

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Michaela ŠTAINEROVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Pády klientů v domovech pro seniory

Michaela Štainerová

Bakalářská práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Štainerová**
Osobní číslo: **Z09044**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Pády klientů v domovech pro seniory**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

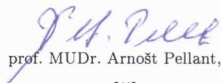
1. Studium literatury a problematiky pádů ve zdravotnictví
2. Sběr informací a příprava metodiky výzkumu
3. Provedení výzkumu, sběr dat
4. Zhodnocení a porovnání výsledků
5. Prezentace výsledků

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:

1. ČELEDOVÁ, Libuše. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
2. KALVACH, Zdeněk, et al. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
3. LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání. 4. vyd. Praha 7: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
4. NAVRÁTIL, Leoš, et al. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martina Jedlinská**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2012**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 5. 2012

Michaela Štainerová

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Martině Jedlinské za trpělivost, ochotu a odborné vedení práce. Dále bych ráda poděkovala vedení domova pro seniory za vstřícnost a spolupráci. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu.

Anotace:

Bakalářská práce s názvem: Pády klientů v domovech pro seniory, má za cíl zhodnotit četnost rizikových faktorů pádu u seniorů a zjistit funkčnost vybraných škál pro hodnocení rizika pádu. Práce je teoreticko – výzkumná. Teoretická část popisuje základní jevy a faktory gerontologie jakožto vědu o stáří a stárnutí. Dále stručně popisuje současnou péči v domovech pro seniory, zabývá pádem jako takovým, jeho vznikem, prevencí a následky. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které se uskutečnilo ve vybraném domově pro seniory. V závěru práce je zpracován ošetrovatelský systém, který doporučuje postup pro prevenci pádu v domově pro seniory.

Klíčová slova:

Senioři, pády, domov pro seniory, riziko pádu

Annotation:

Bachelor's thesis: The risk of falls in Homes for the Elderly.

The thesis aims to assess the number of risk factors which can cause injuries for the elderly people as well as to determine functionality of selected safety measures. It is a theoretical and a research work. The theoretical part describes the basic phenomena and factors of Gerontology as a science of old age and aging. It also briefly describes the current care in Homes for the Elderly but mainly deals with the fall itself, its origin, prevention and consequences. The results of research investigation, which took place in a chosen Home for the Elderly, are described in the research part. The conclusion part of the thesis works up a nursing framework which suggests a brand new procedure for detecting risks of falling in the Home for the Elderly.

Key words:

the elderly people, falls, Home for the Elderly, the risk of falling

OBSAH

ÚVOD	9
Cíle práce:	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Stáří a stárnutí	11
1.1 Definice gerontologie a geriatrie	11
1.2 Rozdělení věku ve stáří	11
1.3 Zvláštnosti vyššího věku	12
1.4 Změny pohybového aparátu ve stáří	13
2 Domovy pro seniory	14
2.1 Současná zdravotní a sociální péče	14
2.1.1 Péče v domovech pro seniory	14
2.2 Aktivizace v domovech pro seniory	15
2.2.1 Pohybové aktivity pro seniory	16
3 Pády seniorů	17
3.1 Charakteristika problému pádů	17
3.2 Definice pádů	17
3.3 Klasifikace pádu	18
3.4 Následky pádů	19
3.5 Intervence při pádu	20
3.6 Prevence pádů	21
3.6.3 Hodnotící škála dle Juráskové (upraveno ze škály Conleyové v roce 2006)	23
3.6.4 Get-Up and Go test	24
II PRAKTICKÁ ČÁST	25
4 Výzkumné otázky:	25
5 Metodika práce	26
6 Prezentace výsledků	29
7 Diskuze	54
8 Závěr	58
Bibliografické citace	59
Seznam grafů	63
Seznam tabulek	64
Seznam příloh	65

ÚVOD

„Stáří může být nešťastné a neradostné právě tak jako mládí. Srovnávám-li, nezdá se mi stáří i se všemi slabostmi, které přináší, bez radosti, jen zabarvení a zdroje těchto radostí jsou jiné.“

Wilhelm Von Humboldt

Nejen u nás v České Republice, ale i v jiných vyspělých zemích neustále stoupá počet starých a stárnoucích lidí. Je to dáno vývojem společnosti, ať už to jsou nové poznatky v lékařství, sociologii nebo i zkvalitňující se zdravotní péče a její dostupnost. Lidé se stávají zdravější a šťastnější, a i proto se dožívají vyššího věku. Se zvyšujícím se věkem stoupá i počet chronických onemocnění, která mohou ovlivňovat soběstačnost a celkovou kvalitu života seniora. Senioři se tak stávají skupinou obyvatel, kteří nejvíce využijí poskytování komplexní péče, jedná se o péči bio, psycho, sociální a spirituální.

V rámci ošetrovatelské praxe se čím dál více klade důraz na komplexní geriatrické hodnocení, jehož neodmyslitelnou součástí je i screening rizik, která seniorům hrozí. Vzhledem k výsledkům výzkumů je zřejmé, že jedním z nejdominantnějších rizik je riziko pádu. Slova pády seniorů jsou v současné době častěji skloňována. Důvodů je samozřejmě více, ale tím nejhlavnějším zůstává ohrožení seniora po jeho fyzické i psychické stránce.

Ideálním stavem pro starého člověka samozřejmě je, aby zůstal až do konce svého života ve svém domácím prostředí, kde všechno bezpečně zná. Taková situace je ale u velké části seniorů narušena. Jedním z důvodů hospitalizace, či umístění seniora do domova pro seniory může být právě pád, který značí, že senior již není schopen se o sebe bezpečně postarat. Domovy pro seniory jsou sociálním typem zabezpečení a nabízejí zde celodenní a komplexní péči o seniora. Cílem potom je, aby se senior cítil bezpečně, necítil se nikomu na obtíž a bylo postaráno o jeho potřeby. Proto je důležité, uvědomit si podstatné riziko upadnutí seniora, ať už v domovech pro seniory nebo i v domácím prostředí či kdekoli jinde.

Proto bych se touto prací chtěla přiblížit problematice seniorů a zmapovat problematiku pádů v domově pro seniory, jako významný problém současného stavu zdravotní péče.

Cíle práce:

Cílem výzkumu bylo zhodnotit pády u sledované skupiny klientů v domově pro seniory.

1. Prohloubit si znalosti v problematice pádů u seniorů.
2. Zjistit četnost pádů u klientů v domovech pro seniory.
3. Zjistit četnost vybraných rizikových faktorů pádu u klientů v domovech pro seniory.
4. Zhodnotit, zda vybrané škály pro hodnocení rizika pádu řadí klienty do stejných kategorií, to znamená s rizikem či bez rizika pádu.
5. Navržení doporučení pro prevenci pádů seniorů v domovech pro seniory.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří a stárnutí

1.1 Definice gerontologie a geriatrie

„Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří a v celé šíři studuje problematiku z různých hledisek.“ (Navrátil a kol., 2008, s. 337)

Pojem gerontologie je odvozen od řeckého gerōn, což v překladu znamená stařec nebo starý člověk. Dnešní gerontologie se dělí do tří částí, a to gerontologie experimentální, která zkoumá procesy biologického a psychologického stárnutí člověka. Zabývá se otázkami, jak a z jakého důvodu stárnou živé organismy. Gerontologie sociální se zabývá vztahem společnosti ke starému člověku a naopak, zkoumá jaký vliv má na společnost stárnutí populace. Zajímá se o sociální potřeby starých lidí a v posledních letech se věnuje zejména cíli, kterým je uchování praktické soběstačnosti ve stáří. A nakonec gerontologie klinická, která je častěji označována jako geriatrie, která se zabývá problematikou zdraví, funkčního stavu a chorob ve stáří, zejména jejich diagnostikou, léčbou a prevencí. V užším slova smyslu je to specializační obor vycházející z vnitřního lékařství. O její základ se zasloužil Ignaz Leo Nasher (1864 – 1964). Česká geriatrie má u nás tradici již od roku 1834, kdy na pražské lékařské fakultě přednášel o nemocech stáří J. Hammernik. Pravděpodobně o první geriatrické univerzitní pracoviště na světě se zasloužil profesor R. Eiselt (1881–1950), který v dnešní Thomayerově nemocnici zřídil tuto fakultní kliniku. Stalo se tak v roce 1929. Po 2. světové válce vznikla Česká gerontologická společnost, kterou založil profesor B. Prusík (1886–1964). (Kalvach a kol., 2004)

1. 2 Rozdělení věku ve stáří

Haškovcová definuje stáří jako

„přirozené období lidského života, vztahované k období dětství, mládí a k době zralosti v dospělém věku. Klade důraz na to, že by stáří v žádném případě nemělo být chápáno jako nemoc, ale je to proces celoživotních změn, které často spatříme až v pokročilejším věku.“ (1996, s. 59)

Věk jako takový je považován za základní rys člověka, dle různé literatury je dělen několika způsoby, zde jsou uvedena dvě možná dělení: WHO (World Health Organization) dělí věk od dospělosti do stáří následovně: 30 – 44 let – dospělost, 45 – 59 let – střední věk (zralý

věk), 60 – 74 let – senescence (počátek stáří), 75 – 89 let – kmetství, senium a 90 let a více – patriarchum (dlouhověkost). (Malíková, 2011)

Další dělení věku ve stáří publikoval Z. Kalvach, který do svého pojetí věkového rozlišení zařadil i jiné faktory než pouze věk jako takový. Jeho rozdělení zní: kalendářní stáří je věk daný číslem, počíná datem narození a končí smrtí jedince. Jeho konečná hranice se v dnešní době stále prodlužuje. Sociální stáří zachycuje změnu potřeb v životě člověka, změnu jeho životních rolí a také změnu v ekonomické situaci. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. A biologické stáří je dáno konkrétní mírou involučních změn organismu. Obvykle se hodnotí funkční stav, výkonnost, kondice a také patologie organismu. (Kalvach a kol., 2004)

1. 3 Zvláštnosti vyššího věku

Ve stáří jsou více patrné rozdíly mezi jedinci. Zatímco někteří senioři mohou být duševně i fyzicky zdatní a svěží, na jiných jedincích jsou známky stárnutí patrné dříve a s větší intenzitou. Dnešní stav vědy a medicíny posunuje laťku zdraví a dlouhověkosti stále výše, zároveň jsou ale na některé seniory kladeny větší nároky. S přibývajícím věkem jedince orgány prodělávají různé změny, které jsou patrné po fyzické i po estetické stránce a často na seniora i okolí nemusí působit kladným dojmem. Avšak tyto změny jsou pro stáří typické. Kůže se ztenčuje, objevují se na ní vrásky, je sušší a méně pružná, a to z důvodu snížené funkce mazových žláz. (Dessaintová, 1999)

Mezi jedny z hlavních změn ve stáří patří zhoršené smyslové vnímání. Lidé po 60. roce mají v 90 % zhoršenou zrakovou percepci a u 30 % lidí se po tomto roce zhoršuje sluch. Tyto změny zrakové a sluchové funkce mají často vliv na samotný výkon jedince a také tento problém může tvořit překážku při běžných relaxačních činnostech, jako je četba nebo poslouchání hudby nebo tvoří bariéru při rozhovoru s bližním. Komunikace se proto ve vyšším věku člověka může zhoršovat, což vede k pocitům úzkosti a nejistoty. Změny senior zaznamenává také po psychické stránce, výraznou změnu prodělává paměť. Senior si výrazně hůře zapamatovává věci nové, aktuální, ale věci dávno minulé mohou v paměti zůstat zcela uchovány. Starší člověk působí vyrovnaným dojmem, je to dáno intenzitou emocí, která už není tak velká, člověk se už pro některé věci tolik nenadchne, ale na druhou stranu dokáže problémy řešit rozumně a racionálně. (Langmaier a Krejčířová, 2006)

1. 4 Změny pohybového aparátu ve stáří

Nejdůležitější změna na pohybovém aparátu ve stáří vzhledem k pohyblivosti seniora probíhá na svalech, které atrofují, ztrácí svou mohutnost, pružnost, sílu a vytrvalost. Také se dříve dostavuje pocit svalové únavy. Objevuje se i zhoršená hybnost kloubů z důvodu degenerativních změn. Kostní denzita se snižuje, kosti jsou křehčí, poréznější, a proto hrozí mnohem více riziko zlomenin. Velmi často dochází ke zlomeninám kostí i obratlů zároveň, a to zejména při tvrdém dosedu seniora na židli. Proto by měly židle být opatřeny například připevněným polštářkem, který sníží tvrdost dopadu. Díky hormonálním změnám a úbytku svalové hmoty může do popředí vstoupit osteoporóza. Toto onemocnění patří mezi preventabilní, zejména správná životospráva s dostatečným příjmem vápníku může jejímu vzniku zamezit.

Hrudní koš ztrácí na objemu, srdce se stává méně výkonným, reaguje proto obtížněji na stres a námahu. Tyto změny mají vliv na celkový stav organismu, na jeho rovnováhu, proto je pro něj mnohem těžším úkolem udržet stálou teplotu, přijímat a řádně zpracovat potravu a udržet krevní tlak. Někteří senioři si tyto změny mohou více připouštět a ne málokdy kvůli nim mají až depresivní pocity. I přes to, že si mohou uvědomovat svá omezení, mohou vzniknout nemalé zdravotní problémy. (Dessaintová, 1999)

Pokud některé zdravotní potíže i přes dobrou péči vzniknou a senior nebo jeho rodina nejsou schopni se o seniora postarat nebo mu zajistit bezpečí, přichází na řadu možná volba náhradní péče, kterou tou mohou být domovy pro seniory.

2 Domovy pro seniory

2.1 Současná zdravotní a sociální péče

„Jakékoli společenské služby a projekty pro seniory, mají-li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské populace. Individualizace vychází z osobnosti, autonomie a potřeb konkrétního starého člověka, jehož adaptabilita může být snadno překročena a důstojnost otřesena.“ (Kalvach a kol., 2004, s. 465)

V současné době je zjevná snaha poskytovat seniorům péči komplexní, tedy zdravotní a sociální zároveň, jak je již naznačeno v úvodu práce. Taková péče by měla být smysluplná, aktivní, diferencovaná. Základní strategie (označována jako strategie 4 x D) a principy zdravotně sociální péče byly navrženy a shrnuty do čtyř bodů již ve Vídni v roce 1982 na sympoziu o stáří a stárnutí. Jedná se o pojmy demedicinace, jejíž hlavní prioritou je přesun do péče ambulantní, ať ve sféře zdravotnické, sociální ale i společenské. V ústavní dlouhodobé péči je potom snaha o civilní prostředí. Společným znakem je zachování kvality života a obnova sociálních rolí. V deinstitucionalizaci by měla být vyzdvížena péče komunitní a terénní. Jako komunitní péče je myšlena hlavně rodina, která by měla zajistit podporu a péči. Ústavní péče by zde měla nastoupit jako poslední možnost. V desektorializaci se jedná o mezioborovou spolupráci, která by měla nabýt na kvalitě a komplexnosti. Je zde důležitá spolupráce profesionálů s laiky. Hlavním znakem je propojení složek zdravotnických, sociálních, ambulantních a terénních. Deprofesionalizace se vyznačuje snahou o zapojení dobrovolníků, laiků a rodiny do péče o seniora. Dohled nad nimi by měl být z řad odborníků ošetřovatelství a rehabilitace, kteří ale nehrají v této péči hlavní roli. (Kalvach a kol., 2004)

Tyto body by měly tvořit základní strategii v péči v domově pro seniory, ta se ale v různých zařízeních péče o seniory může lišit.

2. 1. 1 Péče v domovech pro seniory

Různé kultury ve společnosti mají i odlišný charakter péče o své stárnoucí obyvatele. Hlavním poskytovatelem by však měla být rodina, která by měla seniorovi zajistit nejen hmotné zabezpečení, ale i právo na kvalitní a důstojné stáří bez pocitů bezmocnosti, ponížení a neúcty. Rodina je tím správným domovem, který by měl seniorovi zajistit klidné stáří a oporu a hlavně klid a vyrovnanost domácího prostředí. (Smutek a Kappl, 2006)

V dnešní době, kdy oba mladí partneři z rodiny pracují a po příchodu ze zaměstnání mají čas pouze na své děti, často nemají možnost najít si čas na péči o svého rodiče či jiného seniora,

který by jejich péči potřeboval. Někdy ale nebývá překážkou jen čas, ale často také prostor a finance. To jsou jen některé z mnoha důvodů, proč lidé odcházejí do domovů pro seniory, který by jim měl alespoň z části poskytnout bezpečný domov a místo, kde bude postaráno o jejich potřeby. V domovech pro seniory je zajištěna i péče zdravotní, což může předcházet následným zdravotním komplikacím, které by mohly vzniknout z nedostatečné péče. Personál takového ústavu, by se měl věnovat pomoci lidem, motivovat je k životu a pečovat o jejich fyzické, ale i mentální a duchovní potřeby. Tak jako má každý jedinec jinou osobnost, tak by měl být přístup ke každému obyvateli individuální. Domovy pro seniory by se proto neměli považovat jen za tzv. čekárnu na smrt, ale senioři by zde měli najít poklidné prožití posledního životního období se všemi radostmi, které jim ještě život může nabídnout. (Rheinwald, 1999)

2. 2 Aktivizace v domovech pro seniory

Jako v celém zdravotnictví, tak i zde platí, že klíčem k úspěchu je týmová spolupráce. Všechny skupiny pracovníků by se měli podílet na komplexní péči o seniora. Jednu položku z této péče by měla zaujímat i starost o pohybovou aktivitu obyvatele. Program, který v pobytovém zařízení vznikne, by měl jedinci dát možnost uplatnit všechny své schopnosti a funkce, ale zároveň program musí být uzpůsobený jak pro jedince, kteří vyžadují minimum péče, tak i pro ty, kteří jsou na nejnižším stupni funkčnosti. Funkční vyšetření seniora v sobě zahrnuje klinickou diagnózu a zhodnocení schopností pacienta včetně toho, zda jeho schopnosti nejsou omezeny zdravotním postižením. Ve funkčním vyšetření se hodnotí čtyři hlavní kategorie, které jsou z oblasti biomedicíncké, psychické, sociálně ekonomické a celkové funkční činnosti, v nichž se za pomoci testu ADL (Activities of daily living) hodnotí základní všední činnosti a pomocí testu IADL se hodnotí instrumentální činnosti, jako jsou například domácí práce, nakupování, hospodaření s penězi a užívání léků. Cílem funkčního vyšetření seniora je správně nastavit léčbu a hlavně správně zvolit sociální či zdravotní služby a kompenzační pomůcky. Všechny tyto faktory by měli vést k vyšší kvalitě života s soběstačností seniora. (Topinková, 1995)

Pokud zařízení zvolí vhodný program pro zapojení seniorů, vznikne tak místo pouhého vegetování aktivní stárnutí, které seniorům zajistí delší funkční schopnost. Aby celý plán aktivizace obyvatel uspěl, musí se s velkou nadšeností a zaujetím zapojit všichni personál, který by měl chápat důležitost a význam společné aktivity se seniory. Pokud jsou tyto podmínky splněny, na řadu přichází zjistit, které aktivity obyvatelé preferují. Zároveň je nutné

zajistit pestrost těchto programů a také dostatečnou informovanost klientů o tom, kdy, jak a kde bude daná aktivita probíhat. Vytváření takovýchto úloh a zábavných činností je časově náročné, proto by v ústavu měl být alespoň jeden pracovník, který bude tyto činnosti zajišťovat a plánovat. (Rheinwald, 1999)

2. 2. 1 Pohybové aktivity pro seniory

Pohyb, jako takový, je důležitý v průběhu celého života, ale dalo by se říci, že ve stáří to platí dvojnásobně. Cvičení a aktivita má vliv blahodárný vliv na zdraví jedince a působí jako prevence problémů v kardiovaskulární, nervové a dýchací soustavě. Zlepšuje hormonální rovnováhu, svalovou koordinaci a brání vzniku osteoporózy. Celkově zlepšuje kondici člověka. Nízká pohybová aktivita může u seniora vést k častějším zraněním. Starší lidé často vlastní názor, že jejich tělo je na pohyb staré, ale opak je pravdou. (Rheinwald, 1999)

Pro prevenci pádů je nejdůležitější pohybová aktivita seniora. Ta zajišťuje zvýšení fyzické síly, díky které senior zvládne lépe běžní denní činnosti, ale i tzv. nouzové situace, ke kterým patří i již zmíněné pády. U seniora by měla převažovat pohybová aktivita trvalejšího rázu, která zvyšuje fyzickou kondici, avšak nepřesáhne 90 tepů/min. Při vhodně zvolené pohybové aktivitě se zapojí větší část svalové hmoty, takovými druhy pohybu jsou např. pěší turistika, plavání, pohybové kolektivní hry a dechové cvičení, které zlepší vitální kapacitu plic. Správný tělesný trénink by měl být vždy zvolen s ohledem na možnosti a stav seniora a pro jeho správný účinek by měl být prováděn pravidelně, to znamená alespoň 3x týdně. (Kalvach a kol., 1999)

Cvičení, které je provedeno pečlivě a klidně, napomáhá ke změně sebepestoje, navrácí sebedůvěru. Zlepšuje naši soustředěnost a je zdrojem radosti a příjemných pocitů z činnosti. (Štílec, 2004)

3 Pády seniorů

3.1 Charakteristika problému pádů

Pády se řadí mezi specifické problémy, které personál pečující o seniory musí velmi často řešit. Pacientovi nehrozí jen riziko poranění, které může život jedince zkomplikovat a zhoršit zdravotní stav, ale má i psychosociální dopad. Samotný strach z pádů nemocné často upoutá na lůžko, a tím získávají prostor pro rozvinutí všechny negativní vlivy, jako je například imobilizační syndrom. Na nemocném se také projeví akcelerující proces stárnutí. Imobilita a strach z ní způsobí závislost jedince na okolí, od které se senior následně těžko odpoutává. Nehybnost zapříčiní sociální izolaci, senior se dostává do bludného kruhu a těžko nachází cestu ven. (Štílec, 2003)

Problematikou pádů se zabývá i Česká asociace sester, která pod svým záštitem již od roku 1999 sleduje pády hospitalizovaných pacientů. V současné době jsou známé výsledky průzkumu, který probíhal od roku 2004 do roku 2009 ve 38 zdravotnických zařízeních. Z celkového počtu 4 802 296 hospitalizovaných bylo zaznamenáno 36 083 pádů. Bylo zjištěno, že největší hrozbou hrozí u pacientů nad 65 let a u dlouhodobě hospitalizovaných. Nejvíce pádů bylo zaznamenáno v interních oborech, následně potom v oborech chirurgických a v následné péči. Z celkového počtu 145 008 pacientů jich během 5 let upadlo více jak 7 %. Nejvíce pádů bylo zaznamenáno v roce 2008 – 2009, kdy se také zvýšila hospitalizace pacientů. (Svobodová, 2011)

3.2 Definice pádů

Definice, která by přesně vystihovala pád a byla na národní či nadnárodní úrovni zatím nebyla vytvořena. Proto se můžeme setkat s různými definicemi. Tato je z knihy J. C. Resources:

„Zde jsou některé z uznávaných definic podle Joint Commission Resources – pacienti neplánovaně klesnou k podlaze. Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (se svědkem) nebo takovouto událost oznámí (beze svědků). Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat. Pád je událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta nebo části jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient. Mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.“ (Joint Commission Resources, 2007, s. 21)

Pád je brán jako neočekávaná a nechtěná změna polohy, kdy je tělo v přímém kontaktu s podlahou. Může být přítomna porucha vědomí a následně vzniknout poranění. (Topinková, 2005)

3. 3 Klasifikace pádu

Americká výzkumná pracovnice Janice Morse rozdělila pády na náhodné a fyziologické. Ty fyziologické ještě potom na předvídané či nepředvídané. Náhodné pády se definují tím, že jsou to pády neúmyslné. Často je to selhání pomůcek nebo prostředí. Patří sem zakopnutí, uklouznutí nebo např. rozlitá tekutina na podlaze. Tyto pády zabírají asi 14 % vzniklých pádů.

U nepředvídaných fyziologických pádů je příčinou fyzický stav pacienta, který ale nebyl předvídan v jeho rizikových faktorech. Je to například mdloba, epileptický záchvat nebo patologická zlomenina krčku. Nepředvídané pády jsou ve výskytu pádů zastoupeny 8 %. Předvídané fyziologické pády se projeví tím, že pacienti mají pozitivní rizikovou anamnézu na pád. Faktory, které u pacientů mohou být přítomny, jsou například – předchozí pád, špatná chůze, porucha duševních funkcí nebo i zavedená i. v. kanyla. Tyto pády zabírají zbytek vzniklých pádů, znamená to tedy asi 78 %. (Joint Commission Resources, 2007)

Fenomenologie pádů určují mechanismus vzniku a příčinu pádů. Její rozdělení je následující – pád zhroucením – příčina tkví v náhlé ztrátě svalového tonu při stoje nebo při chůzi pacienta. Při poruše svalového tonu lze usuzovat na poruchu mozkové činnosti, patří sem např. náhlý vzestup nitrolebečního tlaku, epilepsie nebo ischemická ataka. Mimomozkové příčiny potom mohou být ortostatická hypotenze nebo kardiální synkopa. Pád skácením – pacient u těchto pádů často padá bez obranných reflexních pohybů, takzvaně bez obrany, proto mezi následky pádu patří těžší zranění. Jde zde o těžkou poruchu rovnováhy, která je pozorována u pacientů s mozkovým onemocněním. U pádů zakopnutím jde o klasické pády, kdy je chodidlo pacienta zadrhnuto o podlahu. Pacienti často mívají špatný způsob chůze (šourání nohou). Pád zamrznutím je způsoben tzv. „přilepením“ končetiny k podlaze, kdy celé tělo pokračuje pohybem vpřed, ale končetina pacienta zůstává na podlaze ve výchozí pozici. Pacient ztrácí těžiště a rovnováhu a následně padá. Obdobný je i pohyb, kdy pacient nahne celé tělo dopředu, ale nohy zůstávají na místě. Rozdíl mezi těžištěm těla a dolními končetinami se pacient snaží regulovat cupitavými krůčky, bohužel ale velmi často padá. Hlavním příčinou nediferencovaného pádu je nepozornost. Pacient není na chůzi dostatečně soustředěný nebo nepřizpůsobí chůzi podmínkám terénu. U pacientů s demencí se tento druh pádu vyskytuje častěji a to z důvodu nesoudnosti a nevhodného zhodnocení situace. (Růžička, 2004)

3.4 Následky pádů

Následky pádů lze rozdělit na následky pro samotného pacienta, které se mohou rozdělit na následky fyzické a psychické. Následek pádu ale nepostihuje jen samotného seniora, ale také jeho okolí, sem patří zejména ekonomické následky pádu. Následek pádu je závislý na jeho okolnostech. Spektrum takových následků je velmi široké a záleží na prostředí pádu, jak závažný a velký byl pád samotný a na rychlosti poskytnutí péče. Pád u seniorů je ale mnohem hlubší a komplexnější problém než u mladého jedince, proto jsou následky pádu komplikovanější. (Joint Commission Resources, 2007)

Fyzické následky si pacient nejen zcela uvědomuje, způsobují mu i různé komplikace a bolest, nejzávažnějším problémem ale je, že ho omezují v soběstačnosti. Omezená soběstačnost přichází už v době hospitalizace nebo jiné ústavní péče. Fyzické komplikace po pádu lze rozdělit dle závažnosti na lehké poranění, středně těžké nebo těžké zranění a patří sem i poranění s následkem smrti. Poranění mohou zahrnovat úrazy jako modřiny a boule, přes otřesy mozku a lehčí zlomeniny (zlomenina zápěstí, poranění kotníku) i zranění, při kterém je nezbytnou indikací hospitalizace. Může se jednat např. o těžké zlomeniny (pánve, poranění lebky, poranění žeber a plic). (Trachtová a kol., 2003)

„ Lékař MUDr. Petr Kaňkovský je toho názoru, že u seniorů je z hlediska soběstačnosti poranění rukou stejně závažné jako poškození končetin dolních.“ (Komfort, 2006)

Ačkoli je pád nepříjemnou situací pro seniora samotného, tak tato mimořádná událost zasahuje i do sféry rodiny, zdravotnického personálu, a to jak časově, tak zejména i finančně. Senior se po pádu může stát více závislým na okolí, což připravuje o čas personál, který by místo péče o pacienta po pádu mohl více času věnovat i péči ostatním pacientům. Mgr. Dana Jurásková, MBA ve svém výzkumu zaměřeném na pády, který probíhal v letech 2003 – 2005 uvádí, že lékaři strávili 4338 hodin ošetřením pacientů po pádu a zdravotní sestry následně věnovaly 5869 hodin péče takovým pacientům. Data byla sbírána po dobu jednoho roku v 15 zdravotnických zařízeních.

Pokud se zaměříme na finanční náklady spojené s péčí o pacienty po pádu, tak tato částka dosahuje astronomických výšek. Mgr. Dana Jurásková ve svém výzkumu dále uvádí, že nemocnice v průměru vynaloží 10 tisíc korun na ošetření jednoho pacienta po pádu. Pokud zahrneme do péče o takového pacienta všechna vyšetření, která jsou provedena z indikace lékaře, jako např. RTG vyšetření, ošetření ran a dalších, tato částka se vyšplhá až přes 4 miliony korun celkově.

Je tedy důležité i z ekonomického hlediska pádům předcházet, eliminovat je. Klíčem k tomu může být správná identifikace pacienta a zajištění bezpečného prostředí. (Jurásková, 2007)

Psychické následky pádů jsou ovlivněny zejména tím, jak senior vnímá sám sebe v kontextu vzniklého pádu. Zejména při opakovaných pádech může senior trpět pocitem neschopnosti, rozvíjí se pocit nejistoty a psychické nestability. Strach z následného pohybu může vést k fixaci na jinou osobu. Senior může následně trpět pocitem strachu, méněcennosti a depresi. (Trachtová, 2003)

3. 5 Intervence při pádu

Slovo intervence ve zdravotnické terminologii značí popis programu, který je navržen tak, aby zasáhl do chorobného stavu jedince nebo i celé populace. (Health Technology Assessment Czech Centre, 2011)

Intervence neboli opatření, které je nutné udělat při pádu pacienta, můžeme rozdělit na okamžitá, které se provádí ihned a následná, která se naplní až po nějakém čase od prodělané události. Pokud vidíme, že pacient padá, nejprve se pokusíme zajistit místo pro bezpečný dopad. Nesnažíme se ho zachytit, můžeme se ale pokusit ochránit hlavu a krční páteř. Ihned zavoláme druhou osobu na pomoc. Zkontrolujeme pacientovi fyziologické funkce jako je dýchání a krevní oběh, pokud pacient nedýchá, zvolíme vhodnou první pomoc a začneme resuscitovat. Pokud jsou ale fyziologické funkce v normě, zjistíme stav vědomí. Poté začneme s ohledáním pacienta, zda nemá velké rány, zlomeniny či nekrvácí. Pokud to je možné, snažíme se s pacientem komunikovat a ptát se ho na subjektivní pocity, zejména na bolest. Jestliže zjistíme pacientův přijatelný stav a neutrpěl poranění páteře ani hlavy, můžeme mu pomoci zpět na lůžko či na židli. Pokud pacient je v závažnějším stavu, zavoláme pomoc lékaře a zajistíme vhodná vyšetření. Průběžně kontrolujeme pacientovi fyziologické funkce, zaměřujeme se hlavně na oběhový systém a neurologické poruchy. Po bezpečném zajištění pacienta ohledáme místo pádu, pokusíme se zjistit, co pádu předcházelo, jaký byl původ vzniku a promluvíme si s možnými svědky.

Nyní nastává čas následných opatření při pádu. Nejprve vše vhodně zaznamenáme do dokumentace a sepíšeme Hlášení o mimořádné události. Do takového hlášení píšeme veškeré důležité a objektivní informace. Následně se zařadí opatření, které vede k prevenci opakovanému pádu. Pokud je to možné, umístíme pacienta co nejbližší k sesterně či jiné místnosti pro zdravotnický personál a pokusíme se zajistit co nejlepší dohled nad ním. Zjistíme orientaci pacienta, zejména místem. Důležité je i vhodné lůžko, jeho výška a bariéry,

nesmíme zapomenout na dostupné signalizační zařízení. Dbáme na zvýšený dohled v noci, při chůzi na WC apod. Můžeme nechat mírné osvětlení pro pacientovu lepší orientaci. Pokusíme se zajistit bezpečný prostor pro pacientův pohyb, odstraníme zbytečné předměty a překážky. Nesmíme zapomenout zhodnotit pacientovu medikaci, některé kombinace léků mohou zvyšovat riziko pádu. Pokud pacient trpí ortostatickou hypotenzí, edukujeme ho o správných pohybech při vstávání z lůžka. Do celkové edukace o riziku pádu nezapomeneme zahrnout rodinu, které může pomoci např. se zvýšeným dohledem nad seniorem. (Adams a Harold, 1999)

3. 6 Prevence pádů

Všeobecný význam prevence je logický soubor opatření, které zamezují nebo snižují riziko vzniku daných jevů, situací. Pokud se zaměříme konkrétně na prevenci pádů, tak zjistíme, že stejně jako má pád mnoho etiologií, tak i k prevenci pádů musíme přistupovat komplexně, ne řešit pouze jeden problém a nechat prevenci jen na jedné osobě ve zdravotnického i rodinného týmu. Řada studií poukazuje na tři základní a nejdůležitější kroky v prevenci pádů.

Základem je správná identifikace pacienta, což znamená, zda se řadí do rizika pádu či nikoliv. Je důležité zjistit a vyhodnotit všechny vzniklé pády u pacientů, ať už v nemocnicích, domácnostech či v zařízeních pro dlouhodobou péči. Poté je nutné stanovit si programy, které budou vést ke snížení množství pádů a nakonec je důležité monitorace a vyhodnocení toho, jak jsou daná nařízení dodržována, nejen rodinou a pacienty, ale i samotným zdravotnickým personálem. Taková odebraná analýza pádů by mimo jiné měla obsahovat celkový počet pádů, okolnosti a místo pádu, jaké pomůcky či nařízení bylo použito pro prevenci pádu a to, jaký byl následek pádu (typ a závažnost zranění, celkový stav pacienta po pádu). Analýza pomůže zařízení odhalit mezery v prevenci pádů. I když existují různé statistiky a výzkumy, dle kterých jsou základní příčiny pádů zobecněny, je samozřejmě lepší mít dané informace pro to konkrétní zdravotnické zařízení. Po provedeném sběru informací můžeme tedy přejít k samotné aplikaci preventivních opatření.

Individuální přístup a prevence je samozřejmě lepší a účinnější, ale existují i určitá universální opatření, mezi která patří zejména úprava prostředí, ve kterém pacient pobývá. Je třeba zaměřit se zejména na správné a předpisové označení schodů či chodeb, noční osvětlení, volnost cesty bez zbytečných překážek a hlavně stabilní nábytek. Ten se může při správném postavení stát pevnou oporou a pomůckou při chůzi. Je důležité zaměřit se i na stav

podlahy a krytin – měla by být hladká bez hrbolů, aby senior neměl o co zakopnout. (Starošíková, 2006)

K individuální prevenci pádů patří zejména rehabilitace pacienta (blíže popsána v kapitole 2. 2. 1 Pohybové aktivity pro seniory).

Ke kvalitní prevenci pádů patří i škály pro hodnocení rizika pádu, které mohou sloužit jako nástroj pro zařazení klienta do kategorie rizika pádu. V dalších 4 kapitolách jsou blíže popsány škály pro hodnocení rizika pádu, se kterými se lze setkat ve zdravotnických zařízeních.

3. 6. 1 Morse Fall Scale

Janice Morse, autorka škály Morse fall Scale, svým výzkumem nesporně přispěla ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Její kvalitativní metody vyšetřování se staly natolik významnými, že je z ní ikona výzkumných pracovníků v Severní Americe. Janice Morse je také zakladatelka a bývalá ředitelka mezinárodního ústavu na University of Alberta. Stala se hlavní osobou aplikace výzkumu v ošetrovatelství ve vztahu sestra – pacient. Její nejdůležitější studií, kterou se začala zabývat v roce 1980, se stalo hodnocení úrazu pacientů v nemocnicích. Výsledek jejího snažení byl program prevence pádů seniorů. Hodnotící stupnice je nazývána Morse Fall Scale a je využívána zejména v Americe, ale pro její dobrou spolehlivost zároveň jednoduchost a výstižnost se rozšířila i v jiných zemích. (Porr C., 2008)

Za tvůrce této škály jsou považováni Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko a S. J.. Základní počet proměnných, které jsou hodnoceny, je šest. První z nich je odkaz na minulost pacienta, na jeho minulý pád. Do pádů v anamnéze zahrnujeme jakýkoliv neočekávaný výskyt pacienta na podlaze včetně pádů asistovaných, tj. snaha personálu či jiné osoby pádu zamezit či alespoň zmírnit jeho dopad. Pacient bez pádu je ohodnocen body 0, avšak jakmile dojde k jeho prvnímu pádu, ihned se jeho skóre zvýší o 25 bodů. Dalším hodnotícím faktorem je vedlejší diagnóza. Pacientovi je přiděleno 25 bodů v případě, že v chorobopisu je napsána jedna nebo více lékařských diagnóz. Za další faktor – pomůcky k chůzi pacient neobdržel žádný bod, pokud chodí bez pomůcek a to i za pomoci sestry nebo má klidový režim na lůžku, 15 bodů dostal v případě, že používá vhodné pomůcky, jako berle či chodítko a nejvyšší počet bodů 25 dostal v případě, že jako oporu pro chůzi používá nábytek. Body za intravenózní vstup senior získá v případě, že je aplikován i. v vstup, zejména s heparinovou zátkou. Dalším hodnotí proměnnou je pohyb. Janice Morse hodnotí jako normální chůzi tu, kdy pacient chodí se vztyčenou hlavou a jeho chůze má plynulý ráz. Slabá chůze je

hodnocena jako pohyb pomocí nábytku, kroky jsou krátké a pacient je místy zastavuje. Zhoršená chůze se projevuje motáním pacienta, špatným vstáváním z křesla či židle. Duševní stav byl hodnocen pomocí příkazů, které pacient dostal (např. schopnost dojít sám na WC a vykonat potřebu). Před vyplněním úkolu ale pacient musel ohodnotit to, jak je schopný a popřípadě si vyžádat pomoc. Dle toho, jak korespondoval názor pacienta s vykonáním úkolu, bylo provedeno hodnocení – pacient si je či není vědom svých možností a omezení. Dle výsledku byli pacienti rozděleni do tří skupin. Pacientům bez rizika pádu byly přiděleny body 0 – 24. Pacienti s nízkým rizikem pádu mají počet bodů 25 – 50 a je nutné použít standardní opatření k prevenci pádu. Pacienti s vysokým rizikem pádu, kdy se musí použít kvalitní a individuální opatření proti pádu, mají více či rovno 51 bodům. Výsledkem výzkumu bylo také to, že pohlaví nemá vliv na vznik pádu. (Morse J. M. et al., 1989)

3.6.2 Škála pro hodnocení rizika pádu

Tuto škálu lze ve veřejné publikaci vidět v knize *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních* od autorů P. Škrla a M. Škrlová. Hodnotí celkem sedm kategorií, jako jsou pohyb, vyprazdňování, medikace, smyslové poruchy, mentální status, věk a pád v anamnéze. Jednotlivé situace jsou klasifikovány body 0, 1 či 2, a pokud po sečtení skóre pacient dosáhne tří bodů a více, je ohrožen rizikem pádu. V takovém případě je nutno se řídit dle přiloženého protokolu:

„ Umístěte na lůžko výstražné oznámení – vysoké riziko pádu. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety. Umístěte signalizační zařízení na dosah ruky pacienta a vysvětlíte jeho funkci. Zajistěte vhodnou obuv. Zajistěte hygienický režim (3/24 hodin). Odstraňte překážky v okolí pacienta. Zajistěte vhodné noční osvětlení. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v jeho dosahu.“

Tento screeningový test by se měl provádět u přijímacího rozhovoru. (Škrla a Škrlová, 2008, s. 62)

3. 6. 3 Hodnotící škála dle Juráskové (upraveno ze škály Conleyové v roce 2006)

Měření rizika pádu dle Juráskové je rychlé a jednoduché, určené především pro použití v náročnějším prostředí nemocnice, jako jsou chirurgická oddělení. V případě, že by se stupnice u pacienta aktualizovala i během pobytu, je možné ji použít i u dlouhodobých lůžek. Její dvě hlavní složky jsou anamnéza a vyšetření. V anamnéze považuje Jurásková za rizikový faktor pro vznik pádu u pacienta přítomnost dezorientace, demence či deprese. Dále věk nad 65 let, předchozí pád, pobyt na oddělení v prvních 24 hodinách, smyslový problém jako je zrak či sluch a užívání léků z rizikových skupin, mezi které patří: diuretika, narkotika,

sedativa, psychotropní látky, hypnotika, trankvilizery, antidepresiva, antihypertenziva a laxantia. Za každý pozitivní výskyt některého faktoru se pacientovi připisuje jeden bod. V druhé části, která se skládá z vyšetření pacienta, se hodnotí soběstačnost, kdy při plné soběstačnosti pacientovi není přidělen žádný bod, při částečné dva body a při plné nesoběstačnosti body tři. Dále se zde může sestra vyjádřit ke schopnosti spolupráce pacienta, kdy za bezproblémovou spolupráci je přiděleno 0 bodů a za žádnou spolupráci body 3, ať už pacient není spolupráce schopen či spolupráci odmítá. V poslední části se ptáme na subjektivní pocity pacienta nebo alespoň jeho rodiny či blízkých. V případě, že senior trpí závratěmi, získá 3 body, pokud v noci často navštěvuje toaletu, získá 2 body a pokud má špatný a nekvalitní spánek získá bod jeden.

Po součtu všech bodů zjistíme, do jaké kategorie s rizikem pádu pacient patří. Tato škála se svými hodnotícími faktory se nejvíce věnuje psychické stránce člověka a jeho subjektivním pocitům. Ačkoli se to v hodnocení může zdát pozitivní, často jsou právě tyto faktory v hodnocení napadány pro svou nedůvěryhodnost. (ČAS, 2007)

3. 6. 4 Get-Up and Go test

Get up and Go test byl vyvinut zejména k identifikaci starších osob s rizikem pádu. Hlavním indikátorem je zde čas, který slouží pro zhodnocení stavu chůze a rovnováhy klienta. Test obsahuje následující úkoly: klient se posadí na židli, poté musí vstát, ujít 3 metry a vyznačené čáře, tam se následně otočit a jít zpět na výchozí bod, tedy k židli a posadit se. Čas je měření od pokynu k chůzi do doby, než se klient dostaví do své výchozí pozice. Klienti se následně zařazují do kategorie dle stanoveného času. Senioři s časem pod 10 vteřin nejsou ohroženi pádem, senioři s časovým rozmezím 10 – 20 vteřin mají riziko pádu a senioři s časem 20 vteřin a více jsou ohroženi vysokým rizikem pádu.

Studie zaměřená na tento test, zdůrazňuje ohled na kompenzační pomůcky v chůzi. Lidé, kteří jsou plně mobilní a neužívají žádné kompenzační pomůcky k chůzi, nejčastěji dosahovali času pod 10 vteřin, byli to zejména lidé mladšího věku. Je důležité se také zaměřit na jednotlivé komponenty testu, např. při otočce byla zaznamenána větší časová prodleva u seniorů, než-li u lidí mladšího věku. Závěr z prováděných studií je tedy takový, že test objektivně hodnotí klienty a lze ho použít v každém zdravotnickém zařízení nejen jako identifikaci klienta s rizikem pádu, ale i pro zhodnocení výkonu a soběstačnosti. (Wall J. C., 2000)

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné otázky:

1. Jaká je četnost pádů ve sledované skupině klientů domovu pro seniory?
2. Jaké byly okolnosti pádů ve sledované skupině klientů domovu pro seniory?
3. Které rizikové faktory byly nejčastěji přítomny u sledovaných klientů domovu pro seniory, u kterých došlo k pádu?
4. Řadí vybrané škály hodnotící riziko pádu sledované klienty do stejných kategorií – s rizikem a bez rizika pádu?

5 Metodika práce

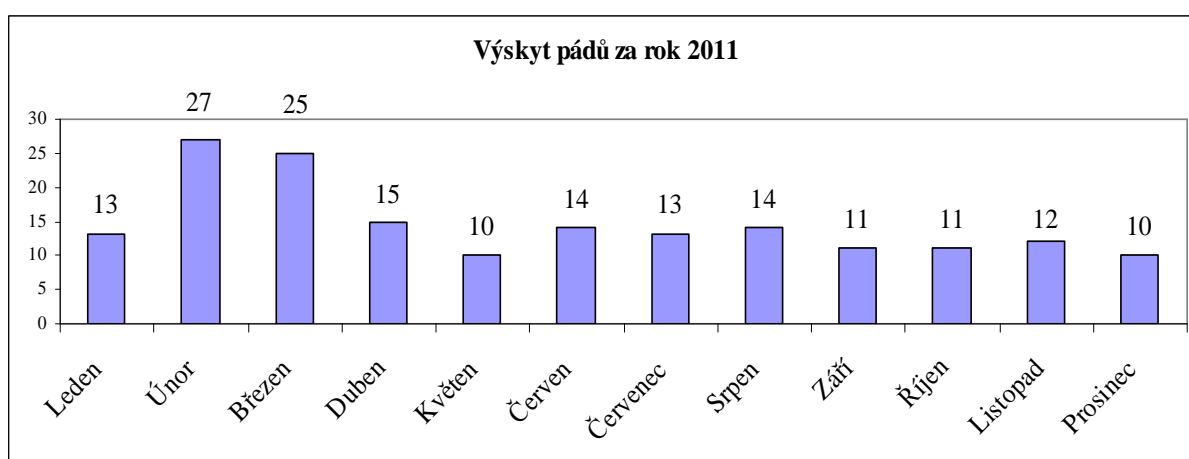
Cílem výzkumu bylo zhodnotit pády u sledované skupiny klientů v domově pro seniory.

Pro splnění cíle byly využity metody polořízeného rozhovoru s klientem a ošetrovatelským personálem, studium dokumentů a fyzikální vyšetření. Zvolené metody byly vybrány dle doporučení autorů škál hodnotících riziko pádu, které byly ve výzkumu hodnoceny. Na základě studia dostupné české literatury byly vybrány 4 škály hodnotící riziko pádu: Morse Fall Scale, Hodnotící škála dle Juráskové, Hodnocení rizika pádu a Get-Up and Go test (příloha B 1 – B 4). Jednotlivé škály jsou dostupné v českém překladu a podrobněji jsou popsány v kapitole 3. 6. 1 Hodnocení rizika pádu. Pro potřeby výzkumu byla sestavena tabulka s jednotlivými rizikovými faktory, se kterými jednotlivé škály pracují (příloha A). Tento postup byl zvolen z důvodu přítomnosti totožných faktorů v několika posuzovaných škálách najednou (např. pád v anamnéze). Konkrétně byly posuzovány následující faktory: pád v anamnéze (s retrospektivním určením za 3 měsíce či jeden rok), věk nad 60 let (bylo usuzováno dle kalendářního věku výpočtem z data narození), dezorientace (hodnoceno na základě záznamu v ošetrovatelské dokumentaci), deprese (hodnoceno pozitivně, pokud byl záznam v chorobopisu), pobyt v domově pro seniory do 24 hodin, chůze s kompenzačními pomůckami (jako kompenzační pomůcky byly považovány berle, hůl nebo vozík a dále zda pacient používá jako oporu k chůzi nábytek), i.v. vstup, smyslové poruchy (za smyslové poruchy byl považován především defekt zrakový a sluchový - pokud klient užíval kompenzační pomůcky a subjektivně nepovažoval poruchu zraku či sluchu za deficit či omezení, nebylo tak usuzováno ani v hodnotící škále), duševní stav pacienta (zde byl verbální dotaz na ošetrující personál, zda si klient racionálně uvědomuje své fyzické schopnosti a možnosti), léky z rizikových skupin (jako rizikové skupiny byly považovány tyto - diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, antidepressiva, antihypertenziva a laxantia), způsob vyprazdňování (hodnocen stav, do jaké míry klient vyžaduje pomoc při vyprazdňování - pokud měl klient zaveden permanentní katétr bylo usuzováno na nutnou pomoc ve vyprazdňování), závratě (hodnoceno subjektivním pocitem klienta), spolupráce s personálem (dotaz na subjektivní pocit ošetrujícího personálu), nucení na WC v noci (dotaz na klienta - zda ho nucení na WC v noci ruší), poruchy spánku (dotaz na subjektivní pocit klienta ohledně kvality spánku). Dále byly hodnoceny dvě škály – Funkční úroveň člověka dle Gordonové (příloha C) a Up and Go test. Škála Funkční úroveň člověka byla vybrána z důvodu hodnocení soběstačnosti ve škále Hodnocení rizika pádu dle Juráskové. Pro získání

0 bodů za soběstačnost dle Juráskové musel být klient plně soběstačný (dle hodnocení Gordonové 0 bodů). Pro získání 2 bodů dle Juráskové klient vyžaduje pomoc od další osoby, dohled či pomocné prostředky (sloučeny body 1, 2, 3 dle Gordonové). A pro získání 3 bodů, tedy nesoběstačnosti dle Juráskové musel být klient plně závislý a na tělesné aktivitě se nijak nepodílet (hodnoceno 4 body dle Gordonové). Dalším hodnotícím testem byl Up and Go test, který byl použit i pro hodnocení rizika pádu. Jeho úkolem zde bylo zhodnotit úroveň chůze ve škále Morse Fall Scale. Pro uznaný počet bodů 0 musel klient splnit kritéria testu pod 10 sekund nebo být imobilní či mít indikovaný klid na lůžku. Pro zařazení do kategorie slabé chůze dle MFS, musel klient dosáhnout času 10 – 20 sekund. Pokud klient měl čas nad 20 sekund, byla jeho chůze považována za zhoršenou.

Kritériem pro zařazení klientů do výzkumu byl věk nad 60 let a mentální zdatnost, která byla hodnocena na základě testu Mini – cog (příloha D). Pro zařazení do výzkumu museli klienti v testu Mini – cog, který hodnotí kognitivní funkce, dosáhnout 2 – 3 bodů, což nasvědčovalo o nepřítomnosti kognitivní poruchy. Dalším kritériem pro zařazení do výzkumu byl souhlas klienta, který byl získáván ústní formou.

Výzkum byl prováděn v domově pro seniory s celkovou kapacitou 121 lůžek. Domov pro seniory se řídí domovským řádem (příloha F) a nepoužívá žádnou škálu pro hodnocení rizika pádu i přesto, že se ošetřující personál s pády seniorů setkává. Obr. č. 1 zobrazuje absolutní četnost zaznamenaných pádů za rok 2011, tento údaj byl získán ze záznamu dat zařízení.



Obr. 1 Graf výskyt pádů za rok 2011

Výzkum byl prováděn od srpna 2011 do února 2012. V měsících srpen-říjen byly sledovány výše jmenované rizikové faktory. Následně bylo každý měsíc kontrolováno, zda došlo u sledovaných klientů k pádu či nikoli.

Ve výzkumu nebylo pracováno s opakovanými pády, pokud klient již jednou upadl, byl ze sledování vyřazen.

Výsledky byly zpracovány v programu MS Excel a prezentovány pomocí sloupcových grafů a tabulek, jejichž použití zaručilo přehlednost v datech. Tabulky a grafy jsou zpracovány v absolutní a relativní četnosti, za použití vzorce: $p_i = (n_i / n) * 100$. Význam vzorce je znázorněn v tabulce č. 1.

Tab. 1 Vyjádření vzorce $p_i = (n_i / n) * 100$

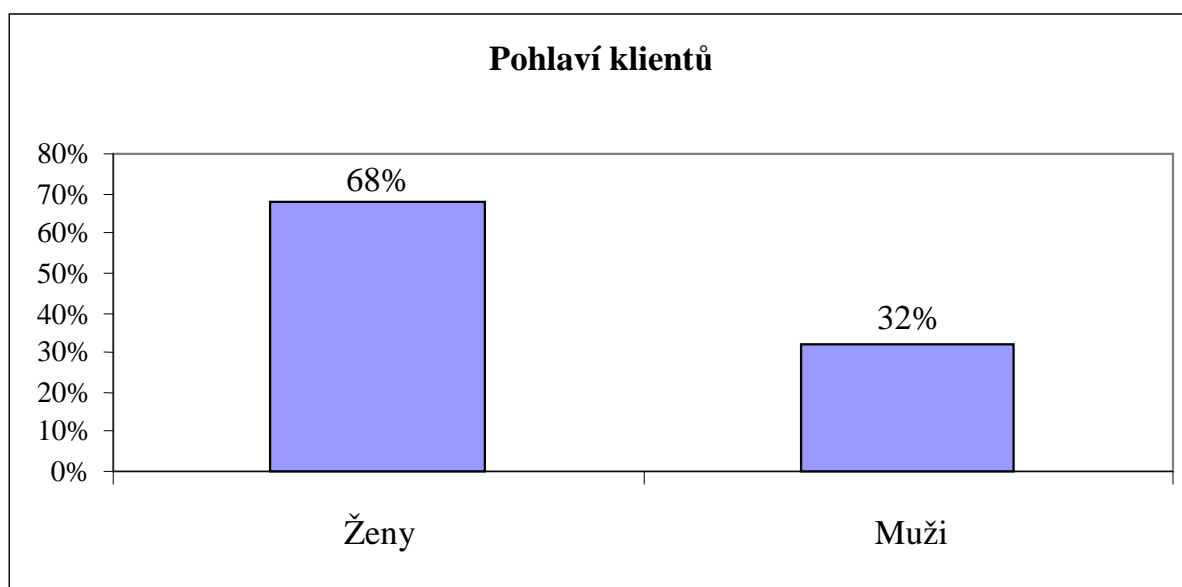
Zkratka	Význam zkratky
p_i	Relativní četnost v procentech
n_i	Absolutní četnost
n	Celkový počet respondentů

6 Prezentace výsledků

Charakteristika výzkumného vzorku

Pro výzkum bylo osloveno 64 seniorů. Z toho 3 senioři odmítli zařazení do výzkumu. Vyřazeno bylo 11 seniorů z důvodu nedosažení potřebné úrovně Mini – cog testu, která musela být 2 – 3 body. Celkem tedy výzkumný vzorek tvořilo 50 klientů domova pro seniory.

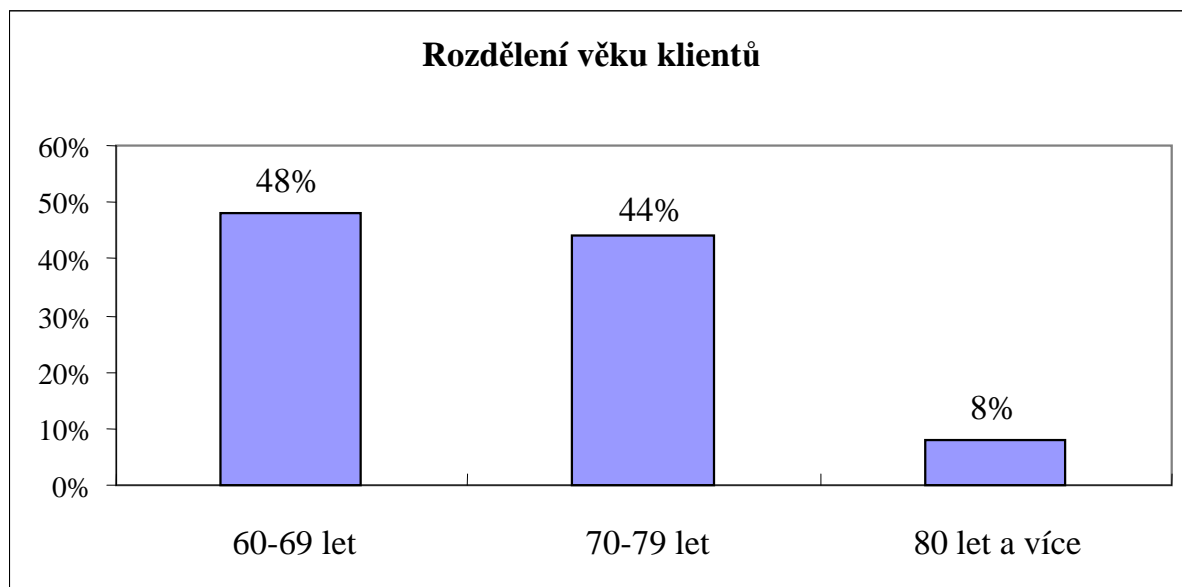
Pohlaví klientů ve výzkumném vzorku



Obr. 2 Graf pohlaví klientů

Při rozdělení klientů dle pohlaví bylo zjištěno, že větší počet seniorů v domově zastupují ženy, kterých bylo 68 % z celkového počtu výzkumného vzorku. Muži byli zastoupeni 32 %.

Věk klientů zařazených do výzkumu – rizikový faktor č. 1

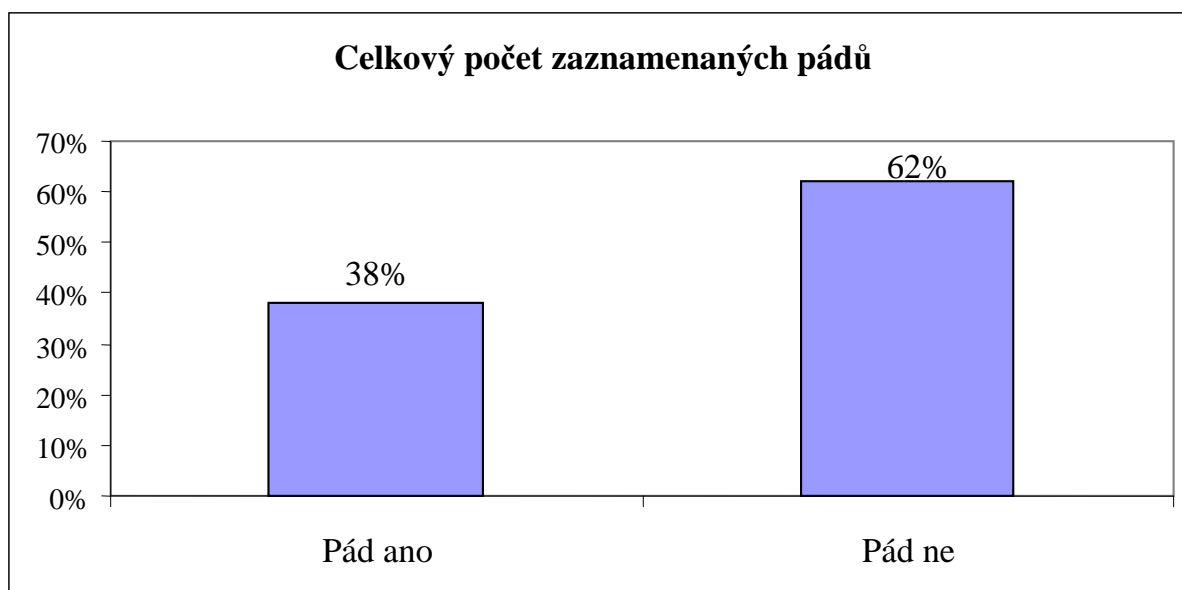


Obr. 3 Graf rozdělení věku klientů

Obrázek č. 3 zachycuje věkové rozložení u sledovaných klientů v domově pro seniory. Jednotlivé věkové kategorie jsou rozděleny po 10 letech. Nejvíce obsaženou kategorií byla skupina klientů ve věku 60 – 69 let, a to ve 48 %. Druhá kategorie 70 – 79 let tvořila 44 % z celkového počtu seniorů a 8 % tvořili senioři ve věku 80 a více let. Menší obsazenost poslední kategorie je dána zejména sníženou mentální zdatností seniorů v tomto věku. Dále je třeba uvážit rozdílnost kalendářního a biologického věku (viz. kapitola 1.1.2 Rozdělení věku ve stáří).

Průměrný věk zkoumaných seniorů byl 70 let. Věk 65 let byl u klientů zastoupen nejčastěji. Nejmladšímu členovi výzkumu bylo 60 let a naopak nejstaršímu bylo 85 let.

Popis pádů zaznamenaných ve výzkumném vzorku



Obr. 4 Graf celkový počet zaznamenaných pádů

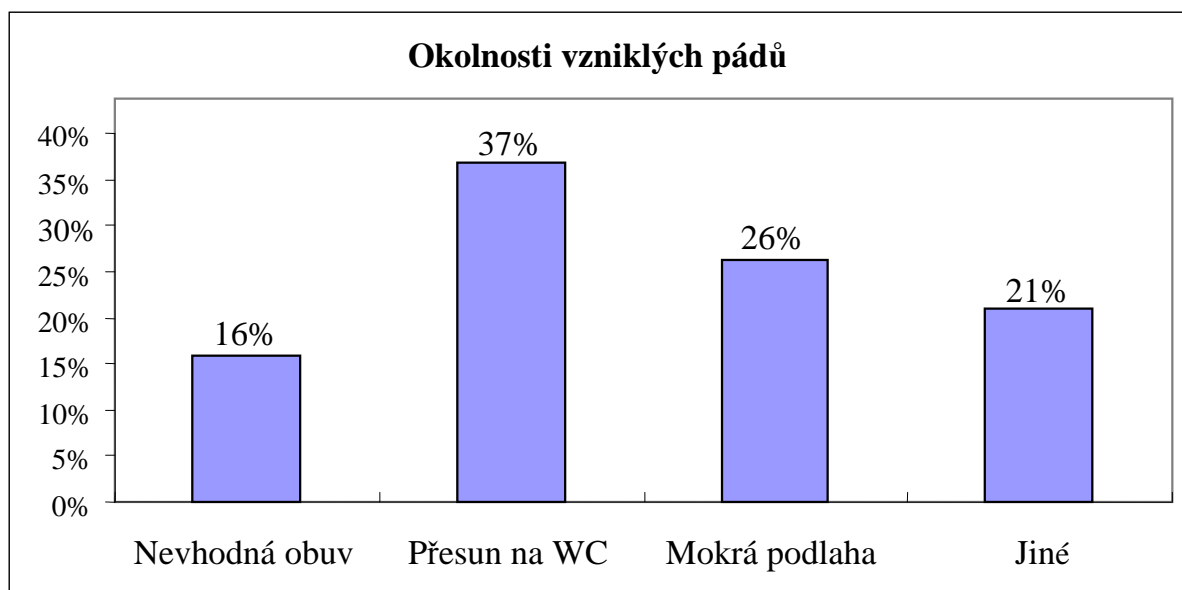
Celkový počet pádů zaznamenaných ve výzkumném vzorku byl 19. Ve výzkumu nebylo pracováno s opakovanými pády, pokud klient již jednou upadl, tak byl ze sledování vyřazen. Grafické zobrazení zaznamenaných pádů u sledovaných klientů zobrazuje obrázek č. 4.

Tab. 2 Vztah věku a vzniku pádu v průběhu sledování

Věk	Pád ano	Pád ne	Celkem
60–69 let	37,5 %	62,5 %	100 %
70–79 let	36 %	64 %	100 %
80 let a více	50 %	50 %	100 %

Tabulka č. 2 ukazuje vzniklé pády a věkové rozmezí klientů. Seniorů ve věku 60–69 let upadlo 37,5 %. Nejméně pádů vzniklo ve věkové kategorii 70–79 let, a to 36 %. Největší počet klientů, kteří upadli, dosahoval věku 80 a více, zde byl výskyt pádů 50 %.

Základní rysy vzniklých pádů ve výzkumném vzorku

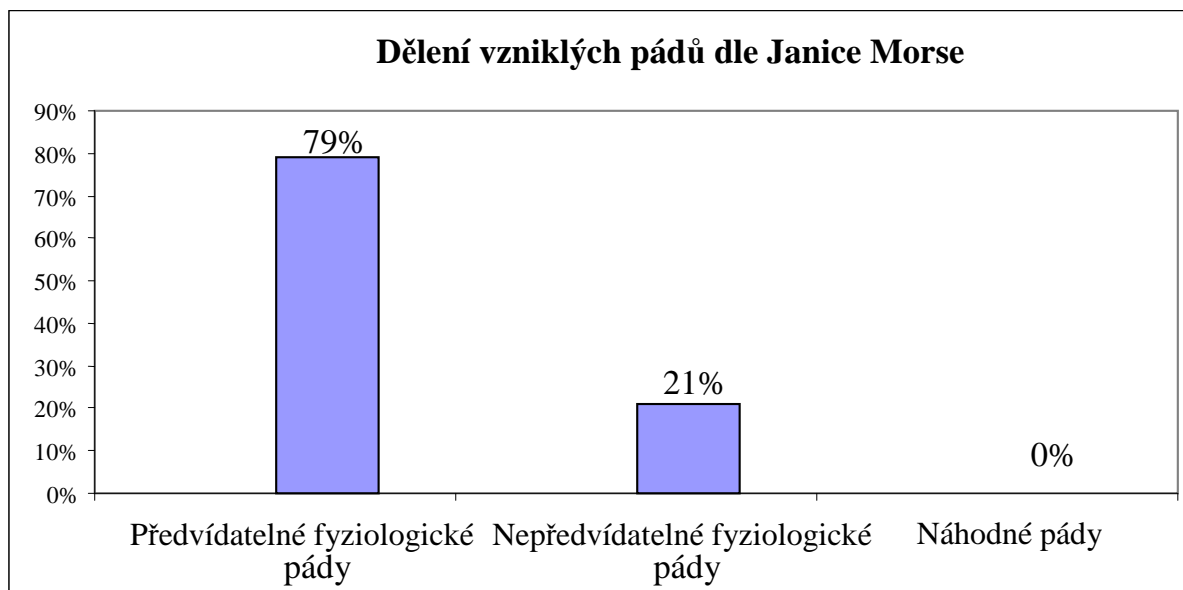


Obr. 5 Graf okolnosti vzniklých pádů

Obrázek č. 5 přehledně zobrazuje okolnosti, které vedly k pádům. Nejčastěji senioři padali při přesunu na WC či klozetové křeslo, celkový počet takových pádů byl 37 %. Po rozhovoru s ošetrovatelským personálem bylo zjištěno, že si klienti přejí mít na toaletě soukromí, proto mnohdy nepožádají o pomoc při přesunu, která by mohla pádům zabránit. Druhým nejčastějším důvodem pádu byla mokrá podlaha a to ve 26 %. 21 % pádů vzniklo za tzv. jiné situace, je tím myšlen zejména podnapilý stav, který se při pádech vyskytoval. Nejmenší počet 16% získala nevhodná obuv klientů.

Bližší dělení pádu dle příčiny popsala Janice Morse (viz. kapitola 3. 3 Klasifikace pádů).

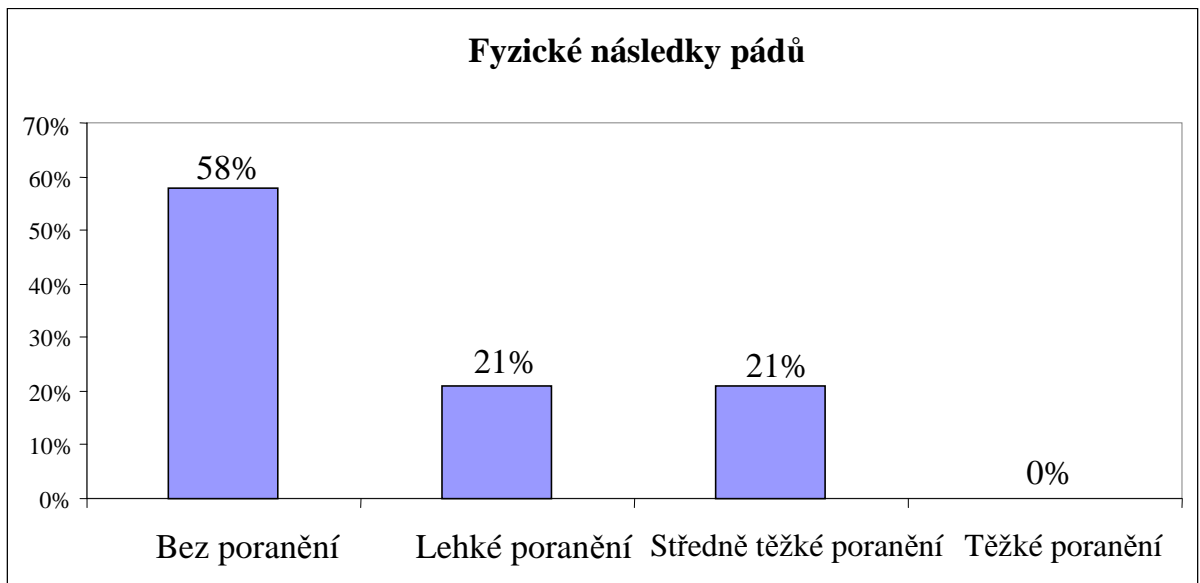
Dělení vzniklých pádů dle Janice Morse



Obr. 6 Graf dělení vzniklých pádů dle Janice Morse

Na obrázku č. 6 je názorně vidět, že 79 % pádů bylo předvídatelných a 21 % pádů bylo nepředvídatelných. Náhodný pád u klientů ve výzkumném vzorku neproběhl.

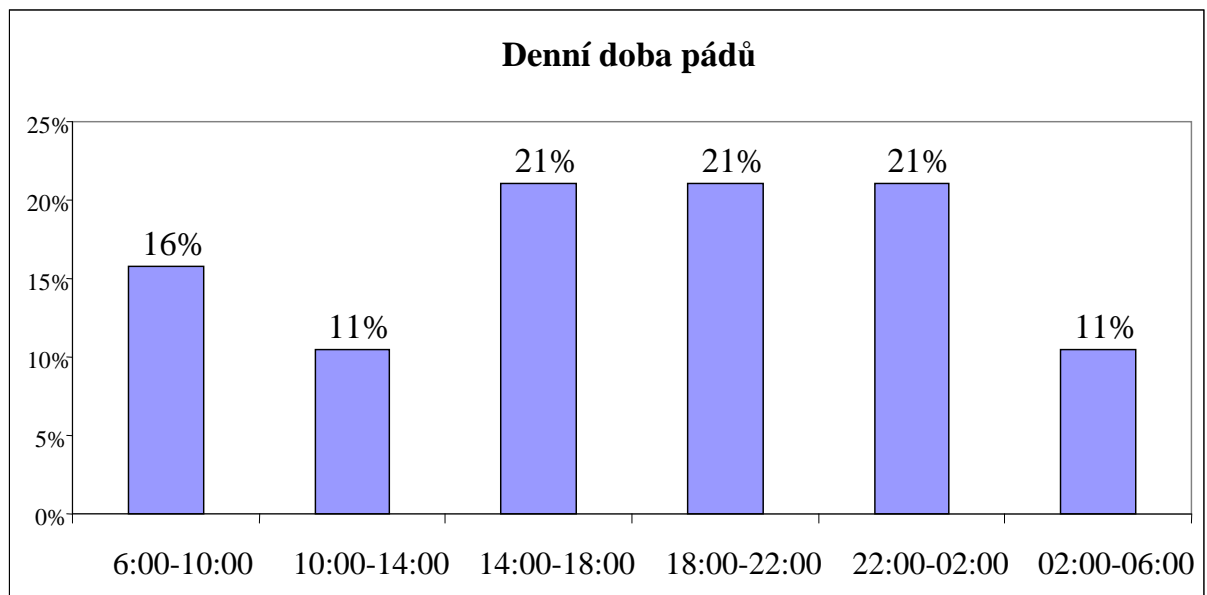
Fyzické následky pádů



Obr. 7 Graf fyzické následky pádů

Obrázek č. 7 dokumentuje následky pádů u klientů po fyzické stránce. Většina pádů, celých 58 % pádů se obešlo bez poranění, 21 % následků pádů tvořilo lehké poranění, myšleno mírné oděrky či hematomy, jejichž rozsah nevyžadoval další vyšetření či ošetření. Stejný počet 21 % zaujímaly pády se středně těžkým poraněním, což byla kontuze měkkých tkání. Ani v jednom případě nedošlo k těžkému poranění, jako je fraktura, poranění hlavy a jiné poranění, které by vyžadovalo hospitalizaci.

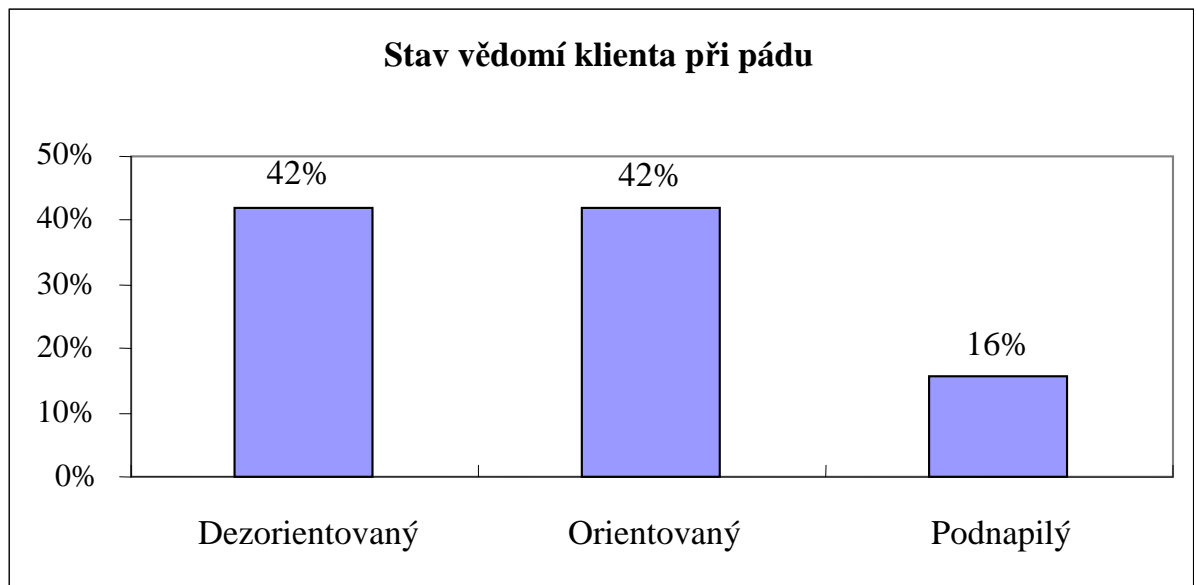
Denní doba vzniklých pádů



Obr. 8 Graf denní doba pádů

Obrázek č. 8 zobrazuje denní dobu pádů, kdy klienti upadli. Časové rozdělení je po čtyřech hodinách. Nejvíce pádů proběhlo v časovém rozmezí od 14:00 do 02:00, celkem 63 %. Je to doba volnočasových aktivit seniorů a také doba ukládání ke spánku či odpočinku na lůžku. Nejméně pádů proběhlo v časovém rozmezí 10:00-14:00 a 02:00-06:00, každé z těchto období zaznamenalo 10 % pádů. V ranní až dopolední hodině, která byla určena rozmezím 06:00-10:00 hodin upadlo 15 % klientů. Obecně nelze zhodnotit dominantní dobu pádů, protože nebyl zaznamenán významnější rozdíl v denní době.

Kvalitativní hodnocení vědomí klienta v době pádu



Obr. 9 Graf stav vědomí klienta při pádu

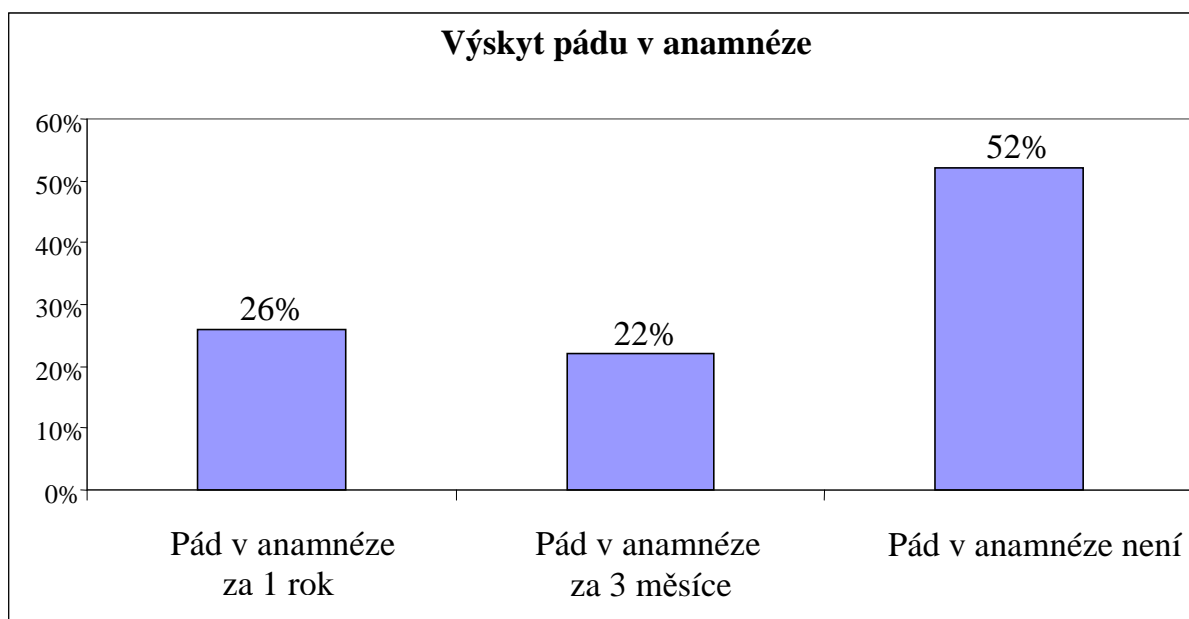
Obr. č. 9 dokumentuje seniorovu orientovanost v době pádu. Kategorie orientovaných klientů zaujímá celých 42 %. Ve 42 % byli klienti dezorientováni, ať už místem, časem či osobou a to i přes to, že test Mini-Cog neudával žádnou významnější kognitivní poruchu. Třetí kategorii tvoří klienti, kteří v době pádu vykazovali podnapilost, bylo jich celkem 16 %. Ačkoliv podnapilost zaujímala v době pádu celých 16 %, v domovním řádě domova pro seniory není zakázáno požívat alkohol.

Frekvence výskytu vybraných rizikových faktorů u sledovaných klientů

Následující stránky zobrazují grafy výskytu rizikových faktorů u sledovaných klientů a tabulky, které zobrazují vztah těchto faktorů vzhledem k vzniklému pádu. Celkový počet hodnocených rizikových faktorů byl 14. Z toho jich 11 bylo prezentováno graficky.

První rizikový faktor byl věk, jeho prezentace je zobrazena na obrázku č. 3 a v tabulce č. 2.

Rizikový faktor č. 2: Pád v anamnéze retrospektivně za 3 měsíce a za jeden rok



Obr. 10 Graf výskyt pádu v anamnéze

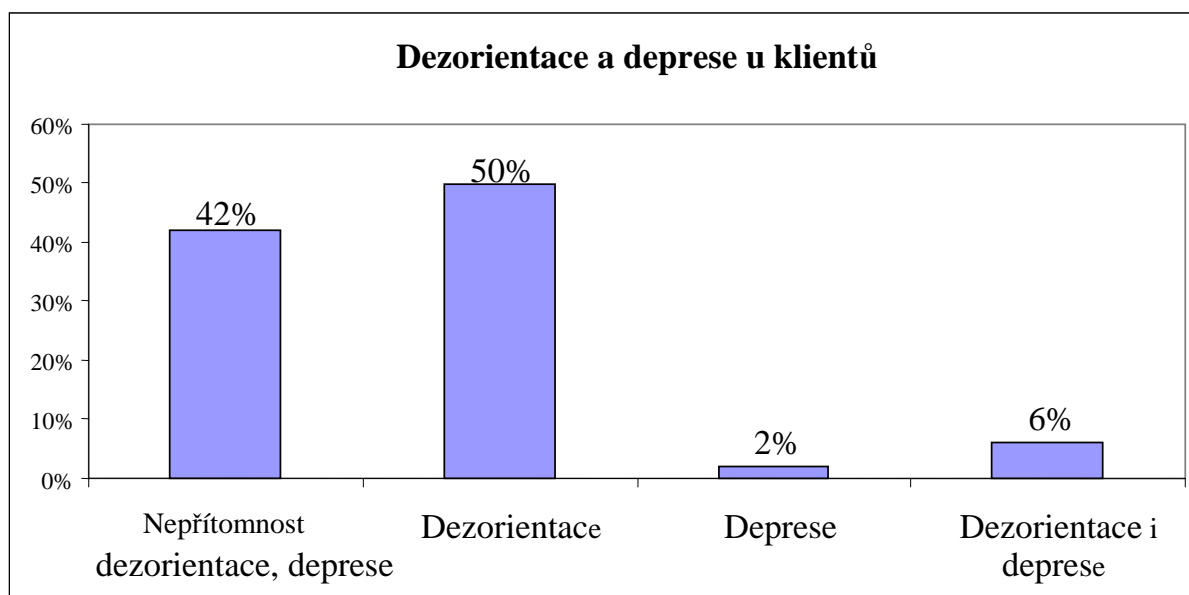
Obrázek zobrazuje výskyt pádu v anamnéze u klientů. V 52 % nebyl pád zaznamenán v anamnéze nebo byl starší jednoho roku. Pád v uplynulých třech měsících byl zaznamenán ve 22 % a pád za uplynulý rok tvořil 26 %. Je nutné zhodnotit fakt, že ne všechny pády v minulosti byly zaznamenány okem ošetřujícího personálu či jiné osoby a ne všechny vzniklé pády, které mohly být viděny, nebyly zaznamenány písemně. Důležité je také přihlídnout k faktu, že klient, ubytovaný méně než tři měsíce, mohl mít dokumentaci vedenou v jiném zařízení nebo ji nemusel mít vedenou vůbec, a tudíž se stávající personál domova pro seniory informaci o pádu v minulosti nemusel dozvědět.

Tab. 3 Vztah pádu v anamnéze a vzniku pádu v průběhu sledování

Pád v anamnéze	Pád ano	Pád ne	Celkem
Pád v anamnéze za 1 rok	31 %	69 %	100 %
Pád v anamnéze za 3 měsíce	45 %	55 %	100 %
Pád v anamnéze není	38 %	62 %	100 %

V tabulce je vyjádřen vztah pádu v anamnéze a uskutečněného pádu. Největší procento pádů obsahovala kategorie s pádem v anamnéze za 3 měsíce, bylo to 45 %. Nejnižší výskyt pádu měli klienti s pádem v anamnéze za jeden rok a to 31 %. Klienti, kteří pád v anamnéze neměli, spadli ve 38 %.

Rizikový faktor č. 3: Přítomnost dezorientace, deprese u klientů



Obr. 11 Graf dezorientace, deprese u klientů

Obr. č. 11 zobrazuje přítomnost dezorientace či deprese u klientů. Nejčastěji byla zastoupena dezorientace a to v celých 50 %. 42 % klientů nevykazovalo žádné známky dezorientace ani u nich nebyl nálezný deprese. Naopak nízký počet klientů trpěl depresí, ale ne zároveň dezorientací. Dezorientací a depresí současně trpělo 6 % klientů. V hodnotících škálách byla ještě jako rizikový faktor zmíněna demence, ta ale byla u klientů vyloučena na základě Mini – cog testu.

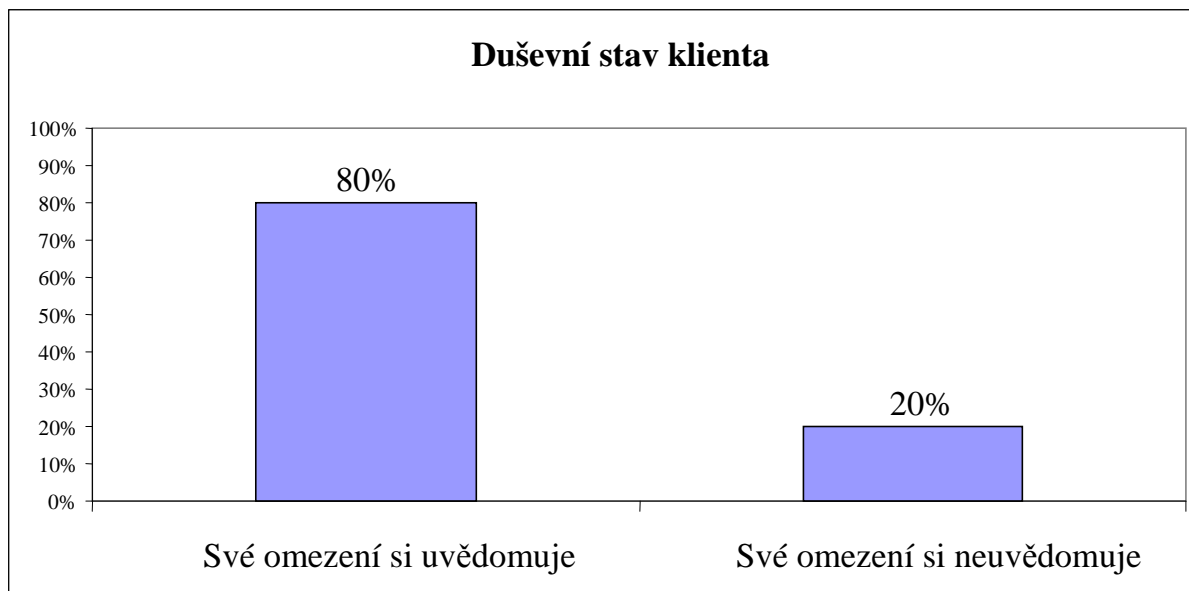
Tab. 4 Vztah dezorientace či deprese a vzniklého pádu v průběhu sledování

Kvalitativní stav vědomí	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez kvalitatívni poruchy vědomí	33%	67%	100%
Kvalitatívni porucha vědomí	41%	59%	100%

Tabulka č. 4 ukazuje závislost pádů na přítomnosti dezorientace či deprese u klientů. Nejčastěji upadli klienti s přítomností dezorientace a to ve 44 %. Senioři, kteří trpěli pouze depresí, měli zaznamenán nulový výskyt pádu a klienti s přítomností deprese i dezorientace upadli ve 33 %. Naopak senioři, kteří nevykazovali známky dezorientace ani deprese v 67 % neupadli.

Rizikový faktor č. 4: Duševní stav klienta

Při hodnocení tohoto rizikového faktoru byl kladen význam především na to, jak klient vnímá sám sebe a své možnosti. Výsledky prezentuje obr. 12.



Obr. 12 Graf duševní stav klienta

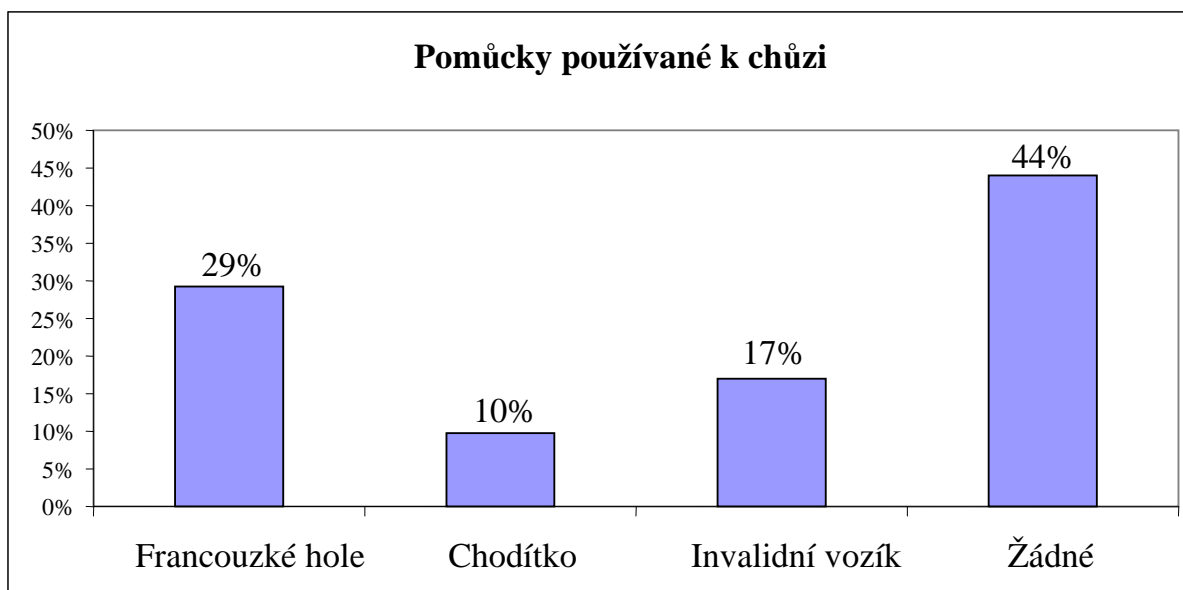
Faktorem, který byl u duševního stavu klienta hodnocen, bylo především přeceňování vlastních sil. Jak ukazuje obrázek č. 13, 20 % klienti neznají své fyzické možnosti, což může vést k pádu. Naopak v 80 % klientů své možnosti nepřeceňuje.

Tab. 5 Vztah duševního stavu klienta a vzniklého pádu v průběhu sledování

Duševní stav	Pád ano	Pád ne	Celkem
Uvědomuje si své schopnosti	43%	58%	100%
Neuvědomuje si své schopnosti	20%	80%	100%

Tabulka č. 5 zobrazuje, pády klientů v závislosti na uvědomění si vlastních možností a schopností. Klienti, kteří si své omezení uvědomují, upadli ve 43 % a klienti, kteří si své omezení nepřipouštějí, upadli ve 20 %. Z této tabulky tedy vyplývá, že klienti, kteří si své omezení nepřiznali, padali méně.

Rizikový faktor č. 5: Pomůcky používané k chůzi



Obr. 13 Graf pomůcky používané k chůzi

Předchozí obrázek zobrazuje pomůcky, které klienti používají při chůzi. Z hodnocení tohoto rizikového faktoru byly vyřazeni klienti imobilní. Celkový počet zkoumaných seniorů tak kles na 41. Nejčastěji se klienti pohybovali bez jakékoliv pomůcky, tvoří tak 44 % z celku. Pokud už klient nějakou pomůcku používal, byly to francouzské hole a to ve 29 %. Invalidní vozík k přesunu používá 17 % dotázaných a chodítko pouhé čtyři osoby, tedy jen 10 %.

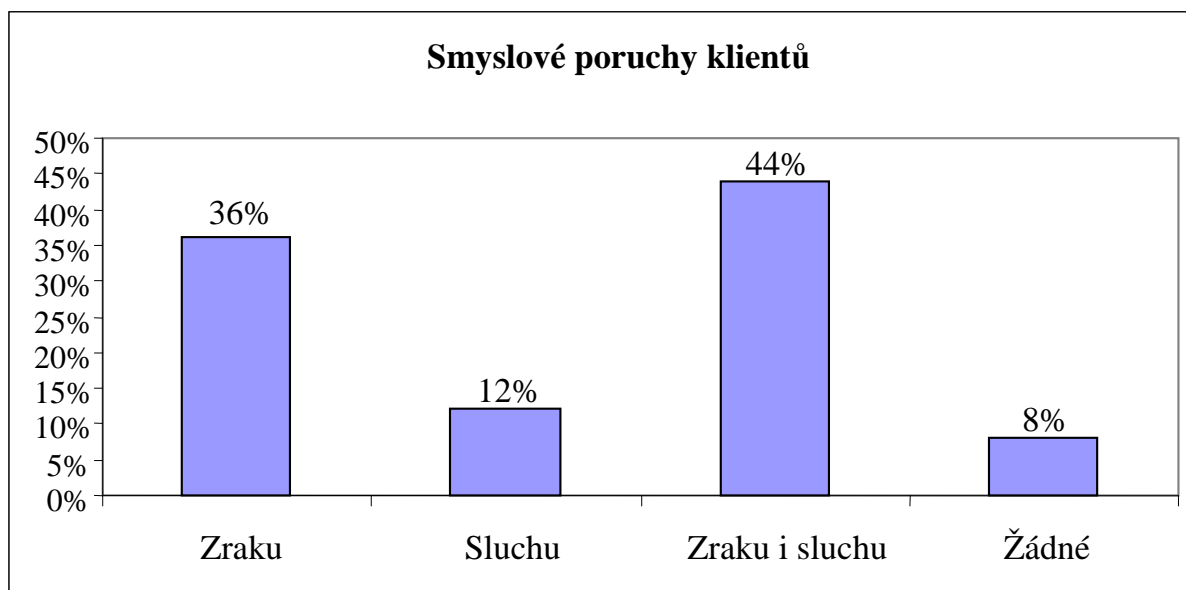
Tab. 6 Vztah pomůcek používaných při chůzi a vzniklého pádu v průběhu sledování

Druh pomůcky	Pád ano	Pád ne	Celkem
Fran. Hole	42%	58%	42%
Chodítko	25%	75%	25%
Imobilní pac.	22%	78%	22%
Inval. Vozík	57%	43%	57%
Žádné	39%	61%	39%

Tabulka vztahu pomůcek k chůzi a pádu názorně zobrazuje, že klienti, kteří používali kompenzační pomůcky k chůzi měli nižší výskyt pádů, než klienti, kteří k pohybu nepoužívali žádnou pomůcku, ti upadli v 39 %. Výjimku tvoří senioři s invalidním vozíkem, kde byl zaznamenán zvýšený výskyt pádů, celkem 57 %. Nejnižší výskyt pádů byl zaznamenán u seniorů s chodítkem - 25 %. Imobilní klienti, ačkoliv se nevystavovali riziku chůze padali při pohybu v lůžku a kolem něj, bylo to v 22 %. Francouzské hole byly rozšířenou pomůckou

v domově pro seniory a výskyt pádů u těchto klientů byl 42 %. J. C. Resources udává, že odpovídající léčba nerovnováhy a předepsání vhodných pomůcek snižuje pravděpodobnost pádů a jejich komplikací. Dle statistiky z USA – Zpráva o pádech v zařízeních dlouhodobé péče se 35 % pádů objevuje u imobilních pacientů. (J. C. Resources, 2007).

Rizikový faktor č. 6: Smyslové poruchy klientů



Obr. 14 Graf smyslové poruchy klientů

Ve stáří dochází k trvalým změnám ve smyslovém vnímání, nejvýraznější bývá porucha zraku a sluchu (viz. kapitola 1.1.3 Zvláštnosti vyššího věku). Stejný výsledek byl zjištěn u klientů v domově pro seniory. Nejvíce seniorů trpělo poruchou zraku i sluchu zároveň a to ve 44 %. Samotnou poruchou zraku trpělo 36 % seniorů a samotnou poruchou sluchu 12 %. 8 % z dotázaných seniorů nevykazovalo žádnou poruchu smyslového vnímání.

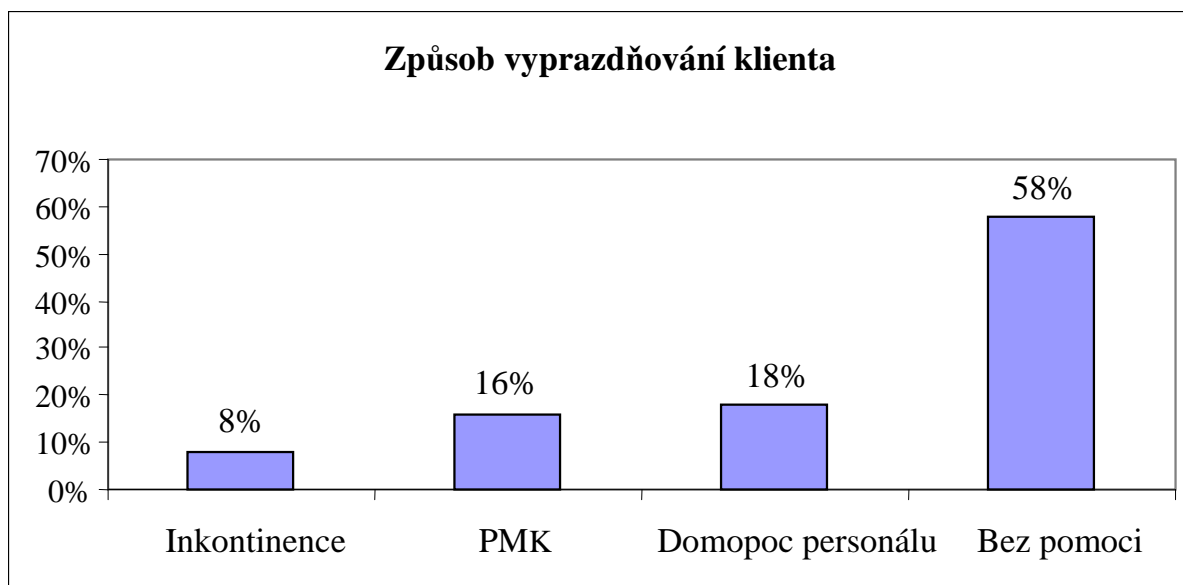
Tab. 7 Vztah smyslových poruch a vzniklého pádu v průběhu sledování

Smyslová porucha	Pád ano	Pád ne	Celkem
Porucha zraku	44%	56%	100%
Porucha sluchu	50%	50%	100%
Porucha zraku i sluchu	32%	68%	100%
Žádná porucha	25%	75%	100%

Tabulka č. 7 názorně zobrazuje vztah smyslových poruch a pádu. Nejčastěji se pád vyskytl u klientů s poruchou sluchu a to v 50 %. Druhý nejčastější výskyt pádů byl zaznamenán

u klientů s poruchou zraku a to ve 44 %. Klienti s poruchou zraku i sluchu upadli ve 32 % a naopak senioři bez žádné smyslové poruchy padali nejméně, bylo to ve 25 %.

Rizikový faktor č. 7: Způsob vyprazdňování klienta



Obr. 15 Graf způsob vyprazdňování klienta

Obrázek č. 15 ukazuje klienty zařazené do kategorií dle způsobu vyprazdňování. Celých 58% vykonává potřebu na toaletu bez pomoci ošetřujícího personálu. 18% potřebuje na toaletě pomoc od ošetřovatelského pracovníka. Nejmenší počet klientů byl v kategorii inkontinentních – 8%. Samostatnou kategorií tvořili klienti s permanentním močovým katétrem, těch bylo 16% (8 klientů).

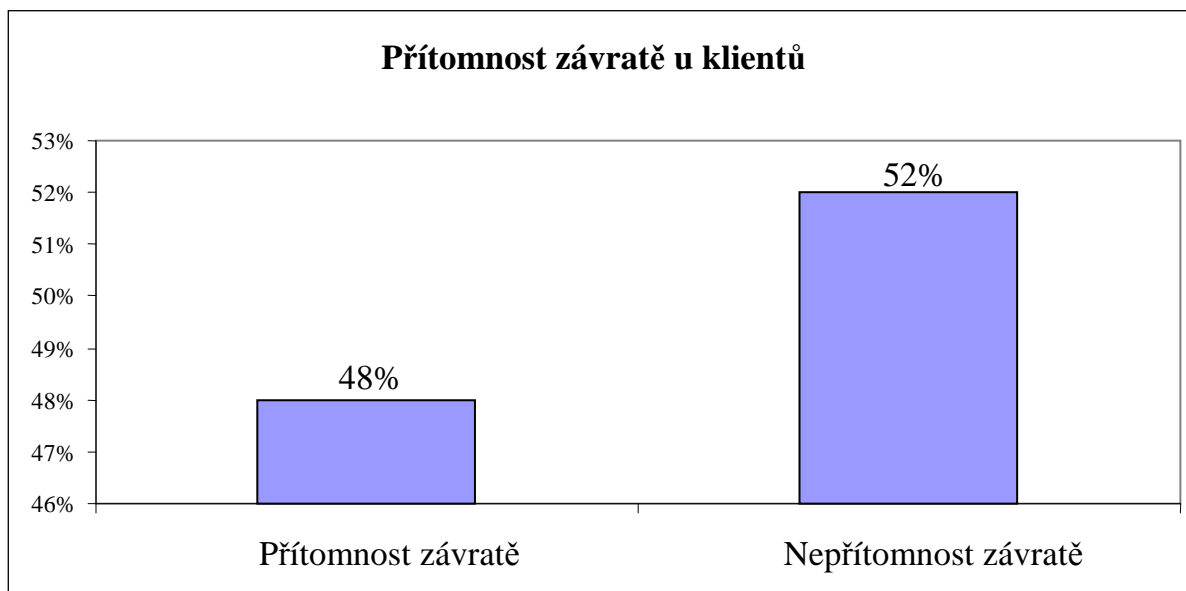
Tab. 8 Vztah způsobu vyprazdňování klienta a vzniklého pádu v průběhu sledování

Způsob vyprazdňování	Pád ano	Pád ne	Celkem
Inkontinence	75%	25%	100%
PMK	63%	38%	100%
Pomoc personálu	67%	33%	100%
Bez pomoci	59%	41%	100%

Tabulka vztahu způsobu vyprazdňování a pádu ukazuje, že nejčastěji padali klienti inkontinentní, a to v 75 %. Druhý nejčastější výskyt pádů byl zaznamenán u klientů, kteří na toaletě potřebují pomoc personálu. Klienti s permanentním močovým katétrem upadli v 63 % a nejméně padali klienti, kteří od ošetřovatelského personálu nevyžadují žádnou pomoc –

upadli ve 59 %. Zabránění rizika pádu nejen na toaletě se blíže věnuje kapitola 3. 6 Prevence pádů.

Rizikový faktor č. 8: Závrať



Obr. 16 Graf přítomnost závratě u klientů

Závrať je u seniorů velmi častým jevem. Je způsobena nejen vedlejšími účinky léků, které zhoršují rovnováhu, ale také ortostatickou hypotenzí (J. C. Resources, 2007). Všichni klienti užívali minimálně jeden lék z rizikové medikace (viz. Metodika práce). Nejen z těchto důvodů byla u 48 % klientů přítomna závrať.

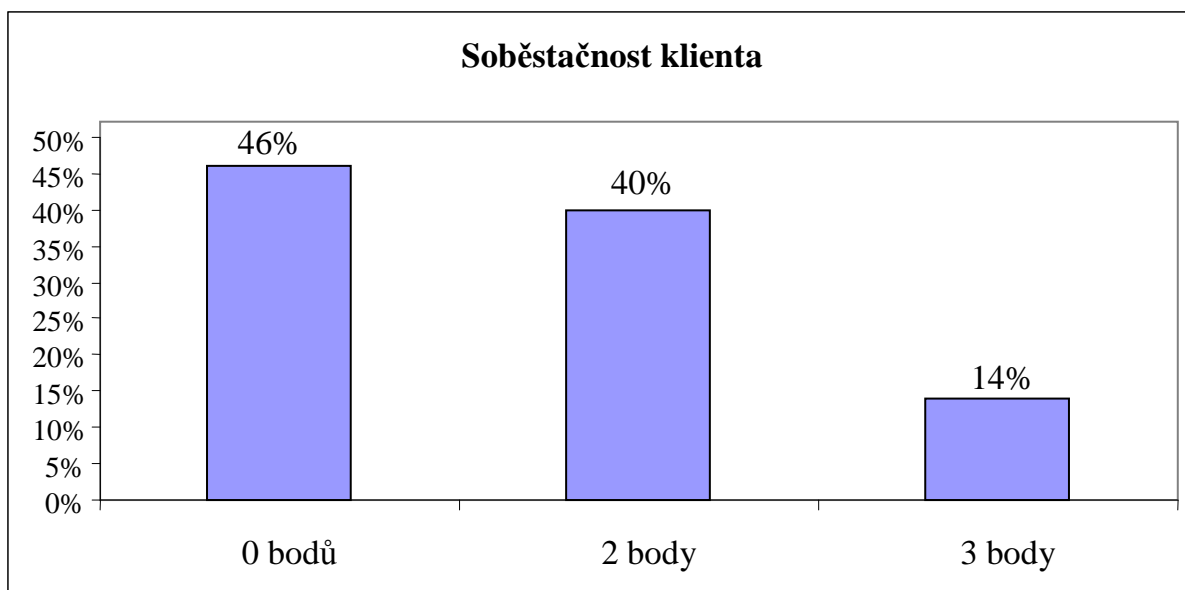
Tab. 9 Vztah závratě a vzniklého pádu v průběhu sledování

Stav závratě	Pád ano	Pád ne	Celkem
Nepřítomnost závratě	38%	62%	100%
Přítomnost závratě	37,5%	62,5 %	100%

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že klienti padali stejně často, bez rozdílu přítomnosti závratě či nikoliv. J. C. Resources ale uvádí závrať jako třetí nejčastější běžnou příčinu pádu (2007).

Rizikový faktor č. 9:

Soběstačnost klienta (hodnoceno pomocí Funkční úrovně člověka dle Gordonové)



Obr. 17 Graf soběstačnost klienta

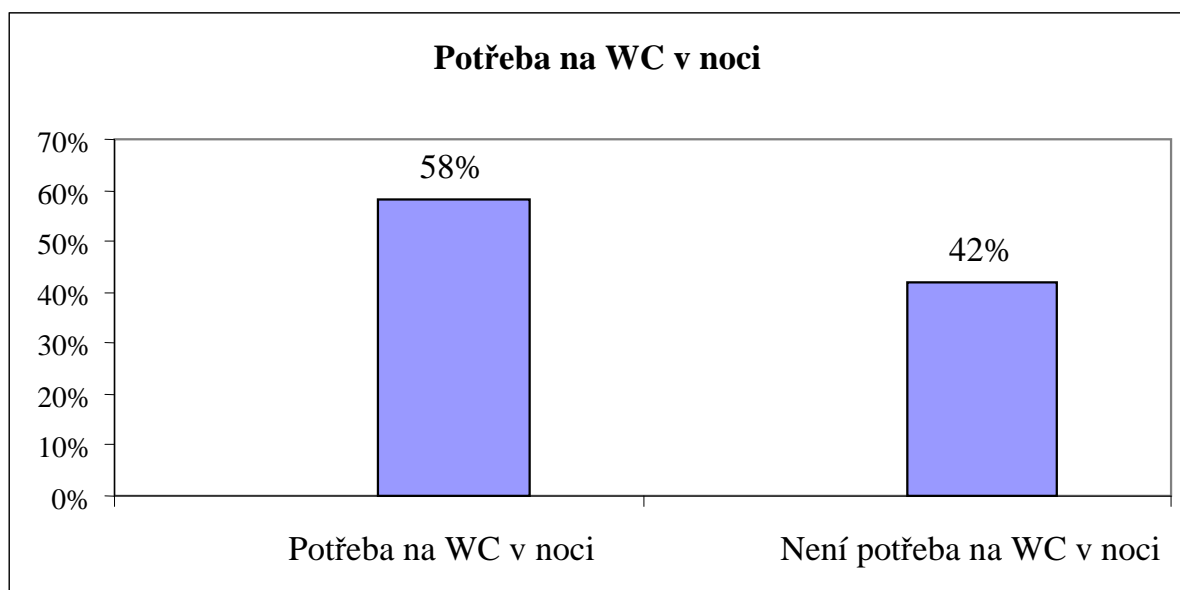
Klienti byli rozděleni do tří kategorií dle soběstačnosti. Do kategorie 0 bodů (klienti soběstační) bylo zařazeno 46 % seniorů. Klientů, kteří vyžadovali mírnou, až střední pomoc od ošetrovatelského personálu bylo 40 %. Nejméně klientů bylo v kategorii s nutností absolutní pomoci od personálu, bylo to 14 %.

Tab. 10 Vztah soběstačnosti klienta a vzniklého pádu v průběhu sledování

Počet bodů	Pád ne	Pád ano	Celkem
0	57%	43%	100%
2	60%	40%	100%
3	86%	14%	100%

Tabulka č. 10 ukazuje, že klienti plně soběstační upadli ve 43 %. Klienti vyžadující lehkou dopomoc upadli ve 40 % a naopak klienti, kteří vyžadovali vysokou míru pomoci od personálu, upadli ve 14 %. Nízký výskyt pádů v poslední kategorii je dán větší časovou přítomností ošetrovatelského personálu při běžných činnostech u klienta.

Rizikový faktor č. 10: Nucení na WC v noci



Obr. 18 Graf nucení na WC v noci

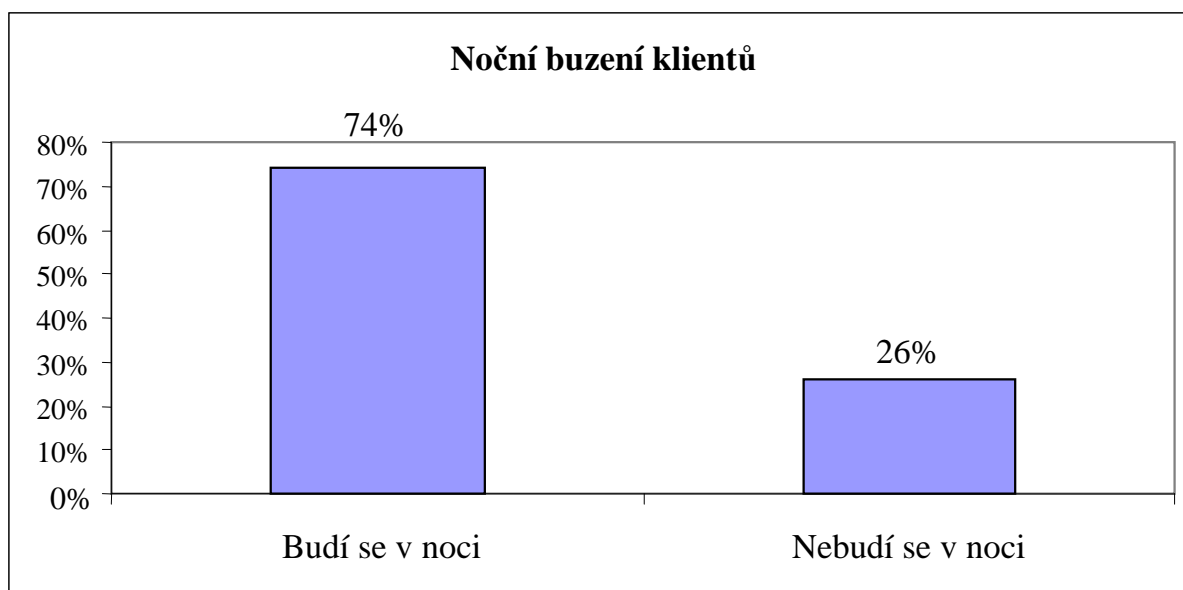
Obr. č. 18 zobrazuje procento klientů, kteří v noci pociťují potřebu na toaletu. Takových klientů bylo 58 %. Poměrně vysoký podíl takových klientů může být ovlivněn užívanou medikací, zejména diuretiky při léčbě vysokého krevního tlaku.

Tab. 11 Vztah nucení na WC v noci a vzniklého pádu v průběhu sledování

Potřeba WC v noci	Pád ne	Pád ano	Celkem
Nucení na WC v noci	52%	48%	100%
Nepotřebuje na WC v noci	69%	31%	100%

Tabulka zobrazuje vztah nucení na WC v noci a pádu. 48 % klientů, kteří pociťují noční nucení na WC upadlo. Ti, kteří v noci toaletu nepotřebují, upadli jen ve 31 %. Klienti, kteří v noci potřebují na WC v se v 69 % obslouží sami, ve 28 % potřebují pomoc od ošetrovatelského personálu.

Rizikový faktor č. 11: Buzení klientů v noci



Obr. 19 Graf noční buzení klientů

Obr. č. 19 ukazuje, že 74 % seniorů se v noci budí. Z toho se 93 % klientů budí kvůli potřebě na WC. 26 % klientů má klidný nerušený spánek.

Tab. 12 Vztah buzení klientů v noci a vzniklého pádu v průběhu sledování

Buzení v noci	Pád ano	Pád ne	Celkem
Budí se v noci	30%	70%	100%
Nebudí se v noci	62%	38%	100%

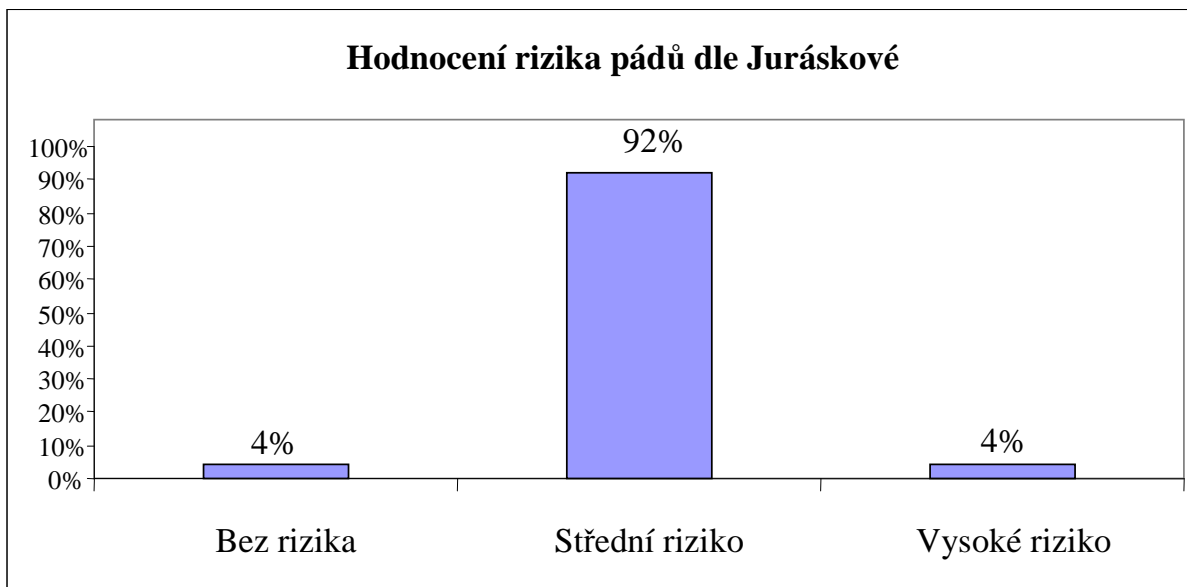
Tabulka č. 12 zobrazuje vztah buzení v noci a pádu. Klienti, kteří se v noci budí, upadli ve 30 %, naopak klienti, kteří se v noci nebudí, upadli v 62 %. Lze tedy usuzovat, že buzení v noci nemá na vznik pádu větší vliv.

K hodnoceným rizikovým faktorům ještě patří i. v. vstup, riziková medikace a pobyt do 24 hodin od přijetí. Intravenózní vstup byl zaznamenán pouze u jednoho klienta, ale jen krátkodobě. Pobyt do 24 hodin od přijetí nebyl zaznamenán u žádného klienta. Naopak minimálně jeden lék z rizikové medikace užívali všichni klienti. Z těchto důvodů nebyli výsledky prezentovány grafem ani tabulkou, ale pouze slovně.

Výsledky škál hodnotících riziko pádu

Zde budou prezentovány výsledky škál hodnotících riziko pádu, které byly použity. V grafu je zobrazeno rozdělení klientů do kategorie rizika dle jednotlivých škál. V tabulkách je prezentován vztah mezi zařazením klientů do kategorií a vzniklým pádem.

Hodnotící škála dle Juráskové



Obr. 20 Graf hodnocení rizika pádů dle Juráskové

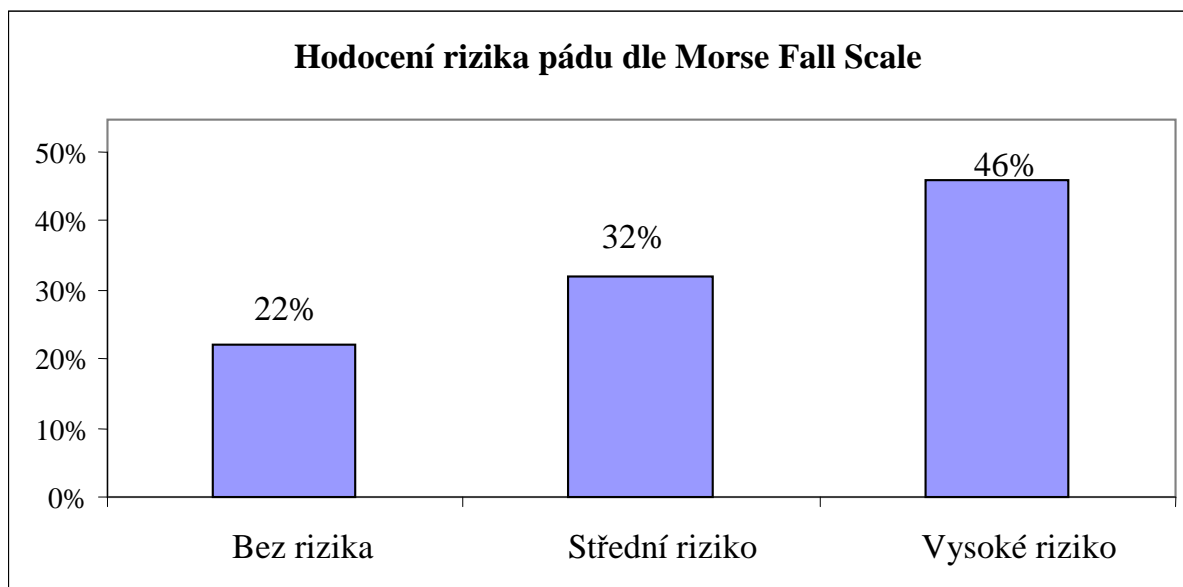
Na obrázku č. 20 je vidět, že hodnotící škále podle Juráskové dělí riziko pádů u klientů do třech kategorií. Do kategorie bez rizika byly zařazeny 4 % klientů, stejně jako do kategorie s vysokým rizikem pádu. Do kategorie se středním rizikem pádu byla zařazena většina klientů, přesně 92 %.

Tab. 13 Vztah výsledků z hodnotící škály dle Juráskové a vzniklého pádu u sledovaných klientů

Kategorie rizika	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez rizika	0%	100%	100%
Střední riziko	41%	59%	100%
Vysoké riziko	0%	100%	100%

Tabulka zobrazuje vztah výsledků z hodnotící škály dle Juráskové a vzniklého pádu. Je vidět, že zařazení do kategorie bez rizika byla v pořádku, neupadlo 100 % klientů. Naopak ale klienti s vysokým rizikem pádu nezaznamenali žádný pád. Nejobsáhlejší kategorie středního riziko dobře zařadila pouze 41 % klientů.

Hodnotící škála Morse Fall Scale



Obr. 21 Graf hodnocení rizika pádu dle Morse Fall Scale

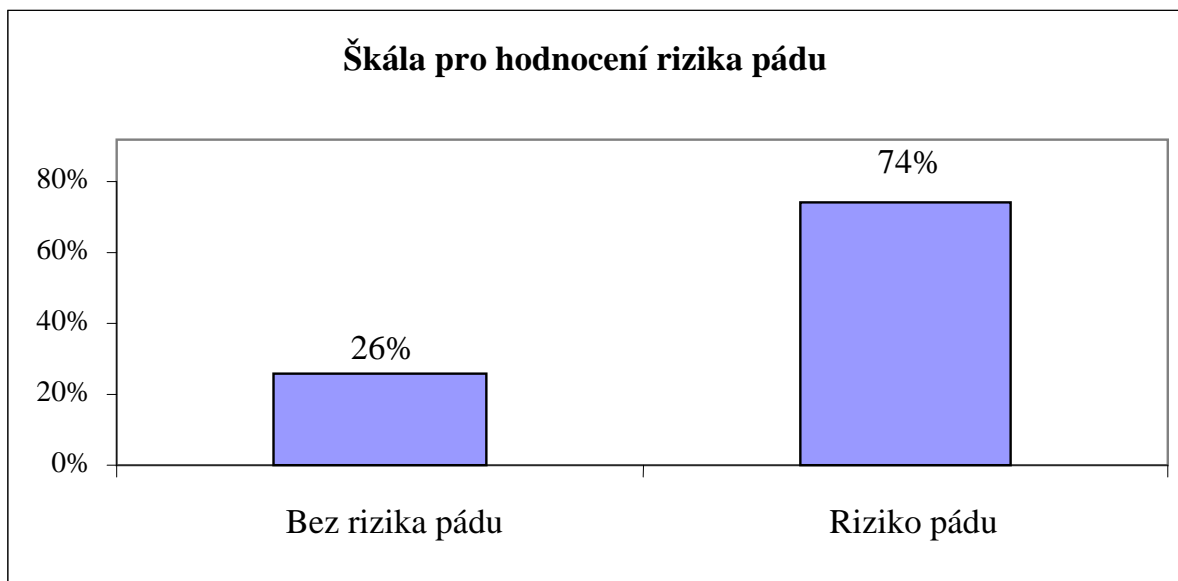
Na obr. č. 21 je vidět, že nejvíce klientů bylo zařazeno do kategorie s vysokým rizikem pádu, bylo to 46 %. Nejméně klientů obsahovala kategorie bez rizika pádu – 22 % a v kategorii se středním rizikem pádu bylo 32 % klientů.

Tab. 14 Vztah hodnotící škály MFS a vzniklého pádu

Kategorie rizika	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez rizika	36%	64%	100%
Střední riziko	31%	69%	100%
Vysoké riziko	43%	57%	100%

Tabulka č. 13 názorně zobrazuje vzniklé pády ve vztahu se zařazením klientů dle hodnotící škály Morse Fall Scale. Nejvíce klientů bylo zařazeno do kategorie vysoké riziko pádu (46 %) a tito klienti také zaznamenali nejvíce vzniklých pádů, přesně 43 % pádů. Do středního rizika pádu bylo zařazeno 32 % klientů a 31 % klientů nakonec upadlo. V kategorii bez rizika pádu nakonec upadlo 36 % klientů, to znamená, že škála v této kategorii zařadila správně 64 % seniorů.

Škála hodnotící riziko pádu z knihy Řízení rizik ve zdravotnictví



Obr. 22 Graf škála pro hodnocení rizika pádu

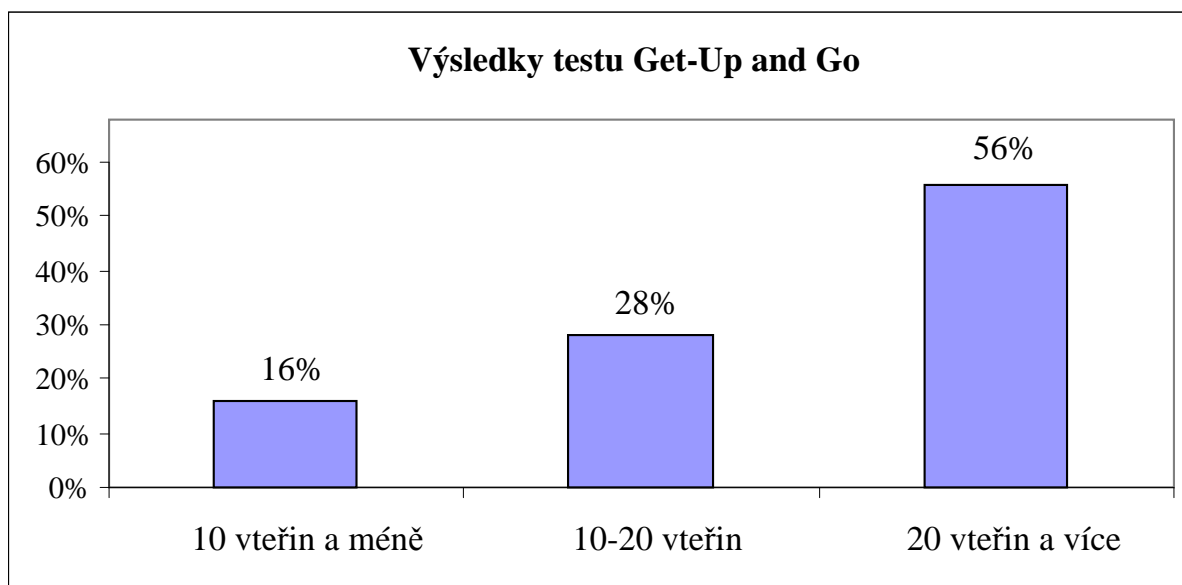
Škála pro hodnocení rizika pádu, jejíž zařazení klientů do kategorií ukazuje předchozí obrázek, dělí riziko pádu do dvou skupin. Do skupiny bez rizika pádu zařadila 26 % klientů a do kategorie s rizikem pádu zařadila zbylých 74 %.

Tab. 15 Vztah škály pro hodnocení rizika pádu a vzniklého pádu

Kategorie rizika	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez rizika	36%	64%	100%
Riziko pádu	38%	62%	100%

Tabulka č. 15 ukazuje vztah výsledků škály pro hodnocení pádu a vzniklého pádu. Do kategorie bez rizika pádu škála dobře zařadila 64 % klientů a do kategorie s rizikem pádu škála správně zařadila 38 % klientů.

Hodnocení rizika pádu dle testu Get-Up and Go



Obr. 23 Graf výsledky testu Get-Up and Go

Graf č. 23 zobrazuje výsledky klientů po absolvování testu Up and Go. Nejvíce klientů provedlo test za 20 vteřin a více, bylo to 56 % seniorů. Klienti, kteří měli v dobu nařízení klid na lůžku nebo byli imobilní, test neprováděli, byli automaticky zahrnuti do kategorie 20 vteřin a více. Nejmenší počet seniorů byl v kategorii s výsledkem 10 vteřin a méně a 28 % klientů provedlo test za 10 – 20 vteřin.

Tab. 16 Vztah výsledku testu Up and Go a vzniklého pádu

Kategorie rizika	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez rizika	38%	63%	100%
Střední riziko	29%	71%	100%
Vysoké riziko	43%	57%	100%

Tabulka č. 16 zobrazuje vztah mezi výsledky z testu Up and Go a pádem. Nejvíce zaznamenaných pádů měla kategorie s výsledkem 20 vteřin a více, bylo to 43 %. Klienti s výsledným časem 10 – 20 vteřin zaznamenali nejméně pádů – 71 % klientů bez pádu. Klienti s výsledným časem 10 vteřin a méně upadli ve 38 % a klienti s nařízeným klidem na lůžku v pozdějším období upadli ve 40 %.

Celkové porovnání výsledků hodnotících škál a vzniklého pádu

Tab. 17 Výsledky všech hodnotících škál pro hodnocení rizika pádu

Jurásková			
	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez rizika pádu	0%	100%	100%
Riziko pádu	40%	60%	100%
Morse Fall Scale			
	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez rizika pádu	36%	64%	100%
Riziko pádu	38%	62%	100%
Get-up and go test			
	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez rizika pádu	38%	62%	100%
Riziko pádu	38%	62%	100%
Hodnocení rizika pádu			
	Pád ano	Pád ne	Celkem
Bez rizika	36%	64%	100%
Riziko pádu	38%	62%	100%

7 Diskuze

1. Výzkumná otázka č. 1: Jaká byla četnost pádů ve sledované skupině klientů?

Do sledované skupiny klientů bylo zařazeno celkem 50 klientů domova pro seniory. U těchto klientů bylo zaznamenáno 19 pádů, což znamená, že 38 % sledovaných klientů upadlo, vztaženo na dobu pěti měsíců. Statistiky USA (Falls in Nursing Homes Fact Sheet) udávají, že až 75 % obyvatel ošetrovatelského domu za rok upadne. Pokud by tedy byla zachována tendence četnosti pádů klientů ve výzkumném vzorku, tento statistický údaj z USA by se téměř shodoval s výsledky mého průzkumu. (J. C. Resources, 2007)

2. Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou charakteristiky vybraných okolností pádu ve sledované skupině respondentů?

K popisu jednotlivých pádů byly sledovány tyto údaje: místo a příčina vzniklých pádů, denní doba vzniklých pádů, fyzické následky vzniklých pádů a orientace klienta v době pádu.

Nejčastějším místem vzniku pádů bylo WC. Klienti nejvíce padali při přesunu na WC nebo klozetové křeslo a to ve 37 %. Pro porovnání jsem použila data z diplomové práce E. Holoušové (2009) – Příčiny pádů u seniorů, která zaznamenala podobnou tendenci při vzniku pádu. Udává, že 40 % pádů vzniklo v souvislosti s přesunem na/z WC křesla. Jak píše Nejedlá, tento fakt by měl vést k okamžitým nápravám v prevenci pádu na WC. Je možné navrhnout preventivní opatření, které se snaží pádu zabránit, jako bezbariérový přístup, protiskluzové podložky v koupelně, zvýšená sedátka na WC a madla u WC a v koupelně (Nejedlá, 2006). Další pády vznikly z důvodu nevhodné obuvi, mokré podlahy či podnapilého stavu. Při pohledu na obr. č. 6 je vidět, že 79 % pádů jsou pády předvídatelné, tedy preventabilní. Domovy pro seniory jsou bohatá na vnější faktory související s pády u seniorů. Je to především špatné osvětlení, kluzké nebo mokré podlahy, příliš vysoký nebo naopak nízký nábytek, nebezpečné schodiště, špatné vybavení a uspořádání koupelny, předložky a koberce, které kryjí podlahu, je tedy důležité těmto faktorům zvyšující riziko pádu věnovat pozornost. (J. C. Resources, 2007)

Při sledování denní doby pádu u klientů nebyly zjištěny významnější rozdíly. Nejvíce klientů upadlo od 14.00 hodin do 02:00 hodin. Jana Rezová ve své bakalářské práci uvádí, že 62,55 % pádů vzniklo v době od 18.00 hodin do 06:00 hodin. (Sikorová, bakalářská práce 2010)

Větší frekvence pádů v pozdějších hodinách může být dána mnoha faktory jako např. únava klienta, nedostatek ošetřujícího personálu na oddělení, špatné osvětlení nebo špatné označení místností.

Dále jsem ve výzkumu zjistila, že 42 % klientů bylo v době pádů dezorientovaných. Při porovnání denní doby pádu a dezorientovanosti nebyl zjištěn žádný významný vztah, tzn., že dezorientace klienta nebyla dána denní dobou. Mohla být ale dána rizikovou medikací, která byla přítomna u každého seniora.

Zajímavá je samotná přítomnost dezorientace u klientů, ačkoli Mini-Cog test u sledovaných klientů neurčil žádnou kognitivní poruchu. Jednalo se vždy o dezorientaci krátkodobou, je tedy možné, že ji Mini-Cog nemusel zachytit.

3. Výzkumná otázka č. 3: Které rizikové faktory byly nejčastěji přítomny u sledovaných klientů domova pro seniory, u kterých došlo k pádu?

Nejčastější rizikový faktor byla jednoznačně medikace, která byla přítomna ve 100 % u klientů. Senioři je často přítomna polymorbidita, proto u nich můžeme nalézt větší množství užívaných léků.

Dalším rizikovým faktorem, který se u klientů, kteří upadli, vyskytoval často, byl pád v anamnéze, a to za poslední tři měsíce. Pokud klient v blízké minulosti upadne, je to známka toho, že není vše v pořádku a lze další pád očekávat znovu, proto také tento rizikový faktor nalezneme ve škálách pro hodnocení rizika pádu. Usuzuji tedy, že při výskytu opakovaného pádu je ve větším případě chyba na straně personálu – ten by měl zajistit větší dohled nad klientem. Dalším rizikovým faktorem pro vznik pádu byla porucha chůze, která byla hodnocena Get-up and Go testem. Klienti, kteří provedli test v čase nad 20 vteřin a více nebo byli imobilní, upadli častěji než klienti, kteří pro splnění testu potřebovali kratší čas.

Pokud si důkladně prohlédneme výsledky výzkumu, je zřejmé, že většina rizikových faktorů lze odstranit nebo alespoň zmírnit, což znamená, že většina pádů je předvídatelných (celkem 79 % vzniklých pádů) a preventabilních.

4. Řadí vybrané škály hodnotící riziko pádu sledované klienty do stejných kategorií – s rizikem a bez rizika pádu?

Hodnocení rizika pádu bylo prováděno na základě čtyř škál, jednalo se o škálu dle Juráskové, Morse Fall Scale, Hodnocení rizika pádu a Get-up and Go test. Rozdílnost těchto škál byla dána výsledným rozdělením klientů do kategorií rizika pádu. Škála dle Juráskové, Morse Fall Scale a Get-up and Go test řadila klienty do tří kategorií a škála Hodnocení rizika pádu řadila klienty pouze do dvou kategorií. Pro zajištění objektivnějšího porovnání výsledků těchto škál, byly škály s řazením klientů do tří kategorií upraveny tak, aby tvořily kategorie dvě – s rizikem pádu a bez rizika pádu, stejně jako škála Hodnocení rizika pádu.

Každá škála zařadila do kategorie rizika jiný počet klientů. Hodnotící škála Juráskové zařadila do kategorie s rizikem pádu 96 % klientů, tedy skoro všechny seniory. V době prováděného výzkumu jich z tohoto čísla spadlo jen 40 %, což znamená, že 60 % klientů nebylo zařazeno správně. Je tedy otázkou, zda v této škále nevíteží kvantita nad kvalitou. Pokud by většina seniorů spadala to kategorie klientů ohrožených pádem, mohlo by to vést k nekvalitní prevenci pádů z důvodu časové i personální náročnosti.

Hodnotící škála pro riziko pádu Morse Fall Scale do kategorie rizika pádu zařadila 78 % seniorů. Z toho jich v prováděném výzkumu 38 % opravdu upadlo. 62 % seniorů bylo tedy do kategorie rizika pádu zařazeno navíc. Pro srovnání použiji bakalářskou práci Kamily Bartošové, které hodnotila pacienty dle stejných škál na interním oddělení. Její výsledky se neshodují s mými. Ve výzkumu, který Kamila Bartošová prováděla, spadalo nejvíce klientů do rizika pádu právě u Morse Fall Scale. (Bartošová, bakalářská práce, 2011) Dle mého názoru je to dáno především jednotlivými faktory, které škála hodnotí a vlivem prostředí. Nemocniční prostředí je bohatší na rizikové faktory, jako je např. i. v. vstup či vedlejší diagnóza. Zpráva Morse o programech redukce pádů vypovídá, že pacienti, kteří upadnou náhodně (např. zakopnutí, uklouznutí) její škála není schopna zařadit do kategorie rizika pádu, ale strategie prevence pádů by se měla zaměřit na tyto náhodné pády, kterých je asi 14 % z celkového počtu pádů. (J. C. Resources, 2007)

Škála Hodnocení rizika pádu do kategorie rizika pádu zařadila 74 % klientů, z toho jich 38 % upadlo a 62 % klientů neupadlo. Tato škála do kategorie rizika pádu zařadila nejméně klientů, v porovnání s ostatními škály jich naopak hodně klientů upadlo.

Dle testu Get-up and Go bylo do kategorie s rizikem pádu zařazeno 84 % klientů. 38 % seniorů ze zařazených do této kategorie rizika upadlo a 62 % klientů neupadlo.

Dle mého osobního názoru bych pro používání ve zdravotnickém zařízení zvolila škálu Morse Fall Scale pro její rovnoměrné rozřazení klientů a rychlost vyplnění, která není delší než 3 minuty. 83 % sester tuto škálu hodnotí jako rychlou a snadno použitelnou. (J. C. Resources, 2007)

8 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice pádů u seniorů v ústavní péči. Pád v seniorském věku je velmi častá mimořádná událost, která může snížit kvalitu života seniora a omezit jeho samostatnost, což může být důvodem k hospitalizaci nebo přijetí seniora do domova pro seniory.

Práce měla tyto cíle: zjistit četnost vybraných rizikových faktorů pádu u klientů v domovech pro seniory, zhodnotit, zda vybrané škály pro hodnocení rizika pádu řadí klienty do stejných kategorií, to znamená s rizikem či bez rizika pádu a navržení doporučení preventivních postupů v domově pro seniory.

Nejvýznamnějšími výstupy z práce jsou identifikace rizikového místa a okolností pádů, identifikace rizikových faktorů přítomných při pádu seniora ve výzkumném souboru respondentů a identifikace preventabilních pádů.

Tato identifikace rizikového místa je vztažena ke konkrétnímu zdravotnickému zařízení, proto je možné navrhnout konkrétní preventivní postupy pro eliminaci pádů v zařízení.

Při posouzení vybraných škál hodnotících riziko pádu výsledky naznačily, že i přes drobné odlišnosti, řadily škály klienty do kategorie s rizikem pádu správně. Mohou tak napomoci k aplikaci vhodné prevence pádů ve správné skupině klientů tak, aby zdroje pro prevenci pádů nebyly využívány neefektivně. Celkově lze tedy využít škál hodnotících riziko pádu v domovech pro seniory doporučit, jako jeden z bodů preventivního programu pro pády jejich klientů

Má práce se pro mě stala přínosem v podobě nově nabytých informací a zkušeností v dané problematice. Při rozboru výsledků byla zjištěna fakta, která mohou být přínosem pro domovy pro seniory v prevenci pádů a péči o ubytované seniory.

Vypracované doporučení s konkrétními postupy pro prevenci pádů i ostatní výsledky mé práce byly předány vedení ústavu (příloha E).

Na závěr své práce bych se ráda ztotožnila s myšlenkou České asociace sester, která pády seniorů považuje za problém z odborného i společenského hlediska. Efektivní prevencí v takové situaci je zkvalitňování péče, edukace pacientů a rodiny a vzdělávání personálu. (Svobodová, 2011)

Bibliografické citace

Knihy a časopisy:

1. ADAMS, B.; HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 1999. ISBN 80-7169-893-8.
2. BARTOŠOVÁ, K. *Pády geriatrických pacientů-posouzení rizikových faktorů obsažených ve vybraných screeningových metodách*. Pardubice, 2011. 58 s.
Bakalářská práce na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice na katedře ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Martina Jedlinská.
3. DESSAINT, M. P. *Nezačínajte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
5. HOLOUŠOVÁ, A. *Příčiny pádů u seniorů*. Brno, 2009. 101 s. Diplomová práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity na katedře ošetrovatelství. Vedoucí diplomové práce MUDr. Vladimír Marek.
6. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
7. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
8. LANGMAIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
9. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
10. NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství: Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
11. NEJEDLÁ, M.; ŠAFRÁNKOVÁ A. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.
12. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

13. RŮŽIČKA, E. Fenomenologie pádů. In KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. [Kap.] 3.2.1, s. 208–209. ISBN 80–247-0548–6.
14. SIKOROVÁ, N. *Management pádů u seniorů*. Brno, 2010. 220 s. Diplomová práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity na katedře ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
15. SMUTEK, M.; KAPPL M. *Proměny klienta služeb sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80–7041-716–1.
16. STAROŠÍKOVÁ, A. Úrazy ve stáří, *Sestra*, Praha: Mladá fronta 2006. Vol. 16, no 7–8, s. 44–45, ISSN 1210–0404
17. ŠKRLA P.; ŠKRLOVÁ M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978–80-247–2616-8.
18. ŠTILEC, M. *Pohybově relaxační programy pro starší občany*. Praha: Univerzita Karlova, 2003. ISBN 80–246-0188–3.
19. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80–7178-920–8.
20. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80–7262-365–6.
21. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80–7013-324–4.
22. WEBER P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2000. ISBN 80–7013-314–7.

Elektronické zdroje:

1. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup: Prevence pádů a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. [online]. 1. 10. 2007, č. 3, s. 1–7 [cit. 2012–04-16]. Dostupné z WWW: <https://docs.google.com/a/student.upce.cz/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.3&thid=1343bab6d08e6f65&mt=application/pdf&url=https://mail.google.com/mail/?ui%3D2%26ik%3Dce6c111c9d%26view%3Datt%26th%3D1343bab6d08e6f65%26attid%3D0.3%26disp%3Dsafe%26zw&sig=AHIEtbRmILVWZrjY7_4bfUtQZAzM7CKGEQ>
2. JURÁSKOVÁ, D. Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR. *Česká geriatrická revue* [online]. 5. 3. 2007, č. 5, s. 33–40 [cit. 2011–12-16]. Dostupné z WWW: <http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_07_01_07.pdf>
3. Linet. *Komfort*. Pády: skrytá hrozba [online]. 20. 09. 2006, roč. 3, č. 4, s. 4–7 [cit. 2010–3-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort-4>>
4. MORSE, J. M.; MORSE R. M.; TYLKO J. S. Development of a Scale to Identify. *Canadian Journal on Aging* [online]. 1989, vol. 8, iss. 4, s. 366–377 [cit. 2011–12-22]. Dostupné z WWW: <<https://docs.google.com/a/student.upce.cz/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.2&thid=1343bac0f49cc0b3&mt=application/pdf&url=https://mail.google.com/mail/?ui%3D2%26ik%3Dce6c111c9d%26view%3Datt%26th%3D1343bac0f49cc0b3%26attid%3D0.2%26disp%3Dsafe%26zw&sig=AHIEtbREWS3DRzHnPQGLI3zGk0nGlj6MOQ>>
5. PORR, C. The scholarly work of Janice Morse: Synthesis and reflection. *International Journal of Nursing Practice: Scholarly Paper* [online]. 2008, iss. 14, s. 265–272 [cit. 2011–12-22]. Dostupné z WWW: <<https://docs.google.com/a/student.upce.cz/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.5&thid=1343bac0f49cc0b3&mt=application/pdf&url=https://mail.google.com/mail/?ui%3D2%26ik%3Dce6c111c9d%26view%3Datt%26th%3D1343bac0f49cc0b3%26attid%3D0.5%26disp%3Dsafe%26zw&sig=AHIEtbQIjFINn5aJAjm3865Fb8QdUbuRtA>>
6. SECHSER, T.; VLČEK J. Hodnocení zdravotní intervence. *Health Technology Assesment Czech Centre* [online]. 26. 7. 2011 [cit. 2011–11-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.htaczc.eu/nase-navrhy/hodnoceni-zdravotni-intervence/co-to-je-zdravotni-intervence>>

7. SVOBODOVÁ, D. *Kvalita a bezpečí pacientů s ohledem na prevenci pádů a zranění při hospitalizaci*. [online]. c2010-2011 Linet [cit. 2012-04-05] Dostupné z WWW: <<http://www.padovastudie.com/images/pady.ppt#421,9>, Indikátor kvality>
8. WALL, J. C. The Timed Get-up-and-go Test Revisited: Measurement of the Component Tasks. *Journal of Rehabilitation Research and Development* [online]. 2000, vol. 37, iss. 1, s. 109–114 [cit. 2012-03-21]. Dostupné z WWW: <https://docs.google.com/a/student.upce.cz/document/d/18wBbwJiAmywXZThZvPI0b02-KitiVj5JFJNLI_PrZzQ/edit?pli=1#>

Seznam grafů

Obr. 1 Graf výskyt pádů za rok 2011.....	27
Obr. 2 Graf pohlaví klientů.....	29
Obr. 3 Graf rozdělení věku klientů	30
Obr. 4 Graf celkový počet zaznamenaných pádů	31
Obr. 5 Graf okolnosti vzniklých pádů	32
Obr. 6 Graf dělení vzniklých pádů dle Janice Morse	33
Obr. 7 Graf fyzické následky pádů	34
Obr. 8 Graf denní doba pádů	35
Obr. 9 Graf stav vědomí klienta při pádu	36
Obr. 10 Graf výskyt pádu v anamnéze	37
Obr. 11 Graf dezorientace, deprese u klientů	39
Obr. 12 Graf duševní stav klienta	40
Obr. 13 Graf pomůcky používané k chůzi	41
Obr. 14 Graf smyslové poruchy klientů.....	42
Obr. 15 Graf způsob vyprazdňování klienta.....	43
Obr. 16 Graf přítomnost závratě u klientů.....	44
Obr. 17 Graf soběstačnost klienta.....	45
Obr. 18 Graf nucení na WC v noci	46
Obr. 19 Graf noční buzení klientů	47
Obr. 20 Graf hodnocení rizika pádů dle Juráskové	49
Obr. 21 Graf hodnocení rizika pádu dle Morse Fall Scale	50
Obr. 22 Graf škála pro hodnocení rizika pádu.....	51
Obr. 23 Graf výsledky testu Get-Up and Go	52

Seznam tabulek

Tab. 1 Vyjádření vzorce $pi = (ni / n) * 100$	28
Tab. 2 Vztah věku a vzniku pádu v průběhu sledování	31
Tab. 3 Vztah pádu v anamnéze a vzniku pádu v průběhu sledování	38
Tab. 4 Vztah dezorientace či deprese a vzniklého pádu v průběhu sledování.....	39
Tab. 5 Vztah duševního stavu klienta a vzniklého pádu v průběhu sledování	40
Tab. 6 Vztah pomůcek používaných při chůzi a vzniklého pádu v průběhu sledování.....	41
Tab. 7 Vztah smyslových poruch a vzniklého pádu v průběhu sledování.....	42
Tab. 8 Vztah způsobu vyprazdňování klienta a vzniklého pádu v průběhu sledování.....	43
Tab. 9 Vztah závratě a vzniklého pádu v průběhu sledování	44
Tab. 10 Vztah soběstačnosti klienta a vzniklého pádu v průběhu sledování.....	45
Tab. 11 Vztah nucení na WC v noci a vzniklého pádu v průběhu sledování	46
Tab. 12 Vztah buzení klientů v noci a vzniklého pádu v průběhu sledování	47
Tab. 13 Vztah výsledků z hodnotící škály dle Juráskové a vzniklého pádu u sledovaných klientů	49
Tab. 14 Vztah hodnotící škály MFS a vzniklého pádu.....	50
Tab. 15 Vztah škály pro hodnocení rizika pádu a vzniklého pádu	51
Tab. 16 Vztah výsledku testu Up and Go a vzniklého pádu.....	52
Tab. 17 Výsledky všech hodnotících škál pro hodnocení rizika pádu.....	53

Seznam příloh

Příloha A: Záznamový arch

Příloha B: Screeningové metody

- B 1: Morse Fall Scale
- B 2: Hodnocení rizika pádu dle Juráskové
- B 3: Hodnocení rizika Pádu
- B 4: Get-Up and Go Test

Příloha C: Funkční úroveň člověka dle Gordonové

Příloha D: Mini-Cog test

Příloha E: Doporučení pro prevenci pádů pro Domov pro seniory

Příloha F: Domácí řád domova pro seniory

Příloha A: Záznamový arch

	<u>Pacient -</u>
<u>Pád ano/ne</u>	
<u>Mini-cog test</u>	
<u>Get-Up and Go test (s)</u>	
<u>Věk</u>	
<u>Pohlaví</u>	
Pád v anamnéze 3měs/1rok	
Deprese, dezorientace	
Pobyt do 24hod ano/ne	
Pomůcky k chůzi	
i. v. vstup ano/ne	
Smyslové poruchy	
Duševní stav	
Riziková medikace ano/ne	
Způsob vyprazdňování	
Závratě ano/ne	
Spolupráce	
<u>Sebepéče dle Gordonové (body)</u>	
<u>Nucení na WC v noci</u>	
<u>Buzení v noci</u>	
<u>Morse Fall Scale (body)</u>	
<u>Škála dle Juráskové (body)</u>	
<u>Hodnocení rizika pádu (body)</u>	

Zdroj:

Vlastní zdroj

Příloha B: Screeningové metody

B 1 – Morse Fall Scale

Stupnice pádů MFS		Stupnice	Hodnocení
1.	Pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2.	Vedlejší diagnóza	ne 0 ano 25	
3.	Pomůcky k chůzi Klid na lůžku/pomoc sestry Berle/hůl/chodítka Nábytek	0 15 30	
4.	i. v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5.	Chůze/pohyb Normální /klid na lůžku/nemobilní Slabé Zhoršené	0 15 30	
6.	Duševní stav Vědom si svých možností Zapomíná na svá omezení	0 15	

Překlad míry rizika:

<u>Míra rizika</u>	<u>Bodové hodnocení MFS</u>	<u>Opatření</u>
Bez rizika	0 – 24	dobrá základní ošetrovatelská péče
Nízké riziko	25 – 50	standardní opatření k prevenci pádů
Vysoké riziko	více než 51	opatření u vysoce rizikových pacientů

Zdroj:

JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd.
Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978–80–247–1715–9.

B 2 – Hodnocení rizika pádu dle Juráskové

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta Dle Conleyové – upraveno Juráskovou 2006 **Rizikové faktory pro vznik pádu**

Anamnéza

DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
věk 65 let a více	2 body
pád v anamnéze 1 bod	
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové oddělení	1 bod
zrakový/sluchový problém	1 bod
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, trankvilizery, antidepresiva, antihypertenziva, laxantia)	1 bod

Vyšetření

Soběstačnost

- Úplná 0 bodů
- Částečná 2 body
- Nesoběstačnost 3 body

Schopnost spolupráce

- Spolupracující 0 bodů
- Částečně spolupracující 1 bod
- Nespolupracující 2 body

Přímím dotazem na pacienta (informace od příbuzných nebo od ošetrovatelského personálu)

Míváte někdy závratě?	3 body
Máte v noci nucení na močení?	1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1 bod

Celkem		
0 -4 body*	5 -13 bodů*	14 – 19 bodů*
Bez rizika	Střední riziko	Vysoké riziko
*Zaškrtněte možnosti		

Zdroj:

Česká asociace sester. Pracovní postup. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení. vyd. 1. 10. 2007, ČAS/PP/2007/0 0 03

B 3 – Hodnocení rizika pádu

Hodnocení rizika pádu

Pohyb	0 – neomezený 2 – používá pomůcky 1 – potřebuje pomoc k pohybu 1 – neschopen přesunu
Vyprazdňování	0 – nevyžaduje pomoc 1 – nykturie/inkontinence 1 – vyžaduje pomoc
Medikace	0 – neužívá rizikové léky 1 – užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
Smyslové poruchy	0 – žádné 1 – vizuální, smyslový deficit
Mentální status	0 – orientovaný 1 – občasná noční dezorientace 1 – dřívější dezorientace, demence
Věk	0 – 18 až 75 let 1 – nad 75 let
Pád v anamnéze	1 – ano
Vyhodnocení: zaškrtneme a sečteme body. Jestliže je skóre 3 a vyšší, je pacient ohrožen rizikem pádu.	

Zdroj:

Klevetová D.; Dlabalová I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha : Grada, 2008.

ISBN-13: 978-80-247-2169-9.

B 4 – Get Up and Go Test

Metoda testu:

Klient se posadí na židli, poté musí vstát, ujít 3 metry a vyznačené čáře, tam se následně otočit a jít zpět na výchozí bod, tedy k židli a posadit se. Čas je měření od pokynu k chůzi do doby, než se klient dostaví do své výchozí pozice. Klienti se následně zařazují do kategorie dle stanoveného času.

Stanovený čas	Riziko pádu
10 vteřin a méně	Bez rizika pádu
10 – 20 vteřin	Nízké riziko pádu
20 vteřina více/imobilní pacienti	Vysoké riziko pádu

Zdroj:

Vlastní zdroj

Příloha C: Funkční úroveň člověka dle Gordonové

<u>0</u>	<u>Plně soběstačný</u>
<u>1</u>	<u>Potřebuje pomocné prostředky</u>
<u>2</u>	<u>Potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci</u>
<u>3</u>	<u>Potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky</u>
<u>4</u>	<u>Je závislý, na tělesné aktivitě se nepodílí</u>

Zdroj:

MAREČKOVÁ, J.; JAROŠOVÁ, D. NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-030-0.

Příloha D: Mini – Cog test

Instructions for the Mini-Cog Test:

Administration

the Mini-Cog test is a 3-minute instrument to screen for cognitive impairment in older adults in the primary care setting. The Mini-Cog uses a three-item recall test for memory and a simply scored clock-drawing test (CDT). The latter serves as an “informative distractor,” helping to clarify scores when the memory recall score is intermediate. The Mini-Cog was as effective as or better than established screening tests in both an epidemiologic survey in a mainstream sample and a multi-ethnic, multilingual population comprising many individuals of low socioeconomic status and education level. In comparative tests, the Mini-Cog was at least twice as fast as the Mini-Mental State Examination. The Mini-Cog is less affected by subject ethnicity, language, and education, and can detect a variety of different dementias. Moreover, the Mini-Cog detects many people with mild cognitive impairment (cognitive impairment too mild to meet diagnostic criteria for dementia).

Scoring (see figure 1)

1 point for each recalled word

Score clock drawing as Normal (the patient places the correct time and the clock appears grossly normal) or Abnormal

Score

0 Positive for cognitive impairment

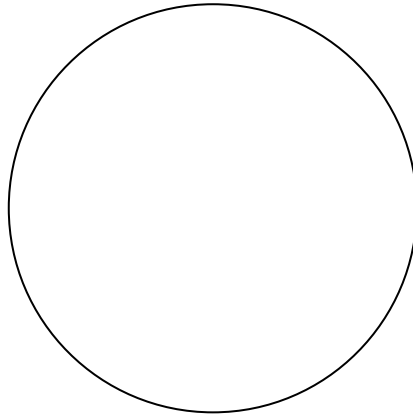
1-2 Abnormal CDT then positive for cognitive impairment

1-2 Normal CDT then negative for cognitive impairment

3 Negative screen for dementia (no need to score CDT)

Instructions

Inside the circle draw the hours of a clock as if a child would draw them
Place the hands of the clock to represent the time “forty five minutes past ten o’clock”



1. Instruct the patient to listen carefully and repeat the following

APPLE WATCH PENNY

2. Administer the Clock Drawing Test

3. Ask the patient to repeat the three words given previously

Scoring

Number of correct items recalled _____ [if 3 then negative screen. STOP]

If answer is 1-2

Is CDT Abnormal? No Yes

If No, then negative screen

If Yes, then screen positive for cognitive impairment

Zdroj:

Vlastní zdroj

Doporučení preventivních postupů pro prevenci pádů v domově pro seniory

Při přijetí klienta do ústavu

Role lékaře:

- Zhodnocení zdravotního stavu pacienta lékařem.
- Zhodnocení přítomnosti medikace zvyšující riziko pádu – tj. antiarytmika, antidepressiva, antihypertenziva, diuretika, laxativa, neuroleptika, nesteroidní protizánětlivé léky, sedativa/hypnotika, vazodilatační léky. (J. C. Resources, 2007)

Role sestry:

- Rozhovor o dosavadním zvládnutí sebeobsluhy– objektivní zhodnocení dle testu ADL (Activities of Daily Living) a IADL (The Instrumental Activities of Daily Living).
- Přiblížit si stav pacienta otázkami
 - Proč přicházíte do domova pro seniory?
 - Cítíte nějakou změnu ve svém životě?
 - Cítíte se být něčím nebo v něčem omezen?
 - Máte strach z pohybu, popř. pádu?
 - Upadl jste již někdy? Pokud ano, proč si myslíte, že tomu tak bylo?
 - Jaké následky měl Váš pád?
- Objektivní zhodnocení chůze a rizika pádu dle Get-up and Go testu a volba vhodných kopmenzačních pomůcek do 24 hodin od přijetí.
- Vyhodnocení Morse Fall Scale, pokud není proveden Get-Up and Go test do 24 hodin od přijetí.

Další pobyt klienta v ústavu

Role sestry:

- Zvolit vhodný pokoj a jeho vzdálenost od toaletního zařízení dle výsledků škály pro hodnocení rizika pádu (větší riziko pádu -> pokoj blíže toaletnímu zařízení).
- Řádná ukázka oddělení klientovi, seznámení se základním chodem oddělení.
- Zajistit funkční signalizační zařízení na pokoji klienta i na ostatních veřejných prostorech.
- Zvolit vhodné lůžko pro klienta – nejlépe lůžko s mobilizační polohou a mobilizačními madly pro snažší pohyb seniora.

- Zjistit způsob vyprazdňování klienta a dle toho zvýšený dohled či dopomoc personálu při této činnosti.
- Zajistit bezpečný pohyb po pokoji i na veřejných místech pro klienty (stabilní nábytek, protiskluzové podložky, odstranění zbytečných předmětů z podlahy).
- Zvolit vhodné noční osvětlení, zejména na chodbě a koupelně či na WC.
- Zajistit vhodnou a bezpečnou obuv klienta tj. protiskluzová podrážka, přiměřená výška podpadku, ne tzv. nazouvací boty, ale boty se sněrováním nebo na suchý zip a botu vždy řádně vyzkoušet – neměla by nikde tláčit či omezovat.
- Zajistit výstražné zařízení při úklidu a zvýšený dozor při pohybu klientů po mokré chodbě či pokoji.
- Zakázat nebo alespoň omezit pití alkoholických nápojů v domově.
- Při každé změně stavu přehodnotit škálu pro hodnocení rizika pádu.
- Aktivně zjišťovat subjektivní stav klienta a adaptovat prostředí dle změn jeho zdravotního stavu.

Zdroj:

Vlastní zdroj

DOMÁCÍ ŘÁD

Průvodce pobytem v Domově pro seniory

Domácí řád je veřejný dokument, který obsahuje zásady pro zajištění klidného a plnohodnotného života klientů a pořádku v Domově pro seniory (dále jen Domov).

I.

Ubytování

1. Domov poskytuje klientům bydlení v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. Ve dvoulůžkových pokojích dbá Domov o zajištění základního soukromí každého klienta (důstojnosti při běžných úkonech /toaleta apod./ a harmonizaci vztahů mezi spolubydlícími). Dveře pokojů jsou označeny jménem klienta, popř. titulem a jménem klíčového pracovníka.
2. Klient jednolůžkového pokoje má možnost se na pokoji zamykat. V případě ztráty klíče, klíč uhradí. V případě mimořádné události (záchrana života, technická závada apod.) je pokoj službu konajícím pracovníkem odemknut. Do pokoje vstupují vždy 2 zaměstnanci. O této situaci, je učiněn zápis.
3. Ke zpříjemnění svého pobytu může klient, po předchozí dohodě s vedoucí stanice, umístit v pokoji své osobní věci (hodiny, obrazy, dekorativní a ozdobné předměty). Údržba koberce a vlastních textilií spadá do doplňkových služeb, které jsou poskytovány za úhradu.
4. Používání vlastních elektrických spotřebičů lze jen po předchozím povolení ředitelky, a to za úhradu, jejíž výše je stanovena v sazebníku za doplňkové služby.
5. Přemístění na jiný pokoj se strany klienta lze na jeho žádost, za strany Domova pouze v případě provozních důvodů (havárie, malování či rekonstrukce pokoje) nebo z důvodu zdravotního stavu (vybavenost oddělení: výtah, koupelové lůžko, přístup na WC apod.).
6. Klienta lze přihlásit k trvalému pobytu. Za změnu místa trvalého bydliště zaplatí klient stanovený správní poplatek. Se změnou trvalého bydliště se v souladu se zákonem mění i občanský průkaz. Zprostředkování výměny může zabezpečit novému klientovi sociální pracovnice, potřebné poplatky si hradí klient.

II.

Úklid

1. Úklid společných prostor provádí pracovníci Domova a to dle schváleného dezinfekčního řádu, který je součástí Provozního řádu. Tento dokument je veřejně přístupný na všech patrech Domova.
2. Klient, který si úklid pokoje nezajistí sám, umožní personálu Domova provedení úklidu v potřebném rozsahu.

III.

Stravování

1. Domov zajišťuje klientům celodenní stravování uzpůsobené svým množstvím, složením a úpravou zdravotnímu stavu a věku obyvatel. Pravidelně denně jsou podávána 3 hlavní jídla (snídaně, oběd, večeře). Dietní stravování doporučuje lékař, ale za své zdraví je si plně odpovědný klient. Jídelníček sestavuje vedoucí stravovacího provozu s přihlédnutím na přání klientů. Jídelní lístek schvaluje ředitelka. Veškerý personál domova dbá na estetiku a kulturu stravování.

2. Jídla se klientům podávají na hlavní jídelně. Klienti, kteří mají pohybové potíže nebo z jiných zdravotních důvodů, se podává strava na malých jídelnách na odděleních. Trvale ležícím a krátkodobě nemocným klientům se jídla a nápoje podávají přímo na pokoji.

3. Jídla se podávají v době uvedené na vývěsce umístěné na každém patře a u vchodu do jídelny. Pro informaci klientů je jídelníček v čitelné podobě vystaven na hlavní jídelně i na jednotlivých odděleních.

Časový přehled výdeje jídel:

- snídaně:	hlavní jídelna.....	od 7.30-8.30 hod.
	malé jídelny na stanicích a pokoje	od 7.15-8.00 hod.
- oběd:	hlavní jídelna.....	od 11.30-13.00 hod.
	malé jídelny na stanicích a pokoje	od 11.00-11.30 hod.
- večeře	hlavní jídelna.....	od 17.00-17.30 hod.
	malé jídelny na stanicích a pokoje	od 16.30-17.00 hod.

4. Chodící klienti dbají pravidel společenského chování a dostavují se k jednotlivým jídlům ve stanovenou dobu.

5. Odnášet teplá jídla a nádobí z jídelen do pokojů není dovoleno z důvodu nebezpečí úrazu (opaření, uklouznutí, pořezání apod.).

6. V případě, že klient nenahlásí pozdější příchod k jídlu, je jídlo po uplynutí skladovací doby v souladu s hygienickými předpisy bez náhrady likvidováno.

7. Na stanicích mají klienti k dispozici čaj. Těm, kteří potřebují pomoc, zajišťuje podání nápoje službu konající pracovník přímé péče popř. sestra, která dbá na pitný režim klientů.

8. Potraviny mohou klienti ukládat na místa k tomu určená (chladnička v kuchyňce na každém poschodí), popř. vlastní chladnička, noční stolek a to podle druhu potravin. Nezkonzumované a nepoživatelné zbytky jídel se odkládají do zvláštních nádob, které jsou umístěny na určeném místě, na každé stanici. Z hygienických důvodů by neměli klienti nechávat zbytky jídel na pokojích, na balkónech, popř. vyhazovat z okna

9. Jídlo ve společných lednicích musí být označeno jménem klienta. Z důvodu hygienicko epidemiologického opatření je nutné potraviny po uplynutí doby spotřeby zlikvidovat. Pokud tak neučiní klient sám, zlikviduje tyto závadné potraviny personál Domova.

10. Každý klient má právo vyjádřit se ke stravování, podávat podněty, stížnosti a to buď ústně přímo vedoucí stravovacího provozu, ředitelce, vedoucí zdravotního úseku, vedoucí stanice nebo písemně prostřednictvím schránek, které jsou umístěny na každém oddělení..

11. Klienti odcházející z Domova na celý den, popř. více dní se odhlašuje ze stravování dva dny před plánovaným odchodem u vedoucí stanice nebo službu konajícímu pracovníkovi přímé péče a to písemně na předepsaném formuláři (pro případ kontroly při výplatě vratek). Na pozdní odhlášení nelze brát zřetel. Klientovi se poměrná část úhrady za potraviny mimo Domov v následném měsíci vrací.

12. Odhlášení klienta ze stravování v případě jeho převozu do zdravotnického zařízení zajišťuje vedoucí stanice, v případě její nepřítomnosti pověřený pracovník.

13. Domov umožňuje klientům nakoupit si potraviny a běžné potřeby v kantýně, která je umístěna u jídelny Domova.

IV.

Zdravotně ošetrovatelská péče

1. Zdravotně ošetrovatelskou péčí zajišťuje kvalifikovaný personál Domova.
2. Klienti mají možnost se zaregistrovat k praktickým lékařům, kteří do Domova dochází.
3. Zdravotní péče je poskytována klientům na základě indikace lékaře a je hrazena ze zdravotního pojištění klienta.
4. Potřebu lékařského vyšetření nebo ošetření, hlásí klient sestře konající službu. Případná další odborná ošetření nebo vyšetření zajišťuje zdravotnický personál na návrh praktického lékaře, popř. jiného odborného lékaře. Doprovod na vyšetření do jiných zdravotnických zařízení zajišťuje Domov pouze na základě indikace lékaře, v ostatních případech dle možností Domova.
5. Doručení léků klientům na základě předpisu lékaře zajišťuje Domov bezplatně. Rozdělení denního přídělů léků, podání předepsaných denních dávek léků a aplikaci různých forem dle předpisu lékaře u klientů, kteří mají tuto péči indikovanou lékařem, řídí a podává pověřená sestra ve službě. Ostatní klienti si tuto činnost zajišťují sami.
6. Úraz nebo pád hlásí klient sám nebo službu konající pracovník zdravotní sestře ve službě, která zajistí ošetření klienta a o této události sepíše záznam do formuláře „Záznam o pádu/úrazu klienta“.

V.

Hygiena a praní prádla

1. Zajištění osobní hygieny je prováděno na základě individuálního plánu klienta.
2. Hygienické potřeby (mýdlo, šampón na vlasy, ručník, hřeben, tělový krém, zubní pastu apod.) si klient pořizuje ze svých prostředků.
3. Stříhání, úprava vlasů a pedikúra jsou zabezpečovány smluvně soukromými poskytovateli těchto služeb.
4. Znečištěné prádlo má možnost klient odevzdat k vyprání do prádelny Domova prostřednictvím služby konajícího personálu na příslušné stanici. Úhrada za praní prádla a jeho drobné opravy je zahrnuta v poplatku za ubytování, klienti si hradí pouze materiál (knoflíky). Z důvodu identifikace prádla je prádlo označeno číslem. Označení provádí pracovník Domova. Pro běžné čištění oděvů, obuvi a k sušení prádla používají klienti jen prostory k tomu určené. Z tohoto důvodu je nutné personálu předat k označení veškeré prádlo, které bude klient v průběhu pobytu v Domově používat, tzn. donesené, nově zakoupené.
5. Potřebu zajistit čištění oděvu v čistírně a předat obuv do opravy, sdělí klient ošetřujícímu personálu a jeho prostřednictvím sociální pracovnice tuto potřebu za úhradu zabezpečí.

VI.

Doba nočního klidu

1. Noční klid v domově je stanoven v době od 22.00 až 6.00 hod. Určená doba nočního klidu respektuje nárok dodržení základních a etických principů tolerance, volnosti a klidu pro všechny klienty.

2. V případě narušování klidu ostatních klientů je službu konající pracovník oprávněn učinit opatření (domluva) proti rušení spolubydlících.

VII.

Pobyt mimo domov

1. V zájmu své bezpečnosti doporučujeme všem klientům, aby hlásili, že Domov opouští a kam jdou, aby v případě potřeby jim byla ze strany Domova zajištěna potřebná pomoc.

2. V případě, že klient nebude v Domově přítomen delší dobu (více než 1 den) je nutné tuto nepřítomnost oznámit službu konajícímu pracovníkovi minimálně 2 dny předem, z důvodu odhlášení stravy a zajištění léků. Za dobu pobytu mimo Domov je klientovi v případě, že pobírá příspěvek na péči vrácena poměrná částka z tohoto příspěvku a část úhrady za stravu.

3. Domov se zamyká ve 20,00 hodin v zimním období a ve 21,00 v letním období. Odemyká se v 5,00 hodin.

4. Pro pozdější příchody je u hlavních vchodových dveří instalován zvonek.

VIII.

Úschova cenných věcí

1. Po nástupu do domova, a kdykoli v průběhu pobytu v domově, lze na žádost klienta nebo v případě nutné potřeby ochrany osobního vlastnictví klienta převzít cenné věci – dále depozita peněžní nebo věcná /vkladní knížky, peněžní hotovost, šperky / do úschovy Domova. Přijímat věci do úschovy je oprávněn pouze pracovník pověřený vedením depozitní pokladny s uzavřenou dohodou o odpovědnosti. Pověřený pracovník při převzetí depozit do úschovy vystaví potvrzení o převzetí.

2. Ukládání a vybírání peněžní hotovosti zaznamenává na kontovém listě klienta. Klient může ve stanovenou dobu peněžní a věcná depozita vybírat i ukládat v pokladně Domova. Při výběru větší peněžní hotovosti /nad 1 000,-Kč/ musí klient výši požadované částky a den výběru oznámit pověřené pracovníci alespoň 1 den předem, aby tato mohla požadovanou částku vyzvednout u peněžního ústavu, neboť výše hotovosti v pokladně je limitována.

3. S depozity je oprávněn nakládat pouze klient, jemuž náleží. Informace o stavu depozitního účtu lze poskytovat pouze klientovi nebo jeho opatrovníkovi. V případě ostatních osob (příbuzní, známí), pouze se souhlasem klienta. Souhlas je zaznamenán ve spisu klienta.

4. Jedná-li se o klienta částečně nebo úplně zbaveného způsobilosti k právním úkonům, disponuje s majetkem tohoto klienta soudem stanovený opatrovník a bez jeho souhlasu nelze s peněžními prostředky disponovat.

5. V nepřítomnosti klienta nesmí ani jeho nejbližší příbuzní bez plné moci provádět jakoukoli manipulaci s jeho penězi. V případě vydání věcí (např. do nemocnice), lze věci vydat příbuzným či osobám blízkým na základě sepsání protokolu o předání věcí.

IX.

Návštěvy

1. Návštěvy v Domově jsou neomezené, je třeba respektovat dobu nočního klidu (22,00 – 6,00 hodin).
2. Klienti dvoulůžkových pokojů přijímají návštěvy s ohledem na spolubydlící nebo mohou využít prostory k tomu určené (společenské místnosti, chodby, halu apod.)
3. Domov nezajišťuje pro návštěvy ubytování, lze zajistit stravu.
4. Návštěvám není dovoleno odnášet jakýkoli majetek Domova a přespávat na pokojích.
5. Návštěva zvířat je povolena jen při zachování hygienických a bezpečnostních opatření.

XVIII

Společenský a kulturní život v domově

1. V otázkách využívání volného času a naplňování kulturních a sociálních potřeb klientů je respektován dobrovolný, osobní přístup a právo každého klienta na vlastní rozhodnutí.
2. Klienti jsou s programovými nabídkami seznamováni na nástěnkách. Pro potřebné a nové informace se vhodným způsobem využívá místní rozhlas, plakáty s dostatečně výraznou čitelností, popř. osobní pozvání.
3. Klient může používat vlastní televizní a rozhlasový přijímač, magnetofon apod., pokud tím nenaruší klid a soukromí spolubydlícího. Telekomunikační poplatky za užívání vlastní televize nebo rádia hradí klient ze svých prostředků.
4. Klienti mají možnost odebírat soukromě denní tisk a časopisy, které si hradí ze svých vlastních prostředků.

X.

Výplata důchodu

1. Výplata důchodů je pro klienty Domova, kteří souhlasili se zasláním důchodu na účet zařízení, jednotná a provádí se dle hromadného seznamu ČSSZ Praha každý měsíc 15. dne. Případně-li 15. dne pracovního volna, provádí se výplata takto:
 - případně-li splatnost 15. dne na neděli, je výplatní termín pondělí
 - případně-li splatnost 15. dne na sobotu, je výplatní termín pátek
 - v případě svátků jsou výplatní termíny uváděny v tisku
2. Výplata důchodů doručovaných jednotlivě složenkou na klienta /např. po nástupu nových obyvatel než jsou ČSSZ zařazeni na hromadný seznam, důchody vyplácené MV ČR, vojenské důchody apod./ se provádí v den doručení do Domova.
3. Důchody jsou vypláceny na hlavní jídelně. Klientům, kteří jsou upoutáni na lůžko nebo jsou jinak omezeni v pohybu, se důchod vyplácí na pokoji.
4. Důchody vyplácí účetní-pokladní spolu se mzdovou účetní /popř. jinou pověřenou zaměstnankyní/. Převzetí důchodu stvrdí klient vlastnoručným podpisem na hromadném seznamu, popř. na pokladním výdajovém dokladu.

XI.

Poštovní zásilky

1. Poštovní zásilky pro klienty jsou doručovány prostřednictvím Domova.
2. Obyčejné zásilky jsou předávány klientům prostřednictvím vedoucích stanic.

3. Doporučené dopisy, peněžní poukázky přebírá vedoucí stanic, které je zapíše do sešitů a vydají proti podpisu.

XII.

Škody

1. Klient odpovídá za škodu, která jeho vinou vznikla na majetku Domova, jiné organizace nebo jeho majetku či zdraví spoluobyvatel, zaměstnanců Domova nebo jiných osob.
2. V případě škody na majetku je klient povinen vzniklou škodu uhradit, případně uvést věc do původního stavu.
3. Způsobí-li škodu zaviněně více klientů, odpovídají za ni podle své účasti. O míře a eventuální náhradě škody rozhodne ředitelka spolu s ekonomkou organizace.

XIII.

Opatření omezující pohyb

Pracovníci Domova mohou v případě přímého ohrožení zdraví a života klienta nebo jiné fyzické osoby použít na základě nařízení lékaře opatření omezující pohyb

XIV.

Opatření proti porušení pravidel chování

1. Porušuje-li klient vzájemné soužití a pořádek v Domově, nebo se chová opakovaně nevhodně a nepřístojně, může mu být pobyt ukončen.
2. Závažným porušováním soužití a pořádku je rovněž neoprávněné a hrubé napadání spoluobyvatel nebo ošetřujícího personálu. Dále pak omezování práv spolubydlících nebo nevhodné chování k návštěvám apod.
3. Řada jednání, slovních či fyzických urážek atp., může mít charakter přestupku, výjimečně též i trestného činu. Uvedená jednání v takových případech ze zákona přísluší postupně přestupkové komisi při Městském úřadu v Hořicích. Práva a povinnosti postižených v těchto případech vymezují příslušná ustanovení Občanského soudního řádu, který je k dispozici u ředitelky.

XV.

Stížnosti

1. Pravidla pro podávání stížností jsou součástí „Smlouvy o poskytování sociální služby Domov pro seniory“ a dále jsou veřejně přístupné na všech patrech Domova.
2. Stížností se rozumí projev nespokojenosti klienta nebo jiné osoby s poskytovanými sociálními službami. Jedná se především o takové stížnosti, které poukazuje na porušování práv klientů spojených s odpovědností či povinností poskytovatele, vše ostatní je považováno za podnět ke zlepšení služby.

XVI.

Dodržování bezpečnostních a protipožárních předpisů

1. K osvětlení pokoje v případě výpadku elektrického proudu se nesmí používat zápalek, svíček nebo svítidel s otevřeným ohněm (nebezpečí požáru, popálenin). Jakákoliv jiná manipulace s ohněm je porušení protipožárních předpisů.

2. Na pokojích je zakázáno používání elektrických dek a vaření vody ponorným vaříčem. Při používání varných konvic je nutné dodržovat bezpečnostní zásady (po použití konvice ji postavit mimo podstavec nebo odpojit ze zásuvky). Dále je zakázáno instalovat na pokoje jiná varná zařízení.

XVII.

Povinnosti Domova

1. Vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které klientům umožní naplňovat jejich lidská a občanská práva a které zamezí střetu zájmu klientů se zájmy Domova.

2. Plánovat průběh služby, podle osobních cílů, potřeb a schopností klientů. Zajistit individuální přístupy ke klientům tak, aby služby vedly k uspokojení klienta a nedošlo k jeho sociálnímu vyloučení.

7. Vést písemné záznamy o průběhu poskytování služby a její průběh hodnotit za účasti klientů nebo jejich zákonných zástupců. Z hodnocení vyvozovat důsledky a provádět opatření.

XVIII.

Povinnosti klienta

1. Dodržovat ustanovení „Smlouvy“ o poskytování sociální služby v Domově pro seniory, a „Domácí řád“

2. Dodržovat termíny úhrad a platit za služby podle platného seznamu úhrad a „Stanovení výše úhrady za stravu a pobyt a fakultativní služby“.

3. Neprodleně ohlásit Domovu všechny změny finanční situace mající vliv na výši úhrady poskytovaných služeb

4. Klient je ohleduplný k ostatním klientům, dodržuje noční klid, neruší ostatní nadměrným hlukem, nešikánuje spolubydlící, neskladuje na pokoji nebezpečné látky, chemikálie, zbraně, zbytky jídla, hygienicky závadné předměty a potraviny a jiné věci v nadměrném množství (prázdné lahve, sklenice, noviny apod.)

5. Klient nevstupuje do cizích pokojů, ctí nedotknutelnost osobního vlastnictví a právo na soukromí ostatních klientů

XIX.

Závěrečná ustanovení

1. Tento „Domácí řád“ je veřejně přístupný.

2. Domov si vyhrazuje právo na průběžné úpravy „Domácího řádu“ podle aktuální situace, změny zákonů a vyhlášek.

3. Tento domácí řád je platný a účinný od 1.4.2012 a ruší platnost Domácího řádu účinného od 5.7.2008

Zdroj:

Vlastní zdroj