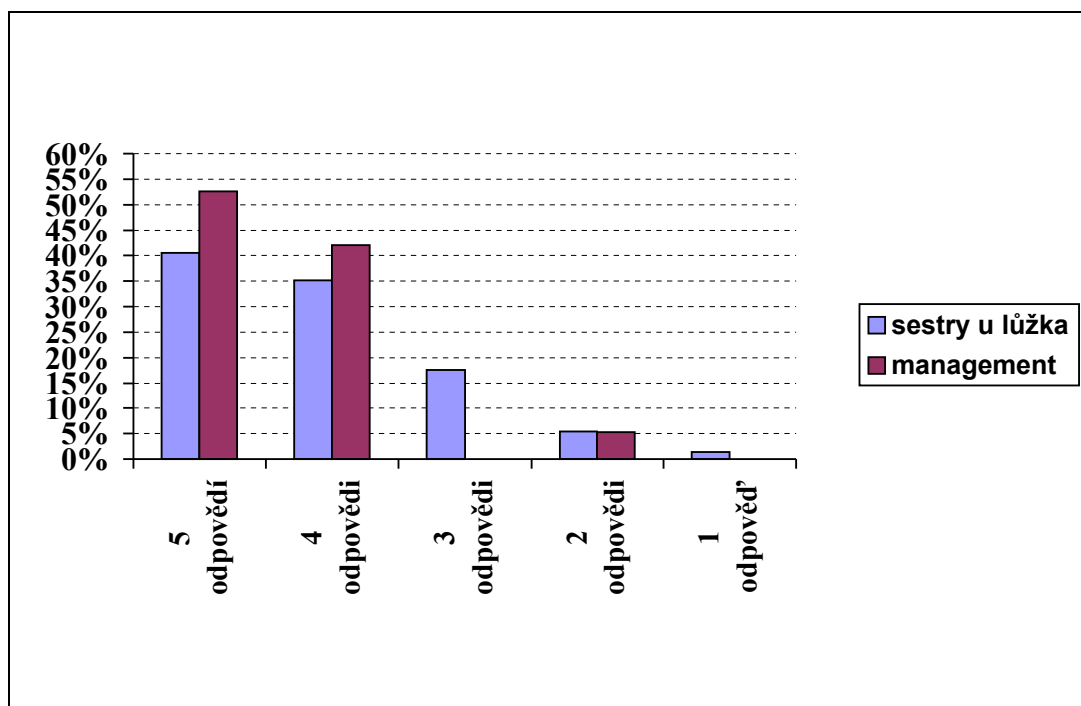


Tabulka č. 6: Znalost preventivních opatření sester u lůžka a managementu, které nemají ve svém zařízení standard o pádu klienta

	5 odpovědí	4 odpovědí	3 odpovědí	2 odpovědí	1 odpověď	celkem
sestry u lůžka	30	26	13	4	1	74
Odpovědi v %	40,54	35,14	17,57	5,41	1,35	100
management	10	8	0	1	0	19
Odpovědi v %	52,63	42,11	0	5,26	0	100

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 3,403$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

Graf č.5: Znalost preventivních opatření sester u lůžka a managementu, které nemají ve svém zařízení standard o pádu klienta



Otázka: Která kritéria z hlediska rizika vzniku pádů u obyvatel hodnotíte?

- věk nad 65 let
- závratě
- poruchy smyslů
- dezorientace
- užívání léků (např. sedativa, hypnotika, antidepresiva...)
- poruchy hybnosti
- hypotenze.

Tabulka č. 7 a graf č. 6 porovnává hodnocení rizikových faktorů (s ohledem na pád) mezi sestrami u lůžka v zařízeních se zpracovaným standardem a sestrami ze zařízení, která standard zpracovaný nemají, přičemž sestry ze zařízení bez standardu prokazují větší informovanost v této oblasti. Znalost hodnotících kritérií je tedy vyšší u sester bez standardu.

Tabulka č. 8 a graf č. 7 porovnává znalosti hodnotících kritérií v oblasti pádu, které prokázaly staniční sestry, rozdělené na staniční sestry ze zařízení, která mají zpracovaný standard a zařízení, která standard k dispozici nemají. Staniční sestry se zpracovaným standardem prokazují větší znalosti v této oblasti, než staniční sestry bez zpracovaného standardu.

Tabulka č. 9 a graf č. 8 ukazuje znalosti vrchních sester v otázce hodnocení kritérií z hlediska rizika vzniku pádu. Vrchní sestry bez standardu vykazují větší znalosti oproti vrchním sestřám se zpracovaným standardem.

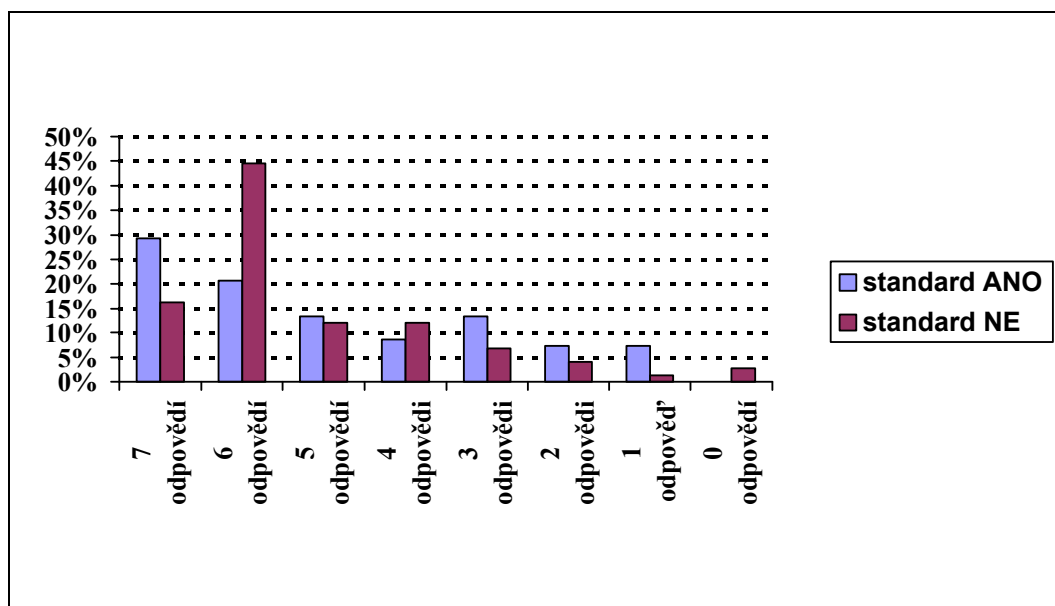
Zjištěné skutečnosti ukazují, že problematika pádů u obyvatel je podceňována a zpracovaný standard o pádu klienta nemá vliv na znalosti ošetřujícího personálu. Zjištěné skutečnosti neodpovídají předpokladu, že management a sestry u lůžka se zpracovaným standardem by měly znát a hodnotit všechna uvedená kritéria.

Tabulka č. 7: Znalost sester u lůžka v oblasti rizikových faktorů pádu v zařízení se standardem o pádu a bez standardu

	7 odpovědí	6 odpovědí	5 odpovědí	4 odpovědí	3 odpověď	2 odpověď	1 odpověď	0 odpověď	celkem
Počet odpovědí mají standard	24	17	11	7	11	6	6	0	82
Odpovědi v %	29,27	20,73	13,41	8,54	13,41	7,32	7,32	0	100
Počet odpovědí nemají standard	12	33	9	9	5	3	1	2	74
Odpovědi v %	16,22	44,59	12,16	12,16	6,76	4,05	1,35	2,70	100

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 4,022$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

Graf č. 6: Srovnání znalostí rizikových faktorů pádu sester u lůžka

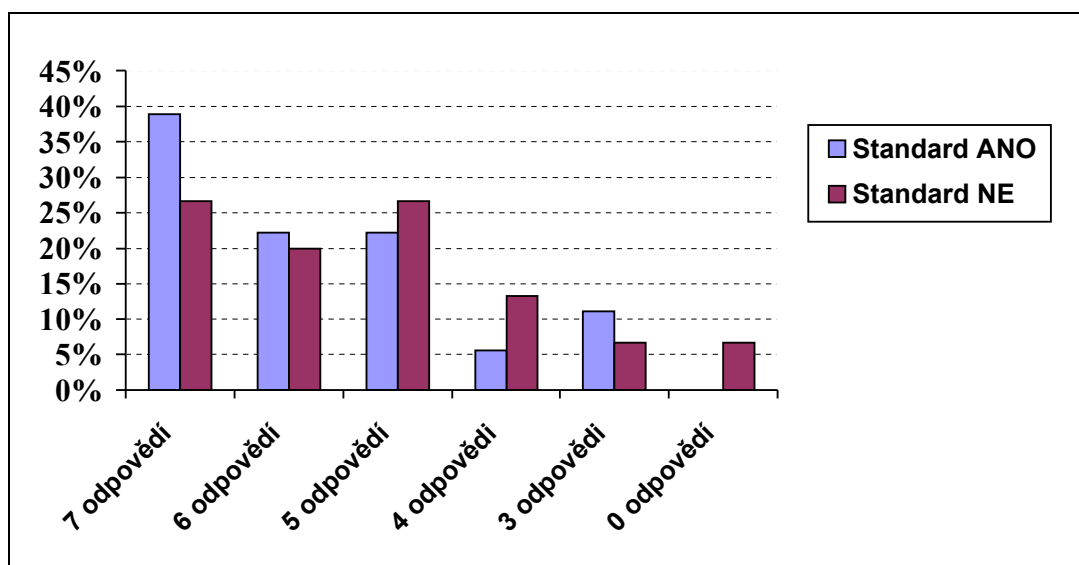


Tabulka č.8: Znalost staničních sester v oblasti rizikových faktorů pádu v zařízení se standardem o pádu a bez standardu

	7 odpovědí	6 odpovědí	5 odpovědí	4 odpovědí	3 odpovědí	0 odpovědí	celkem
Počet odpovědí mají standard	7	4	4	1	2	0	18
Odpovědi v %	38,89	22,22	22,22	5,56	11,11	0	100
Počet odpovědí nemají standard	4	3	4	2	1	1	15
Odpovědi v %	26,67	20	26,67	13,33	6,67	6,67	100

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 0,713$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

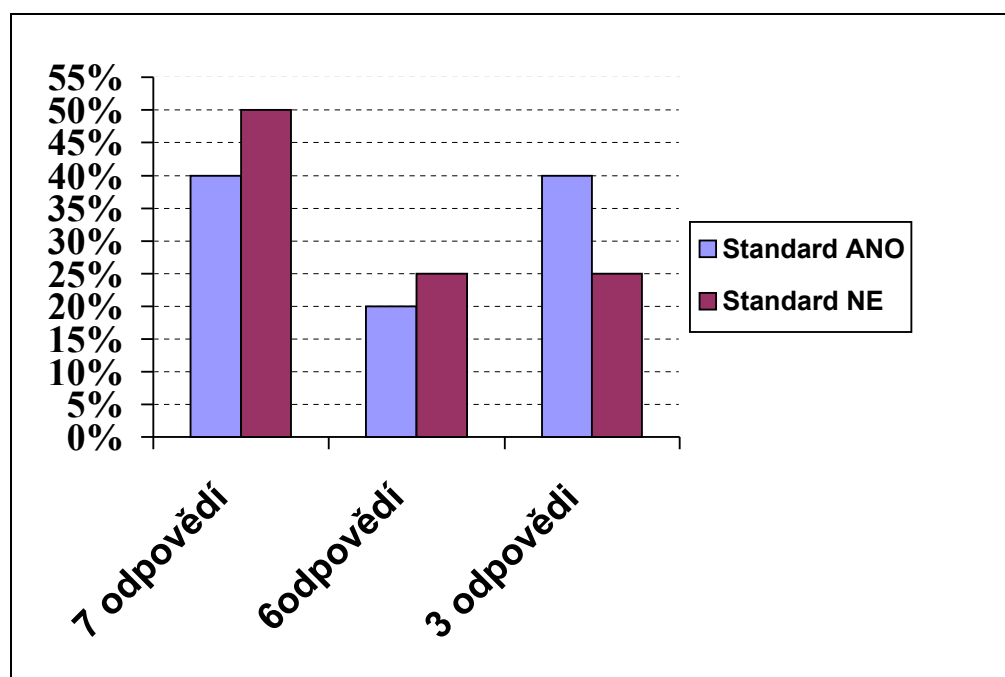
Graf č. 7: Srovnání znalostí rizikových faktorů pádu staničních sester



Tabulka č. 9: Znalost vrchních sester v oblasti rizikových faktorů pádu se standardem o pádu a bez standardu

	7 odpovědí	6 odpovědí	3 odpovědí	celkem
Počet odpovědí mají standard	2	1	2	5
Odpovědi v %	40	20	40	100
Počet odpovědí nemají standard	2	1	1	4
Odpovědi v %	50	25	25	100

Graf č. 8: Srovnání znalostí rizikových faktorů pádu vrchních sester u lůžka



Otázka: Jaké faktory vnějšího prostředí mohou být příčinou pádu u obyvatel?

- schody
- osvětlení
- podlahy
- obuv
- koberce
- koupelna
- lůžko a židle
- předsíň (nesprávně)
- úzká zárubeň (nesprávně)
- malá okna (nesprávně)

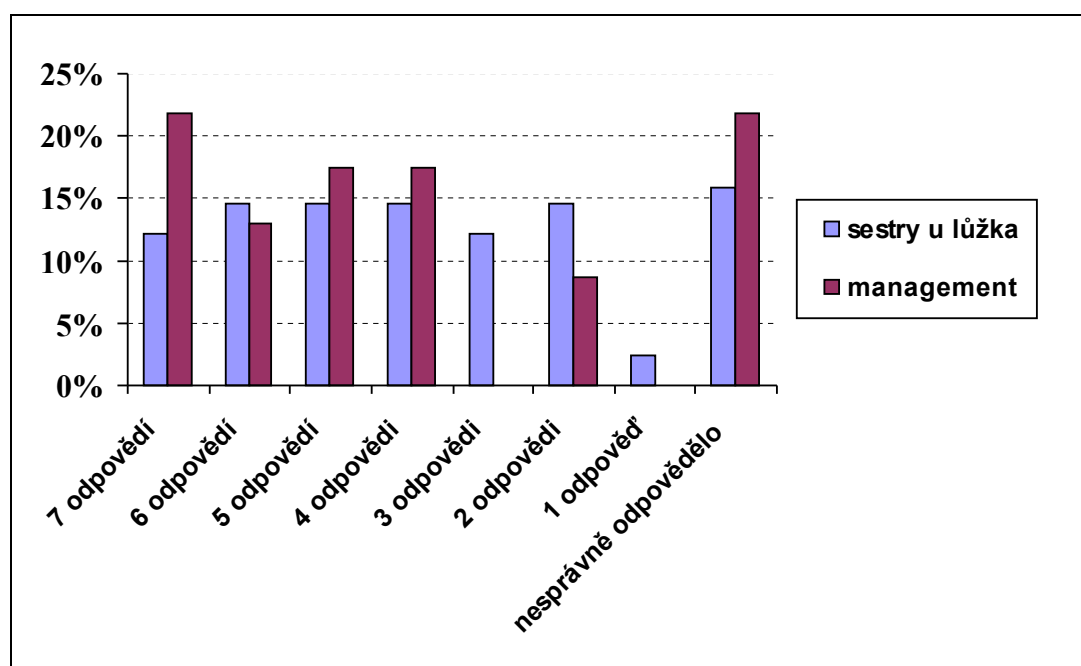
Tabulka č. 10 a graf č. 9 porovnává znalosti sester u lůžka a managementu se zpracovaným standardem. Jejich znalost vnějších faktorů, které mohou být jednou z příčin vzniku pádu u klientů. Maximální počet správných odpovědí byl 7 – schody, osvětlení, podlahy, obuv, koberce, koupelna, lůžko a židle, přičemž někteří respondenti uvedli i jako možnou příčinu pádu předsíň, úzkou zárubeň nebo malá okna. Tito respondenti byli vyřazeni z hodnocení. Nesprávně odpovědělo 13 sester a 5 pracovníků managementu. Management prokazuje větší znalosti oproti sestřím u lůžka, ale celkově jsou znalosti nedostatečné, vzhledem ke skutečnosti, že mají k dispozici standard o pádu klienta. Neznalost těchto faktorů může být jednou z příčin zvýšeného počtu pádů a úrazovosti.

Tabulka č. 10: Znalost vnějších faktorů, jež mohou být příčinou pádu u obyvatel, kterou prokázaly sestry u lůžka a management mající platný standard

Správné odpovědi	7	6	5	4	3	2	1	celkem správně	Celkem nesprávně
sestry u lůžka	10	12	11	12	10	12	2	69	13
Odpovědi v %	12,20	14,63	13,41	14,63	12,20	14,63	2,44	84,15	15,85
management	5	3	4	4	0	2	0	18	5
Odpovědi v %	21,73	13,04	17,39	17,39	0	8,70	0	78,25	21,75

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 1,598$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

Graf č. 9: Srovnání znalostí sester u lůžka a managementu v oblasti vnějších faktorů pádu majících platný standard



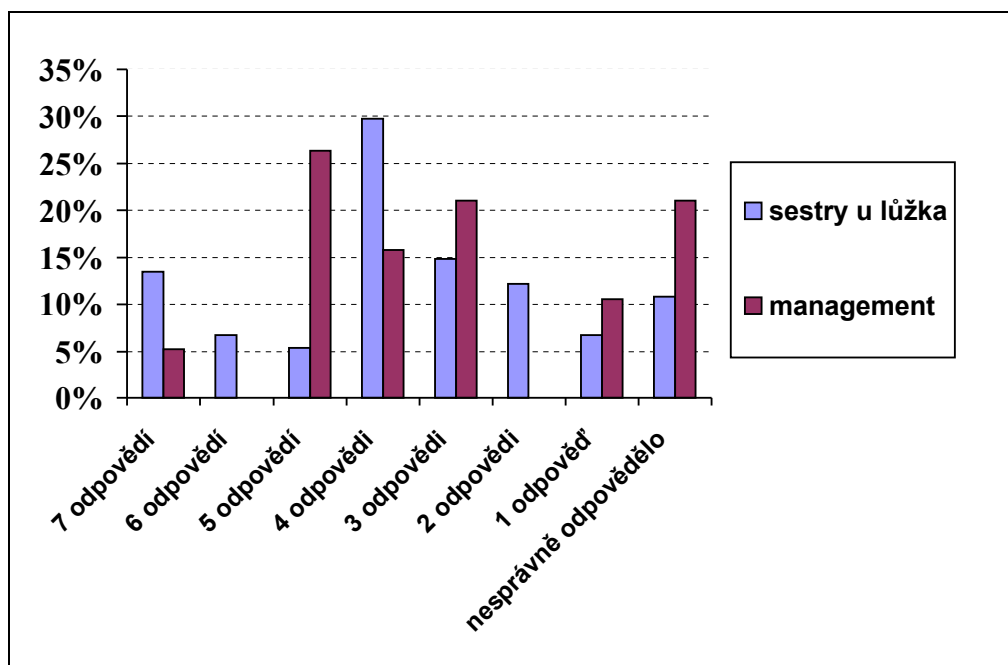
Tabulka č. 11 a graf č. 10 porovnává znalosti vnějších faktorů sester u lůžka a managementu, které nemají k dispozici standard o pádu klienta. Výsledky naznačují, že sestry u lůžka prokazují větší znalosti než management. Tato skutečnost je zřejmě dána větší praktickou zkušeností sester u lůžka s pády klientů.

Tabulka č.11: Znalost vnějších faktorů sester u lůžka a managementu nemajících standard

Správné odpovědi	7	6	5	4	3	2	1	celkem správně	celkem nesprávně
sestry u lůžka	10	5	4	22	11	9	5	66	8
Odpovědi v %	13,51	6,76	5,41	29,73	14,86	12,16	6,76	89,19	10,81
management	1	0	5	3	4	0	2	15	4
Odpovědi v %	5,26	0	26,32	15,79	21,05	0	10,53	78,95	21,05

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 2,391$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

Graf č. 10: Srovnání znalostí sester u lůžka a managementu v oblasti vnějších faktorů pádu nemajících standard o pádu



Otázka: Uved'te vnitřní faktory, které mohou být příčinou pádu:

- snížené smyslové vnímání, poruchy pohybového aparátu, demence, ortostatická hypotenze, hypoglykémie, poruchy periferních nervů, antidepresiva a benzodiazepiny, alkohol
- hypertenze (nesprávně)

Tabulka č. 12 a graf č. 11 porovnává znalosti sester u lůžka a managementu se zpracovaným standardem o pádu a jejich znalosti vnitřních faktorů, které mohou být příčinou pádu u obyvatel. Maximální počet správných odpovědí byl 8. Ve výběru odpovědí byla i nesprávná – hypertenze. Respondenti, kteří uvedli odpověď nesprávnou, byli ze zpracování vyřazeni. Ukazuje se, že sestry u lůžka mají nepatrně větší znalosti, ale celkově jsou znalosti nedostatečné. Obecně lze říci, že neznalost vnitřních faktorů obou skupin je alarmující.

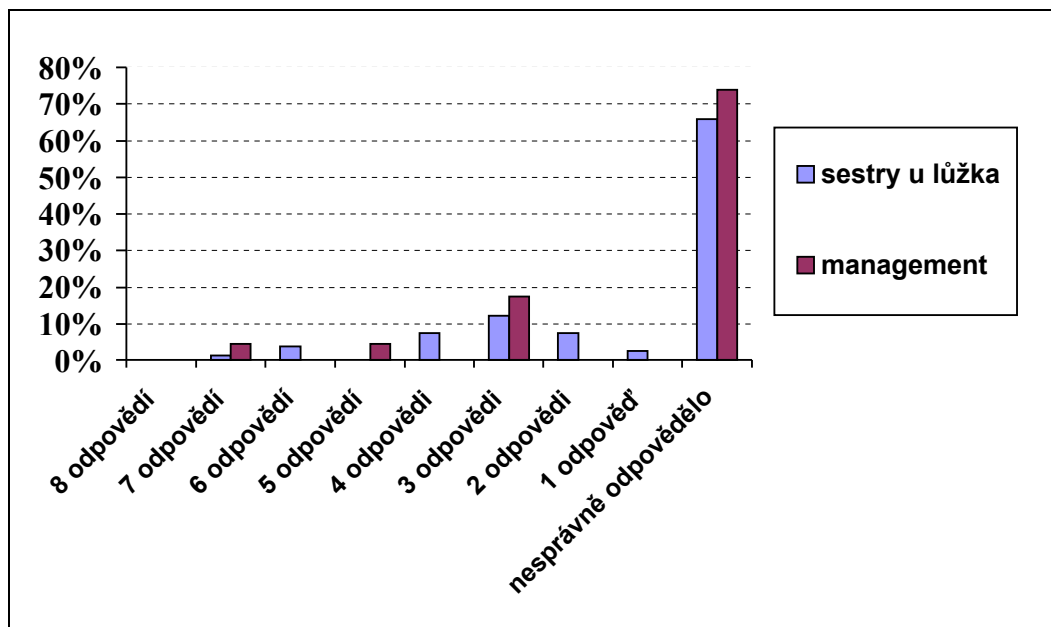
Tabulka č. 13 a graf č. 12 ukazuje znalost vnitřních faktorů, jež prokázaly sestry u lůžka a management v zařízeních, které nemají k dispozici platný standard o pádu klienta. Znalosti obou porovnávaných skupin jsou na nízké úrovni, ale sestry u lůžka vykazují o něco více znalostí této problematiky než management.

Tabulka č. 12: Znalost sester u lůžka a managementu v oblasti vnitřních faktorů majících standard o pádu

Správné odpovědi	8	7	6	5	4	3	2	1	celkem správně	celkem nesprávně
sestry u lůžka	0	1	3	0	6	10	6	2	28	54
Odpovědi v %	0	1,22	3,66	0	7,32	12,19	7,32	2,44	34,15	65,85
management	0	1	0	1	0	4	0	0	6	17
Odpovědi v %	0	4,35	0	4,35	0	17,39	0	0	26,09	73,91

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 0,273$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

Graf č. 11: Znalost sester u lůžka a managementu v oblasti vnitřních faktorů majících standard

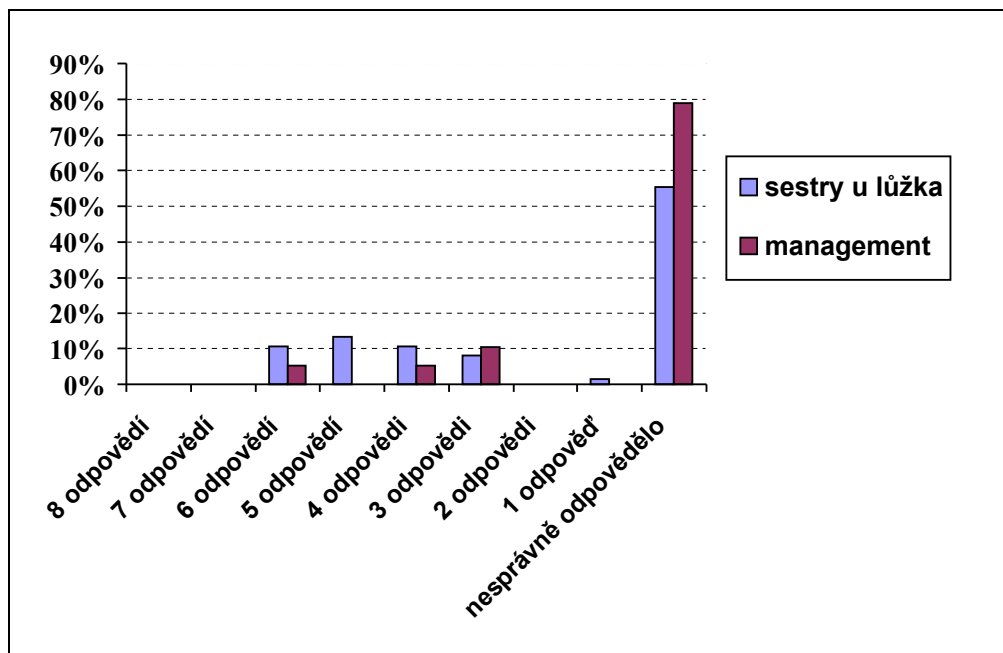


Tabulka č. 13: Znalost vnitřních faktorů sester u lůžka a managementu nemajících standard

Správné odpovědi	8	7	6	5	4	3	2	1	celkem správně	celkem nesprávně
sestry u lůžka	0	0	8	10	8	6	0	1	33	41
Odpovědi v %	0	0	10,81	13,51	10,81	8,11	0	1,35	44,59	55,41
management	0	0	1	0	1	2	0	0	4	15
Odpovědi v %	0	0	5,26	0	5,26	10,53	0	0	21,05	78,95

Poznámka: Kritická hodnota $\chi^2_{\alpha=0,05}$ při 2 stupních vlastnosti je 5,991. $\chi^2 = 4,479$, což při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a 2 stupních vlastnosti nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu. Ze statistického hlediska se závislost nepotvrdila.

Graf č. 12: Znalost sester u lůžka a managementu v oblasti vnitřních faktorů nemajících standard



Pro tuto práci byly vybrány ukazatele, které mapují kvalitu ošetrovatelské péče. Ukazatelem kvality poskytované péče v oblasti pádů je indikátor kvality péče. Indikátorem kvality péče je počet zranění z pádu obyvatel DD na 1000 ošetrovacích dnů.

Vzorec indikátoru kvality:

$$\begin{array}{l} \text{Indikátor kvality} \\ \text{[na 1000 ošetrovacích dnů]} \end{array} = \frac{\text{počet zranění z pádu obyvatel}}{1000 \text{ ošetrovacích dnů}}$$

Pro účely této práce jsem vzorec upravila. Upravený vzorec posloužil k porovnání indikátoru kvality v domovech důchodců, kde evidují výskyt pádů, s lůžky následné péče v léčebně dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou (dále jen FTNsP) v Praze a srovnání s lůžky akutní péče ve FTNsP u hospitalizovaných pacientů starších 65 let v období měsíce září 2006. Čím nižší je indikátor kvality péče, tím je péče kvalitnější.

Upravený vzorec:

$$\begin{array}{l} \text{Indikátor kvality} \\ \text{[na 30 ošetrovacích dnů]} \end{array} = \frac{\text{počet zranění z pádu obyvatel}}{30 \text{ ošetrovacích dnů}}$$

Tabulka č. 14 porovnává počet pádů a podíl zranění v jednotlivých domovech důchodců, kde evidují pády, v LDN FTNsP a FTNsP za měsíc září 2006. Z 18 DD eviduje pády 17 DD. Z tabulky je patrné, že v některých DD je výskyt pádu vyšší, což můžeme vysvětlit nedostatečnými znalostmi této problematiky, jak naznačují předchozí výsledky.

Tabulka č. 14: Vznik pádů a podíl zranění za měsíc září 2006 v DD, kde evidují pády, v LDN FTNsP a ve FTNsP

Domov důchodců FTNsP	Počet obyvatel pacientů	Počet pádů	Počet pádů %	Počet zranění	Počet zranění %	Indikátor kvality
DD 1	200	15	7,5 %	6	40 %	0,2
DD 2	50	3	6 %	1	33,33 %	0,03
DD 3	200	10	5 %	5	50 %	0,17
DD 4	232	12	5,1 %	7	58,33 %	0,23
DD 5	264	14	5,3 %	9	64,29 %	0,3
DD 6	50	3	6 %	2	66,67 %	0,06
DD 7	100	6	6 %	3	50 %	0,1
DD 8	200	9	4,5 %	6	66,67 %	0,2
DD 9	100	7	7 %	4	57,14 %	0,13
DD 10	50	5	10 %	2	40 %	0,06
DD 11	200	11	5,5 %	5	45,45 %	0,17
DD 12	200	6	3 %	3	50 %	0,1
DD 13	100	7	7 %	2	28,57 %	0,06
DD 14	200	9	4,5 %	7	77,78 %	0,23
DD 15	301	8	2,7 %	6	75 %	0,2
DD 16	100	8	8 %	5	62,5 %	0,17
DD 17	100	6	6 %	3	50 %	0,1
Celkem	2 847	139	Ø 5,8 %	76	Ø 54,68 %	Ø 0,15
FTNsP (LDN)	127	3	2,36 %	1	33,33 %	0,03
FTNsP	1081	36	3,33 %	12	33,33 %	0,4

Nejčastější poranění, ke kterým při pádech dochází, jsou uvedena v pořadí podle nejvyššího počtu odpovědí:

1. hematomy
2. tržné rány
3. odřeniny
4. zlomeniny
5. pohmožděniny

Jako nejčastější příčina vzniku pádu byly uvedeny:

1. poruchy hybnosti
2. demence
3. ortostatická hypotenze
4. nevhodná obuv
5. překážky na dráze chůze

Otázka: Myslíte si, že technické uspořádání a vybavení v domově důchodců může být příčinou vzniku pádu u obyvatel?

Tabulka č. 15 ukazuje názor sester a managementu na vliv technického uspořádání a vybavení při pádu obyvatele. Bezpečnost pokoje a okolí obyvatele s vhodným vybavením má zásadní vliv na vznik pádu, přesto povědomí o této příčině vzniku pádu má pouze 61,91 % managementu a 53,85 % sester u lůžka.

Tabulka č. 15: Technické uspořádání a vybavení DD a příčina pádu

příčina pádu	ano	%	ne	%	nevím	%	celkem počet	celkem %
sestry u lůžka	84	53,85	46	29,48	26	16,67	156	100
management	26	61,91	15	35,71	1	2,38	42	100

Otázka: Máte nějaký návrh nebo doporučení týkající se této problematiky?

Tato otázka dávala respondentům možnost vyjádřit se k problematice pádů. Této možnosti využilo pouze 46 respondentů (23,23 %). Některé odpovědi byly shodné nebo podobné. Respondenti nejčastěji navrhovali :

- bezbariérové pokoje, odstranění prahů, snížit počet lůžek na pokojích
- zlepšení a zintenzivnění rehabilitace, nácvik chůze, pravidelné denní cvičení
- jednotný systém prevence, opatření a standardů pro všechny DD
- poučení obyvatel o používání kompenzačních pomůcek
- zvýšení počtu personálu (hlavně mužů).

3.2. Diskuse

Pády jsou jednou z nejvýznamnějších příčin nemocnosti a úmrtnosti u starých osob. Hlavní příčinou úrazů ve stáří jsou pády. Zlomeniny a jiná vážná zranění imobilizují staré osoby, které se tak stávají nesoběstačné. Mohou vést i ke smrti. Proto je žádoucí, aby ošetrovatelský personál, který pracuje se starými osobami, znal možné příčiny vzniku pádu, rizikové faktory a eliminoval vznik pádů u rizikových osob.

Šetřením bylo zjištěno, že úroveň znalostí managementu a sester u lůžka v ústavech sociální péče jsou alarmující. Znalosti managementu a sester se zpracovaným standardem o pádu se neliší od těch, které ve svém zařízení standard o pádu nemají. V některých oblastech byla úroveň znalostí sester bez standardu hlubší. Proto se máme důvod domnívat, že i když zařízení má vypracovaný standard o pádu, je nedostatečný, příliš obecný, nebo není kontrolována jeho znalost. Z šetření vyplývá, že problematika pádů obyvatel je značně podceňována, a máme důvod se domnívat, že mnohé vznikající pády jsou zbytečné a způsobené neznalostí této problematiky. Obě porovnávané skupiny (management a sestry u lůžka) vykazují podprůměrné znalosti týkající vnitřních a vnějších rizikových faktorů a následných preventivních opatření.

Hypotéza č. 1 se nepotvrdila. Ošetrovatelský personál nemá dostatečné znalosti v oblasti vnitřních a vnějších rizikových faktorů, které mohou být příčinou pádů u obyvatel. Jedním z nejdůležitějších opatření je edukace ošetrovatelského personálu v oblasti legislativních i vnitroorganizačních norem (standards, pracovní postupy, ošetrovatelské postupy...), seznámení sestry u lůžka se standardy, ale i informovanost prostřednictvím managementu, neboť 33 sester u lůžka nevědělo, zda mají standard o pádech. Tato neznalost se týkala v jednom případě i staniční sestry, což považujeme za závažný nedostatek, neboť standardy jsou závazné pro všechny a v první řadě pro management. Znalost vnitřních a vnějších rizikových faktorů napomáhá snadnější detekci obyvatel s rizikem vzniku pádu. Pokud bude management a sestry znát tato rizika, budou moci učinit taková opatření, aby minimalizovaly vznik pádů u ohrožených obyvatel. Téměř třetina managementu a třetina sester nevěděla, zda provádí detekci obyvatel s ohledem na pád. Znalosti managementu a sester, tak jak byly zmapovány, nás nepřesvědčily o znalostech problematiky pádů.

Identifikace rizik u obyvatel v ÚSP je zásadní při plánování preventivních opatření. Všechny vnější rizikové faktory dokázalo vyjmenovat jen čtvrtina managementu a pětina sester u lůžka z ústavů se zpracovaným standardem a všechny vnitřní rizikové faktory, kterých bylo 8, nedokázal vyjmenovat ani management a ani ošetřovatelský personál. Do oblasti vnějších a vnitřních rizikových faktorů byla zařazena i chybná odpověď, přičemž chybnou odpověď uvedlo v oblasti vnějších rizikových faktorů uvedlo 21,75% managementu a 15,85% sester u lůžka a v oblasti vnitřních rizikových faktorů 73,91% managementu a 65,85% sester u lůžka.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila. Personál nezná preventivní opatření. Pouze polovina managementu zná preventivní opatření a ze sester u lůžka pouze třetina, což souvisí i s neznalostí rizikových faktorů. Pokud management a sestry nebudou znát preventivní opatření, pak je nemohou ani aplikovat v praxi a výskyt pádů se zvýší. Preventivní opatření jsou taková, která ovlivňují prostředí a chování obyvatele. Pro účinnou prevenci je nutná dokonalá znalost rizikových faktorů s přihlédnutím k individuálním zvláštnostem obyvatele, což není možné, pokud znalosti v ÚSP budou na takové úrovni, která byla zjištěna. Při neznalosti rizik v oblasti pádů není možné naplánovat ani účinná preventivní opatření, která hrají důležitou úlohu při snížení počtu pádů.

Hypotéza č. 3 se potvrdila. Téměř všechny oslovené DD výskyt pádů evidují s výjimkou jednoho DD. Pády evidují i ty DD, které nemají zpracovaný standard o pádu klienta. Jedna staniční sestra a 8 sester u lůžka nevědělo, zda evidují pády. Z toho zjištění vyplývá, že ne všechny zjištěné pády jsou hlášeny. Závažná je skutečnost, že staniční sestra neví, zda evidují pády, neboť právě management by měl být o této problematice informován a dále by měl edukovat své podřízené.

Hypotéza č.4 se potvrdila. Pády v domovech důchodců jsou častější než na lůžkách následné péče a akutní péče. Celkový přehled znalostí o problematice pádů nám dává důvod se domnívat, že uvedené množství pádů a zranění neodpovídá v některých případech skutečnosti. Některé pády nejsou zřejmě hlášeny vůbec. Incidence pádů v DD je podle zjištění 5,8 %, na lůžkách následné péče 2,36 % a na lůžkách akutní péče 3,33 %. Podíl zranění z pádů v DD byl 54,68 %, kde na lůžkách následné a akutní péče byl shodný – 33,33 %.

Jurásková uvádí (2007, s.33): *„V průběhu 12 měsíců byli sledováni hospitalizovaní pacienti 12 zdravotnických zařízení. Celkem bylo sledováno 335*

*286 pacientů, z nichž prodělalo pád 1,17 % tj. 3 913 pacientů. Zraněno z pádů bylo 46,94 % pacientů, tj. 1 899 pacientů. Na lůžkách následné péče bylo hospitalizováno 19 527 pacientů, z nichž prodělalo pád 7,18 %, tj. 1 403. Z těchto padajících seniorů se zranilo 45,33 % pacientů, tj. 636 pacientů. Průměrný věk pacientů, kteří prodělali pád, byl 73,9 let“.*⁵²

V porovnání s touto studií je výskyt pádů a rovněž i podíl zranění z pádu mnohem vyšší v DD než na lůžkách akutní péče. Proto je žádoucí učinit taková opatření, aby došlo ke snížení výskytu pádů.

Dle získaných poznatků se domníváme, že nejúčinnějším opatřením by bylo sjednocení standardu o pádu klienta v ÚSP, jehož cílem by měla být minimalizace pádů a následných zranění. Jedním ze zásadních opatření je identifikace rizikových obyvatel, účinná prevence včetně rehabilitace, dostatečná informovanost obyvatel (používání signalizačního zařízení, kompenzační pomůcky, vyhnutí se kluzké podlaze apod.), omezení příčin vzniku pádu, zajištění bezpečnosti a minimalizace komplikací při vzniklém pádu a hlášení události. Zlepšení vidíme v edukaci managementu a sester u lůžka, neboť zjištěné výsledky ukázaly v některých oblastech zásadní neznalosti, a to i neznalosti managementu, který by se měl především v této problematice orientovat. Důležitá je také evidence pádů a jejich vyhodnocování.

Důležitým úkolem ošetrovatelského personálu je identifikace rizikových faktorů. Identifikace rizik pádu by měla probíhat v pravidelných intervalech např. jedenkrát za 3 měsíce a po každém zhoršení stavu. K hodnocení rizika pádu lze použít např. škálu pro stanovení rizika pádu podle Conleyové. Mnohé ukáže i test soběstačnosti, např. Barthelův test základních všedních činností (ADL), test kognitivních funkcí (MMS). Tyto testy bychom doporučovali provádět ve všech ústavech sociální péče. Po vyhodnocení rizik by se měla zjištěná hodnocení zapsat do dokumentace, rizikový obyvatel by měl být viditelně označen např. barevným náramkem nebo alespoň by mělo být označeno jeho lůžko barevnou stuhou. Pokud se vyskytne u obyvatele pád v anamnéze, doporučujeme vybavit obyvatele detektorem pádu, který je v současné době využíván hlavně u starých osob žijících

⁵² JURÁSKOVÁ, D.: Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR.

Geriatrická revue, 3, 2007, č. 1, s. 33.

v domácím prostředí. Toto zařízení je malé, napájené baterií, obsahuje mikroprocesor a vysílač. Detektor má nouzové tlačítko, které při pádu obyvatel stiskne, a centrála rozezná, z kterého místa je signál poslán.

Technické uspořádání a vybavení ústavů sociální péče má značný vliv na bezpečnost obyvatel. Některé úpravy či opatření jsou nezbytná a nemusejí být nákladná. Úprava prostředí může významně snížit počet pádů např.:

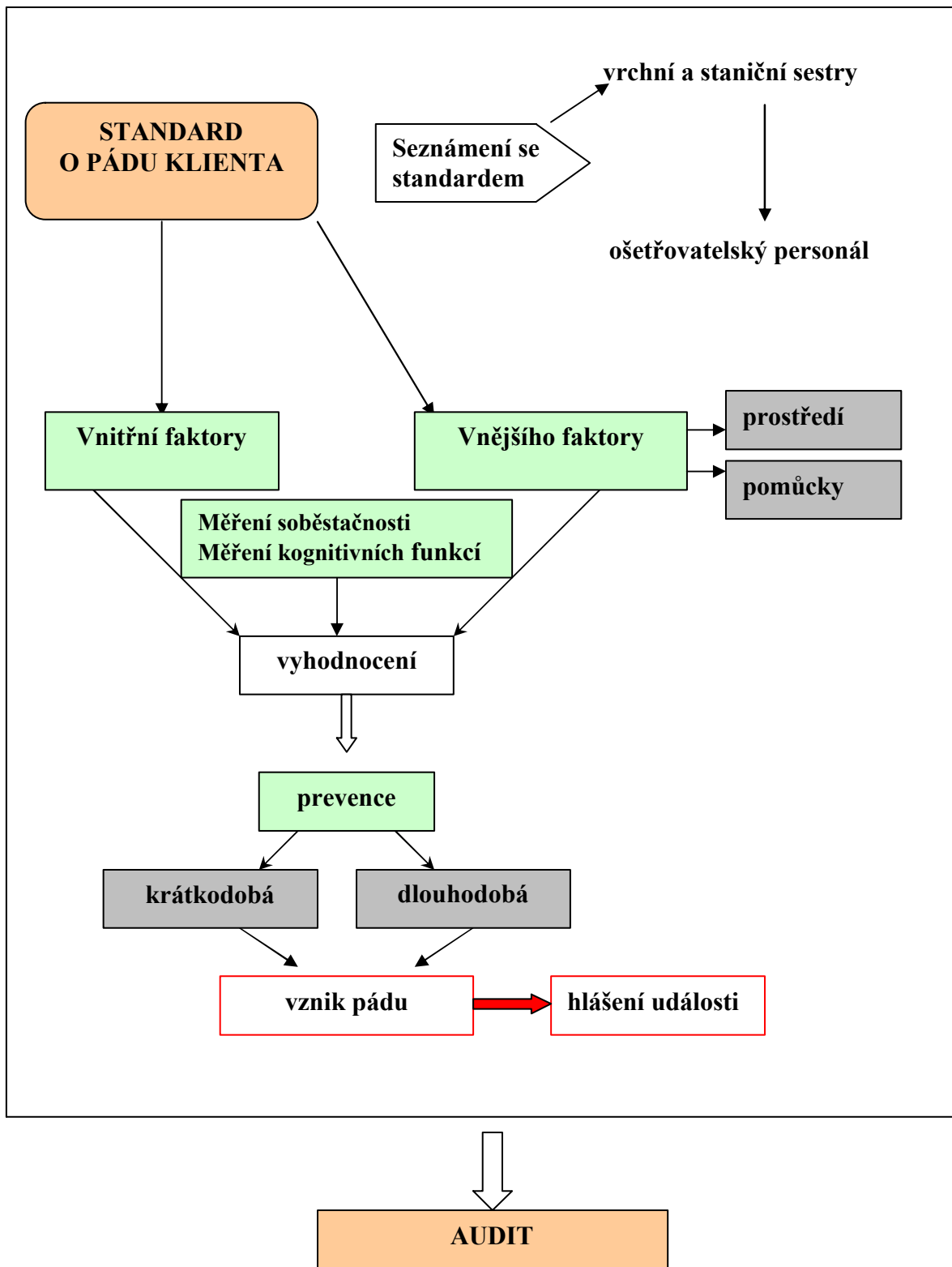
- bezbariérová úprava prostředí - odstranění prahů, koberců
- označení mokrých podlah
- odstranění předmětů a kabelů z dráhy chůze, dostatek prostoru pro pohyb při použití kompenzačních pomůcek
- koupelny a toalety s madly, toalety zvýšeným sedátkem, sprchy s protiskluzovými podložkami a sedátky
- přehledné prostředí – dobré osvětlení ve všech místnostech, vhodné noční osvětlení
- vhodné opěrné pomůcky – madla na schodišti
- signalizační zařízení v dosahu obyvatele
- zajištění pohyblivých lůžek a stolků, ale ne židle s kolečky
- používání vyšších lůžek (lépe se z nich vstává).^{53, 54}

Jako návrh uvádíme postup při zavedení standardu o pádu, včetně návrhu oblastí, které by měl, dle našeho názoru, standard obsahovat.

⁵³ KLÁN, J., KLEVETOVÁ, D., TOPINKOVÁ, E. aj.: Pády u seniorů v domácí péči. *Sestra*, 13, 2003, č. 1, s. 29-30.

⁵³ *Závazný pokyn náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči č. 6/2001 Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou: Standard prevence pádu a zranění pacienta a jeho řešení.* Praha: Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou 2001.

Obrázek č. 2: Schematický návrh postupu



4. Závěr

Poskytovatelé sociálních služeb by měli nabízet takové služby, které zaručují kvalitu služeb klientům a jejich rodinám. Služby by měly zachovávat a rozvíjet důstojný život starých osob, měly by být bezpečné a odborné. To mohou poskytovatelé služeb zajistit tehdy, pokud bude přesně definována kvantitativní nebo kvalitativní úroveň péče. K tomuto účelu slouží standardy, které jsou potřebné z různých důvodů. Jedním z nich je ověřování skutečnosti, zda jsou sociální služby schopny zajišťovat kvalitu.

Bylo zjištěno, že přestože management a sestry u lůžka v některých domovech důchodců, mají zpracovaný standard o pádu, jejich znalosti této problematiky jsou neuspokojivé, i když obyvatelé DD jsou nejvíce ohroženou skupinou. Vyšší výskyt pádů a následných zranění v DD koreluje se znalostmi managementu a sester u lůžka. Problematika pádů je podceňována a zvýšený počet pádů je tedy mnohdy zbytečný. Pád má neblahý vliv nejen na samotného postiženého, ale i na personál a zároveň rostou ekonomické náklady na léčbu následků pádů, které nejsou zanedbatelné. Společným cílem ošetrovatelského personálu v DD by mělo být zvýšení kvality péče s cílem postupné minimalizace rizika vzniku pádů u obyvatel DD. To umožní pouze znalost této problematiky s následnými účinnými preventivními opatřeními. Především znalost standardu o pádu, který by měl být podrobněji rozpracován, a to ve všech oblastech včetně hlášení vzniku pádu a jeho následné evidence. Měl by být prováděn audit, který umožní managementu kontrolu kvality péče v oblasti pádů.

Výsledkem by měl být spokojený klient, kterému je zajišťována bezpečná a kvalitní péče.

5. Literatura a použité prameny

1. Evropská charta práv pacientů seniorů. <http://www.seniori.org/>, 10.4.2007
2. GABRIEL, J.: Seniorům se nabízejí různé typy sociálních služeb. Senior servis, 1, 2006, č. 0, s. 11.
3. GALLAGHER, A.: Dignity and Respect for Dignity – Two Key Health Professional Values: Implications for Nursing Practice. Nursing Ethics 2004, s. 587-599.
4. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L.: Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. IDVZP. Brno 1999. ISBN 80-7013-272-8.
5. GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. Computer Press. Brno 2003. s. 299., 308-309., 312. ISBN 80-7226-996-8.
6. HAŠKOVCOVÁ, H.: Fenomén stáří. Praha 1990. Panorama. ISBN 80-7038-158-2.
7. HAŠKOVCOVÁ, H.: Manuálek sociální gerontologie. České ošetrovatelství 10. IDV PZ. Brno 2002. s. 29., 30. ISBN 80-7013-363-5.
8. JAROŠOVÁ, D.: Péče o seniory. Ostravská univerzita. Ostrava 2006. s. 23 - 25., 29-31. ISBN 80-7368-110-2.
9. JOIN COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Root Cause Analysis in Health Care – Tools and Techniques. Illinois: JCAH 2000. pp. 175. ISBN 0-86688-641-9.
10. JURÁSKOVÁ, D.: Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR. Geriatrická revue, 3, 2007, č. 1, s. 33.
11. KLÁN, J., KLEVETOVÁ, D., TOPINKOVÁ, E. aj.: Pády u seniorů v domácí péči. Sestra, 13, 2003, č. 1, s. 29-30.
12. KLÁN, J., TOPINKOVÁ, E.: Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. Česká geriatrická revue, 2003, č. 2, s. 38-39.
13. Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1.lf UK v Praze: Základy ošetrování nemocných. Nakladatelství Karolinum. Praha 2005. s. 74., 127. ISBN 80-246-0845-6.
14. MARX, D.: Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních. Diagnóza v ošetrovatelství, 1, 2005, č. 3, s.139.
15. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby – způsob pomoci. <http://www.mpsv.cz/cs/9#zksc/>, 12.9.2006

16. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha 2003. s. 1-3., 147. ISBN 80-85047-99-3.
17. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Zdraví 21 – zdraví do 21. století. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu - Světová zdravotnická organizace. Praha 2001. s. 35-37. ISBN 80-85047-19-5.
18. NOHEJL, L., LIPAŤSKÝ, J.: Právní komentář k standardům pro „seniory“. Hradec Králové. 2003. s. 4.
19. Odbor sociálních služeb a legislativní odbor MPSV ČR: Zákon o sociálních službách. Florence, 2, 2006, č. 4, s. 3-4.
20. Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a k zákonu č.109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. s. 1, 11-12., 13-14. <http://www.mpsv.cz/cs/9/30.10.2006>
21. PACOVSKÝ, V.: Geriatrická diagnostika. Scientia Medica. Praha 1994. s. 23. ISBN 80-85526-32-8.
22. PACOVSKÝ, V.: O stárnutí a stáří. Avicenum. Praha 1990. s. 30., 73-74. ISBN 80-201-0076-8.
23. Parlament. Sbírka předpisů České republiky. Zákon o sociálních službách 08/2006 Sb. s.17.
24. PEKTOROVÁ, R.: Pády ve zdravotnických zařízeních, domovech důchodců a domácnostech. Florence, 2, 2006, č. 4, s. 42-43.
25. PEŠEK, J.: Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství. Grada. Praha 2003. s. 17., 36-37. ISBN 80-247-0551-6.
26. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. Praha 1998. Portál. s. 156. ISBN 80-7178-184-3.
27. PROVAZNÍK, K. a spolupracovníci.: Manuál prevence v lékařské praxi. Fortuna. Praha 1998. s. 356-357., 624. ISBN 80-7071-080-2.
28. RAO, S.: Prevence pádů u starších nemocných. Medicína po promoci, 6, 2005, č. 10, s. 46-51.
29. RHEINWALDOVÁ, E.: Novodobá péče o seniory. Grada. Praha 1999. s. 37-39. ISBN 80-7169-828-8.
30. RŮŽIČKA, E.: Poruchy chůze a pády. Sanguis, 6, 2005, č. 37, s. 36.

31. STUART-HAMILTON, I.: Psychologie stárnutí. Portál. Praha 1999. s. 27-35. ISBN 80-7178-274-2.
32. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: Kreativní ošetrovatelský management. Advent-Orion. Praha 2003. s. 48. ISBN 80-7172-841-1.
33. STAŇKOVÁ, M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi: České ošetrovatelství 6 – praktická příručka pro sestry. IDV PZ. Brno 2001. ISBN 80-7013-323-6.
34. ŠONKA, K.: Poruchy spánku ve stáří. Interní medicína pro praxi, 6, 2004, č. 1, s. 34 –35.
35. TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Galén. Praha 2005. s. 8., 24-26., 44-45., 61., 167., 270. ISBN 80-7262-365-6.
36. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Grada. Praha 1995. s. 65-67. ISBN 80-7169-099-6.
37. TRACHTOVÁ, E., a kolektiv.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. IDV PZ. Brno 1999. s. 19-21., 36. ISBN 80-7013-285-X.
38. ZAVÁZALOVÁ, H., a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Karolinum. Praha 2001. s. 28-31. ISBN 80-246-0326-8.
39. *Závazný pokyn náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči č. 6/2001 Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou: Standard prevence pádu a zranění pacienta a jeho řešení.* Praha: Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou 2001.

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Test instrumentálních všedních činností

Příloha č. 2: Folsteinův test kognitivních funkcí

Příloha č. 3: Stanovení rizika pádu podle Conleyové

Příloha č. 4: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 5: Standard o pádu

Příloha č. 6: Dotazník

Příloha č. 7: Barthelův test základních všedních činností

Test instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activity Daily Libiny)

1.	Telefonování	vyhledává samostatně číslo, vytočí ho	10
		zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
		nedokáže používat telefon	0
2.	Transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
		cestuje, je-li doprovázen	5
		vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0
3.	Nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
		nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
		neschopen bez podstatné pomoci	0
4.	Vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
		jídlo ohřeje	5
		jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5.	Domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
		provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
		potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6.	Práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
		provede pod dohledem	5
		vyžaduje pomoc, neprovede	0
7.	Užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
		užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
		léky musí být podány druhou osobou	0
8.	Finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
		zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
		neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40 bodů závislý
 41 – 75 bodů částečně závislý
 76 – 80 bodů nezávislý

Folsteinův test kognitivních funkcí Mini-Mental-State test (MMS)

(modifikace Topinková, E., Mellanová, A. 1993)

Sledovaná oblast	dotaz	Maximální počet bodů
Orientace	Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum?	5
	Kde nyní jste – země, oblast, město, ulice, č. domu, event. v nemocnici – podlaží, č. pokoje (každá správná odpověď 1 bod)	5
Paměť	Vyšetřující jmenuje 3 předměty během 3 vteřin, např. strom, okno, kniha a vyzvenemocného, aby je opakoval (správná odpověď – za každý předmět 1 bod)	3
Pozornost a počítání	Odečítejte 7 od čísla 100. (Ukončit po 5 odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod)	5
Krátkodobá paměť	Vybavte si a jmenujte 3 dříve uvedené předměty	3
Jazyk	Vyšetřující ukáže 2 předměty (např. tužka, hodinky) a vyzve pacienta aby je pojmenoval	2
	Opakujte následující: „ale, avšak, a přece.“	1
	Proveďte po sobě tyto úkony: Vezměte papír do pravé ruky – přeložte jej na polovinu a položte na stůl.	3
	Přečtete a proveďte tento příkaz (nemocný dostane postupně lístky s výzvami): Zavřete oči.	1
	Napište větu obsahující podmět a přísudek.	1
	Namalujte podle předlohy tento obrazec.	1
	Celkem bodů	

Hodnocení: 0 – 10 Těžká kognitivní porucha
 11 – 20 Kognitivní porucha středního stupně
 21 – 23 Lehká porucha

Stanovení rizika pádu podle Conleyové

Anamnéza	Pád v anamnéze během posledních 3 měsíců	2 body
Vyšetření	Zmatenost, nedostatečné vnímání rizik	3 body
	Agitace, neklid	2 body
	Porucha chůze	1 bod
Přímé dotazy	Míváte někdy závratě? Ano	1 bod
	Stává se vám, že neudržíte cestou na WC stolicí nebo moč? Ano	1 bod

Hodnocení:

Součet \geq 2 body = riziko pádu

Příloha č. 4

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Příjmení, jméno	Rodné číslo	Pojišťovna	Oddělení
Nástup dne	Souhlas k podávání informací. Komu:		

STAV PŘI PŘIJETÍ	
1. AKTIVITA	a) <input type="checkbox"/> chodí, <input type="checkbox"/> chodí s dopomocí, <input type="checkbox"/> sedí, <input type="checkbox"/> leží b) <input type="checkbox"/> hůl/berle, <input type="checkbox"/> protéza, <input type="checkbox"/> jiná omezení:
2. KOMUNIKACE	<input type="checkbox"/> bez omezení, <input type="checkbox"/> zmatený, <input type="checkbox"/> rozrušený komunikace omezená: <input type="checkbox"/> brýle, <input type="checkbox"/> sluchový aparát
3. VÝŽIVA	a) <input type="checkbox"/> pomoc nepotřebuje, <input type="checkbox"/> pomoc při jídle, <input type="checkbox"/> pomoc při pití b) dietní omezení: Dieta č.: c) váha..... kg, výška..... cm
4. VYLUČOVÁNÍ	a) stolice: <input type="checkbox"/> pravidelná, <input type="checkbox"/> nepravidelná b) jak často užívá projímadla a jaká?..... c) inkontinence: <input type="checkbox"/> stolice, <input type="checkbox"/> moč d) <input type="checkbox"/> stomie (číslo.....), <input type="checkbox"/> moč. Katetr (datum posl. Katetrizace.....) e) plenkové kalhotky: <input type="checkbox"/> ano, <input type="checkbox"/> ne
5. HYGIENA	a) <input type="checkbox"/> pomoc nepotřebuje, potřebuje pomoc při: <input type="checkbox"/> mytí, <input type="checkbox"/> oblékání pomoc při mytí a oblékání: <input type="checkbox"/> částečná, <input type="checkbox"/> úplná pomoc při koupání (sprcha): <input type="checkbox"/> částečná, <input type="checkbox"/> úplná pomoc při hygieně d.ú./protézy: <input type="checkbox"/> částečná, <input type="checkbox"/> úplná b) zubní protéza: <input type="checkbox"/> horní, <input type="checkbox"/> dolní
6. SPÁNEK	a) narušený: <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano. Důvod: b) užívá léky na spání? Jaké?
7. TERMOREGULACE	T. t. : <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano
8. DÝCHÁNÍ	<input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> zhoršené. Příčina: <input type="checkbox"/> kardiální, <input type="checkbox"/> astma, <input type="checkbox"/> kašel, <input type="checkbox"/> bolesti, <input type="checkbox"/> kouření
9. KOUŘENÍ	kouření: <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano alkohol: <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano
10. KŮŽE	a) teplá, studená, zpotená, ochablá, drsná, otoky, exantém b) změny na kůži: <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano: typ změn: hematomy, otoky c) dekubitus: <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano (viz plán péče o dekubity) d) antidekubitární pomůcky: ne, ano
11. ALERGIE	alergie: <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano. Původ: <input type="checkbox"/> potravinový, <input type="checkbox"/> léky, <input type="checkbox"/> ostatní
12. BOLEST	bolest: <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano. Typ bolesti: řezavá, pulsující, tupá, pálivá, krutá, kolísavá kdy: kde:
13. NÁB. VYZNÁNÍ	a) věřící: <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano: jaké víry? b) přeje si zavolat kněze? <input type="checkbox"/> ne, <input type="checkbox"/> ano

Klient byl informován, že personál neodpovídá za fin. obnos a cennosti, které klient neuloží do centrálního trezoru.	
podpis klienta:	datum:
svědek:	Dne:
Anamnézu odebrala sestra:	

Barthelův test základních všedních činností											
1. Najedení, napití	10 5 0	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede									
2. Oblékání	10 5 0	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede									
3. Koupání	5 0	samostatně bez pomoci neprovede									
4. Osobní hygiena	5 0	samostatně bez pomoci neprovede									
5. Kontinence moči	10 5 0	plně kontinentní občas kontinentní trvale inkontinentní									
6. Kontinence stolice	10 5 0	plně kontinentní občas kontinentní trvale inkontinentní									
7. Použití WC	10 5 0	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede									
8. Přesun na lůžko- židli	15 10 5 0	samostatně bez pomoci s malou pomoci vydrží sedět neprovede									
9. Chůze po rovině	15 10 5 0	samostatně nad 50 m s pomoci vozík 50 m na vozíku neprovede									
10. Chůze po schodech	10 5 0	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede									
CELKEM											
Hodnocení 0-60 informujte lékaře a kontakt. fyzioterapeuta											
Určení nutričního stavu											
Postupujte podle standardu nutriční péče											
Zjištění rizika pádu											
1. Pohyb	4.	5.									
0 Neomezený	0 Žádné	0 Orientován									
1 Použití pomůcek	1 Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1 Občasná/noční dezorientace									
1 Potřebuje pomoc k pohybu		1 Historie dezorientace, demence									
1 Neschopen přesunu		6. Věk									
		0 18-75									
2. Vyprazdňování		1 75-výše									
0 Nevyžaduje pomoc		7. Pád v anamnéze									
1 V anamnéze		1 ano									
1 nykturie/inkontinence											
1 Vyžaduje pomoc											
3. Medikace											
0 Neužívá rizikové léky											
1 Užívá léky ze skupiny											
diuretik, antiepileptika,											
antiparkinsonik,											
antihypertenziv, psychotropní											
léky nebo benzodiazepiny											
CELKEM											
Skóre vyšší než 3, postupuj podle standardu č.											
Posouzení aktuálního psychického stavu											
A. Vědomí											
1 0	jmeno										
	vek										
	datum dnešního dne										
	kde je (místo)										
	kolik je hodin (asi)										
	počítat od 10-1										
	na výzvu zavřít/otevřít oči										
Skóre 3 a méně informujte ošetřujícího lékaře											
B. Emoce											
1 0	plačtivost										
	úzkost (napjatý, tensní)										
	smutek (pesimismus, deprese)										
	hyperaktivita (zrychlení)										
	uzavřenost (nesdílný)										
Skóre 3 a více informujte ošetřujícího lékaře											
C. Chování											
1 0	agrese										
	opozice										
	nespolupráce										
	zpomalení/útlum										
	apatie/nezájem										
Skóre 3 a více informujte ošetřujícího lékaře											
CELKEM											
Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové											
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence			
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 bdělý	4 chodí	4 úplná	4 není	4		
částečně omezená	3 < 30	3 alergie	3 DM,TT	3 zhoršený	3 apatický	3 s doprovodem	3 částečně omezená	3 občas	3		
velmi omezená	2 < 60	2 vlhká	2 anémie, kachexie, trombóza	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2 převažně moč	2		
žádná	1 > 60	1 suchá	1 maligní onemocnění	1 špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč i stolice	1		
Hodnocení	nizké riziko > 36		střední riziko 27 - 35		vysoké riziko 18 - 26		velmi vysoké riziko < 17				

Standard ošetrovatelské péče č. 32PREVENCE PÁDŮ A ZRANĚNÍ KLIENTA A JEHO ŘEŠENÍ

Skupina, které se péče poskytuje: Klienti DD	
Standard určen pro: SZP, NZP	
Zpracovala: Pavelková, Hlaváčová	
Schválila nám. oš. péče dne: MuDr. Nováková, MuDr. Šmídová, Pavelková	
Nabývá účinnosti dnem: 1.10.2006	
Kontrola: 1x za 2 roky	
Platnost: 1.10.2008	Revize: 1.10.2008
Kontakt: Domov důchodců, Sněženková 8, Praha 10	

Účel standardu:

Stanovit standardní ošetrovatelský postup prevence a zranění klienta, popřípadě jeho řešení

Cíl standardu:

U rizikových klientů nedošlo k pádu ani k zranění. Pokud i přes všechna opatření k pádu došlo, nehoda je nahlášena a klient je odborně ošetřen.

Strukturální kritéria

- Personál dodržuje zásady bezpečnosti práce
- Personál má teoretické znalosti, znalost postupu
- Personál se pravidelně zúčastňuje školení, seminářů k dané problematice
- Sestra má k dispozici pomůcky:
 - Ošetrovatelská dokumentace- měřící technika Riziko pádu, Záznam o pádu klienta
 - Postranice k lůžku
 - Signalizační zařízení
 - Dostatečné osvětlení
 - Pomocná madla na stěnách
 - Protiskluzové podložky v koupelně
 - Pomocná zařízení k vaně, sprchovému koutu
 - Kompenzační pomůcky klienta- pevná obuv, berle, francouzské hole, chodítko
 - Výstražné značení mokré podlahy

Procesuální kritéria

sestra hodnotí , sleduje a zaznamenává

- fyzický a psychický stav klienta
- riziko pádů pomocí měřicí techniky

Sestra provádí

- sběr anamnézy se zaměřením na riziko pádu
- v případě rizika pádu zaznamená čitelně a viditelně informaci do dokumentace
- edukaci klienta ohledně prevence pádu (př. Světelný zdroj, kompenzační pomůcky, signalizační zařízení, vyhnutí se kluzké podlahy)
- úpravu lůžka a prostředí pokoje dle stavu klienta

V případě pádu klienta

- sestra zjistí rozsah poranění, stav vědomí, eventuálně zajistí PP či ošetření, zavolá lékaře či RZS
- změří krevní tlak a puls, při podezření na hypoglykémii změří glykémii glukometrem
- sestra zjistí příčinu pádu, provede opatření zabraňující dalšímu pádu
- sestra zaznamená pád do dokumentace
- vyplní formulář pádu

Kritéria výsledku

- Pacient je edukován v prevenci pádu
- Sestra zvládá a využívá všechny pomůcky k zajištění prevence pádu
- V případě pádu klienta je vyplněn formulář, pád zaznamenán o dokumentace

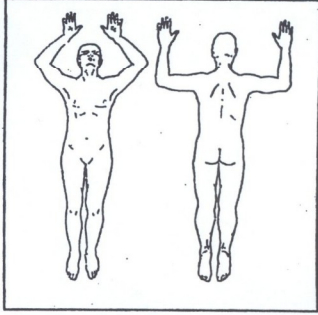
Přílohy: Ošetrovatelská anamnéza
Protokol o pádu

hlav. město Praha
 100 25 PRAHA 10 SNEŽENKOVÁ 8
 IČO 70878030 (9)
 tel & 02/72654151-3 fax 02/72659844

PROTOKOL O PÁDU

oddělení:

linka

Jméno		Věk:	Dg.	Bylo při vstupní oš. anamnéze zjištěno riziko pádu <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Datum pádu:	Čas pádu:	Zranění ? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano		
Soběstačnost před pádem: <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> žádná	Místo pádu: <input type="checkbox"/> na stanici <input type="checkbox"/> na pokoji <input type="checkbox"/> na chodbě <input type="checkbox"/> na WC <input type="checkbox"/> v areálu	Jaké:		
kompensační pomůcky:		Ošetření:		
Užívá léky, které mohou ovlivnit jeho vědomí ? Jaké?		Pravděpodobná příčina pádu ?		
PODPIS SESTRY VE SLUŽBĚ:		Jaká preventivní opatření byla učiněna po pádu ?		
PODPIS STANIČNÍ SESTRY:		Poznámky:		

Protokol o pádu pacienta odevzdejte vrchní sestře nejpozději další pracovní den

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1.If UK v Praze

Vážená kolegyně, kolego,
já, Iveta Lišková, studentka navazujícího magisterského studia oboru učitelství zdravotnických předmětů, si Vás dovoluji požádat o spolupráci na tomto projektu, který je součástí diplomové práce. Cílem je zmapování stavu péče o staré lidi, jehož indikátorem kvality jsou pády seniorů v jednotlivých domovech důchodců (dále jen DD). Jde o anonymní šetření. Vaše názory na zkoumanou problematiku nebudou zneužity, ale budou použity na zpracování návrhu doporučení pro práci s klienty, u kterých hrozí riziko vzniku pádu. Nemějte obavy, Váš názor poslouží dobré věci. Předem děkuji za spolupráci a laskavě Vás prosím o vyplnění dotazníku. V případě zájmu Vás seznámím s výsledky výzkumu a dalšími doporučeními.

Dotazník je určen zdravotnickému personálu.

DOTAZNÍK

1. Pracuji v DD s počtem lůžek:

- a) do 50
- b) do 100
- c) do 200
- d) více

2. Pracuji jako:

zdravotní sestra u lůžka
staniční sestra
vrchní sestra

3. Pohlaví

žena
muž

4. Věk

19- 30 let 31-40 let 41- 50 let 51- 60 let 61 let a více

5. Vzdělání

střední zdravotnická škola
specializační studium
vyšší odborná škola
bakalářské vzdělání
magisterské vzdělání

6. Pracuji v kraji:

Praha	Jihočeském
Středočeském	Královéhradeckém
Karlovarském	Pardubickém
Ústeckém	Vysočina
Plzeňském	Jihomoravském
Libereckém	Olomouckém
Zlínském	Moravskoslezském

7. Péči o staré lidi vykonávám protože:

- a) mám ráda tuto práci
- b) je blízko mého bydliště
- c) na doporučení úřadu práce
- d) nemám možnost výběru, kde bych chtěl(a) pracovat
- e) jiné.....

8. Je ve Vašem zařízení evidován výskyt pádů obyvatel?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nedokážu posoudit

9. Hodnotíte stupeň soběstačnosti u obyvatel?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Máte ve Vašem zařízení obyvatele, u kterých hrozí riziko pádu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Uveďte přibližně (v procentech) počet obyvatel s rizikem pádu vzhledem k celkovému počtu obyvatel:

- a) 0-5%
- b) 6-10%
- c) 11-20%
- d) 21-30%
- e) 31-50%
- f) 51-70%
- g) 71-80%
- h) 81% a více

12. Provádíte detekci obyvatel s ohledem na pád?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Uved'te preventivní opatření:

(můžete zaškrtnout více možností)

- a) rehabilitace
- b) odstranění překážek
- c) zvýšený dohled
- d) poskytnutí kompenzačních pomůcek
- e) protiskluzová opatření
- f) žádná
- g) další (napište jaká).....
.....

14. Která kritéria z hlediska rizika vzniku pádů u obyvatel hodnotíte?

- a) věk nad 65 let
- b) závratě
- c) poruchy smyslů (zrak, sluch...)
- d) dezorientace
- e) užívání léků (sedativa, hypnotika, tranquilizéry, antidepressiva, antihypertenziva, laxantia..)
- f) poruchy hybnosti
- g) hypotenze
- h) žádná
- i) další(napište která).....

15. Víte k jakým poraněním obyvatel u vás došlo?

(zakřížkujte v příslušných políčkách i více variant)

	ano	ne	nedokážu posoudit
a) žádné			
b) hematomy			
c) odřeniny			
d) tržné rány			
e) zlomeniny			
f) vnitřní krvácení			
g) pohmožděniny			
h) jiné (napište jaké)			

16. Pokud hodnotíte soběstačnost, uveďte název hodnotící škály:

.....
.....
.....
.....

17. Uved'te vnitřní faktory, které mohou být příčinou pádu.
(zakřížkujte v příslušných políčkách i více variant)

a) snížené smyslové vnímání	
b) poruchy pohybového aparátu	
c) demence	
d) ortostatická hypotenze	
e) diabetes melitus	
f) poruchy periferních nervů	
g) antidepresiva, benzodiazepiny	
h) alkohol	
ch) hypertenze	

18. Myslíte si, že technické uspořádání a vybavení v domově důchodců může být příčinou vzniku pádu u obyvatel?

- a) ano
- a) ne
- b) nevím

19. Jaké faktory vnějšího prostředí mohou být příčinou pádu u obyvatel?

(zakřížkujte v příslušných políčkách i více variant)

	ano	ne	nedokážu posoudit
a) schody			
b) osvětlení			
c) podlahy			
d) obuv			
e) předsíň			
f) úzká zárubeň			
g) malá okna			
h) koberce			
i) vana, sprcha			
j) lůžko, židle			

20. Uved'te 3 nejčastěji vyskytující se příčiny pádu obyvatel ve Vašem DD.

- 1).....
- 2).....
- 3).....

21. Pokud evidujete vznik pádů, kolik pádů měsíčně u vás vzniká?

- a) 0
- b) 1-3
- c) 4-6
- d) 7-9
- e) 10 a více

22. Kolik obyvatel (odhadem) za měsíc se při pádu zraní?

- a) nikdo
- b) 1-3
- c) 4-6
- d) 7-9
- e) 10 a více

23. Analyzujete příčiny pádů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Je u Vás v DD zpracována prevence (formou standardů) z hlediska rizika vzniku pádů u obyvatel?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

25. Máte nějaký návrh nebo doporučení týkající se této problematiky?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Barthelův test základních všedních činností

1.	Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí (napití)	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí (s chodítkem)	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatná nad 50m	15
		s pomocí 50m (s chodítkem)	10
		s pomocí do 50m, na vozíku 50m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

- ADL 4: 0 - 40 bodů - vysoce závislý
 ADL 3: 45 - 60 bodů - závislost středního stupně
 ADL 2: 65 - 95 bodů - lehká závislost
 ADL 1: 100 bodů - nezávislý