

NEPAGEIDAUTINI ĮVYKIAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE: PACIENTŲ GRIUVIMŲ LIGONINĖSE PATIRTIS

Vinsas Janušonis^{1,2}, Jurgita Vaitiekienė¹

¹Klaipėdos universitetinė ligoninė, ²Klaipėdos universitetas

Raktažodžiai: pacientų griuvimai ligoninėse, griuvimų rizikos veiksniai, griuvimų ligoninėse prevencija.

Santrauka

Darbo tikslas: ištirti ir įvertinti pacientų griuvimų ligoninėse patirtį ir jų nuomonę dėl griuvimų rizikos veiksnių bei prevencijos galimybių.

Tyrimas vykdytas 2011 m. gruodžio – 2012 m. vasario mėnesiais Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Apklausti 107 griuvimų patirtį įvairiose ligoninėse turintys pacientai (iš 758 įtrauktų į tyrimą). Naudojamas šiam tikslui sudarytas klausimynas. Išskirtos dvi pacientų grupės – su didesne griuvimų patirtimi ir su mažesne. Pacientai tirti pagal lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą. Tirta griuvimų priežastys, rizikos veiksniai, prevencijos priemonių taikymo galimybės ir jų veiksmingumas. Išvados. Dažniausios pacientų griuvimų Lietuvos ligoninėse priežastys, jų pačių nuomone, yra galvos svaigimas bei pusiausvyros ir eisenos sutrikimai. Dažniausi rizikos veiksniai, sąlygojantys griuvimus, pacientų nuomone, yra nervų, judėjimo ir atramos sistemų sutrikimai bei aplinka ir vaistai. Pacientai, turintys didesnę griuvimų ligoninėse patirtį, vėliau dažniau patirdavo griuvimus nei pacientai su mažesne griuvimų patirtimi. Prevencijos kryptys, labiausiai padedančios išvengti griuvimų ligoninėse, pacientų nuomone, yra bendravimas ir informavimas, pacientų mokymas, šiuolaikinių slaugos technologijų taikymas ir aplinkos sutvarkymas.

Įvadas

Griuvimai kelia grėsmę žmonių sveikatai, gyvybei ir autonomijai, ypač vyresniame amžiuje. Vyresni kaip 65 m. amžiaus žmonės patiria griuvimus bent vieną kartą per metus ir yra viena pagrindinių tokių žmonių traumų priežasčių [1,2]. Apie 10 proc. griuvimų, sąlygojusių vyresnių žmonių mirtį, įvyksta ligoninėse [3].

Griuvimai Lietuvos ligoninėse ir jų patirtis – mažai na-

grinėta, tačiau svarbi problema. Griuvimai ligoninėse sąlygoja pacientų sveikatos sutrikimus – sužalojimus, galvos traumas, kaulų lūžius ir net pacientų mirtis.

Pacientų griuvimas ligoninėje – tai nenumatytas paciento atsiradimas nenatūralioje pozicijoje, dažniausiai horizontalioje, dėl individualių paciento charakteristikų ar ligoninės aplinkos veiksnių [4]. Griuvimai ligoninėse yra gana dažni – 2,9-13 atvejų 1000 lovodienių [5].

Jie sukelia ne tik ekonominę žalą ligoninėms, bet ir moralinę žalą medikams dėl skundų, kaltinimų nepakankama sveikatos priežiūra, nerūpestingumu.

Pasaulio sveikatos organizacija [6] priežastis (rizikos veiksnius), įtakančias griuvimus, suskirstė į keturias pagrindines grupes: biologinės (lytis, rasė, amžius, lėtinės ligos, pažintiniai sutrikimai), elgsenos (narkotikų, alkoholio, vaistų vartojimas, nepakankamas fizinis aktyvumas), aplinkos (slidžios grindų dangos, laiptai, netinkamas apšvietimas, netinkamos lovos ir kt.), socialinės (netinkamos gyvenimo sąlygos, nepakankamos pajamos, nepakankamas išsilavinimas, nedarbas, bendravimo stoka).

Griuvimų ligoninėse priežastys - nepakankama anamnezė, informacijos nebuvimas ar jos nesupratimas, vyresnis amžius, nesaugi aplinka, paciento režimas, komandinio darbo trūkumai, nepakankamas bendravimas su paciento artimaisiais [7]. Mokslininkai, tyrėjai griuvimus, jų priežastis, rizikos veiksnius, prevenciją nagrinėja kaip sistemingą kompleksinę problemą, o pacientai griuvimus vertina daugiau jų pasekmių požiūriu [8,9].

Griuvimai sąlygojami įvairių rizikos veiksnių – vidinių (paciento individualių charakteristikų ir veiksnių) bei išorinių (aplinkos). Griuvimų riziką yra pakankamai sunku įvertinti, taigi ir taikyti prevencijos priemones [10].

V. Janušonis [4] griuvimų priežastis skirsto į tris grupes – individualios (paciento charakteristikos), organizacinės (režimas, aplinkos organizavimas, mokymas ir kt.) ir išorinių jėgų poveikis (susidūrimai, užkritimai, gamtinės jėgos).

Svarbus rizikos griuvimų ligoninėse veiksnys ir viena pacientų ligoninėse griuvimo priežasčių yra hipermedikalizacija ir nereikalingų vaistų paskyrimas. Neretai gydyto-

jai, paskirdami vaistus, nepakankamai atsižvelgia į jų šalutinių poveikį, tarp jų griuvimams.

Plačiau naudojama visa eilė įrankių, padedančių tinkamai paskirti vaistus, atsižvelgiant į jų naudos ir šalutinio poveikio santykį. Vieni dažnesnių naudojamų tokių įrankių Beer'o kriterijai ir medikamentų paskyrimų rekomendacijos [11,12]. Čia įvardinta apie 300 medikamentų, kurie gali sąlygoti griuvimus.

Pažymėtina, kad polimedikalizacija ir su ja susiję griuvimai labai didina pacientų gydymosi kaštus. Vaistų pacientams turi būti skiriama tik tiek, kiek jų būtina, jie turi būti nebrangūs, turi būti įvertintas vaistų šalutinis poveikis, įrodymais pagrįsta jų nauda. Pagrindinis dėmesys turi būti skiriamas pacientui, bet ne ligai, tyrimams ar vaistui.

Kontroliuoti pacientų griuvimus, tarp jų susijusius su vaistų vartojimu, ir mažinti jų skaičių padeda informacinės technologijos, kaip kokybės sistemos elementas [13].

Dauguma autorių sutinka, kad taikomos prevencijos priemonės padeda sumažinti griuvimų skaičių.

Multifaktoriškos intervencijos – pacientų mokymas, fiziniai pratimai, griuvimų rizikos veiksnių įvertinimas, aplinkos sutvarkymas ir kiti leidžia sumažinti pacientų griuvimus [14,15]. Mokslinių darbų 2000-2009 m. metaanalizė parodė, kad taikant griuvimų prevencijų programas, griuvimus galima sumažinti 9-12 proc. [16], kitų autorių [17] duomenimis, pacientų griuvimų prevencijos programos ligoninėse leidžia juos sumažinti iki 25 proc. Tai labai svarbu, nes kaip nurodo D. Fischer ir kt. [18], 6,1 proc. griuvimų lydi rimti sužeidimai (žaizdos, kaulų lūžiai, hematomos ir kt.). E.B. Hitcho ir kt. [19] duomenimis, 42 proc. pacientų griuvimų baigiasi sužeidimais, 8 proc. – rimtais. R. Schwendimann ir kt. [20] tyrimai parodė, kad po griuvimų susižeidžia 29,7 proc. pacientų, 3,9 proc. – rimtai. M.J. Krauss ir kt. [21] duomenimis, rimti sužeidimai buvo 3,7 proc. griuvimų pasekmės universitetinėse ligoninėse ir 2,2 proc. ne universitetinėse ligoninėse.

Kita vertus, esant trumpam pacientų gulėjimo laikui ligoninėse, kelia abejones multifaktoriškas ilgalaikis programų efektyvumas – individualizuotos griuvimų prevencijos priemonės gali būti efektyvesnės [22,23].

Griuvimų prevencijos programos turi būti individualizuotos ir pritaikytos konkrečioms ligoninėms, atsižvelgiant į poreikį joms, ligoninių būklę ir išteklius, personalą, pacientų kontingentą ir kitus veiksnius [24].

V. Janušonis [4,25] akcentuoja griuvimų sąsajas su sveikatos būkle. Ligoninėse paciento judėjimas dažniausiai ribojamas vienu ar kitu paskirtu režimu. Toks režimas numato paciento galimybes judėti tam tikroje teritorijoje (palatoje, skyriuje) tam tikrą laiką, tam tikrą nuotolį (iki

tualetu), tam tikrą savarankiškumą (gali judėti vienas ar lydimas slaugytojos).

Nagrinėjant griuvimus visada reikia atsakyti į klausimus: kas griuvo, kada griuvo, kur griuvo, kodėl griuvo. Pažymėtina, kad pusė griuvimų įvyksta keliantis iš lovos, einant į tualetą ir grįžtant iš tualetu [26].

Tik atsakius į šiuos klausimus, galima sukurti efektyvios multifaktoriškos intervencijos programas ir slaugos standartus.

Ruošiant griuvimų prevencijos ligoninėse programas ir standartus, labai svarbu įvertinti pacientų požiūrį į nepageidaujamus įvykius apskritai [4,27] ir į griuvimus konkrečiai [28], kadangi pagrindinė netiesioginė pacientų griuvimų priežastis yra jo individualios charakteristikos [25].

Žinoma, kartu reikia įvertinti ir pacientų nuomones, subjektyvumą, emocinį nuokrypį. Pacientų įsitikinimai, emocijos, jų asmenybinės charakteristikos formuoja jų požiūrį į nepageidaujamus įvykius (griuvimus) ir jų vertinimą [29].

Griuvimų prevencijai taip pat svarbūs medikų, ypač slaugytojų, komandiniai bei individualūs veiksmai.

Darbo tikslas: ištirti ir įvertinti pacientų griuvimų ligoninėse patirtį ir jų nuomonę dėl griuvimų rizikos veiksnių bei prevencijos galimybių.

Panašių tyrimų Lietuvoje nedaug, todėl šis tyrimas turi didelę praktinę reikšmę griuvimų ligoninėse prevencijai.

Tyrimų apimtis ir metodai

Tyrimas suplanuotas 2011 m. 2011 m. gruodžio mėn. – 2012 m. vasario mėn. jis buvo vykdomas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Tai, kad jis buvo vykdomas vienoje ligoninėje didelės reikšmės neturi, nes pacientai vertino savo patirtį įvairiose šalies ligoninėse, kur jie anksčiau gydėsi.

Tyrimo populiacija – įvairiuose didesnės griuvimų rizikos skyriuose besigydantys pacientai.

Tyrimo objektas – pacientų griuvimo patirtis įvairiose šalies ligoninėse.

Tyrimo metodai – anoniminė anketinė apklausa interviu metodu, mokslinės literatūros analizė, statistinių duomenų grupavimas, lyginamoji analizė.

Tyrimui atlikti buvo naudota V. Janušonio mokslinių publikacijų pagrindu J. Vaitiekienės sudaryta anketa.

Klausimynas sudarytas iš penkių pagrindinių dalių (griuvimų ligoninėse priežastys, rizikos veiksniai, lėmę griuvimus, pagrindinės naudojamos prevencijos kryptys, prevencinės kryptys, galinčios padėti išvengti griuvimų, demografiniai duomenys).

Klausimyną sudarė 38 uždari ir 4 atviri klausimai, jo vidinis patikimumas buvo įvertinamas pagal kiekvieną dalį apskaičiuojant Kronbach alfa koeficientą. Šis koeficientas

kiekvienai daliai buvo didesnis nei 0,7 – tai yra klausimynas pakankamai patikimas.

Į tyrimą buvo įtraukta 758 pacientai, turėję griuvimų ligininėse patirtį.

1 lentelė. Bendroji tiriamųjų charakteristika

Požymis	Pacientai (n=107)
Lytis:	
vyras	32
moterys	73
Amžius:	
20-44 m. (jauni)	18
45-59 m. (vidutinio amžiaus)	26
60-74 m. (pagyvenę)	45
75-89 m. (seni)	17
90 + > m. (ilgaamžiai)	1
Išsilavinimas :	
aukštasis	34
vidurinis	49
žemiau nei vidurinis	24
Gyvenamoji vieta:	
miestas	76
kaimas	31

Tačiau pagal atmetimo kriterijus (sutinkantys dalyvauti tyrime, intensyvios terapijos ir reanimacijos skyrių pacientai, turintys sąmonės, atminties ir kalbos sutrikimų, gimdyvės, nepilnamečiai pacientai) atrinkus pacientus, jų liko 107, kurie ir buvo apklausti interviu metodu.

Tiriamųjų bendroji charakteristika pateikta 1 lentelėje.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „SP SS 17.0.1 for Windows“ programą.

Statistinis duomenų reikšmingumas tikrintas naudojant Student, Man-Vitni bei Vilkokson kriterijus. Naudotas Spearman koeficientas bei Pearson χ^2 kriterijus.

Duomenų skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$ (statistinio pasikliautinumo lygmuo 95 proc.).

Straipsnis paruoštas J. Vaitiekienės magistro diplominio darbo (vadovas – prof. V. Janušonis) tyrimų pagrindu.

Rezultatai ir jų aptarimas

Visi tirti pacientai ligininėse buvo patyrę griuvimą. Griuvimų patirčiai amžius, lytis, išsilavinimas ir gyvenamoji vieta esminės įtakos neturėjo (statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta) išskyrus eisenos sutrikimus.

Pagrindinėmis pacientų nurodytomis griuvimų priežastimis buvo galvos svaigimas bei pusiausvyros ir eise-

2 lentelė. Rizikos veiksnių, lėmusių pacientų griuvimus ligininėse, dažnis

Rizikos veiksnys	Labai dažnai		Dažnai		Kartais		Retai		Niekada	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vaistai	4	3,8	17	15,9	21	19,6	21	19,6	44	41,1
Netinkama apranga	7	6,6	6	5,6	18	16,8	17	15,9	59	55,1
Netinkamos slaugos priemonės	5	4,6	8	7,5	16	15,0	21	19,6	57	53,3
Aplinkos rizika	12	11,2	12	11,2	25	23,4	19	17,8	43	36,4
Nervų sistema	11	10,4	21	19,6	21	19,6	10	9,3	45	41,1
Metabolinės priežastys	2	1,9	6	5,6	20	18,7	18	16,8	61	57,0
Bloga mityba	1	0,9	5	4,7	17	15,9	28	26,2	56	52,3
Virškinimo sistema	-	-	3	2,8	16	15,0	21	19,6	67	62,6
Širdies ir kraujagyslių sistema	3	2,8	7	6,4	20	18,7	21	19,6	56	52,5
Šlapimo išskyrimo organų sistema	5	4,7	9	8,4	15	14,0	24	22,4	54	50,5
Kvėpavimo sistema	-	-	1	0,9	12	11,2	19	17,8	75	70,1
Susilpnėjusi klausa	-	-	4	3,7	20	18,7	12	11,2	71	66,4
Susilpnėjusi rega	2	1,8	9	8,4	16	15	25	23,4	55	51,4
Psichologinės priežastys	2	1,9	11	10,3	21	19,6	37	34,6	36	33,6
Buę griuvimai	5	4,7	15	14,0	32	29,9	18	16,8	37	34,6
Sutrikusi judėjimo ir atamos sistema	11	10,2	17	15,9	18	16,8	19	17,8	42	39,3

nos sutrikimai. Analizuojant pacientų amžiaus įtaką griuvimams, nustatyta, kad reikšmingas teigiamas ryšys yra tarp amžiaus ir eisenos sutrikimų. Vyresniems pacientams griuvimai dėl eisenos sutrikimų pasitaikydavo dažniau (analizuotos tokios griuvimų priežastys – pusiausvyros sutrikimai, išsekimas, silpnumas, galvos svaigimas, eisenos sutrikimai, individualios paciento charakteristikos, susidūrimai, traumos).

Analizuojant pacientų griuvimų ligininėse rizikos veiksnius, dauguma pacientų nurodė nervų sistemos bei judėjimo ir atramos sistemos sutrikimus, mažiau – kitų sistemų sutrikimus (2 lentelė).

Tai atitinka mokslinės literatūros duomenis – pacientų judėjimo ir atramos sistemos sutrikimai, pažintinių funkcijų sutrikimai, psichoneurologinė būklė, buvę griuvimai praecityje, vaistai yra svarbūs rizikos veiksniai [20, 30, 31].

Ypač svarbu įvertinti pasikartojančius pacientų griuvimų rizikos veiksnius, surinkti anamnezę ir įvertinti pacientų griuvimų istoriją.

Nustatyti statistiškai reikšmingi teigiami ryšiai tarp vyresnio amžiaus ir buvusių griuvimų, susilpnėjusios regos ir klausos, sutrikusios judėjimo ir atramos sistemos ir buvusių griuvimų.

Nors amžius kaip kompleksinis griuvimų rizikos elementas turi reikšmės griuvimų dažniui [32], tačiau vien tik amžius nėra reikšmingas rizikos veiksnys, jis labai individualus [4, 26].

Vieni seni žmonės (75-88 m.) gali žaisti futbolą, golfą, plaukioti, sportuoti, kiti tokio amžiaus kartu veikiami kitų griuvimų rizikos veiksnių – gali būti linkę griuvimams.

Psichologinės priežastys buvo dažnesnis rizikos veiksnys vyrams, nei moterims. Kitų reikšmingų skirtumų tarp pacientų lyties ir rizikos veiksnių nenustatyta.

Taip pat nenustatyta reikšmingų skirtumų tarp griuvimų ir išsilavinimo bei gyvenamosios vietos.

Koreliacinė analizė tarp griuvimo patyrimo ir nagrinėjamų rizikos veiksnių parodė, kad tarp suminio griuvimų rodiklio ir visų veiksnių yra statistiškai reikšmingi teigiami ryšiai ($R=0,26-0,64$).

Didžiausią įtaką pacientų griuvimams turėjo nervų sistema ($R=0,64$) ir susilpnėjusi rega ($R=0,55$), mažiausią – psichologinės priežastys ($R=0,26$) ir kvėpavimo sistema ($R=0,35$).

Pagrindinės multifaktorinės griuvimų prevencijos ligininėse kryptys yra pacientų informavimas ir mokymas, slaugos personalo mokymas, institucinės aplinkos sutvarkymas, pacientų artimųjų informavimas ir mokymas, individualių slaugos priemonių sukomplektavimas, medicininė priežiūra, nuolatinis griuvimų rizikos vertinimas [4, 25].

Tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausiai buvo taikomas informavimas, individualios slaugos priemonės bei pacientų mokymas, rečiau – artimųjų informavimas ir mokymas. Tačiau, pacientų nuomone, visos griuvimo prevencijos priemonės padėtų išvengti griuvimų ligininėse.

3 lentelė. Pacientų rizikos veiksnių vertinimų priklausomumas nuo griuvimų patirties

Rizikos veiksnys	Griuvimo patyrimo grupės		p
	Mažesnė patirtis (n=54)	Didesnė patirtis (n=53)	
	M ± SN	M ± SN	
Buvę griuvimai	1,8 ± 1,3	2,9 ± 1,3	< 0,001
Psichologinės priežastys	1,8 ± 1	2,4 ± 1,0	0,001
Sutrikusi judėjimo ir atramos sistema	1,9 ± 1,3	2,9 ± 1,3	< 0,001
Susilpnėjusi rega	1,4 ± 0,7	2,3 ± 1,2	< 0,001
Susilpnėjusi klausos	1,3 ± 0,7	2,0 ± 1,1	< 0,001
Kvėpavimo sistemos sutrikimai	1,2 ± 0,6	1,6 ± 0,8	0,001
Šlapimo išskyrimo sistemos sutrikimai	1,6 ± 1,0	2,3 ± 1,3	0,003
Širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai	1,5 ± 0,9	2,3 ± 1,2	< 0,001
Virškinimo sistemos sutrikimai	1,3 ± 0,7	1,9 ± 0,9	< 0,001
Nervų sistemos sutrikimai	1,7 ± 1,0	3,3 ± 1,3	< 0,001
Bloga mityba	1,3 ± 0,6	2,2 ± 1,0	< 0,001
Metabolinės priežastys	1,4 ± 0,9	2,1 ± 1,1	< 0,001
Aplinka	2,0 ± 1,3	2,9 ± 1,3	0,001
Netinkamos slaugos priemonės	1,5 ± 0,8	2,4 ± 1,4	< 0,001
Netinkama apranga	1,4 ± 0,8	2,5 ± 1,4	< 0,001
Vaistai	1,8 ± 1,3	2,6 ± 1,1	< 0,001

M – vidurkis; SN – standartinis nuokrypis; p – reikšmingumo lygmuo

Pacientų amžius, lytis ir išsilavinimas reikšmingos įtakos griuvimų prevencijos priemonių taikymo vertinimui neturėjo.

Mokymas, kaip prevencijos priemonė, reikšmingesnis buvo kaimo vietovių gyventojams.

Prevencijos priemonių veiksmingumo įvertinime nustatyta, kad mokymą naudingesnį laikė vyresnio amžiaus pacientai.

Griuvimo prevencijos priemonių veiksmingumo vertinimas nepriklausė nuo pacientų griuvimo ligoninėse patyrimo.

Analizuojant pacientų griuvimų rizikos veiksnius ir taikytų jiems griuvimų ligoninėse prevencijos priemonių tarpusavio ryšį esminių išskirtinių rezultatų, turinčių įtaką griuvimų dažniui, nenustatyta.

Nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai tarp griuvimo dėl galvos svaigimo ir tokių griuvimo prevencijos priemonių kaip mokymas ($R=0,26$), informavimas ($R=0,25$), artimųjų mokymas ($R=0,21$). Pacientai, dažniau patyrę griuvimus dėl galvos svaigimo, ir jų artimieji buvo dažniau mokomi ir informuojami.

Analizuojant pacientų su didesne griuvimo patirtimi ($n=53$) ir mažesne griuvimo patirtimi ($n=54$) grupes, nustatyta, kad pagal visas nagrinėjamas griuvimų priežastis turintys didesnę griuvimų patirtį pacientai dažniau patirdavo griuvimus vėliau.

Didžiausi skirtumai tarp pacientų grupių nustatyti, kur rizikos priežastys - pusiausvyros sutrikimai, galvos svaigimas, eisenos sutrikimas ir individualios paciento charakteristikos.

Pacientų su didesne griuvimų patirtimi grupėje dažniausias rizikos veiksnys buvo nervų sistemos sutrikimai, sutrikusi judėjimo ir atramos sistema bei vaistai, su mažesne griuvimų patirtimi grupėje – aplinkos rizika (3 lentelė).

Viena iš vaistų grupių, įtakančių griuvimus, yra raminamieji ir migdomieji vaistai. Tokių vaistų pacientams sumažinimas, ypač prieš naktį, gali labai sumažinti griuvimų ligoninėse [12].

Visi rizikos veiksniai dažniau veikia pacientus, turinčius didesnę griuvimų patirtį.

Analizuojant griuvimo prevencijos priemonių taikymą nustatyta, kad daugiau prevencijos priemonių buvo taikoma pacientams su didesne griuvimų patirtimi. Tai teisinga, nes būtent pacientai su didesne nepageidautinų įvykių (griuvimų) patirtimi yra labiausiai pažeidžiami [30, 33, 34].

Prevencijos priemonių veiksmingumo vertinimų priklausomumas nuo pacientų griuvimo patirties statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Efektyviausią griuvimų prevencijos priemonę pacientai laikė mokymą teisingai naudotis pagalbinėmis priemonėmis. Tačiau jie teigiamai vertino fizinį

aktyvumą, informavimą apie galimybes keisti poziciją bei judėti, artimųjų mokymą bei instruktavimą, aplinkos sutvarkymą, bendravimą ir patarimus, šiuolaikinių slaugos technologijų taikymą.

Čia pacientų nuomonė iš esmės atitinka mokslinę griuvimų prevencijos koncepciją, kur svarbiausiomis intervencijomis (ar jų kombinacijomis) laikoma multifaktorinė analizė ir vadyba, paciento ligų gydymas, pacientų mokymas, elgsenos korekcija, fiziniai pratimai [4, 15, 35, 36].

Išvados

Dažniausios pacientų griuvimų Lietuvos ligoninėse priežastys, jų pačių nuomone, yra galvos svaigimas bei pusiausvyros ir eisenos sutrikimai.

Dažniausi rizikos veiksniai, sąlygojantys griuvimus, pacientų nuomone, yra nervų, judėjimo ir atramos sistemų sutrikimai bei aplinka ir vaistai.

Pacientai, turintys didesnę griuvimų ligoninėse patirtį, vėliau dažniau patirdavo griuvimus nei pacientai su mažesne griuvimų patirtimi.

Prevencijos kryptys, labiausiai padedančios išvengti griuvimų ligoninėse, pacientų nuomone, yra bendravimas ir informavimas, pacientų mokymas, šiuolaikinių slaugos technologijų taikymas ir aplinkos sutvarkymas.

Literatūra

1. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med*. 2002; 18:141-158.
2. Kannus P, Sievanen H, Palvanen M, et al. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet*. 2005; 366:1885-1893.
3. Haumschild M, Karfonta TL, Haumschild MS, Phillips SE. Clinical and economic outcomes of a fall-formed pharmaceutical intervention program. *Amer J Health Syst Pharm*. 2003; 60:1029-1032.
4. Janušonis V. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė. 2005.
5. Morse JM. Preventing Patients Falls. Thousand Jaks, CA: Sage. Publications, 1997.
6. WHO. Global report on falls prevention in older age. World Health Organization, 2008.
7. Dykes PC, Carrol DL, Hurley AC. et al. Why do patients in acute care hospitals Fall? Can Falls be prevented? *J Nurs Adm*. 2009; 39:299-304.
8. Zecevic AA, Salmoni AW, Speedrley M, Vandervoort AA. Defining a fall and reasons for falling: comparisons among the views of Seniors health providers and the research literature. *Gerontologist*. 2006; 43:367-376.
9. Philips VL, Yarmo RD, Hunsaker AE. Certified nursing aides' and care assistants' views on falls: in sight for creation and implementation of fall prevention programs. *J Am Med Dir assoc*. 2008; 9:168-172.

10. Chou WC, Tinetti ME, King MB. et al. Perceptions of physicians on the barriers and facilitators to integrating fall risk evolution and management in to practice. *J Gen Inter Med.* 2006; 21:117-122.
11. Page RL, Linbur SA, Bryant LL, Ruscin JM. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: defining the problem evaluation tools, and possible solutions. *Clin Interv Aging.* 2010; 5:75-87.
12. Rumore MM, Vaidean G. Development of a risk assessment tool for falls prevention in hospital inpatients based on the medication appropriateness index (MAJ) and modified Beer's Criteria. *Innovations in Pharmacy.* 2012; 3:1-12.
13. Dykes PC, Coroll RN, Murley A. et al. Fall prevention in acute care hospital. *JAMA.* 2010; 304:1912-1918.
14. Yamagishi M, Kanda K, Takemura Y. Methods developed to elucidate nursing related adverse events in Japan. *Journal of Nursing Management.* 2003; 11:168-177.
15. Michael VL, Whitlock E P, Lin JS. et al. Primary care-relevant intervention to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine.* 2010; 153:815-825.
16. Choi M., Hector M. Effectiveness of intervention program in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2012; 188:13-21.
17. Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:1679-1689.
18. Fischer JD, Krauss MJ, Dunagan WC. et al. Patterns and predictors on in patients falls and fall – related injuries in a large academic hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005; 26:822-827.
19. Hitcho EB, Krauss MJ, Birges S. et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *Journal of General Internal Medicine.* 2004; 19: 732-739.
20. Schwendimann R, Buhler H, De Geest S, Hilisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of on interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 69-76.
21. Krauss MJ, Nguyen SL, Dunagan WC. et al. Circumstances of patient falls and injuries in hospitals in a mid western health care system. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007; 28:544-550.
22. Kenny RA, O'Shea D. Falls and Syncope in Elderly Patients. London: Chapman Hall, 2002.
23. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review. *Age Aging.* 2004; 33:122-130.
24. Hempel S, Newberry S, Wang Z. et al. Review of the Evidence on Falls Prevention in Hospitals. Working paper. WR-907-AHRQ. 2012.
25. Janušonis V. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: griuvimai, jų priežastys, pasekmės ir prevencija. *Sveikatos mokslai.* 2005; 15: 45-48.
26. Hendrich A. Inpatient falls: lessons from the field. Patient Safety and Quality Health care. Lionheart Publishing, Inc., 2006.
27. Guljaro PM, Andres JMA, Mira JJ, Aibar C. Adverse events in hospitals: the patient's point of view. *Quality and safety in Health Care.* 2010; 19:144-147.
28. McInnes E, Askie L. Evidence review on older people's views and experiences of falls prevention strategies. *Worldviews Evidence Based Nursing.* 2004; 1:20-37
29. Janušonis V., Kasap G. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytas infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse. *Sveikatos mokslai.* 2012; 22:6269.
30. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review. *Int J Nurs Pract.* 2001; 7:38-45.
31. McCaster – Bayer A, Bayer F, Hall K. Preventing falls in acute care: an innovative approach. *J Gerontol Nurs.* 2005; 31 25-33.
32. Hui-chi H, Meli-Ling G, Wen-Chuan L, Kernohan G. Assessing risk of falling in older adults. *Public Health Nursing.* 2003; 20:399-412.
33. Aranaz – Andres JM, Limon R, Mira JJ. et al. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases then risk of experiencing on adverse event? *International Journal for Quality in Health Care.* 2011; 23:705-712.
34. Assessment of vulnerable patients cuts hospital falls. *Nursing Times,* 25 July, 2012.
35. Hendriks MR, Bleijlevens MH, Haastrept JC. et al. Lack of effectiveness of a multidisciplinary fall prevention program in elderly people of risk: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56:1390-1397.
36. Tinetti ME. Multifactorial fall-prevention strategies: time to retreat or advance. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56: 1563-1565.

ADVERSE EVENTS IN HEALTH CARE: PATIENTS' EXPERIENCE OF FALLS

V. Janušonis, J. Vaitiekienė

Key words: patients' falls in hospitals, risk factors of falls, prevention of patients' falls in hospitals.

Summary

The aim of the study – to analyze and estimate patients' experience of falls and its attitude on risk factors and prevention of falls in hospitals.

Material and methods. From December 2011 to February 2012, the survey was performed in Klaipeda university hospital. The study included 107 patients with falls experience in difference hospitals of Lithuania (the selection was made from 758 registered patients). Information was collected with special questionnaire. Statistical data analysis was done using programme SP SS 17.0.1

Results. Patients were divided into two groups – with major experience and with less experience of falls.

The sources, risk factors, prevention of patients falls in hospital was analyzed. Risk factors was act frequently on the patients' group with major experience of falls. The assessment of falls prevention in hospitals between groups was without disparity.

Conclusion. The more often sources of inpatients falls in hospitals of Lithuania in its opinion are dizziness and disorder of balance and walk.

The mostly risk factors of inpatients falls in its opinion are nervous and base - movement systems disorders, environment and medicines.

The inpatients with major experience of falls had falls more frequently than patients with less experience.

The most useful aspects of prevention of in patients' falls in patients opinion are communication, training, modern nursing technologies and suitable environment.

Correspondence to: janusonis@kul.lt

Gauta 2013-05-13

KVIEČIAME PRENUMERUOTI "SVEIKATOS MOKSLŲ" ŽURNALĄ 2013 METAIS!

Žurnalas "Sveikatos mokslai" (Index Copernicus, EBSCO host (Academic Search Complete), Gale (Academic OneFile), ProQuest (Ulrich's, Summon), Australia (ERA) 2012 Journal List (ERA ID 124967) skirtas visų specialybių gydytojams, slaugytojams ir kitiems specialistams, spausdina mokslinius straipsnius lietuvių, anglų ir rusų kalbomis. Straipsniams keliami reikalavimai atitinka mokslo leidiniams keliamus reikalavimus.

Žurnalas kioskuose neparduodamas.

Žurnalą, kuris leidžiamas kartą per du mėnesius, galima užsiprenumeruoti visuose Lietuvos pašto skyriuose, taip pat internetu: www.post.lt

Prenumeratos kaina nesikeičia: visiems metams - 120 Lt, šešiams mėnesiams - 60 Lt, keturiems mėnesiams - 40 Lt, dviem mėnesiams - 20 Lt.

Prenumeratos kodas: 5348.

Žurnalo autoriams straipsnių spausdinimas mokamas.

Redakcija