

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Jana Průchová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Jana Průchová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PÁDY V SENIORSKÉM VĚKU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 21. 3. 2012

.....  
vlastnoruční podpis

**Poděkování:**

Děkuji Bc. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů.

Dále děkuji pracovníkům domovů pro seniory Plzeň za pomoc při vyplňování dotazníků a poskytování odborných rad.

# OBSAH

ÚVOD .....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	15
<b>1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE .....</b>	<b>15</b>
1.1 <i>Česká gerontologická a geriatrická společnost</i> .....	16
1.1.1 Geriatrický pacient .....	17
1.1.2 Geriatrické hodnocení .....	17
1.1.3 Geriatrická křehkost .....	17
1.2 <i>Geriatrické syndromy</i> .....	18
1.2.1 Syndrom imobility .....	18
1.2.2 Syndrom instability s pády .....	19
1.2.3 Inkontinence .....	19
1.2.4 Intelektové poruchy .....	19
<b>2 DEMOGRAFIE STÁŘÍ .....</b>	<b>20</b>
2.1 <i>Stáří a stárnutí</i> .....	20
2.1.1 Kalendářní stáří .....	23
2.1.2 Biologické stáří .....	23
2.1.3 Sociální stáří .....	24
2.1.4 Psychologické stáří .....	25
2.2 <i>Členění věkových kategorií ve stáří</i> .....	25
2.2.1 Dlouhověkost .....	26
2.3 <i>Životní změny ve stáří</i> .....	27
2.3.1 Tělesné změny: .....	27
2.3.2 Psychické změny: .....	27
2.3.3 Sociální změny: .....	27
2.4 <i>Adaptace na stáří</i> .....	28
<b>3 SENIOR .....</b>	<b>28</b>
3.1 <i>Komunikace se seniory</i> .....	28
3.2 <i>Domov pro seniory</i> .....	30
<b>4 PÁDY .....</b>	<b>31</b>
4.1 <i>Definice pádů</i> .....	32

4.2	<i>Etiologie pádů</i> .....	33
4.2.1	Soběstačnost.....	33
4.3	<i>Příčiny pádů</i> .....	34
4.3.1	Zevní příčiny pádů (mechanické).....	34
4.3.2	Vnitřní příčiny pádů (symptomatické).....	34
4.4	<i>Komplikace pádů</i> .....	35
4.4.1	Časné komplikace.....	35
4.4.2	Pozdní komplikace.....	35
4.4.3	Prevence zlomenin.....	36
4.5	<i>Imobilizační syndrom</i> .....	36
4.5.1	Komplikace imobilizačního syndromu.....	37
4.5.2	Prevence imobilizačního syndromu.....	37
4.5.3	Ošetrovatelská rehabilitace.....	37
4.5.4	Ošetrovatelský proces.....	38
4.6	<i>Prevence pádů</i> .....	39
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>41</b>
5	<b>FORMULACE POBLÉMU</b> .....	<b>41</b>
5.1	<i>Hlavní problém</i> .....	41
5.2	<i>Dílčí problémy</i> .....	42
6	<b>CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU</b> .....	<b>42</b>
6.1	<i>Hypotézy</i> .....	42
7	<b>METODIKA</b> .....	<b>43</b>
7.1	<i>Metodika výzkumu</i> .....	43
7.2	<i>Vzorek respondentů</i> .....	43
7.3	<i>Zpracování údajů</i> .....	44
8	<b>PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ</b> .....	<b>45</b>
9	<b>DISKUZE</b> .....	<b>69</b>
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>77</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>79</b>

SEZNAM ZKRATEK .....	82
SEZNAM CIZÍCH SLOV .....	83
SEZNAM GRAFŮ .....	85
SEZNAM PŘÍLOH .....	91

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Průchová Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Pády v seniorském věku

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované 66, nečíslované 33

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: stáří - stárnutí - senior - domov pro seniory - pád - riziko - příčiny - prevence.

### **Souhrn:**

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala problematikou stárnutí, pády seniorů, prevencí pádů a kvalitou ošetrovatelské péče. Charakterizují stáří, jeho etapy a projevy, vysvětlují pojem gerontologie a geriatric.

V praktické části práce sledují vyhodnocení anonymního dotazníkového šetření, které mapovalo poskytování bezpečné zdravotní péče u seniorů v sociálních zařízeních a vedení ošetrovatelské dokumentace. Výsledky výzkumu jsou uvedeny formou grafů.



## **Annotation**

Surname and name: Průchová Jana

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Falls and the elderly

Consultant: Bc. Vladimíra Fremrová

Number of pages: numbered pages 66, unnumbered pages 33

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 30

Key words: old age – aging – senior – House for seniors – fall – risk – reason – prevention.

### Summary:

In the theoretical part of my thesis I followed up the aging issue, senior's falls, prevention of them and nursing care quality. I characterize old age, its phases and expression, explain the concept of gerontology and geriatrics.

In the practical part of my thesis I follow the result of anonymous questionnaire survey which mapped providing of safe medical care for seniors in social institutions and implementation of nursing documentation. The research result is presented in graph form.

## ÚVOD

Zdravotnická a sociální zařízení v České republice věnují významnou pozornost kontinuálnímu zvyšování kvality péče. Jednu z možností, jak kvalitu ošetrovatelské péče hodnotit, představuje analýza zvolených indikátorů kvality. Pády, které u klientů patří v ošetrovatelské praxi k nejčastějším mimořádným událostem v České republice, zdravotníci sledují již od roku 2002. Koordinátorem projektu je Česká asociace sester (ČAS), která vyhodnocuje výsledky vždy ve čtvrtletním a ročním souhrnu. Smyslem je efektivní srovnávání výsledků a zkušeností ve sledování pádů v českých zdravotnických zařízeních. Na zvyšování hodnoty sledovaného indikátoru se vedle toho, že zdravotníci stále pečlivěji hlásí mimořádné události, podílejí různé rizikové faktory, které se dosud nepodařilo úplně eliminovat. Prevence pádů je v ošetrovatelské praxi závažnou oblastí, protože poranění tohoto typu mají dlouhotrvající charakter a doprovází je snížená mobilita pacientů. Ve výjimečných případech mohou následky pádu vést i ke smrti, a to především u klientů ve vyšších věkových kategoriích. U seniorů jsou pády dokonce nejčastější příčinou úrazu.

Bezpečnost nemocného je jednou z hlavních priorit ošetrovatelské péče. Na bezpečnost je kladen důraz snad již z dob Florence Nightingelové. O bezpečnosti klientů se v současné době hodně diskutuje a píše v souvislosti se zvyšováním kvality ošetrovatelské péče a akreditacemi zdravotnických a sociálních zařízení. Bezpečnost je v poslední době velmi aktuální a problematika bezpečí je hodně vyzdvihovaná a skloňovaná. Píše se o ní v odborných časopisech, knihách, je tématem na konferencích a mnoho odkazů najdeme samozřejmě i na internetové síti.

Stáří je považováno za nevyhnutelnou a přirozenou součást lidského života, která je doprovázena významnými involučními změnami organismu, se kterými je nutno člověku pomoci se vyrovnat a zvládnout je, ať už se jedná o změny biologické, psychické či sociální. Pomoc rodiny je vždy na prvním místě, v dnešní uspěchané době je tato pomoc velice časově náročná. Ovšem někdy bývá pomoc zdravotnický náročná, kdy ji rodina nezvládne a v takovém případě nabízí svoji pomocnou ruku sociální zařízení. S nárůstem počtu starších lidí stoupá poptávka po sociálních službách, které se pro ně stávají nezbytnými. Stárnutí sebou nese nemnoho problémů. Velkým problémem jsou úrazy a s nimi související problematika pádů. Seniorů v současnosti

přibývá a my se pomalu a jistě blížíme do jejich věkové kategorie. Za pár let bude starších osob tvořit třetinu populace a my bychom se měli zajímat o to, jakou by péči naši senioři měli mít do budoucna zajištěnou. Měli bychom se zamyslet nad tím, jaké chceme mít stáří pro sebe a pro své rodiče a začít s tím už teď. V domovech pro seniory už to není jako dříve. Mezi lidmi se povídalo, že odchod do domova důchodců je poslední štace. Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče o seniory. Jde o trvalé ubytování, které nabízí spektrum služeb (programy aktivit, ošetrovatelské a rehabilitační péče apod.). Služby sociální péče poskytují pomoc k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti, zabezpečení základních a životních potřeb, soustředí se na kvalitu života. Základem práce se starými lidmi je vytváření vztahu důvěry, jistoty a bezpečí, které patrně patří k primárním potřebám starých lidí. Vztah společnosti jako celku k seniorům je důležitým ukazatelem, který hodně vypovídá o její vyspělosti a morální úrovni.

# TEORETICKÁ ČÁST

„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý.“

Jonathan Swift

## 1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE

Oblastí a problematikou seniorského věku se zabývají obory gerontologie, která se člení na gerontologii experimentální, sociální a klinickou neboli geriatrie.

„Gerontologie je věda o stárnutí a stáří“ Weber (2000, s. 11) ji charakterizuje jako novou gerontologii, jejímž cílem není jen zabývat se degenerativním onemocněním ve stáří, ale především základními fyziologickými mechanismy stárnutí, které působí na funkční zdatnost jedince. Weber dále poukazuje na fakt, že mezi procesy normálního stárnutí a chorobnými pochody jsou významné rozdíly.

„Gerontologie (řecky *gerón* = starý člověk, *logos* = nauka, slovo) je souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří“ (Kalvach; Onderková 2006, s. 7). Gerontologie má specifický obsah, předmět zájmu, poznávací metody i program. Od 90. let 20. století se gerontologie také objevuje jako interdisciplinární obor v pregraduálním a postgraduálním studiu. Náplní oboru je život starého člověka v aspektech společenských, ekonomických, sociálních, biologických, demografických, zdravotních a dalších. Obor je zaměřen na specifické potřeby a na zkvalitňování života různých skupin starých lidí. Cílem není jen zabývat se degenerativními onemocněními ve stáří, ale především základními fyziologickými mechanismy stárnutí, které působí na funkční zdatnost jedince. Nová gerontologie usiluje o prodloužení doby aktivního života a udržení funkčních kapacit po celý lidský život, je integrovaným vědním oborem, který má interdisciplinární charakter, zabývající se problematikou stárnutí a stáří. Cílem nové gerontologie je prodloužení let aktivního života a udržení funkčních kapacit po lidský život (Weber et al., 2000).

Gerontologie klinická se zabývá problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří. Označuje se také (a častěji) jako geriatrie (řecky *inró* = léčím). Dnes je gerontologie, tedy věda o stárnutí a stáří, uznávanou vědeckou disciplínou (Kalvach; Onderková, 2006).

Geriatricie neboli klinická gerontologie je samostatný klinický medicínský obor, který se vyznačuje interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří (Weber et al., 2000).

Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku. Předmětem zájmu je stárnoucí a starý člověk ve zdraví, ale především v nemoci. Zabývá se zvláštnostmi chorob ve stáří a jejich důsledky. Moderní geriatricie má intervenčně-preventivní charakter. Úzce spolupracuje s jinými lékařskými obory. Kromě specifických metod zdravotní péče se od ostatních oborů medicíny odlišuje šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče a akceptováním zdravotně-sociální povahy onemocnění v seniu (Topinková, 2005).

Geriatricie byla známa již v 19. století, kdy ve 40. letech přednášel o nemocech stáří na pražské lékařské univerzitě profesor Josef Hamerník (1810 - 1887). Za průkopníka geriatricie je považován americký lékař I. L. Nascher, který vymyslel i její název. Geriatricie zdůrazňuje všeobecnou platnost specifického pohledu na starého (nemocného) člověka, kterou by si měl uvědomovat každý, kdo ve své profesi přichází s gerontologickým klientem do styku. Cílem geriatricie je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, odvracení ztráty soběstačnosti a posilování nezávislosti. Poukazuje na to, že mnoho jedinců může stárnout daleko zdravěji. Senioři se vyskytují ve stále větším zastoupení téměř ve všech lékařských oborech. Tento jev vyžaduje od všech lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků dostatek znalostí. Síť služeb se na konci 20. století u nás přeměnila v oblasti sociální na domovy seniorů, další sociální ústavy a zdravotnicko-ošetrovatelská zařízení. Je nesporným faktem, že u nás nepochybně došlo k rozvoji sociálních jistot (Weber et al., 2000).

## **1.1 Česká gerontologická a geriatrická společnost**

Česká gerontologická a geriatrická společnost (dále jen ČGGS) je jedním z profesních sdružení České lékařské společnosti J. E. Purkyně (dále jen ČLS JEP), která vznikla v roce 1962. Nabízí specializované odborné znalosti a poradenství v celém rozsahu zdravotní a sociální péče o starší osoby. Mezi hlavní úkoly ČGGS patří podpora a šíření osvědčené klinické praxe a péče o seniory, zlepšení dovedností a znalostí v oblasti gerontologie a geriatricie. Slouží jako poradní orgán ministerstva zdravotnictví,

bojuje proti ateismu a věkové diskriminaci, snaží se o zlepšení image a prestiže těch, kteří pracují v oboru, a to jak odborné, tak i laické veřejnosti. V čele se postupně střídali naši přední lékaři a předsedkyní společnosti je doposud Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. (obrázek 1) (Kalvach et al., 2004).

### **1.1.1 Geriatrický pacient**

Překročení hranice stáří neznamena automaticky, že se člověk stává geriatrickým pacientem. Věková hranice by neměla být indikátorem, ale křehkost a profit ze specifického geriatrického režimu s prevencí geriatrického hospitalismu, z koncentrace geriatricky vyškoleného personálu. Geriatrického pacienta bychom neměli v žádném případě ztotožňovat s nesoběstačným pacientem. Zde neplatí definice: „starý člověk = dysaptibilní jedinec“. Geriatrického pacienta označujeme jako „křehkého“ seniora s horší adaptabilitou a se sníženými funkčními rezervami, který vyžaduje specifický odborný přístup (Kalvach; Onderková, 2006).

### **1.1.2 Geriatrické hodnocení**

Komplexní geriatrické hodnocení (dále jen CGA) by mělo pomoci geriatrickému týmu (lékař geriatr, geriatrická sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut a další) k identifikaci rizik, priorit a potřeb daného geriatrického pacienta (Kalvach; Onderková, 2006).

Hodnocení by mělo přinést větší účinnost a bezpečnost péče s lepším pochopením klientovo potřeb.

### **1.1.3 Geriatrická křehkost**

*„Stařeckou křehkost je tedy možno definovat jako „stav snížení fyziologických rezerv spojených se zvýšeným sklonem k invalidizaci (pády, fraktury, omezení v denním životě, ztrátu nezávislosti)“ (Weber et al., 2000, s. 11).*

Významným pojmem, který je těsně spjatý se stárnutím, je fyzická křehkost seniora. Stařecký pokles výkonnosti je dán generalizovanou slabostí, malou vytrvalostí

a poruchou rovnováhy. V průběhu stáří dochází k postupnému poklesu funkční zdatnosti. U seniorů se zhoršuje pohyblivost, stabilita, svalová síla, jemná motorika rukou, smyslové vnímání a kognitivní schopnosti. Projevem geriatrické křehkosti je hypomobilita, pomalá a nejistá chůze a instabilita s pády. Formulování geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů považujeme za velký pokrok v geriatrické medicíně, protože nám tím přináší lepší pochopení geriatrických klientů. Geriatrická křehkost je klinicky a funkčně závažný pokles potenciálu zdraví převážně v pokročilém stáří zatížený nepříznivou prognózou, ztrátou soběstačnosti a závažnými komplikacemi (imobilita) a výskyt některých chorob a úrazů (Schmeidler et al., 2009).

## **1.2 Geriatrické syndromy**

Geriatrické syndromy (dále jen GS) je třeba znát, nutno se s nimi obeznámit, protože jsou stěžejními problémy, se kterými se můžeme setkávat relativně často při kontaktu se seniory. Vyznačují se tím, že zhoršují významně kvalitu seniora. Imobilita, instabilita, inkontinence a intelektové poruchy se mohou vyskytovat izolovaně i společně a mohou se vzájemně ovlivňovat (Weber et al., 2000).

Velké GS jsou:

### **1.2.1 Syndrom imobility**

Je soubor negativních důsledků dlouhodobého či trvalého upoutání na lůžko, k hlavním projevům patří flekční kontraktury, svalová atrofie a dekubity. Řešením je důsledná prevence, každodenní fyzioterapie včetně posilování ortostatických mechanismů a pohybových stereotypů (jako je pasivní vzpřimování, postavování a poloha na lůžko v polosedě či vsedě). Imobilita je poruchou schopnosti nezávislého pohybu ve volném prostoru a může mít podle doby trvání charakter přechodný nebo případně trvalý (Schmeidler et al., 2009).

### **1.2.2 Syndrom instability s pády**

Při ústavním pobytu je potřebný zvýšený dohled, bezbariérová úprava prostředí, optimalizace osvětlení a zavedení tísňové signalizace. Je kladen důraz na používání kompenzačních pomůcek včetně chodítka a výběru vhodné obuvi. Senioři mají závratě a projevuje se u nich nestabilita různého původu (např. poruchy krční páteře, mozkového prokrvení či srdečního rytmu a jiné). Hlavním rizikem jsou pády, jimi způsobená poranění (zlomeniny, zhmožděny, tržné rány, nitrolební krvácení), nemožnost vstát po pádu s prochlazením a dehydratací. Instabilita je podmíněna poruchou mechanismu detekce schopnosti korigovat umístění organismu v prostoru (Kalvach; Onderková 2006).

### **1.2.3 Inkontinence**

Inkontinence představuje samovolný únik moči, případně stolice. Způsobuje problémy hygienické i společenské. Vzniká z poruch souhry funkce močového měchýře, střeva a řady faktorů zevního prostředí (Kalvach; Onderková 2006).

### **1.2.4 Intelektové poruchy**

Intelektovou poruchou se označují psychické změny ve stáří. Nelze je tak jednoznačně vymezit jako předchozí velké geriatrické syndromy. Zahrnují definice jako je demence, delirium či mozkové dysfunkce. Vyšší věk činí mozek více náchylný k vlivu různých chorob a degenerativním změnám. V oblasti biochemické dochází ve stáří k redukci enzymové aktivity a ta je vztahována k metabolismu acetylcholinu. Také sem můžeme dále zařadit stařeckou zapomnětlivost, která postihuje velkou většinu starších lidí (Benešová et al., 2003).

Zhodnocení duševního stavu a mentálních funkcí se stává nezbytné pro celkové lékařské zhodnocení. Zhodnocení kognitivních funkcí nám umožňuje např. MMSE – test podle Folsteina (příloha č.). Podle výsledků těchto testů můžeme pak zavést příslušná intervenční opatření (Weber et al., 2000).



## 2 DEMOGRAFIE STÁŘÍ

*„Světovým problémem je stárnutí populace. Demografické stárnutí lze popsat také tzv. indexem stáří, který určuje podíl počtu obyvatel ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0 - 14 let. Pokud se podíváme na trend tohoto indexu, je jasné, že demografické stárnutí reálně existuje také v České republice. Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává zdravotnickou prioritou stárnutí populace“ (Kalvach; Onderková, s. 8).*

Lidský věk se prodlužuje a populace stárne. V naší společnosti dochází a bude i nadále docházet k přibývání starých lidí. V České republice je velmi nízká porodnost, klesá úmrtnost a více lidí se tak dožívá stáří. Dochází k výraznému přibývání velmi starých lidí ve věku 85 a více let. Podíl stárnoucí populace - zejména velmi staré - má nejen v naší zemi, ale i v Evropě a celosvětově trvale vzestupný trend. Demografická prognóza české populace do budoucnosti předpokládá do roku 2030 její další zestárnutí až o 4 roky střední délky života. Početní zastoupení seniorů v populaci bude stále narůstat. V této oblasti tato prognóza podtrhuje fakt, že je nutné se na tuto skutečnost profesně i materiálně připravit po všech stránkách a v předstihu začít vytvářet zdravotně-sociální síť zařízení, jako jsou stacionáře a domovy pro seniory (Weber et al., 2000).

Demografický strom života bezesporu košatí směrem k vyšším věkovým kategoriím, a proto by se péče o seniory měla stát v budoucnu ústředním zájmem a aktivitou každé civilizované společnosti (Weber et al., 2000).

Péče o starší občany se musí stát v budoucnu ústředním zájmem a aktivitou každé civilizované společnosti. Proces stárnutí je zákonitý a je třeba ho respektovat.

### 2.1 Stáří a stárnutí

Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici. Člověk moderní doby nechce vidět, nechce slyšet a nechce být starý. Stáří je obávaná etapa lidského života (Haškovcová, 2010).

Stárnutí je vlastností každého živého organismu, je nedílnou součástí života a je nezvratné. Lidstvo provází po celou dobu jeho existence. Stárnutí je významným fenoménem života moderní společnosti, který se v souladu s aktuálními demografickými

trendy stává stále diskutovanějším. Nicméně je jisté, že na demografické změny ve smyslu změny věkové struktury se společnost musí adekvátně připravit (Pokorná 2010).

*„Stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decenia, a to v závislosti na náročnosti prostředí“ (Mühlpachr, 2005 s. 16).*

Stárnutí a stáří jsou tématem, které ve všech epochách znepokojují nejen lidstvo samo, ale i odborníky různých oborů (Mühlpachr, 2004).

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají (Mühlpachr, 2005).

Život nás všech probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách. Každá etapa má své zákonitosti, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je. Stáří je všeobecně chápáno negativně, z pohledu ztrát možností a radostí života, naděje, optimismu, omezení. Stáří ale takové být nemusí. Většina lidí si při zmínce o stáří představí nesoběstačnou osobu, neschopnou samostatného života, závislou na pomoci jiné osoby při všech běžných činnostech, pro něž je ideální umístění do ústavní péče. Pro mnoho lidí je však stáří jedním z nejkrásnějších životních období, protože mají volný prostor k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Člověk, který umí využít šanci každého dne, umí i zdravě a pohodově stárnout. Proto se hovoří i o umění stárnout. Je to záležitost, která se týká každého z nás. Stárnutí je přirozená etapa vývoje člověka, která završuje lidské bytí, je kontinuálním procesem zahrnující všechny změny, které nastanou v organismu mezi počtím a koncem života. Všechny tělesné systémy nakonec vykazují sníženou výkonnost, zpomalenou obnovu i skutečné změny ve složení tkání. Tělo se stává zranitelnější. Objevují se signály od tělesných systémů, které jsme dříve ani nevnímali: kardiovaskulární soustavy, nervového systému vč. mozku, svalů, kostí, atd. (Mühlpachr, 2005).

Involuční znaky stáří se dostávají pozvolna, skutečně staří lidé již pravidelně vykazují snížení psychických a fyzických sil. Na jejich zevnějšku jsou patrné

nepřehlédnutelné změny. Stáří se stává čitelným v gestech, ve tváři a v chůzi (Haškovcová, 2010).

V odborné literatuře můžeme nalézt mnoho pokusů o definování stáří a stárnutí, ale žádná z těchto definic není definitivní. Stáří a stárnutí jsou relativní pojmy, jejich nástup je individuálně odlišný. Průběh stárnutí probíhá u každého jedince jinak. V organismu probíhá ve stáří řada změn na úrovních: tělesné, psychické a sociální. Reakce stárnoucího člověka na tyto změny a to, jakým způsobem se s nimi bude vyrovnávat, jsou ovlivněny hlavně jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi na okolí a jeho možnostmi (Malíková, 2011).

Průběh stáří závisí zejména na zdravotním stavu a sociálních okolnostech. Na otázku, kdy je člověk starý, nelze odpovědět jednoznačně, člověk stárne již od narození a každý stárne jinak. Stáří je přirozený proces změn, není nemoc, je to plynulý, přirozený, pozvolný fyziologický proces, při kterém dochází ke změnám v psychice a ke změnám v organismu. Stárnutí přináší postupný pokles tělesných a duševních funkcí, které spolu s nemocemi omezují staršího člověka a zhoršují jeho celkovou výkonnost. Odchod do důchodu, úmrtí blízkých přátel nebo partnera může změnit společenské postavení a dlouholeté společenské vztahy staršího člověka. Všem těmto změnám se starší lidé přizpůsobují (Benešová, 2003).

V období stáří se každý člověk musí vyrovnat s vlastní smrtelností. Většina lidí se ohlíží zpět a hodnotí dosavadní život. Se stářím či stárnutím jsme všichni konfrontováni. Všichni co jsme odrostli teenagerovským letům, můžeme na sobě pozorovat, jak činnosti, které jsme dříve hravě zvládali, dnes dokážeme uskutečnit za daleko většího úsilí a některé již nezvládneme ani při nejlepší vůli. U člověka se stárnutí projevuje především úbytkem fyzické zdatnosti, zhoršenou schopností přizpůsobovat se novým podmínkám a narůstajícím množstvím tělesných poruch. (Benešová 2003).

Stárnutí je individuální a kontinuální proces. Přitom je dobré uvědomit si, že naše tělo nestárne na všech svých místech stejně rychle, ale tak, že některé orgány stárnou rychleji, zatímco jiné vydrží bez poruch sloužit mnohem déle (Vaňurová; Múlpachr, 2005).

Stáří je neodmyslitelnou součástí a etapou každého života. Každý si určitě pokládáme otázky. Jaké to tedy je - být starý? Kdo je vlastně starý člověk?

### **2.1.1 Kalendářní stáří**

Stáří určujeme v současné době prakticky pouze jediným způsobem: pomocí tzv. chronologického, kalendářního věku. Tedy dobou, která uplynula od narození jedince. Je dán datem narození, řídí se kalendářem a je zapsán v matrice. Jeho výhodou je jednoznačnost. Při podrobnějším pohledu se ukazuje, že pro tento účel je kalendářní věk nedostatečným kritériem. Je tedy zřejmé, že potřebujeme jiné měřítko stáří než je běžně používaný kalendářní věk. Tímto měřítkem je tak zvaný biologický věk (Haškovcová, 2010).

### **2.1.2 Biologické stáří**

Svůj skutečný nebo také funkční věk zná každý z nás, ale jaké je biologické stáří vašeho těla? Odvozuje se od toho, jak člověk vypadá, jakých je schopen aktivit a jak se cítí. Biologické změny jsou vlivem stárnutí nejvíce znatelné. Biologické stáří na rozdíl od kalendářního ukazuje opravdovou míru opotřebení organismu člověka (Mühlpachr, 2004).

Biologické změny způsobeny vlivem stárnutí jsou znatelné nejvíce. Mění se vzhled člověka, často dochází k poklesu výšky, hmotnosti a svalové hmoty. Hovoří se o tom, že starý člověk roste do země. U starších lidí se snižuje pohyblivost, mění se držení těla a zhoršuje se koordinace pohybů. Kostí jsou křehčí, hrozí osteoporóza a zlomeniny. Kůže ztrácí pružnost, ztenčuje se, vyskytují se také vrásky. Vlasům ubývá vlasový pigment, šedivějí a ztenčují se a v důsledku úbytku vlasových folikul, vypadávají. Ochlupení řídne, a nehty rostou pomaleji. Tělo je obecně více náchylné na infekce a jiná zhubná onemocnění. Z hlediska změn nervového systému dochází ke zpomalení nervového vedení, poruchám spánku, atrofie mozku s horšením vstřípivosti a výbavnosti informací. Dochází ke snížení průtoku krve všemi orgány, často jsou poškozeny tepny a dochází k ateroskleróze či hypertenzi. Vyskytují se problémy s regulací tělesné teploty, zhoršuje se schopnost adaptovat se klimatickým změnám, hrozí podchlazení nebo přehřátí. Snižuje se funkce dýchacího aparátu a vitalita plic, může dojít také k hypoxii. Dále dochází k poruchám motility trávicí trubice, je zhoršená schopnost ledvin a objevují se poruchy s funkcí močového měchýře. U starých lidí velmi často dochází k opotřebování nebo ztrátě chrupu. V neposlední řadě nesmíme opomenout

involuční změny ve smyslovém vnímání. Sluch přestává reagovat na vyšší zvukové frekvence, objevují se šelesty a nedoslýchavost. Snižuje se zraková ostrost, vnímání barev, zhoršuje se schopnost akomodace čočky. Schopnost rozeznávání vůní a chutí také ubývá. Ani psychika není ušetřena involučního procesu. Starý člověk nevnímá ostře, hůře vidí a slyší, obtížněji se orientuje v praktickém životě (Payn et al., 2005).

Starý člověk je z tohoto pohledu tehdy, kdy jednotlivé části a orgány lidského těla částečně vypovídají službu, ochabují, nepracují tak, jak by si jejich vlastník přál (Mühlpachr, 2004).

Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost.

### **2.1.3 Sociální stáří**

Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečný odchod do důchodu, tzv. penzionování. Postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Patří sem např. ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně a hrozba ztráty soběstačnosti. Odchod seniora do starobního důchodu ho nutí k novému uspořádání svého života, mění se mu životní stereotyp, dochází k přerušení kontaktů, sníží se finanční zdroje a člověk mnohdy začíná žít svůj osamělý život. Sociální izolace je pro seniory velkým stresem a může vést až ke smrti. Většinou se sociální izolace objevuje u osaměle žijících starých jedinců, jejichž rodina je vzdálena nebo nemají rodinu a nemají žádné kontakty s přáteli, sousedy a okolím. Dosažení důchodového věku neznamena automatický důvod pro odchod do důchodu. Je třeba posuzovat zcela individuálně a přihlížet ke skutečným tělesným a duševním schopnostem a přáním starého člověka. Je velmi stresující a pro člověka problematický nucený odchod do důchodu. Hrozba sociální izolace starších lidí je výzvou pro změnu společenské atmosféry. Úkolem každé vyspělé společnosti je staré osoby integrovat, ne je segregovat. Zabránění jejich sociální izolaci znamená zvýšení jejich životní a sociální aktivity, a tedy v důsledku i jejich prostorové mobility (Schmeidler et al., 2009).

#### 2.1.4 Psychologické stáří

Všechno živé stárne, ale jenom člověk si stárnutí uvědomuje. Právě na tom, jak si člověk dokáže přiznat svoji životní etapu stárnutí a stáří, závisí jeho uvědomění si potřeby prevence v jeho životě (Haškovcová, 2010).

Podat přehledný a snad i vyčerpávající nástin poznatků o psychice stárnoucího člověka je velmi obtížné. Říkává se, že stáří karikuje povahu a typické vlastnosti jednotlivce se s věkem skutečně zvyrazňují. Ukazuje se, že následující etapa v životě člověka je vždy významně ovlivněna těmi předcházejícími (Haškovcová, 2010).

Můžeme také hovořit o moudrém stáří, jelikož staří lidé mají většinou větší stálost ve svých názorech. Změny ve stáří nemusí vždy směřovat k horšímu, ale naopak. Názory odborníků na psychické změny s přibývajícím věkem nejsou jednotné. Vliv mají faktory genetické, různé okolnosti v životě, osobnost člověka, navyklý způsob života, šíře a hloubka zájmů. Psychika seniora je utvářena celým jeho předchozím životem. U seniorů se také snižuje celková psychická adaptabilita. Staří lidé jsou nejistí v cizím prostředí, mají nedůvěru k cizím lidem a celkově se u nich projevuje nechuť ke změnám. Staří lidé dávají přednost stereotypům a rutinně. Senior obtížně chápe nové situace a těžko se učí novým věcem. Staří lidé kladou důraz na dodržování řádu, jejich myšlení je rigidní, mají tendenci k moralizování a dogmatismu (Vágnerová, 2005).

Psychologické aspekty ve stáří se staly předmětem odborného zájmu až ve 20. století. Je důležité se naučit být spokojen se svým životem, tomu se říká umění, ale je také velmi dobrou prevencí před špatnou povahou ve stáří.

## 2.2 Členění věkových kategorií ve stáří

Věk je považován za jednu ze základních charakteristik člověka. Jde o důležitý ukazatel. Samotný věkový údaj však, ale nemá dostatečnou vypovídající hodnotu, a to zejména ve stáří. Věkové kategorie jsou členěny několika odlišnými způsoby.

Podle definice Světové zdravotnické organizace je „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“ (Haškovcová, 2010, s. 20).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z věkových cyklů:

60 - 74 let	senescence (počínající, časné stáří)
75 - 89 let	kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
90 let a více	patriarchum (dlouhověkost)

V současné době je hodně rozšířené a užívané členění stáří podle Mühlparcha (2004):

65 - 74 let	mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
75 - 84 let	staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemoci)
85 let a více	velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

Je třeba zdůraznit, že každý člověk stárne od zrození a každý stárne jinak. V běžném životě je obvyklou praxí, že za starého člověka je považován každý, kdo dosáhl penzijního věku, protože známe „staré mladíky“ a „mladé staříky“ (Haškovcová, 2010).

### 2.2.1 Dlouhověkost

*„Dlouhověkost je označení pro pokročilý věk, obvykle to bývá nad 90 let. Jako index dlouhověkosti je označován poměr dlouhověkých ke všem osobám ve věku 60 a více let v dané populaci (90+/60+). V souvislosti s dlouhověkostí lze uvažovat i o maximální délce života“ (Mühlpachr, 2005, s. 18).*

Nepatrný zlomek populace tvoří dlouhověcí senioři, ale jejich počet začíná stoupat, je to vlivem zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost a medicínský pokrok, zde hraje též svoji roli. Dlouhověcí jedinci představují prototyp zvýšené odolnosti k nemocem a stresu, včetně dobré přizpůsobivosti ke změnám okolí. Délka přežití je významně ovlivněna přítomností rizikových faktorů a podstatná je i volba životního stylu. Příčinou posouvání hranic do vyššího věku je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního a funkčního stavu (Kalvach; Onderková, 2006).

## **2.3 Životní změny ve stáří**

V organismu probíhá ve stáří řada změn. Venglářová (2007) je popisuje na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální.

Přehled změn ve stáří podle Venglářové (2007 s. 12)

### **2.3.1 Tělesné změny:**

Změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny smyslů, kardiopulmonální změny, změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování), změny vylučování moči, změny sexuální aktivity.

### **2.3.2 Psychické změny:**

Zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku.

### **2.3.3 Sociální změny:**

Odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže.

Reakce stárnoucího člověka na tyto změny a to, jakým způsobem se s nimi bude vyrovnávat, jsou také ovlivněny hlavně jeho osobností, výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi. Podle Venglářové (2007, s. 15) „*se člověk učí způsobům chování v určité době a na určitém místě*“.



## **2.4 Adaptace na stáří**

Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná jeho reakce a adaptace na stáří. V naší společnosti se dožíváme stále vyššího věku a zároveň také klesá počet narozených dětí. Zvyšuje se postupně počet seniorů, dochází ke změně věkové struktury populace a tzv. demografickému stárnutí. Existuje několik způsobů, jak lidé reagují na stáří a stárnutí. Adaptace jedince na stáří závisí na mnoha faktorech, ale nejdůležitější je osobnost člověka, jeho zkušenosti a životní filozofie (Malíková, 2011).

## **3 SENIOR**

Pod pojmem senior si každý z nás představí někoho jiného. Senior je odborné označení pro starého člověka, obvykle to bývá občan státu, který pobírá starobní důchod. Za seniora můžeme též považovat jedince, kteří dosáhli věku nad 65 let, bez ohledu na jejich zdravotní stav a pobírání důchodu. Také můžeme tímto výrazem rovněž označit osobu, která nedosáhla zmiňovaného věku, ale v závislosti na svém společenském postavení či vnímání společenské reality, by se do skupiny seniorů zařadila sama. Senioři mají mnohé rysy společné, ale i přesto se tak navzájem velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých nárocích a potřebách (Mühlpachr, 2005).

### **3.1 Komunikace se seniory**

Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Znamená prakticky základ všech lidských vztahů (Pokorná 2010).

Stárnoucí člověk se může velmi jednoduše stát osobou, která postupně nerozumí pojmům, které užívá okolní společnost. V komunikaci se seniorskou populací je nezbytné zohlednit aktuální stav kognitivních schopností a aktuální psychický stav

v dané situaci. Důstojnost klienta je závažnou prioritou při poskytování zdravotní a sociální péče. Komunikace je mnohostranný a složitý fenomén (Pokorná 2010).

Každý člověk má svůj styl komunikace, často používaná slova a tempo řeči. Efektivní komunikace se stává zásadním prvkem účinně poskytované ošetrovatelské péče. Významným činitelem může být také předchozí osobní zkušenost, která se promítá do své profesní praxe. Respektování autonomie seniora a haptika je v ošetrovatelské péči nedoceneným aspektem, která umožňuje navázání účinného vztahu mezi sestrou a seniorem. Z mnoha odborných zdrojů vyplývá, že starší lidé a senioři udrží méně informací, proto je zde nutné uplatňovat zpětnou vazbu. (Venglářová, 2007).

*„Komunikační techniky a dovednosti používané v sociální interakci musí být přizpůsobeny individuálním požadavkům komunikujících subjektů“* (Pokorná 2010, s. 49).

U seniorů je velmi důležité přizpůsobit sdělovací komunikační styl schopnostem a dovednostem naslouchajícího, zvýší se tak pravděpodobnost porozumění a omezí se možnost nesprávného pochopení ze strany seniora. Literární zdroje uvádí, že v obecné rovině není potřeba respektovat žádná zvláštní omezení v komunikaci se seniory, nicméně je nutné individuálně přistupovat k jednotlivým klientům a hodnotit jejich kapacitu, schopnosti a potřeby. Starší lidé bez ohledu na zub času a onemocnění nevykazují ztrátu inteligence, ale mohou vyžadovat více času pro sestavení verbální odpovědi nebo pro vyhledávání informací z dlouhodobé paměti. Při hodnocení jednotlivého seniora je nutno zmínit dva hlavní sledované činitele: kalendářní a biologické stáří - věk. Velmi výraznou determinantou komunikace se seniory jsou také další změny v sociální oblasti. Starý člověk je vystaven tzv. generační osamělosti. Musí se smířovat se smrtí svých vrstevníků, životního partnera apod. Stejně jako v každé profesní skupině, tak i mezi zdravotníky - lékaři se vyskytuje specifický profesní slovník. Žargon v ošetrovatelství (bažant - močová láhev, gramofon - pojízdná toaleta, ležák - ležící klient), senioři velmi těžko chápou tyto pojmy, jsou pro ně devalvující, sestra by se jich měla vyvarovat. K ovlivnění procesu komunikace by neměla vést sestru časová tíseň. Jistě se zde odráží také fakt, že na základě poznání se rozvíjí vztah vzájemného porozumění a dochází k posilování pocitů důvěry. V domově pro seniory strávíte více času s jednou osobou opakovaně, máte možnost ji poznat a tak se věnovat jejím běžným životním otázkám. Základní strategií pro podporu účinné komunikace

a porozumění v interakci se seniorem je jeho důkladná individuální diagnostika (Pokorná 2010).

Je velmi důležité být seniorům na blízku, pohladit je po vlasech, držet za ruku, dotknout se tváře, podat lžici s jídlem a dát napít, to je to, co od nás senior očekává. K primárním potřebám starých lidí patří pocit bezpečí a jistoty a vytváření vztahu důvěry.

Hlavním kritériem efektivní a správné péče, nejen v geriatrii a gerontologii, je nezbytný předpoklad znalosti: „Vědět, kdo jsem já, kdo je můj klient a co navzájem od sebe očekáváme.“ Kolem křehkých geriatrických klientů s ohroženou či ztracenou soběstačností v základních ADL se rozvíjí komplexní týmová péče, která vyžaduje kontinuitu, dobrou koordinaci a aktivní přístup, neboť mnozí křehcí a závislí staří lidé nesignalizují své potřeby (Kalvach et al., 2008).

Etický přístup k seniorům by měl být samozřejmostí.

### **3.2 Domov pro seniory**

Domovy důchodců byly přejmenovány na domovy pro seniory až po roce 1989, ústavní péče se dostala v naší zemi v tomto období do popředí zájmu. Do té doby byla ústavní péče téměř tabu. Úroveň péče v ústavech byla velmi nízká, a to nejen co do materiálního vybavení, ale též po personální stránce a stát měl zájem na zviditelnování starých osob. Po roce 1989 můžeme sledovat velký krok kupředu v úrovni zabezpečování služeb v domovech pro seniory. Posláním domova pro seniory je zajištění důstojného, kvalitního a plnohodnotného života seniorů při zachování běžných společenských aktivit a samostatnosti. Senioři mohou prožívat svůj život svým navyklým stylem dle svých přání a potřeb, s individuálními zvyklostmi, při zachování lidských práv a svobod. Kromě ubytování a stravování je nabízena seniorům pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, dále pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, sociálně terapeutické činnosti a kontakt se společenským prostředím, aktivizační programy a pomoc při uplatňování práv. Současné domovy pro seniory jsou zpravidla pěkně vybaveny, vícelůžkové pokoje se vyskytují ojediněle a jsou zde tolerovány oblíbené bytové doplňky. V návaznosti na moderní trendy péče, které jsme přebrali z vyspělých západních zemí, se uživateli sociálních služeb začalo

říkat klient. Je velmi důležité klientovi zajistit pocit bezpečí a jistoty. Předpokladem spokojenosti ve stáří je potěšení, jehož zdroje jsou velmi individuální a každý člověk by si je měl bedlivě chránit. Mít radost a nacházet radost se daří s přáteli, s blízkými lidmi a jiný se těší ze svých koníčků. Zdrojem radosti u seniorů jsou i maličkosti (Broncová - Klicperová, 2010).

*„Stárnoucí člověk ale neztrácí pouze své nejbližší, ztrácí také svou sociální roli a sociální status a zejména ztrácí, v důsledku procesu stárnutí, část svých dřívějších kompetencí“* (Mühlpachr, 2005, s. 21).

S postupujícím věkem se stárnoucí člověk často stává více a více závislým na svém okolí, zejména na svých dětech a také i na sociálních zařízeních. Mnozí senioři mají a budou mít to štěstí, že se požehnaného věku dožijí v dobré psychické a fyzické kondici a že služby domova pro seniory nebudou potřebovat. Ne všichni však mohou takto prožívat své stáří a těm je nabídnuta pomoc v domovech pro seniory, kde zaměstnanci dělají vše pro své klienty, aby se zde cítili jako doma (Broncová - Klicperová, 2010).

## **4 PÁDY**

Pády postihují značnou část staré populace, většinou jde o opakované epizody a incidence pádů narůstá s věkem a polymorbiditou. Jsou nejčastější příčinou smrtelných úrazů u osob starších 65 let. Pády u seniorů jsou důležitým signálem, který by měl ošetřující personál vést k podrobnému vyšetření klienta a zhodnocení rizika zevního prostředí. Vhodnou intervencí lze riziko opakujících se pádů významně u seniorů omezit. Pády představují ve věkové kategorii seniorů nejčastější a současně nejrizikovější mimořádnou událost. Je logické, že u seniorů vedou pády k závažnějším komplikacím než u mladších osob. Pády řadíme mezi mimořádné události. Mimořádnou událostí ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení myslíme takovou událost, která má za následek poškození zdraví nebo majetku a vzniká jako důsledek selhání lidí nebo technologie. Pády u starších osob jsou významným problémem pro řadu klientů v ústavní péči, jak ve zdravotnickém, tak v sociálním zařízení nebo v domácím prostředí. Vše ale nelze předejít, příčiny jsou multifaktoriální, ale preventivní programy a individuálními strategiemi lze snížit následky. Četnost pádů seniorů nutí klinické

pracovníky zabývat se problémem pádů. Pády jsou normální u dětí, kde se jedná o běžnou část lidského vývoje. Když spadne miminko, rodiče se zděsí, ale maličkému se většinou nic vážného nestane. Když upadne malé dítě, odře si koleno. Teprve teenageři mají zlomené kosti, když upadnou nešikovně, stává se to většinou při sportu, ale kosti jim srostou rychle. Když ale upadne senior, je to téměř vždy velký problém, neboť staré kosti jsou velmi křehké a srůstají pomalu. Staří lidé se proto pádů obávají a to je často hlavní příčinou. Říká se, že strach z pádu přivolává pád a strach z opakování pádů, nebo jejich následků vede k omezení denních aktivit u 20 až 40 % seniorů (Topinková, 2005).

Pády mají své psychosociální aspekty. Strach seniorů z pádů je poměrně logický: většinou hůře chodí, nejsou schopni rychlých pohybů, jejich smysl pro rovnováhu je oslabený. K tomu je třeba přičíst častější deprese a úzkosti a mix je hotový. Pád je jednou z nejčastějších událostí, ke kterým dochází ve zdravotnických a sociálních zařízeních, a nejčastěji se vyskytuje u klientů nad 65 let, jsou pro většinu seniorů velkým problémem, není však proč se za ně stydět, patří k životu i přibývajícimu věku a jsou významným symptomem křehkosti pozdního stáří (Jarošová, 2006).

Pád nepovažujeme za nemoc, ale je symptomem, který by měl vést nejen k podrobnému vyšetření nemocného, ale ke zhodnocení rizika zevního prostředí (Benešová, 2003).

Pády u starších osob představují závažný problém, který významně zhoršuje kvalitu života. U starších klientů jsou jedním z typických komplexních geriatrických symptomů a signalizují přítomnost často mnohočetné orgánové patologie. Mohou mít pro klienta fatální následky a zhoršují pověst sociálního nebo zdravotnického zařízení. Opakované pády, obava z poranění a z nemožnosti vstát z podlahy patří k nejčastějším příčinám žádosti o přijetí do sociálního zařízení. Systematická prevence pádů je důležitou součástí péče o staršího člověka. (Kaňovský, 2004).

## **4.1 Definice pádů**

Obecně nebyla přijata žádná definice pádů, proto pády zůstávají definovány a také hlášeny různými způsoby. Přesto je velmi důležité, aby každé zdravotnické a sociální zařízení definici pádu mělo, a tak mohlo přesně a soustavně sledovat a hodnotit získaná

data. Např. „pád můžeme definovat jako náhlý a neočekávaný sestup ze stoje, ze sedu nebo i z horizontální polohy, včetně sklouznutí ze židle na zem s poraněním nebo i bez poranění klienta. Přijatelná je i definice mimořádné události vyústující v nezamýšlené spočinutí klienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu" (Joint Commission Resources, 2007, s. 21).

Poté, co je definice pádu vytvořena, musí být také přijata zdravotníky, aby ji mohli vhodně a efektivně používat při vyplňování hlášení. Pády by měly být řádně hlášeny a analyzovány, ale sociální zařízení musí mít jasnou definici pádu.

## **4.2 Etiologie pádů**

S přibývajícím věkem dochází prakticky na všech úrovních k fyziologickým změnám. U starších lidí se často setkáváme s obtížnějším vyrovnáváním ztráty rovnováhy, dochází ke snížení stability i v klidném stoji. Asi 1/3 zdravých osob nad 65 roků a 1/2 nad 80 roků žijících doma upadne nejméně jednou za rok. U obyvatel domova seniorů i přes omezenou fyzickou aktivitu upadnou 2/3 alespoň jednou za rok. O většině pádů se lékař vůbec nedozví, jelikož senioři vyhledají lékaře v případě potíží (poranění, zlomenina). Většina (95 %) pádů se stane při běžných každodenních činnostech - a to obvykle bývá doma. Zranění při pádech jsou šestou až sedmou příčinou smrti u seniorů nad 65 roků (Charvátová et al., 2004).

### **4.2.1 Soběstačnost**

Soběstačnost je chápána jako schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí. Můžeme ji také definovat jako poměr mezi zdatností klienta a náročností prostředí. Ošetrovatelský personál by měl věnovat bezpečnosti a náročnosti klientova prostředí velkou pozornost. K zachování či obnově soběstačnosti vede léčení, rehabilitace klienta, ale také ovlivňování jeho prostředí (instalace kompenzačních pomůcek a bezbariérová úprava). Personál by měl věnovat bezpečnosti a náročnosti klientova prostředí velkou pozornost (Kalvach; Onderková 2006).

Soběstačnost závisí na zdravotním stavu člověka a k úrovni jejího posuzování používáme testy. Velmi užitečným pro práci nelékařských zdravotnických pracovníků

v péči o seniory bude průběžně prováděné hodnocení soběstačnosti pomocí testu základních všedních činností (ADL) podle Barthela (příloha 2), případně testu instrumentálních všedních činností (IADL) podle Lawtona a Bodyho (příloha 3). Oba testy umožňují průběžné komplexní hodnocení stavu klienta (Topinková, 2005).

### **4.3 Příčiny pádů**

S věkem dochází fyziologicky ke změnám, které mohou zvyšovat náchylnost k pádům poklesem sensorické aferentace. Stařecká chůze je pomalejší a vyznačuje se kratším krokem. Významné poruchy chůze má 15 % seniorů a 25 % seniorů používá hůl (Gebauerová et al., 2004).

#### **4.3.1 Zevní příčiny pádů (mechanické)**

Vnější rizikové faktory nevycházejí přímo z organismu, mají vztah k prostředí. Tyto příčiny bývají často podceňovány. Mechanické pády vznikají z důvodu různých mechanických překážek a tvoří asi 25 až 30 % všech pádů u seniorů. Pád může vzniknout uklouznutím, zakopnutím, chůzí po schodech, ale také opřením se o nepevný kus nábytku. Mezi mechanické příčiny pádů řadíme nebezpečný povrch, jako je například kluzká podlaha, shrnovací koberečky, překážky v cestě (prahy, schody) špatné osvětlení (nedostatečné osvětlení, tma a odlesky). Mechanickými překážkami se mohou stát i kompenzační pomůcky jako jsou berle, hole nebo chodítka (Benešová 2003).

#### **4.3.2 Vnitřní příčiny pádů (symptomatické)**

Vnitřní rizikové faktory závisí na typu poskytované péče. Mnohé z nich jsou spjaty se změnami závislými na věku klientů. Vnitřní příčiny pádů se uplatňují u 50 až 70 % všech pádů seniorů. Z tohoto celkového množství připadá, podle zjištěných údajů, na pády při poruchách chůze nebo rovnováhy a další procenta vystihují pády při vertigu, poruchách vízu, synkopách, akutních stavech a dalších chorobách. Ve stáří je typické, že se mezi sebou kombinují mechanismy cévní, mozkové, kardiální, metabolické,

ale i věkem podmíněné změny zraku, sluchu a vestibulárního aparátu, které se také významně podílí na náchylnosti k pádům (Benešová 2003).

## **4.4 Komplikace pádů**

Riziko pádu roste exponenciálně s věkem. Ze všech zlomenin způsobují nejvíce úmrtí a vedou k nejzávažnějším zdravotním problémům zlomeniny krčku stehenní kosti, ale také velmi často dochází vlivem pádu k poranění mozku. Pády s časnými komplikacemi jsou důvodem k hospitalizaci seniorů. U starších osob jde nejčastěji o fraktury proximální části femuru (krček), dále následují další fraktury: pánve, obratlů, žeber, humeru a zápěstí. Z 80letých žen utrpí frakturu krčku téměř 1/5, z toho 5 % umírá během hospitalizace na pozdní komplikace pádů. Přestávají chodit, stávají se tak závislými na pomoci druhých osob a dochází k rozvoji imobilizačního syndromu (Klán; Topinková, 2003).

### **4.4.1 Časné komplikace**

Mezi časné komplikace, které doprovází menší pády, můžeme zařadit modřiny (hematomy), odřeniny (exkoriace) a tržné rány. Kontuze měkkých tkání je obvykle podceňována jako nevýznamná, je však bolestivá a může být příčinou přechodné ztráty soběstačnosti vyžadující podporu. Obávanou komplikací po pádu je také subdurální hematom. U větších pádů bývají přítomny zlomeniny (fraktury). Nejčastější zlomeniny, které převažují mezi seniory, jsou zlomeniny krčku kosti stehenní, zápěstí, obratlů a jiné (Klán; Topinková, 2003).

### **4.4.2 Pozdní komplikace**

Zlomeniny vedou často k další komplikaci a tou je imobilita, laicky řečeno upoutání na lůžko. Do pozdních komplikací zahrnujeme vznik částečné nebo úplné imobility seniora a komplikace s ní související. To vše může mít pak za následek duševní trauma, které může v některých případech vyústit i ve smrt (Klán; Topinková, 2003).



#### 4.4.3 Prevence zlomenin

U stárnoucí populace se stávají zlomeniny velmi běžným a vážným zdravotním problémem. Riziko osteoporotické zlomeniny lze snížit kombinací léčebných strategií. Preventivní program spočívající v podávání kalcia a dostatečném příjmu vitamínu D, přiměřené fyzické aktivitě a úpravě rizik prostředí, ve kterém klient žije, může významně snížit incidenci zlomenin a s ní spojenou zvýšenou morbiditu a mortalitu. Preventivní opatření jsou tedy naléhavě potřebná, je důležité si uvědomit, že vyvážená strava spolu s přiměřenou fyzickou aktivitou přispívají k celkovému zdraví seniorů i ke snížení výskytu osteoporózy (Klán; Topinková, 2003).

#### 4.5 Imobilizační syndrom

*„Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu“* (Trachtová, 2001, s. 35).

Imobilizační syndrom se rozvíjí jako celková odezva organismu na klidový režim klienta, který může být naordinovaný nebo nevyhnutelný. Může jít o krátkodobou záležitost, nebo se může také jednat o dlouhodobý až trvalý stav. Mezi nejčastější příčiny imobility pacientů patří bolest, poruchy kosterního a svalového systému, poruchy nervového systému, psychosociální problémy a infekční procesy. Schopnost pohybovat se volně bez omezení je známá pod pojmem mobilita a opakem mobility je imobilita, což znamená neschopnost pohybu. Disabilita znamená neschopnost pohybu či slabost z psychických nebo fyzických příčin, která klienta omezuje. Imobilita může být primární jako následek choroby, úrazu (např. transverzální míšní léze - úplná plegie i paréza, klient je neschopen pohybu i vnímání), nebo sekundární, která se vyvíjí druhotně např. po úrazu. Imobilizační syndrom se projevuje poruchami krevního oběhu, dýchacího systému, kostry, svalů, kloubů, poruchami GIT, močového ústrojí, kůže a podkoží, ale také poruchami psychického stavu klienta. Uvedeným komplikacím můžeme zabránit, nebo také jejich riziko podstatně snížit správnou a včasnou ošetrovatelskou péčí (Trachtová, 2001).

#### **4.5.1 Komplikace imobilizačního syndromu**

Všechny výše uvedené stavy mohou vést k orgánovým dekompenzacím. Změny na svalovém a kosterním systému mohou vyústit až ve fraktury kostí, které jsou oslabené osteoporózou. Kardiální změny mohou vyústit až v selhání srdce následkem plicní embolie a z dalších dekompenzací je to například respirační selhání při pneumonii. Řadíme sem i zmiňované pády při ortostatické hypotenzii, dekubitální sepsy a renální selhání. Léčba imobilizačního syndromu souvisí s minimalizací působení rizikových faktorů, jedná se o včasnou mobilizaci klienta, fyzikální a antiagregační terapii tromboembolické nemoci, podporu vykašlávání sputa, polohování klienta, péči o kůži, podporu střevní peristaltiky a také psychickou podporu (Kalvach et al., 2008).

#### **4.5.2 Prevence imobilizačního syndromu**

Zamezit imobilizačnímu syndromu je úkolem rehabilitačního ošetřování. Po překonání akutní fáze nemoci má sestra klienta co nejvíce aktivizovat, tj. vést ho systematicky k tomu, aby pohyboval končetinami, prohloubil dýchání, aby se posazoval, postavil se a chodil (tzv. vertikalizace). Je žádoucí, aby prováděl základní úkony sebeobsluhy (sebenasyčení, otočení nebo zvednutí se na lůžku, podání si věci z nočního stolku apod.). Cílem této činnosti je pomoci klientovi k postupnému získání soběstačnosti, zvládnutí osobní hygieny a oblékání. Speciální péči o hybnost, soběstačnost a samostatnost klientů zajišťuje léčebná rehabilitace. Odborně připravení pracovníci – fyzioterapeuti usilují různými metodami a prostředky o obnovení nebo zlepšení funkce organismu nebo funkce některých částí těla a o maximální aktivizaci schopností klienta. Návčik výše vyjmenovaných činností a praktických dovedností vede k samostatnosti (Trachtová, 2011).

#### **4.5.3 Ošetřovatelská rehabilitace**

Prioritou v oblasti ošetřovatelské rehabilitace je zpomalit ztrátu funkčních schopností klienta a zabránit vzniku nepříznivých sekundárních změn. Ošetřovatelskou rehabilitaci

provádí s klienty fyzioterapeuti, kteří také učí sestry a pomocný ošetřující personál, jak s klienty zacházet a samostatně provádět rehabilitaci. V rámci ošetřovatelské rehabilitace je nutné provádět prevenci imobilizačního syndromu, který vzniká v důsledku dlouhodobého omezení pohybu. Je důležité dbát na prevenci trofických změn, zejména ztuhlosti a dekubitů, průběžně kontrolovat správné uložení klienta, respektive polohování a provádět pasivní cvičení. Ve spolupráci s fyzioterapeutem je potřeba vytvářet společně s klientem individuální plán, jehož součástí je i ošetřovatelská rehabilitace, která je součástí každodenních aktivit a k tomuto účelu slouží řada kompenzačních pomůcek (Broncová - Klicperová, 2010).

#### **4.5.4 Ošetřovatelský proces**

Ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetřovatelský proces je moderní metoda dnešního ošetřovatelství, vykonává ji nelékařský zdravotnický personál a jde ruku v ruce s lékařským ošetřovatelským procesem. NLZP provádí u klienta sběr informací, snaží se získat co nejvíce ze všech oblastí bio-psycho-socio-spirituálních. Je nutné klientovi zabezpečit všechny potřeby. Ošetřovatelskou péčí rozumíme soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví klientů. Cílem poskytované péče je optimalizace zdravotního a funkčního stavu klientů, zvláště snižování chronické disability, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, odvrácení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku. Následná péče o klienty v domovech pro seniory v souladu s koncepcí oboru geriatry cílevědomě rozvíjí projekt úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštnostech patogeneze a manifestace chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, jeho sociální homeostázy a interakce s prostředím. Rozvíjí specifický geriatrický režim podporující adaptaci, rekonvalescenci, a tak brání specifickým komplikacím u křehkých geriatrických klientů. Zvláštní pozornost je věnována nepřetržitému rozvoji a zkvalitňování odborné ošetřovatelské péče včetně rehabilitačního ošetřovatelství. Klientem oddělení sociálního zařízení je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci. Z těchto důvodů ve své práci usilují zaměstnanci domova o týmovou spolupráci s odborníky (především

vysokoškolsky vzdělanými) v ošetrovatelství, fyzioterapii, ergoterapii, sociální práci, ev. dalších souvisejících nelékařských oborech. Úzce spolupracují i s ostatními lékařskými obory (především s interními obory, chirurgií, neurologií, psychiatrií, rehabilitací a praktickým lékařstvím). Ve svém interdisciplinárním pojetí však v péči o starého člověka nenahrazují činnost ostatních klinických oborů a vychází ze zásady, že každý lékařský obor má své staré nemocné (tzv. oborová geriatric), o které pečuje svými specifickými prostředky. Základním léčebným a preventivním opatřením je motivování klientů k pravidelné pohybové aktivitě. Pro pohybovou aktivitu je třeba zajistit vhodné prostředí (bezbariérová úprava prostranství s odpočivnými lavičkami), zajištění vhodných opěrných pomůcek a nácvik jejich používání. Nezbytná je psychoterapeutická podpora s motivováním k pohybu. Cílem komplexní ošetrovatelské péče je dosáhnout klientovy soběstačnosti v aktivitách denního života (Broncová - Klicperová, 2010).

.

#### **4.6 Prevence pádů**

Je známo, že snižování četnosti pádů u pacientů v jakémkoliv zdravotnickém nebo sociálním zařízení vyžaduje komplexní přístup. Prvním a hlavním bodem jakéhokoliv intervenčního programu je edukace personálu sociálního nebo zdravotnického zařízení o rizikovitosti pádů. V řadě sociálních a ústavních zařízení v České republice jsou screening rizika pádů a následné intervenční programy zavedeny, existuje stále mnoho zařízení, které se spíše léčí heslem: „Klienti padají a padat budou, s tím se nedá nic dělat.“ Takové postoje svědčí o nedostatečném pochopení významu snížení rizika pádů jak pro klienty, tak pro dobré jméno každého zařízení. Bez systematického sledování pádů, analýzy jejich příčin a konkrétních zjištění vycházejících z preventivních opatření selhává jedna ze základních povinností zařízení, zajistit totiž bezpečí pro klienty (Staroščíková, 2006).

Hlavním koordinátorem systému ochrany bezpečí (včetně prevence pádů klientů) nejen v USA, ale i na mezinárodním poli, je Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), která se věnuje kontinuálnímu zvyšování bezpečí při poskytování zdravotní péče. Prvé příklady přicházejí z USA a rozvinutých zemí, ale v České republice se tyto systémy kontinuálního zvyšování kvality postupně

zavádějí s externí kontrolou (akreditací). Naším klientům a jejich blízkým přináší perspektivu vyššího bezpečí a kvality při pobytu ve zdravotnickém a sociálním zařízení (Škrála; Škrlová, 2008).

Vhodná intervence závisí i na zdravotním stavu seniora. Snížením rizika mechanických pádů lze dosáhnout různými úpravami prostředí. Rizikovým prostředím jsou koupelny a odborníci opakovaně doložili, že právě v nich dochází k největšímu množství pádů. V dnešní době není problém vyměnit vany za sprchové kouty a celou koupelnu vybavit účelně rozmístěnými madly. Také povrchu v koupelně by se měla věnovat pozornost, povrch by měl být zdrsňen nebo opatřen záchytnými protiskluzovými prvky. Podlahy by měly být bez zbytečných předmětů, nekluzké, nevhodné jsou nepřipevněné koberečky. Doporučuje se, aby malé světlo svítilo celou noc, a v posledních letech se rozšiřuje možnost signalizace, která umožňuje rychlé přivolání pomoci v případě akutního ohrožení (Joint Commission Resources, 2007).

U seniorů bychom měli dbát na bezpečné prostředí, dbát na umístění určitých předmětů, aby neohrožovaly bezpečný pohyb seniora. Důležitá je i obuv, vysokou rizikovost pádů můžeme též přičíst především pantoflům, které zvyšují rizikovost chůze. Věnujeme pozornost výběru vhodné obuvi, která by měla být pohodlná, s pevnou neklouzající podrážkou (Haškovcová, 2010).

U pádů z vnitřních příčin léčíme adekvátně všechna onemocnění, která by k němu mohla mít jakýkoli vztah a usilujeme o stabilizaci chronických chorob. Minimalizovat jejich možný vliv na mobilitu a soběstačnost, včetně užití kompenzačních pomůcek (chodítko, hůl, berle atd.), umožňovat jim přirozenější chůzi a dodávat pocit větší jistoty. Snažíme se i o redukci rizikové farmakologie. Podporujeme pravidelná cvičení a rehabilitaci v rámci primární a sekundární prevence pádů. Rehabilitace vede k posilování svalstva dolních končetin, zlepšení kloubní pohyblivosti a celkové fyzické zdatnosti. U klientů s opakovanými pády je vhodný nácvik chůze, rovnováhy i vstávání z podlahy. Jak jsem již zmínila, je zde třeba věnovat pozornost vhodné obuvi, správným výběrem rehabilitačních pomůcek, které tak zlepšují stabilitu i mobilitu seniorů a posílí i psychiku seniora (Joint Commission Resources, 2007).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE POBLÉMU

Naplňování základního poslání domovů pro seniory je poskytovat kvalitní sociální služby v širokém rozsahu svým klientům. Všechny tyto služby jsou zaměřeny na cílovou skupinu, tj. seniory, případně zdravotně postižené občany, kteří k životu potřebují různý stupeň pomoci, proto jsou služby zaměřeny na konkrétní individuální potřeby jednotlivých klientů s cílem zabezpečit jim plnohodnotný život a pomoci jim zachovat přirozené sociální vazby a životní návyky. Služby je nutno poskytovat podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dalších právních norem, v souladu se standardy kvality sociálních služeb, v rozsahu své kapacity, odborných a kvalifikačních předpokladů svých zaměstnanců.

### 5.1 Hlavní problém

Péče o seniory je velmi náročná služba a klade na ošetřující personál velké nároky. V ošetrovatelském procesu je velmi důležité se řídit podle vypracovaných standardů, posoudit stav okolního prostředí a všechny možnosti pádu. Tyto skutečnosti kladou vysoké nároky na odbornost sestry a ošetřující personál. Schopnosti důkladně zhodnotit a určit klientovo riziko pádu, ověřuji v praktické části bakalářské práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou nejstarších občanů v daném regionu, lidí od raného stáří až po dlouhověké. Jedná se o lidi, kteří se na sklonku svého života nedokáží sami o sebe postarat z různých zdravotních a sociálních důvodů, i z důvodu věku, a potřebují pomoc druhých lidí, pomoc sociálních služeb.

## 5.2 Dílčí problémy

Každý senior vyžaduje individuální přístup, proto se ve své práci zaměřuji na znalosti sester a pečovatelů ve znalostech preventivních opatření pádů, hodnocení rizik a vedení ošetrovatelské dokumentace. Tyto znalosti jsou klíčové pro další úspěšnou péči klientů v domově pro seniory.

## 6 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem je identifikovat rizikové seniory a zjistit dostatečnou informovanost ošetrujícího personálu o preventivních opatřeních. Omezit faktory vzniku pádu a zjistit bezpečnost klienta v domově pro seniory. Dalším cílem je zjistit, zda je řádně vedena ošetrovatelská dokumentace o této problematice a na základě zjištěných informací snížit riziko poranění klientů způsobené pády. Prvním krokem k redukci pádů je úplné a přesné hodnocení a přehodnocování klientova rizika pádu.

**Cíl 1** - formou dotazníku zjistit u zaměstnanců vedení ošetrovatelské dokumentace o pádech v domovech pro seniory.

**Cíl 2** - zjistit, zda pády v domovech pro seniory nejsou provozně zaviněné.

**Cíl 3** - posoudit informovanost zaměstnanců DS o pádech a preventivních opatřeních.

### 6.1 Hypotézy

Na základě daného cíle bakalářské práce, vlastního šetření a studia literatury jsem stanovila následující pracovní hypotézy:

**Hypotéza 1:** Předpokládám v domově pro seniory správné vedení ošetrovatelské dokumentace o pádech klientů.

**Hypotéza 2:** Předpokládám, že pády v domově pro seniory nejsou provozně zaviněné.

**Hypotéza 3:** Předpokládám u zaměstnanců znalosti preventivních opatření pádů.

## **7 METODIKA**

### **7.1 Metodika výzkumu**

Prvních 12 dotazníků jsem předala v rámci tzv. pilotní studie skupině zaměstnanců domova pro seniory. Po vyplnění jsem s touto skupinkou provedla korekci ve formě drobné úpravy formulace pro lepší pochopení obsahu položených otázek. Obsahová stránka dotazníku zůstala nezměněna.

Technikou sběru dat kvantitativního průzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření. Tato forma je nejběžnějším nástrojem pro sběr dat v dané problematice. Respondenty v mém průzkumu byli zaměstnanci domovů pro seniory v Plzni. Byla dodržena anonymita. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny, informace získáváme nepřímým dotazováním respondentů na předem vytvořeném formuláři. Dotazníkové šetření je velmi rozšířenou technikou sociologických výzkumů a hojně se používá i ve zdravotnictví a sociální oblasti. Výhodou je zejména jednoznačná formulace otázek, nevýhodou dotazníkové techniky může být obsahová nesrozumitelnost, nejednoznačné otázky či její nepochopení. Dotazník obsahoval 24 otázek (viz příloha 1). Dotazník zahrnoval uzavřené dichotomické otázky, respondent mohl vybrat pouze ze dvou variant. Převážná část položek obsahovala uzavřené polytomické otázky, kdy respondent vybírá z více variant, dále se v něm objevily polouzavřené otázky a u některých se objevila otevřená otázka, která dává respondentovi volný prostor k odpovědi.

### **7.2 Vzorek respondentů**

Základní soubor respondentů tvořili pracovníci přímé obslužné péče. Průzkumné šetření bylo prováděno v období od 2. 1. 2012 do 31. 1. 2012. Distribuci dotazníků předcházela písemná žádost o provedení výzkumného šetření, adresovaná řediteli, a následné kontaktování všech vedoucích sociálních pracovníků a sester domovů pro seniory oblastí prostřednictvím emailu. Poté byly dotazníky rozdány osobní



návštěvou domovů. Shromáždění dotazníků proběhlo po předchozí domluvě osobním vyzvednutím.

### **7.3 Zpracování údajů**

Sběr dat byl ukončen v lednu 2012. Následně jsem provedla kontrolu vyplnění a kompletnosti dat v dotazníku. Mezi respondenty jsem distribuovala 120 dotazníků.

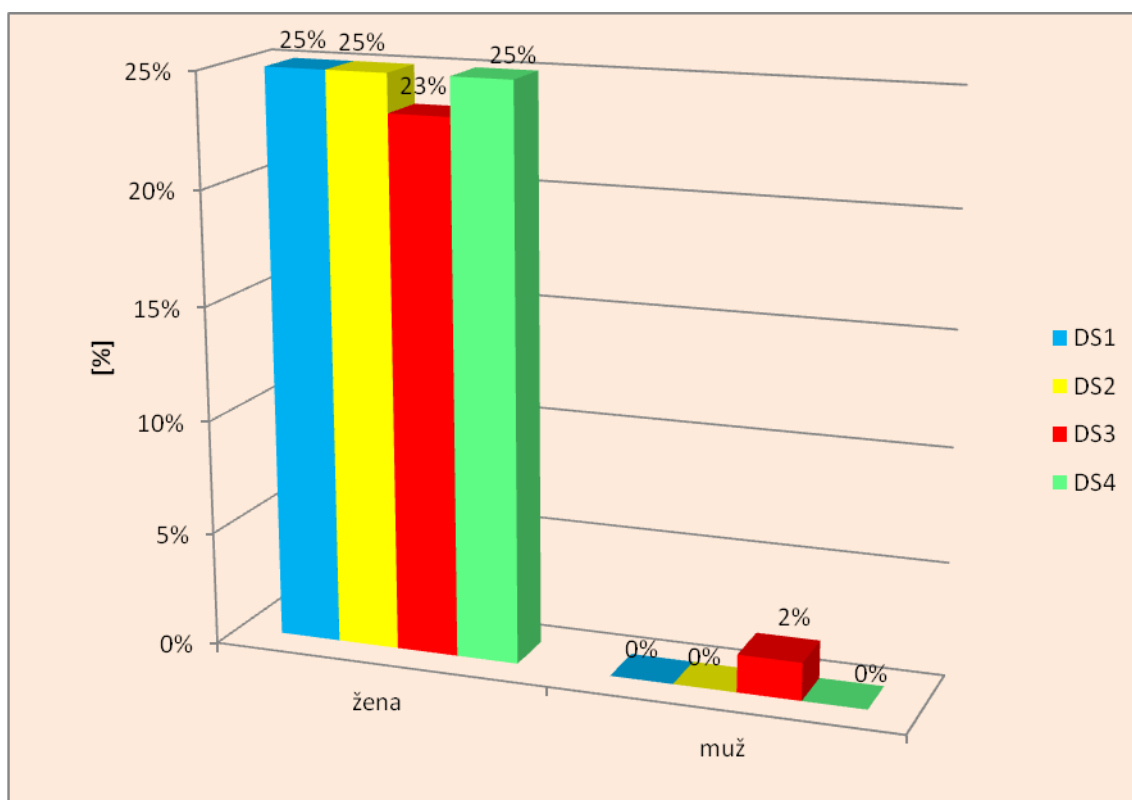
Ve čtyřech domovech pro seniory (DS1, DS2, DS3 a DS4) jsem předala k vyplnění po 30 dotaznicích, aby bylo porovnání v grafech zřetelné. Návratnost z každého domova byla v plném počtu a správně vyplněna, spolupráce byla výborná. Zpracovala jsem 120 dotazníků, které dále uvádím jako 100 %.

Po skončení dotazníkového šetření jsem provedla třídění a statistické zpracování. Získaná data od respondentů jsem roztřídila a následně zpracovala do grafů, které jsou zakresleny u každé otázky. Pro lepší prezentaci výsledků jsou grafy doplněny textovým zpracováním údajů. Získané výsledky jsem vložila do počítačového programu Microsoft Excel 2007. Grafy jsem zpracovala do absolutní (počet respondentů v číslech) a relativní četnosti (% – počet respondentů v procentech). Hodnoty byly zaokrouhleny na celá čísla.

## 8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

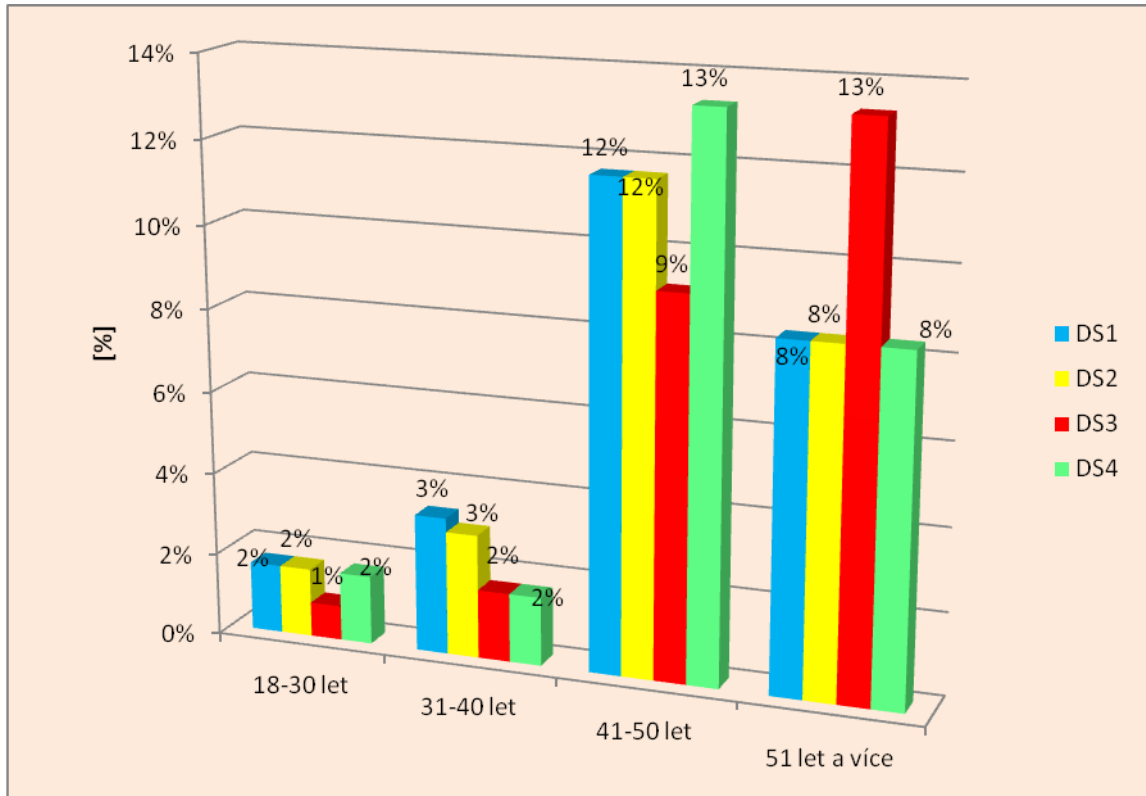
Graf 1 Pohlaví respondentů



Graf 1 ukazuje, že z celkového počtu 120 respondentů (100 %) ze 4 domovů pro seniory (DS1, DS2, DS3 a DS4) se výzkumného šetření zúčastnilo 118 žen (98 %) a pouze 2 muži (2 %).

## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

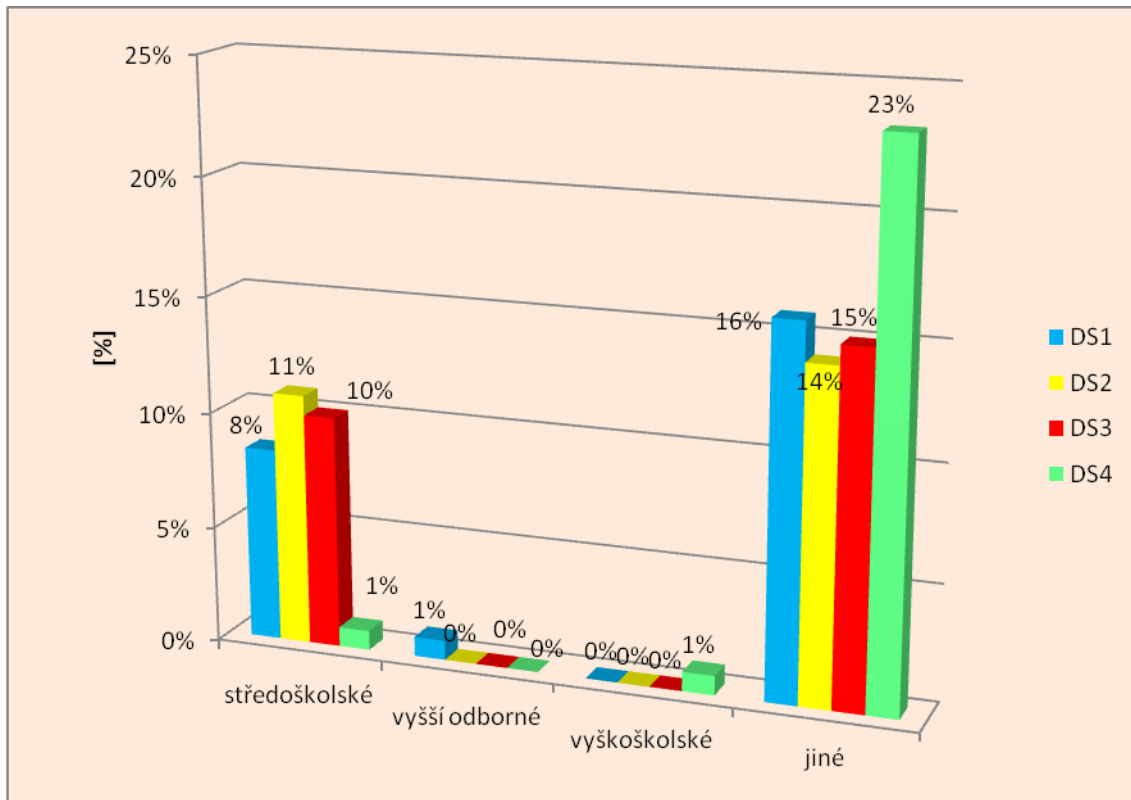
Graf 2 Věk respondentů



Průzkumu se zúčastnili respondenti různých věkových kategorií. Nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti věkově kategorie 41 - 50 let, v celkovém počtu 55 (46 %) ze 120 (100 %) dotázaných, věkovou skupinu 51 let a více obsahuje 46 (37 %) respondentů. Nejméně zastoupenou kategorií tvořili respondenti 18 - 30 let, v počtu 7 (7 %) respondentů. Věkovou kategorií 31 - 40 let tvořilo (10 %) tj. 12 dotázaných.

### Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

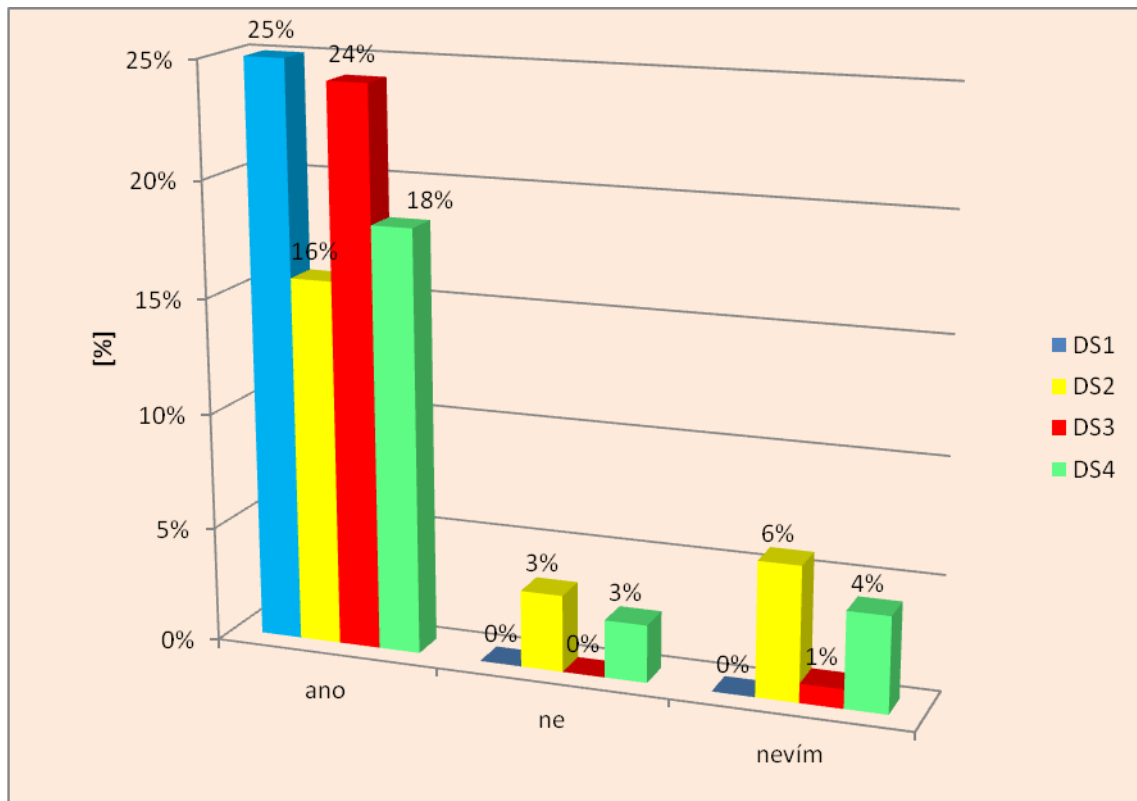
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Z celkového počtu 120 (100 %) dotazovaných vystudovalo střední zdravotnickou školu 36 (30 %) respondentů. Vyšší odborné vzdělání uvedl jen 1 (1 %) respondent z DS1. Vysokoškolské bakalářské vzdělání 1 (1 %) respondent z DS4 a možnosti odpovědět „jiné“ uvedlo 82 (68 %) respondentů, kteří doplnili vzdělání vyučený nebo základní.

**Otázka č. 4:** Má Vaše pracoviště standardní ošetřovatelský postup zaměřený na prevenci pádu?

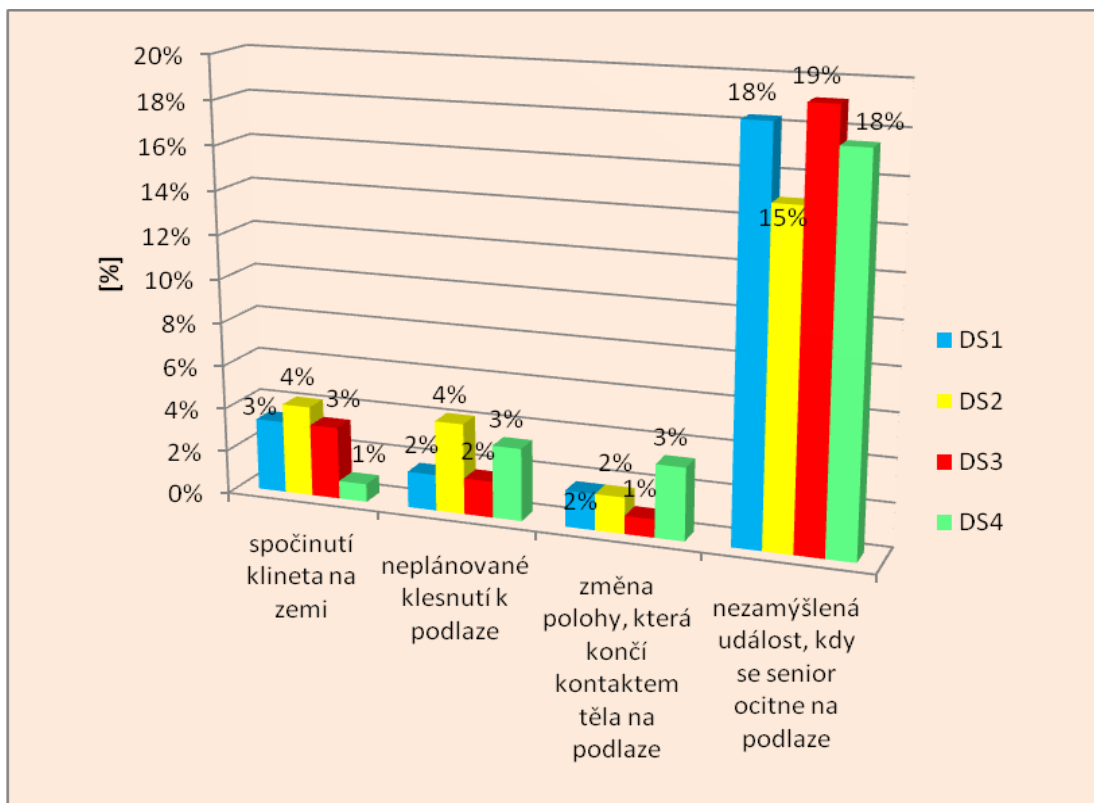
**Graf 4 Standardní ošetřovatelský postup na pracovišti**



100 (83 %) respondentů uvedlo, že jejich pracoviště má standardní ošetřovatelský postup zaměřený na prevenci pádu, 7 (6 %) respondenti uvedli opak a 13 (11 %) respondentů neví.

**Otázka č. 5:** Vyberte definici, která nejpřesněji vystihuje pád.

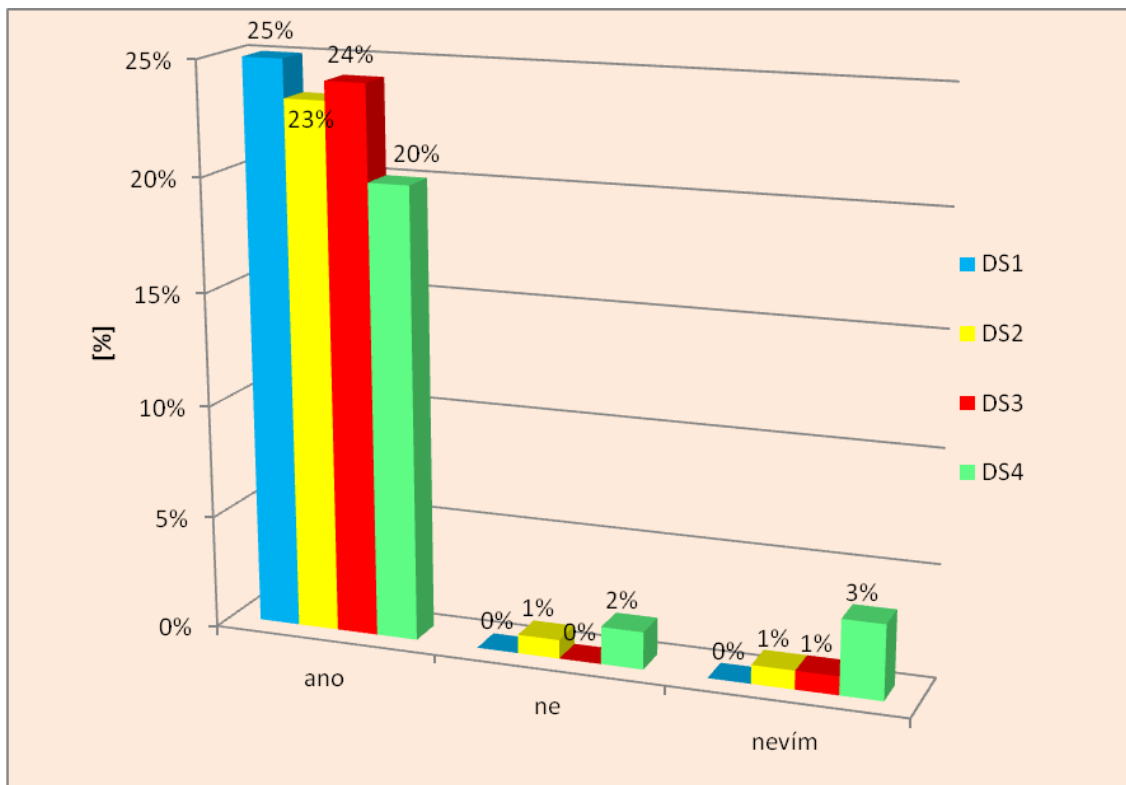
**Graf 5** Definice pádů podle respondentů



Touto otázkou jsem zjišťovala v DS znalost respondentů o definici, která co nejpřesněji popisuje pád klienta. Správně označilo za pád nezamýšlenou událost, kdy se klient ocitne na podlaze 84 (70 %) respondentů. Celkem 14 (11 %) respondentů označilo spočinutí klienta na zemi. Dalších 13 respondentů (11 %) označilo pád jako neplánované klesnutí k podlaze, pouze 9 (8 %) respondentů označili za pád změnu polohy, která končí kontaktem na podlaze.

**Otázka č. 6:** Vyplňujete na Vašem pracovišti „Protokol o pádu klienta“?

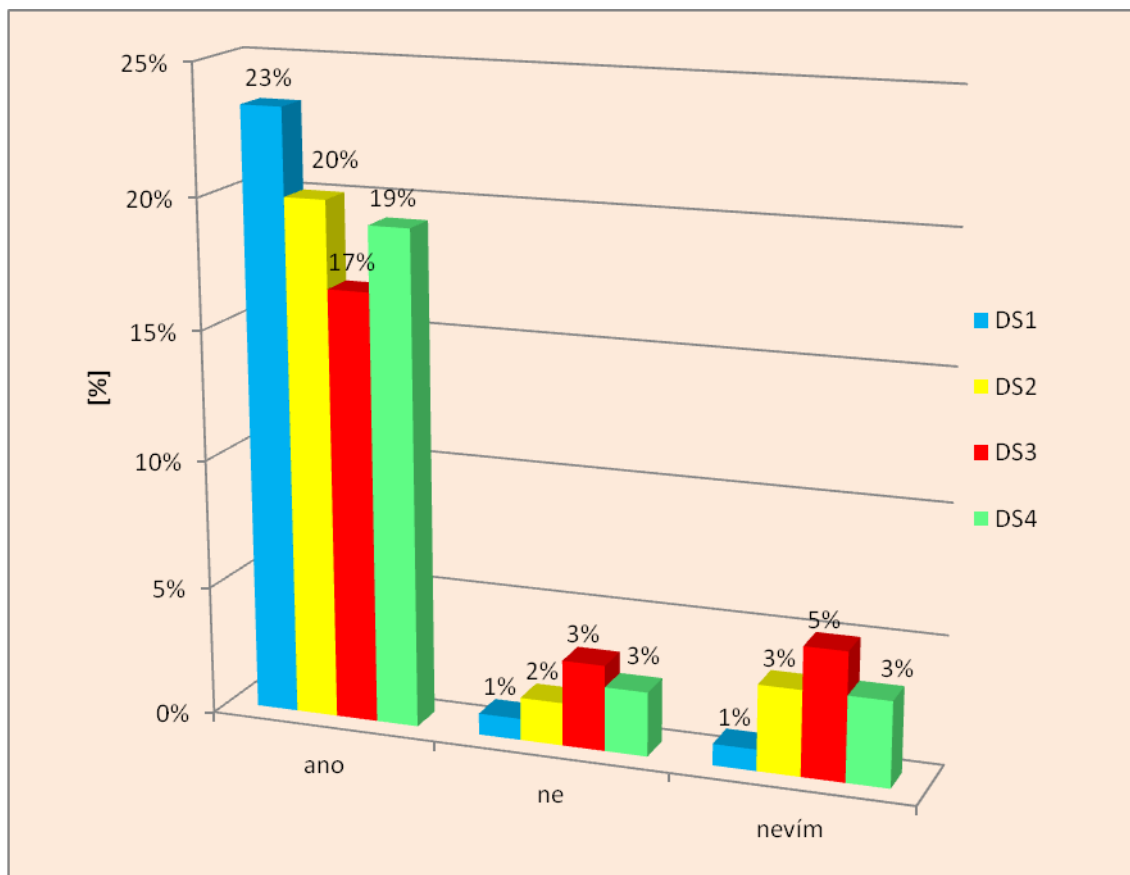
**Graf 6** Vedení protokolu o pádu klienta na pracovišti



111 respondentů (92 %) v dotazníku uvedlo, že jejich pracoviště má protokol o pádu, 3 respondenti (3 %) uvedli opak a 6 respondentů (5 %) neví.

**Otázka č. 7:** Vedete v ošetrovateľskej dokumentácii klienta Barthelův test základných všedných činností?

**Graf 7** Vedení Barthelova testu na pracovišti

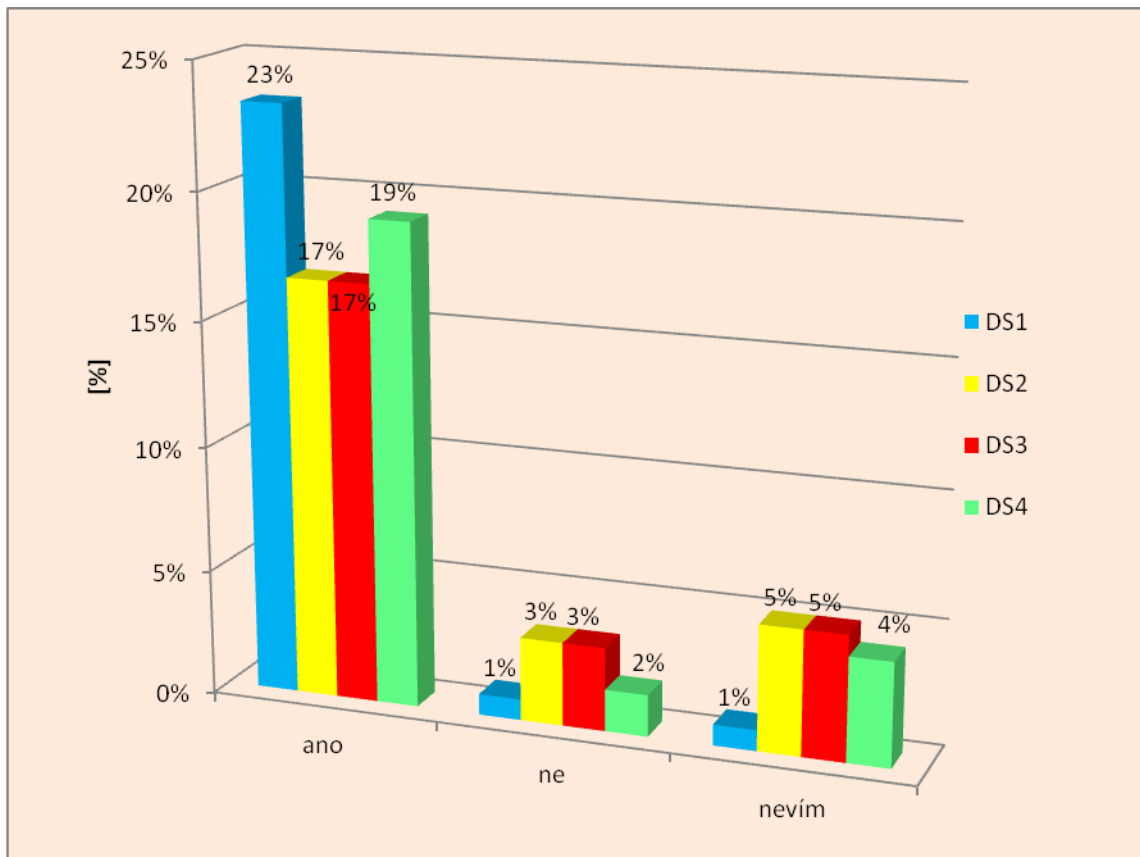


Graf 7 zobrazuje odpovedi na otázku, zda je veden u klientů na pracovišti Barthelův test základných všedných činností. Z celkového počtu 120 (100 %) dotazovaných odpovedělo ano 95 (79 %) respondentů, ne 10 (9 %) respondentů a nevím se vyjádřilo 15 (12 %) respondentů.



**Otázka č. 8:** Zhodnotíte a zaznamenáte do ošetrovateľskej dokumentácie pri prijatí klienta riziko vzniku pádu?

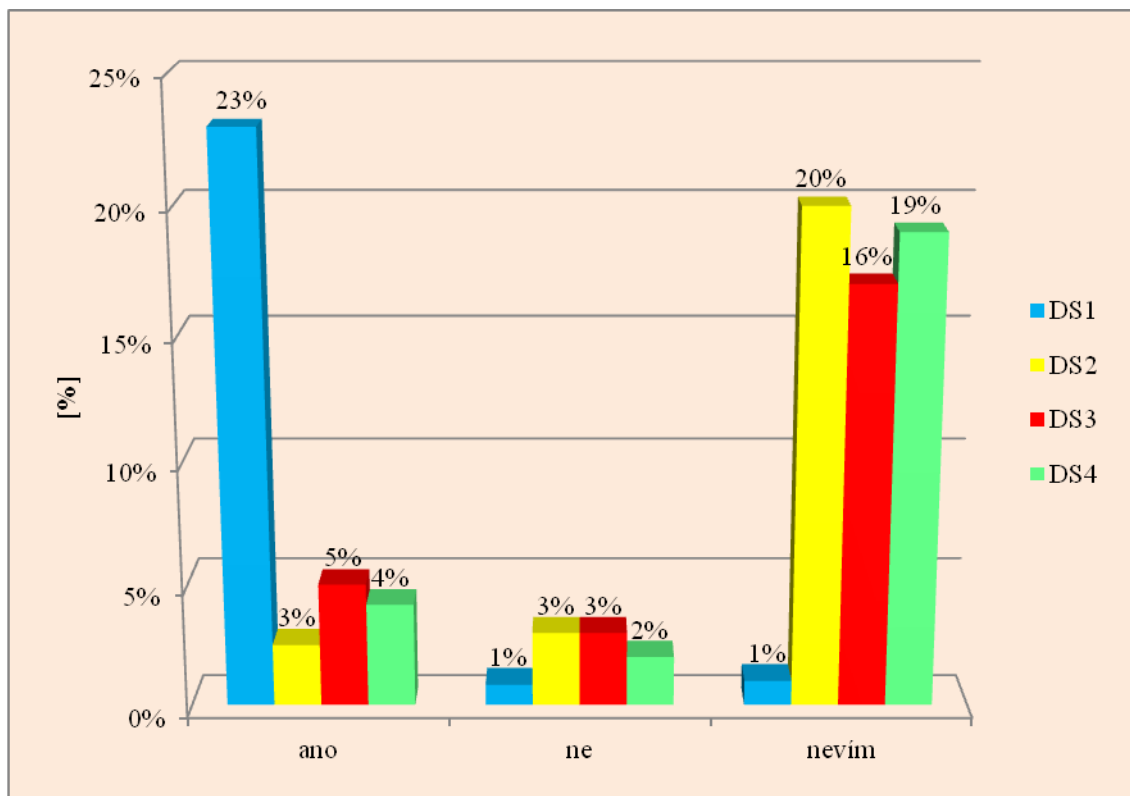
**Graf 8** Hodnocení rizika pádu u klienta



Z celkového počtu 120 (100 %) dotazovaných odpovedalo ano 91 (76 %) respondentů, ne odpovedalo 11 (9 %) respondentů a nevím se vyjádřilo 18 (15 %) respondentů.

**Otázka č. 9:** Máte v ošetrovateľskej dokumentácii označeného rizikového klienta?

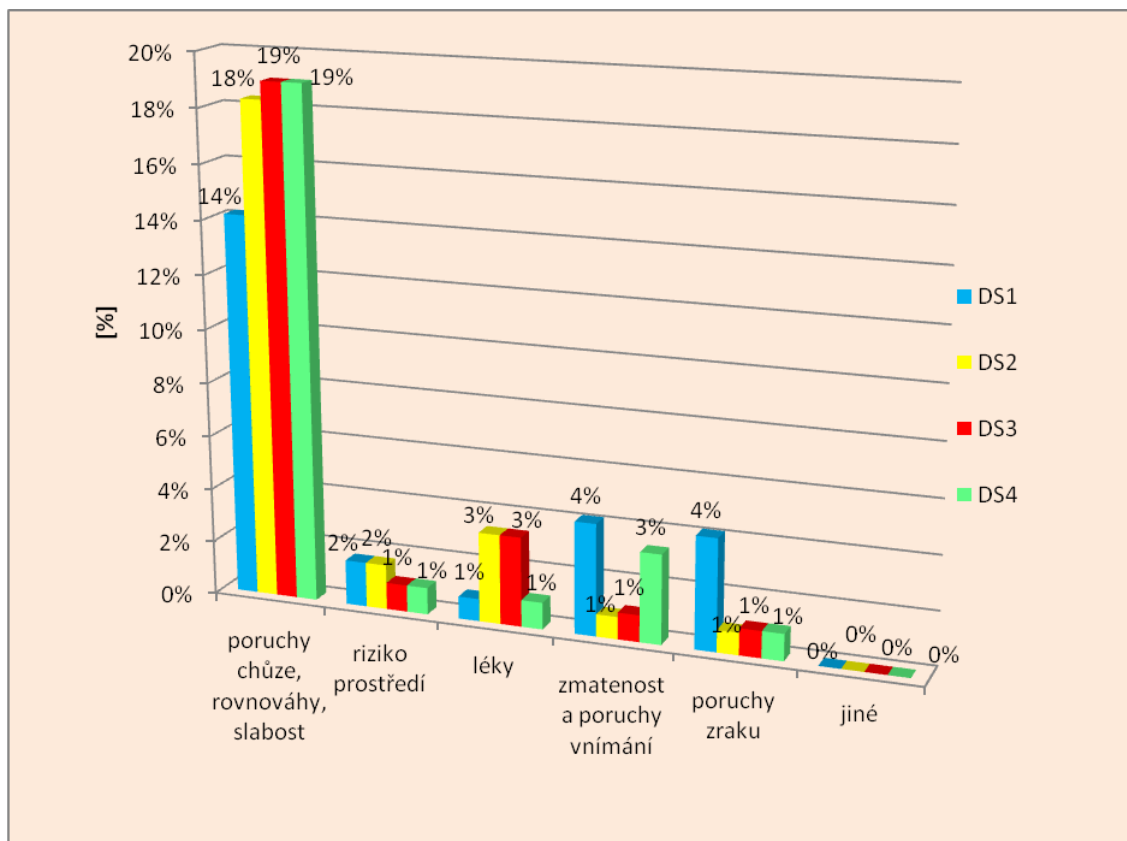
**Graf 9** Označení rizikového klienta v ošetrovateľskej dokumentácii



Graf 9 zobrazuje odpovedi respondentů na otázku, zda vedou v ošetrovateľskej dokumentácii označení rizikového klienta. Z celkového počtu 120 (100 %) dotazovaných respondentů jich 42 (35 %) odpovedělo ano, 10 (9 %) respondentů ne a odpoveď nevím označilo 68 (56 %) respondentů. Dalším dotazem měli respondenti uvést, jak je rizikový klient u nich na pracovišti označen v ošetrovateľskej dokumentácii, ale pouze 25 respondentů z DS1 označuje rizikového seniora v ošetrovateľskej dokumentácii červeným štítkem - RP (riziko pádu).

**Otázka č. 10:** Jaká příčina pádu klientů na Vašem pracovišti bývá nejčastější? (lze i více odpovědí)

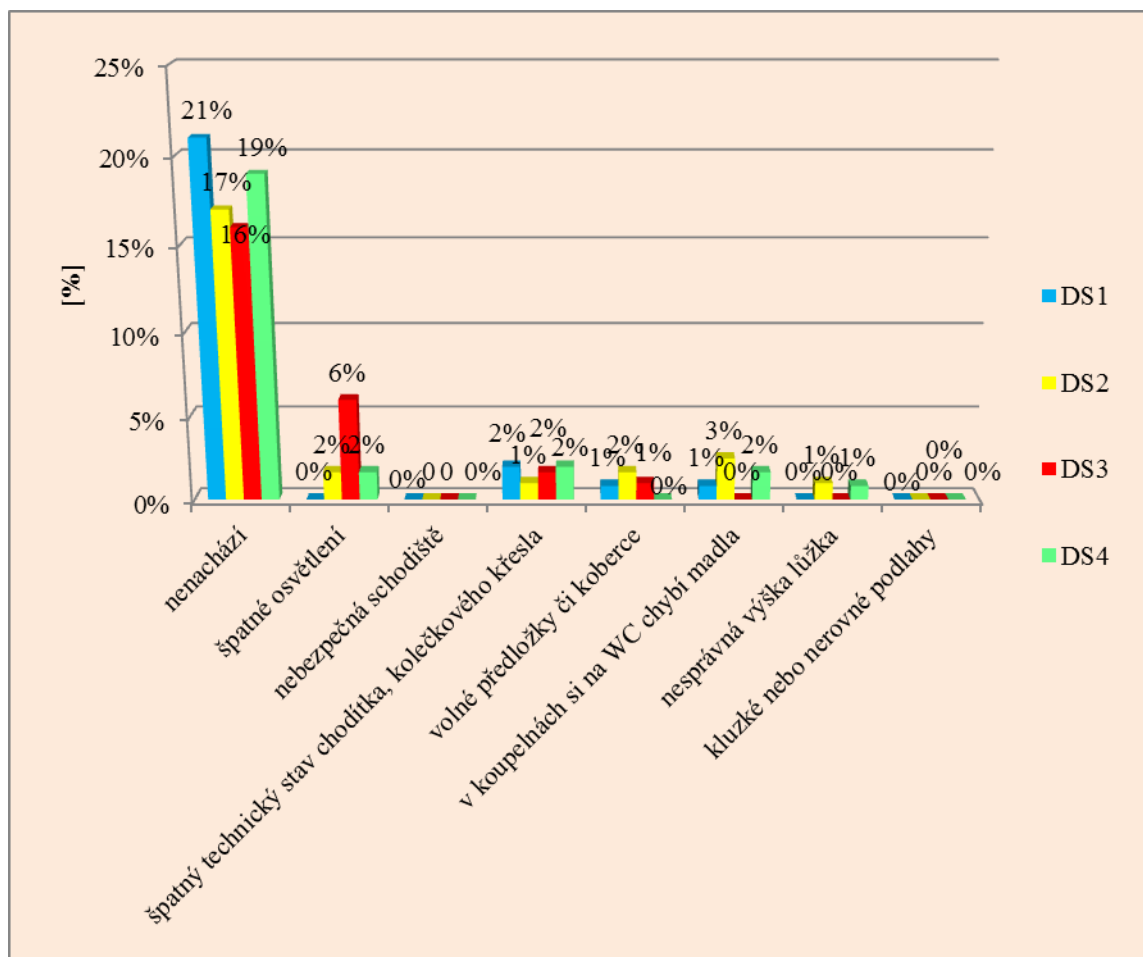
**Graf 10** Nejčastější příčina pádu



V této otázce jsem zjišťovala příčinu pádu klientů na pracovišti. V této otázce mohli respondenti označit i více možností, proto je za 100 % brán součet položek odpověď/a. 85 (70 %) respondentů označilo poruchy chůze, rovnováhy, slabost, 6 respondentů (6 %) označili riziko prostředí, 10 (8 %) respondentů označilo léky, 11 (9 %) respondentů, zmatenost a poruchy vnímání, 8 (7 %) respondentů uvedlo poruchy zraku a možnosti jiné (k doplnění) nevyužil žádný respondent.

**Otázka č. 11:** Nacházejí se v Domově pro seniory překážky, které mohou způsobit pád?  
(lze i více odpovědí)

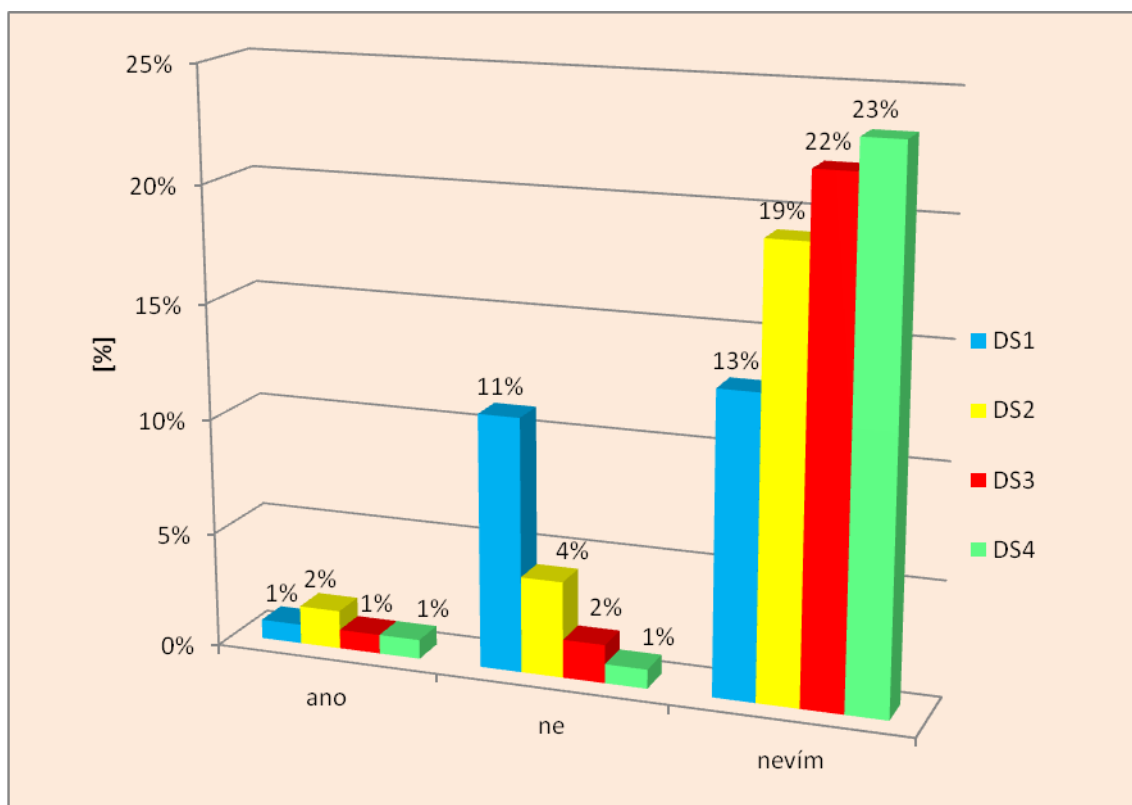
**Graf 11 Překážky na pracovišti, které způsobují pád**



V této otázce jsem zjišťovala překážky na pracovišti, které mohou způsobit pád. V této otázce mohli respondenti označit i více možností, proto je za 100 % brán součet položek odpověděl/a. Nejvíce respondentů tj. 89 (73 %) označilo možnost, nenachází, dále pak špatné osvětlení uvedlo 12 (10 %) respondentů, 4 (4 %) respondenti uvádí, že příčinou pádů jsou volné předložky či koberečky, 0 (0 %) respondentů uvádí možnost kluzké nebo nerovné podlahy, žádný respondent neoznačil jako nebezpečné schodiště, 2 respondenti (2 %) označili nesprávnou výšku lůžka, 6 (5 %) respondentů označilo, že v koupelnách chybí madla a 7 (6 %) respondentů označilo špatný technický stav chodítka nebo kolečkového křesla. Možnosti více odpovědí nikdo z respondentů nevyužil.

**Otázka č. 12:** Používají klienti domácí obuv s protiskluzovou podrážkou?

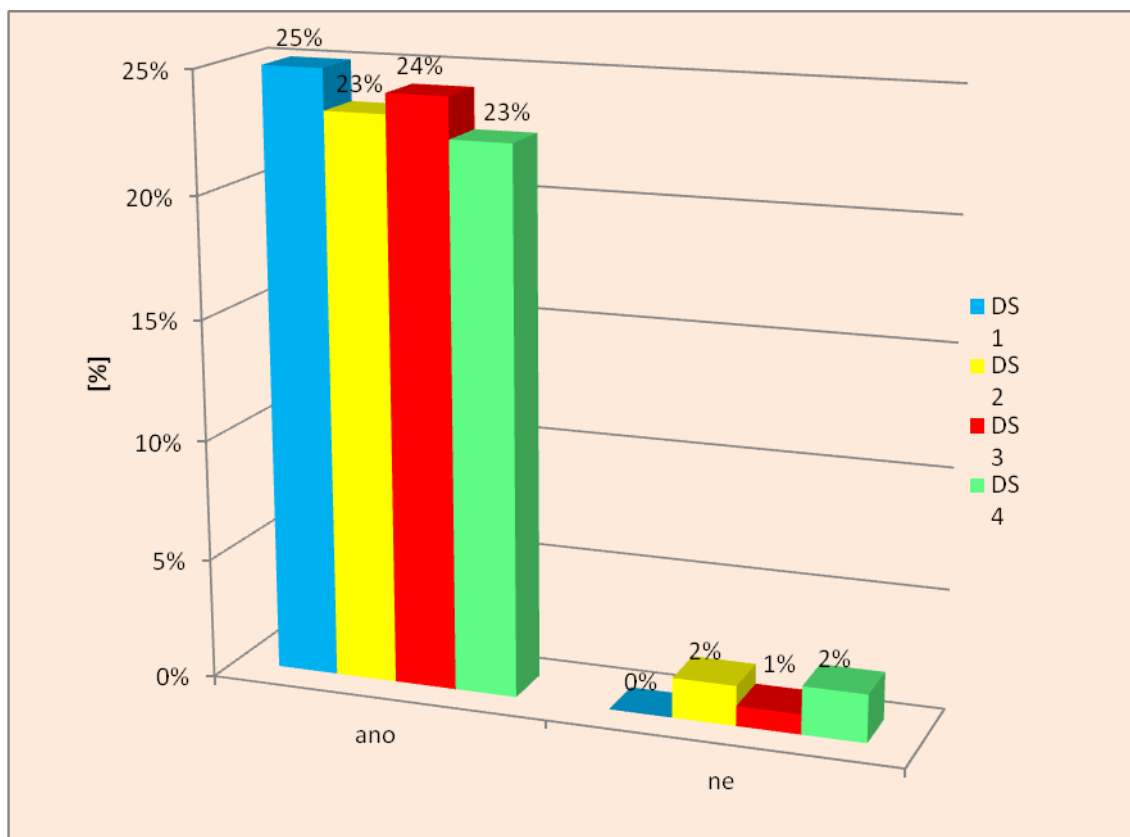
**Graf 12** Používání obuvi s protiskluzovou podrážkou



V této otázce jsem se zajímala o to, zda klienti používají v domově pro seniory domácí obuv s protiskluzovou podrážkou; ano odpovědělo 5 (5 %) respondentů, 87 (77 %) respondentů neví a 28 (18 %) respondentů označilo odpověď ne.

**Otázka č. 13:** Máte ve Vašem Domově pro seniory sociální zařízení vybavené madly?

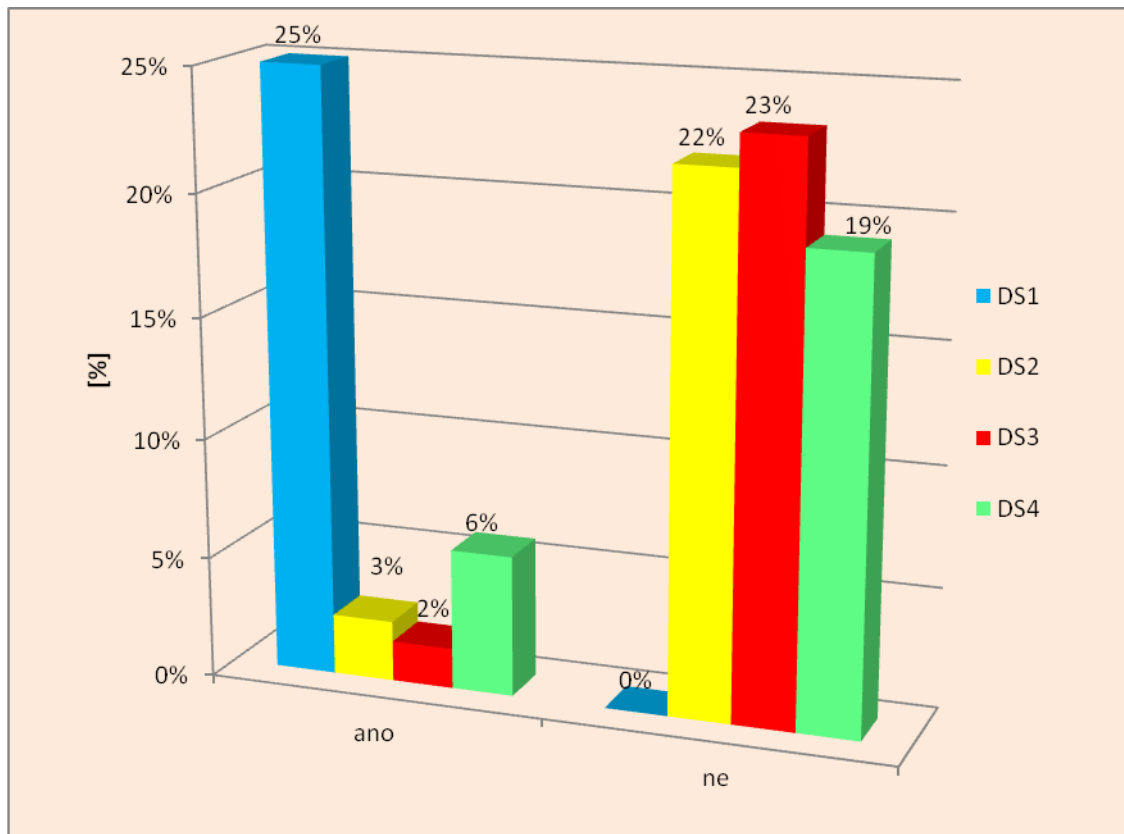
**Graf 13** Vybavení sociálních zařízení madly



114 respondentů (95 %) uvedlo, že domov pro seniory má vybavené sociální zařízení madly a 6 respondentů (5 %) uvedlo možnost ne.

**Otázka č. 14:** Máte na jídelních stolech ubrusy zabezpečené sponkami proti stržení?

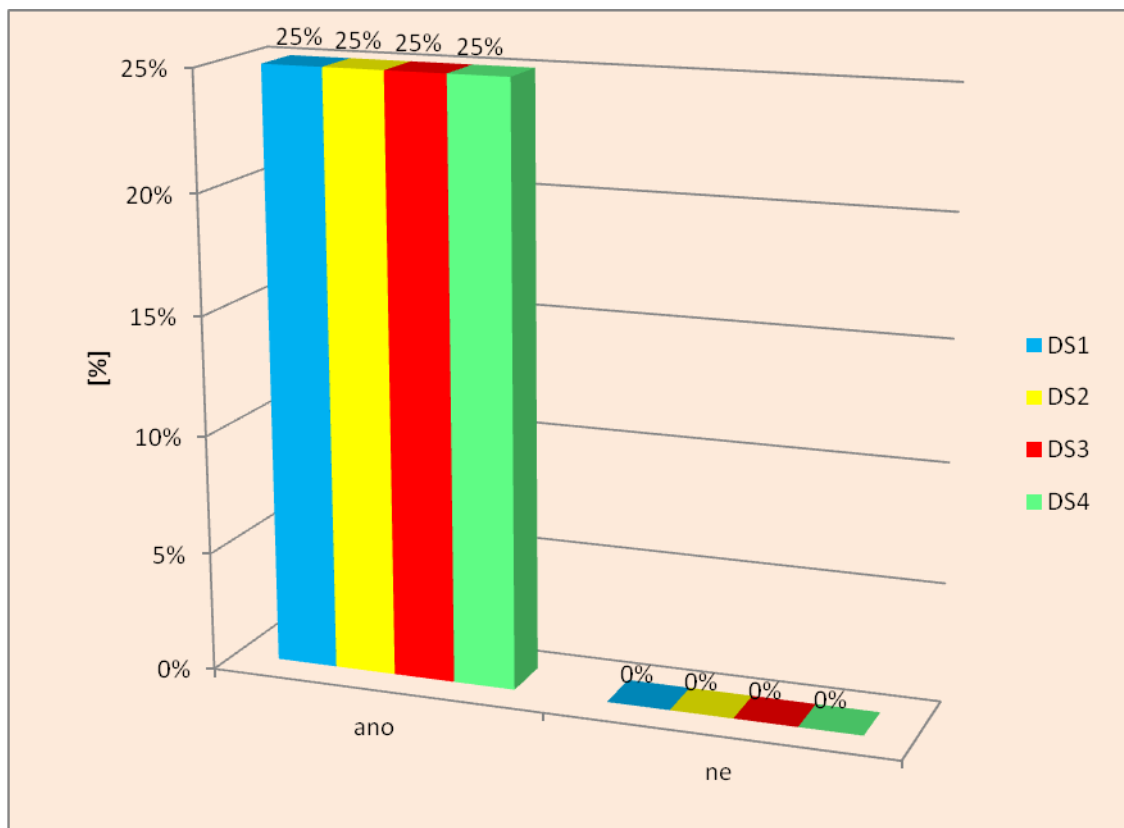
**Graf 14** Zabezpečení jídelních stolů sponkami proti stržení



42 respondentů (36 %) uvedlo, že domov pro seniory má zabezpečené ubrusy na jídelních stolech sponkami, 78 respondentů (64 %) označilo ne.

**Otázka č. 15:** Máte na Vašem pracovišti signalizační zařízení pro přivolání personálu?

**Graf 15** Signalizační zařízení na pracovišti

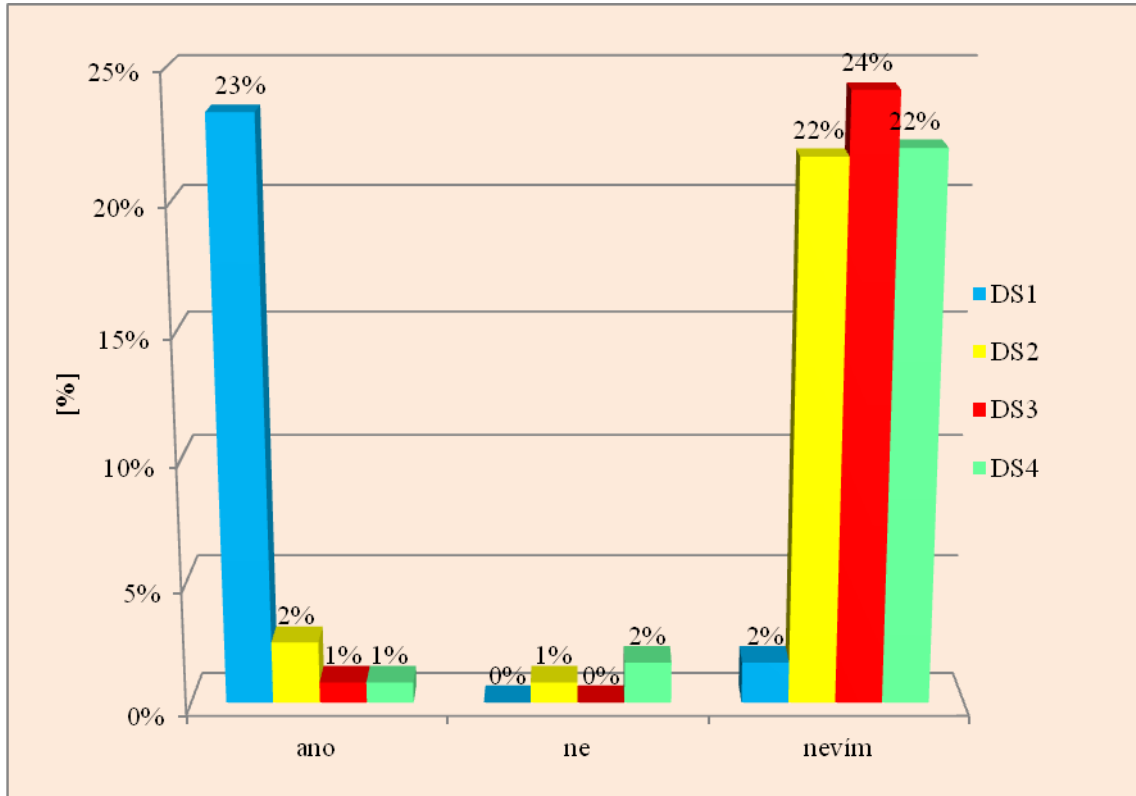


Graf 15 znázorňuje odpovědi na otázku, zda je na pracovišti signalizační zařízení pro přivolání personálu. 120 (100 %) respondentů z DS1, DS2, DS3 a DS4 odpovědělo ano.



**Otázka č. 16:** Edukuje na Vašem pracovišti fyzioterapeut klienty o prevenci pádu?

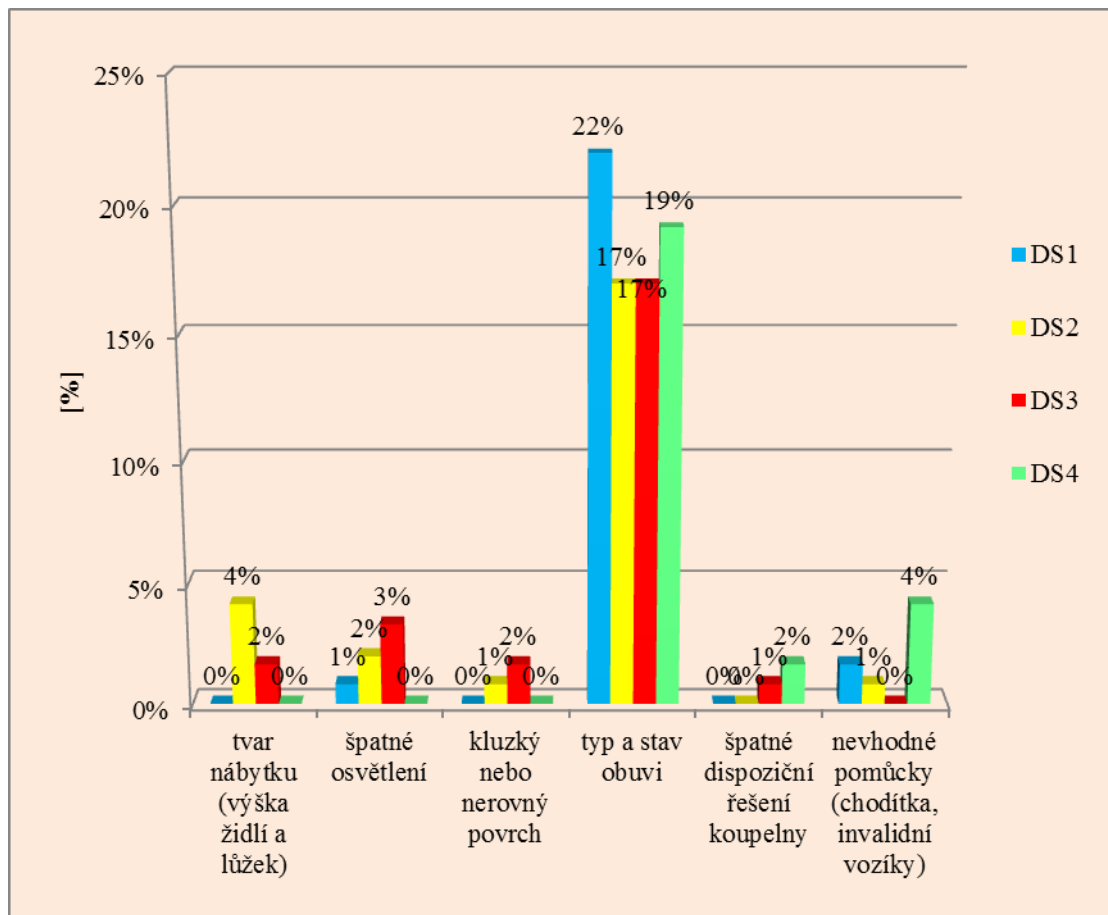
**Graf 16** Edukace klientů fyzioterapeutem



Průzkumem jsem zjišťovala, zda jsou klienti edukováni o možnostech pádu, na tuto otázku odpovědělo kladně 33 (27 %) respondentů a dalších 3 (3 %) respondenti označilo ne, z celkového počtu 120 (100 %) dotázaných, nevím označilo 84 (70 %) respondentů.

**Otázka č. 17:** Která z uvedených vnějších příčin podle Vás nejčastěji způsobuje pád?  
(lze i více odpovědí)

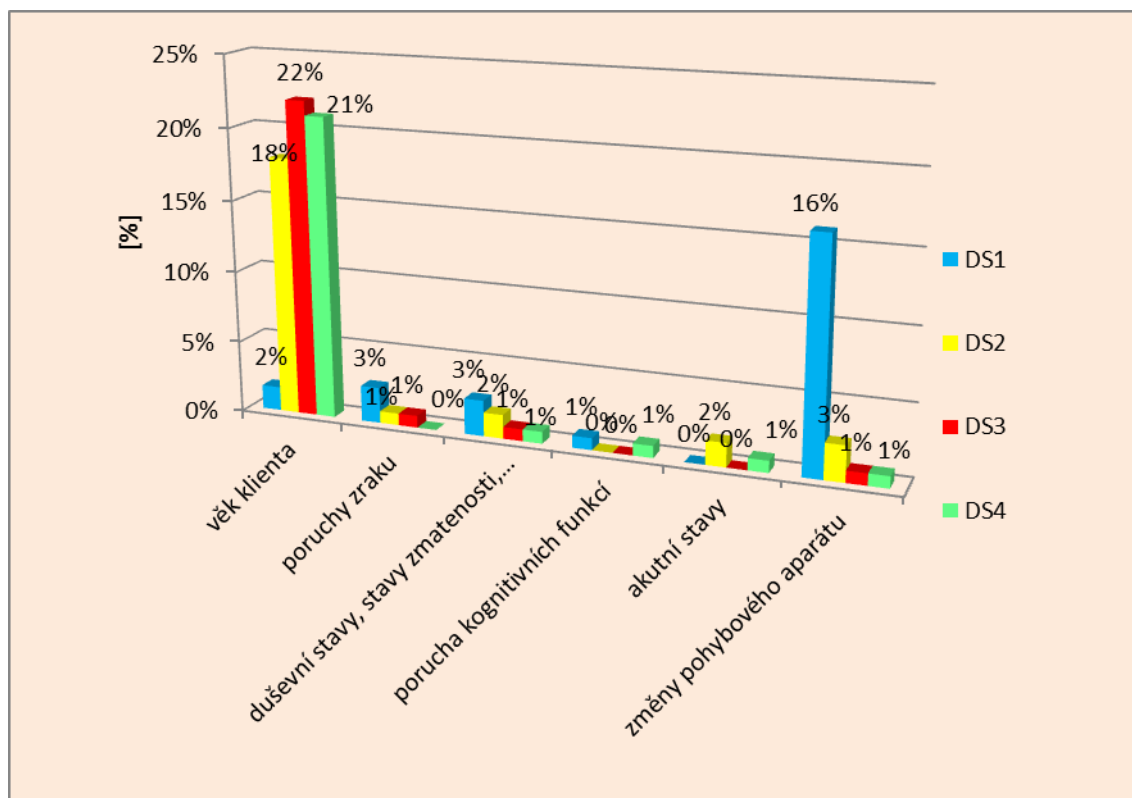
**Graf 17** Nejčastější vnější příčiny pádu



Graf 17 znázornil, kolik respondentů zná nejčastější vnější příčiny pádu. V této otázce jsem zjišťovala příčinu pádu klientů na pracovišti. Respondenti mohli označit i více možností, proto je za 100 % brán součet položek odpověď/a. 3 (3 %) respondenti označili kluzký a nerovný povrch podlah, typ a stav obuvi 92 (75 %) respondentů, 7 respondentů (6 %) uvedlo špatné osvětlení, 7 (6 %) respondentů označilo tvar nábytku a 3 (3 %) respondenti se shodují na špatném dispozičním řešení koupelny, 8 respondentů (7 %) uvádí nevhodné pomůcky (chodítka, invalidní vozíky, zvedací zařízení).

**Otázka č. 18:** Která z uvedených vnitřních příčin podle Vás nejčastěji způsobuje pád?  
(lze i více odpovědí)

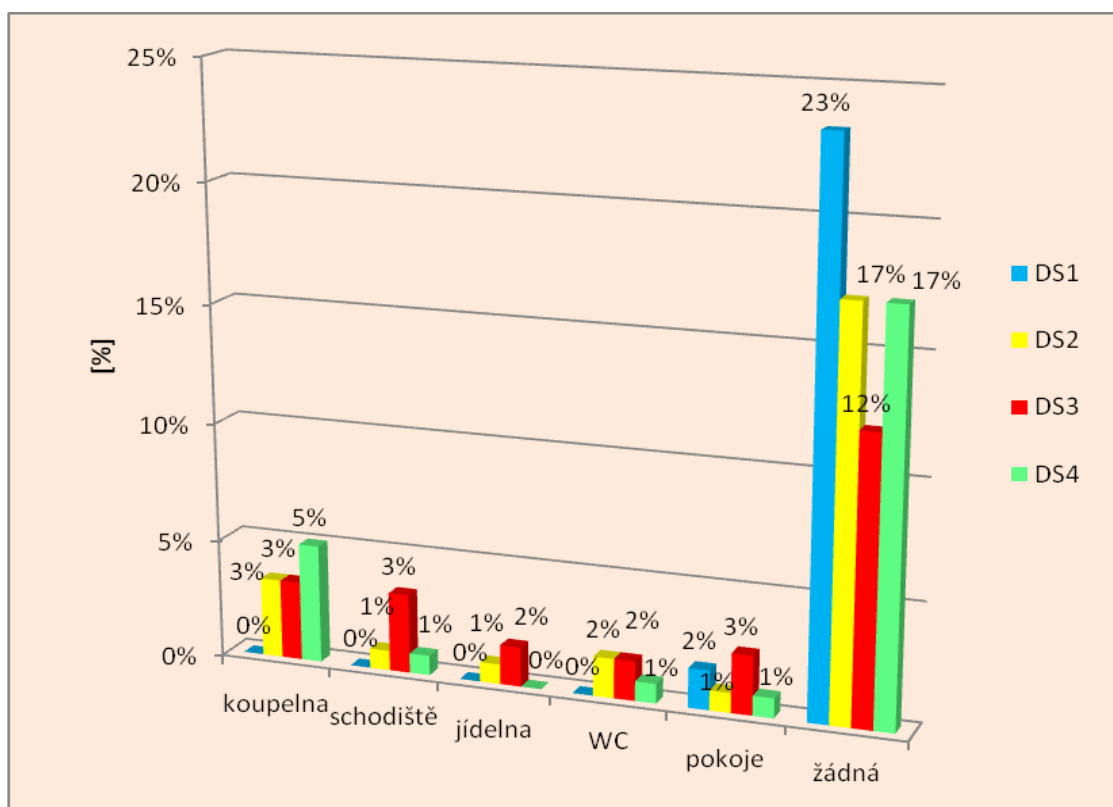
**Graf 18 Nejčastější vnitřní příčiny pádu**



Graf 18 znázorňuje, kolik respondentů zná nejčastější vnitřní příčiny pádu. V této otázce jsem zjišťovala příčinu pádu klientů na pracovišti. V této otázce mohli respondenti označit i více možností, proto je za 100 % brán součet položek odpověděl/a. 77 (63 %) respondentů udává v dotazníku jako nejčastější vnitřní příčinu věk klienta, 7 (6 %) respondentů označilo duševní stav, stavy zmatenosti, dezorientace, 26 (22 %) respondentů označilo změnu pohybového aparátu, svalovou atrofii a osteoporózu, 2 (2 %) respondenti poruchy kognitivních funkcí a 3 (3 %) uvádí v dotazníku jako vnitřní příčinu akutní onemocnění, epilepsii a CMP, poruchy zraku preferuje 5 (4 %) respondentů.

**Otázka č. 19:** Kterou část Vašeho domova pro seniory považujete za nejvíce rizikovou pro pád klienta?

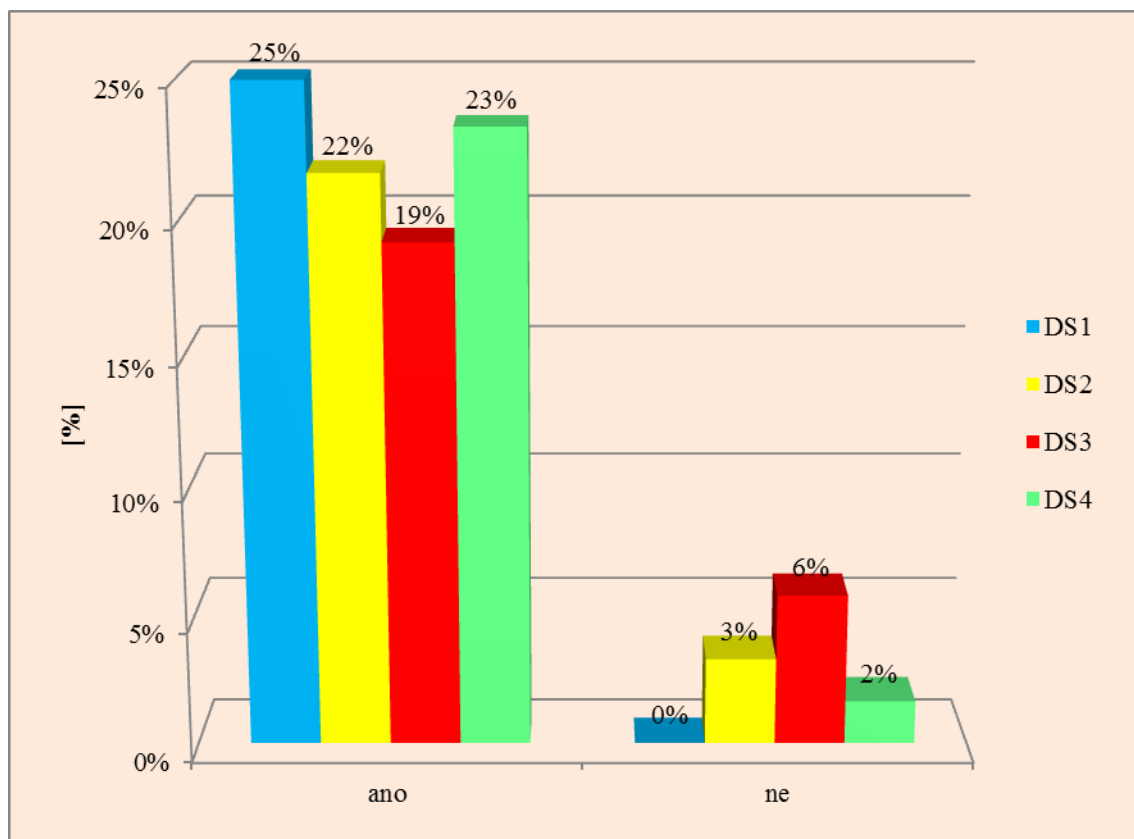
**Graf 19 Riziková část Domova podle respondentů**



Nejpočetněji zastoupenou odpovědí 83 (69 %) respondentů uvádí žádnou. 7 (6 %) respondentů označilo pokoje, další rizikovou část koupelnu označilo 16 (13 %) respondentů, 6 respondentů (5 %) označilo schodiště, 5 (4 %) respondentů označilo WC a jídelnu 3 (3 %) respondenti.

**Otázka č. 20:** Zajímají Vás informace ohledně problematiky rizikovosti pádů u seniorů?

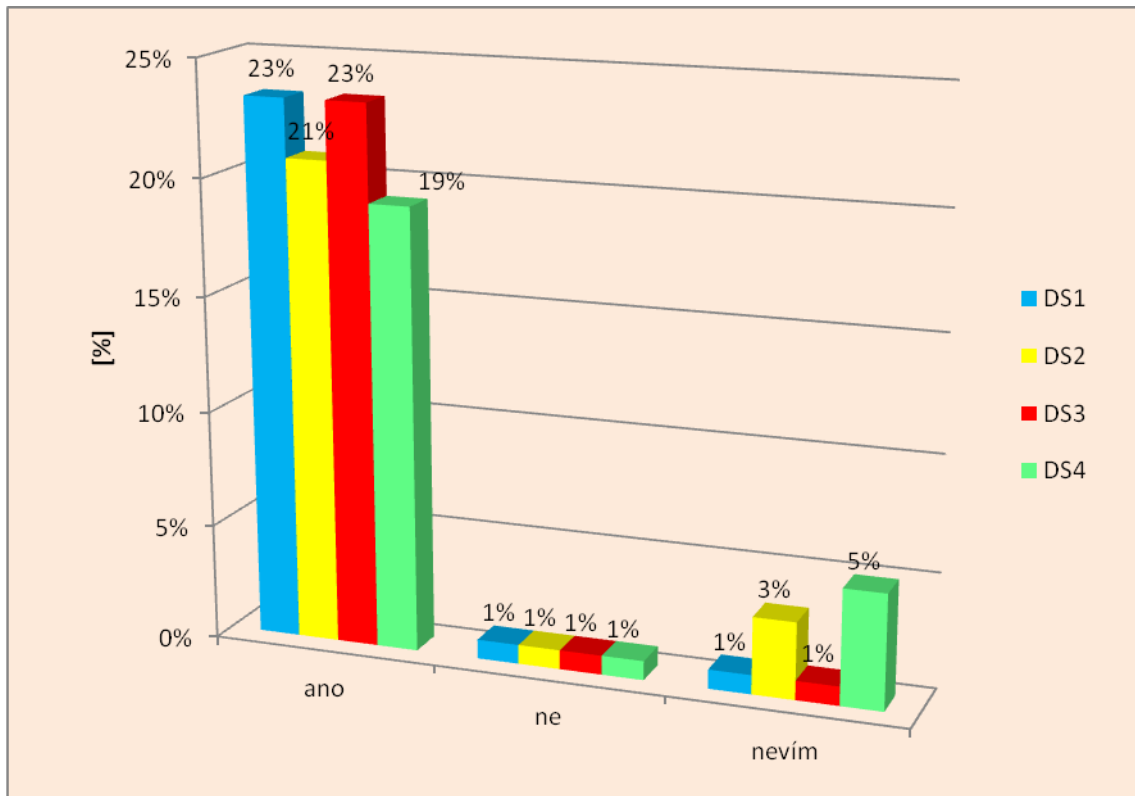
**Graf 20 Informovanost o problematice pádů**



Informace ohledně problematiky rizikovosti pádů uvítá 107 (89 %) respondentů a opačný postoj zaujímá 13 (11 %) respondentů.

**Otázka č. 21:** Slouží ošetrovatelská rehabilitace k prevenci imobilizačního syndromu?

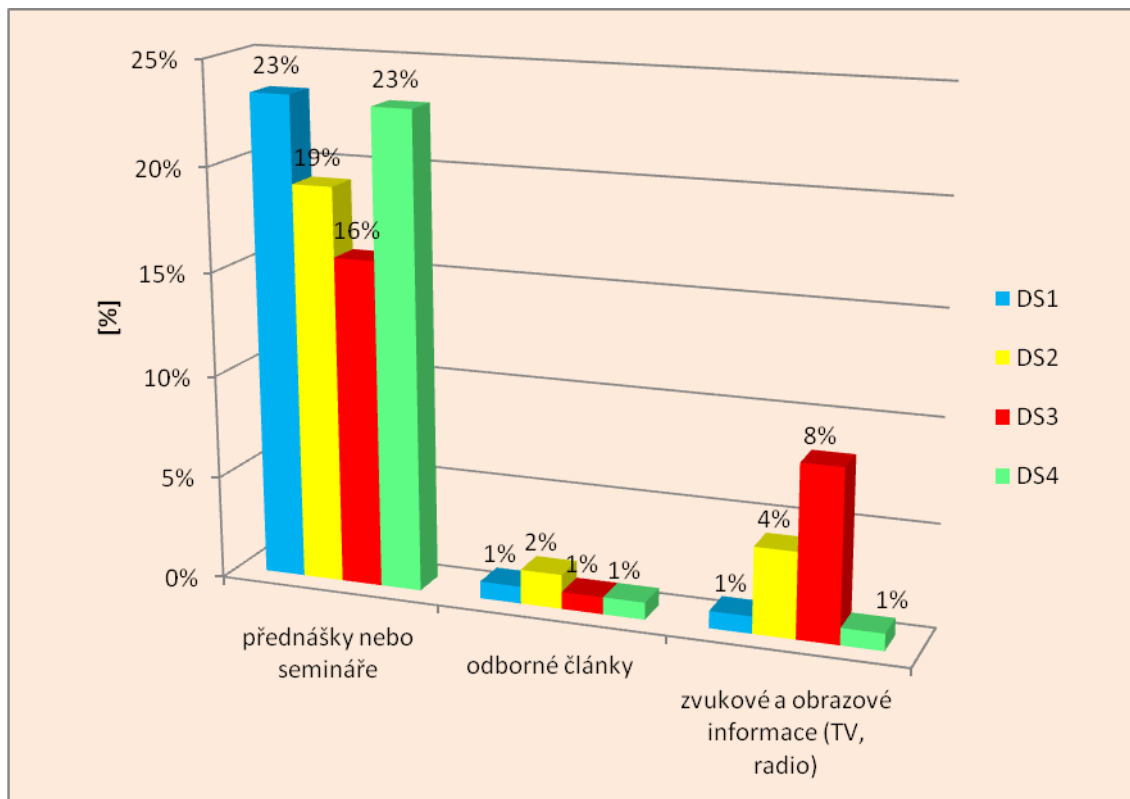
**Graf 21** Ošetrovatelská rehabilitace jako prevence imobilizačního syndromu



Graf 2 znázornil, zda má personál znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci. Z celkového počtu 120 respondentů jich 104 (86 %) označilo kladnou odpověď, 12 respondentů (10 %) nevědělo, zda ošetrovatelská rehabilitace slouží jako prevence imobilizačního syndromu a 4 respondenti (4 %) označili ne.

**Otázka č. 22:** Informační materiál ohledně problematiky pádů preferujete formou:

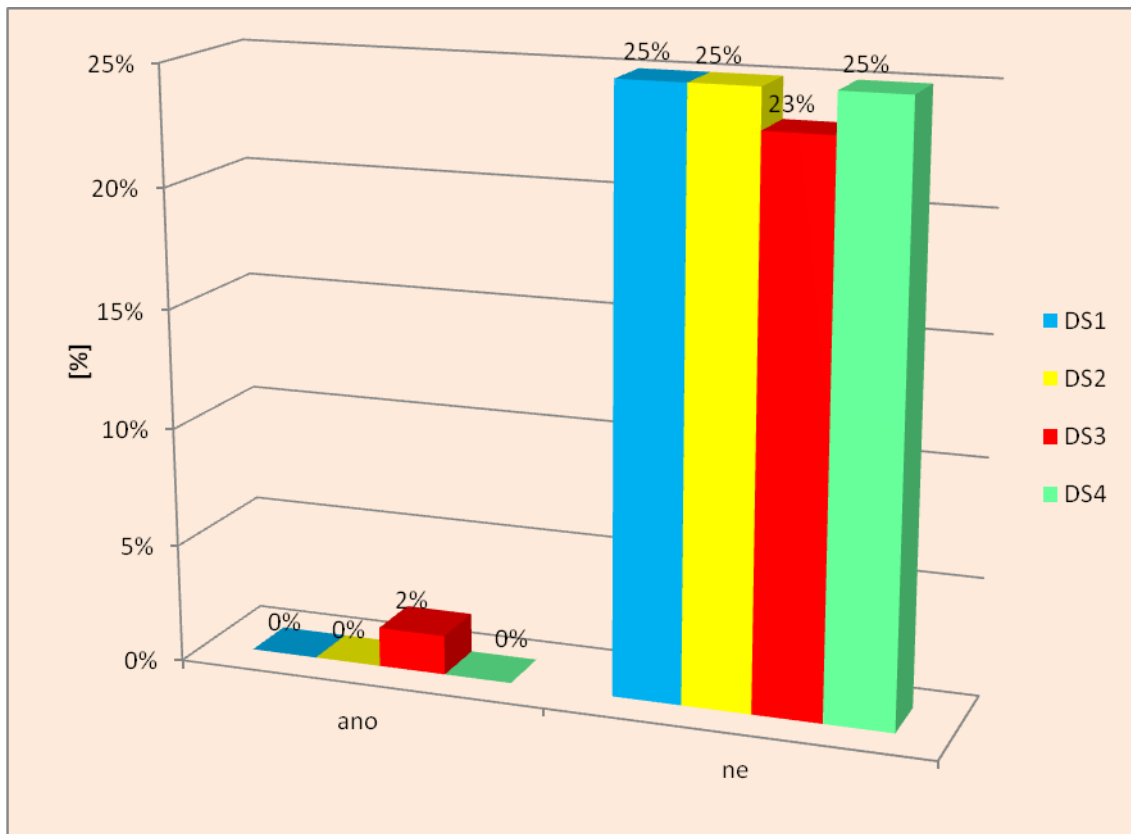
**Graf 22** Preference typu edukačních materiálů



Nejpočetněji zastoupenou odpovědí respondentů je přednáška nebo seminář, v 98 tj. (81 %). Dalším vyhovujícím edukačním zdrojem je zvuková a obrazová informace, kterou označilo 17 respondentů (14 %). Odborný článek je vyhovující u 5 respondentů (5 %). Možnosti doplnění jiné; nikdo nevyužil.

### Otázka č. 23: Chybí na Vašem pracovišti pomůcky k prevenci pádů?

Graf 23 Chybějící pomůcky podle respondentů

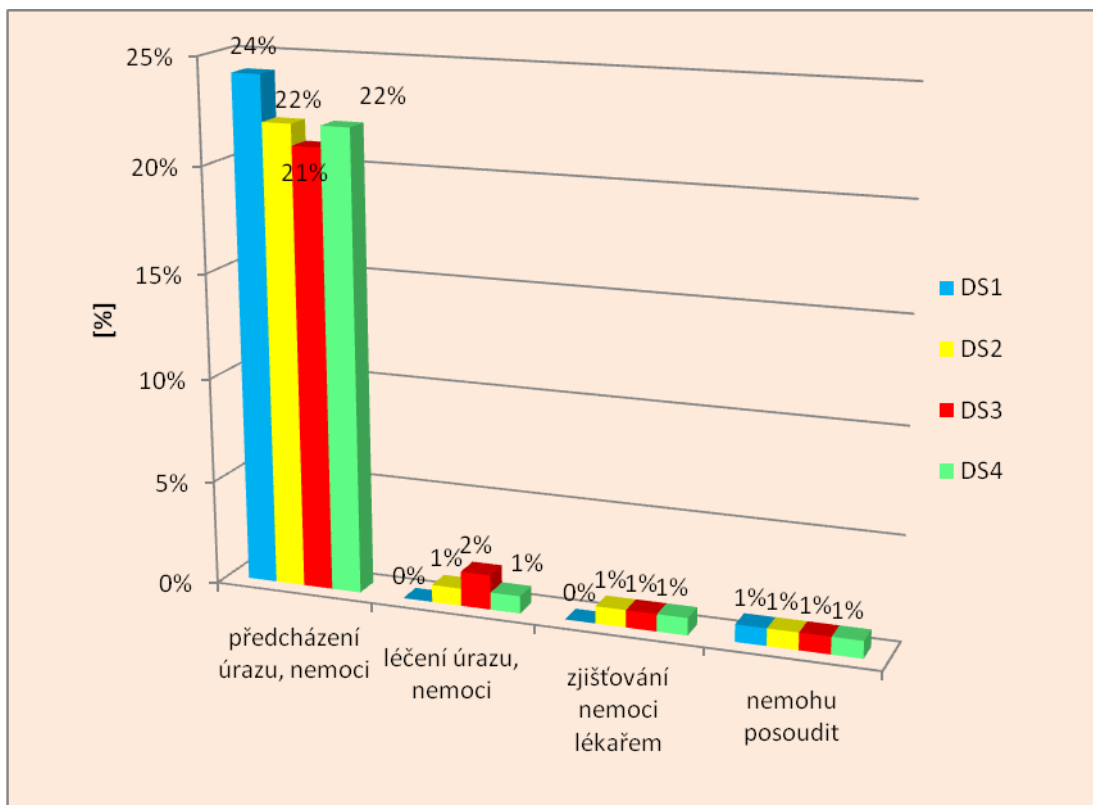


Graf 23 znázorňuje odpovědi respondentů na předposlední otázku z dotazníku, kdy se mohli vyjádřit k problematice chybějících pomůcek k prevenci pádu a doplnit svůj názor. Celkem se vyjádřilo 120 (100 %) respondentů. Ano označili 2 (2 %) respondenti a 118 (98 %) respondentů uvedlo ne. Ti co v dotazníku doplnili ano, by preferovali nová chodítka.



**Otázka č. 24:** Co si představíte pod pojmem prevence?

**Graf 24 Pojem prevence podle respondentů**



Nejvíce respondentů tj. 109 (89 %) respondentů označilo správně pojem prevence, jako předcházení úrazu, 4 (4 %) respondenti uvedli léčení úrazu, nemoci, 3 (3 %) respondenti označilo možnost zjišťování nemoci lékařem a možnost nemohu posoudit 4 (4 %) respondenti.

## 9 DISKUZE

Bakalářská práce zjišťuje znalosti zaměstnanců přímé obslužné péče v domovech pro seniory z oblasti příčin, následků a prevence pádů klientů. Obsahuje analýzu dat získaných pomocí dotazníkového průzkumu. Dotazníky vyplňovali pracovníci všech kategorií zdravotnických pracovníků nelékařů, kteří v současné době pracují v sociálním zařízení. Výsledná data jsou analyzována a interpretována pomocí statistických metod.

Celkový počet zkoumaného vzorku tvoří 120 respondentů (100 %). Z celkového množství respondentů bylo 118 žen a 2 muži (graf 1). Vyšší početní zastoupení žen v sesterské profesi je nám všeobecně známo. Profese sestry je společností chápána jako typicky ženské povolání, kde je muž vnímán jako „nováček“. To však není zcela pravda, protože muž do profese sestry nejenže patří, ale je od raného vývoje ošetrovatelství jeho součástí. Málokdo ví, že muži jsou stejně významní v této profesi jako jejich ženské kolegyně. Podle mně jsou mladší sestry většinou přístupné nutným novým změnám v poskytování ošetrovatelské péče a starší sestry již mají zase bohaté zkušenosti s ošetrováním klientů v DS a mohou je předávat těm mladším.

Průzkumu se zúčastnili respondenti různých věkových kategorií. Nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti věkově kategorie 41 - 50 let a věkové kategorie 51 let a více. Nejméně zastoupenou kategorií tvořili respondenti 18 - 30. Většina zaměstnanců si tuto profesi vybrala z humanitárních důvodů a pocituje vnitřní uspokojení a naplnění.

Nejvíce respondentů ze všech 4 DS mělo pouze vzdělání označené jako jiné, kde respondenti doplnili možnost základní a vyučený. Je politováníhodné, že sestry s vyšším kvalifikačním vzděláním jsou v DS zastoupeny jen v minimálním počtu (graf 3).

Výzkumné šetření na téma „Pády v seniorském věku“ bylo uskutečněno v Plzni v Domově pro seniory sv. Jiří, Petrklíč, Kopretina, Sedmíkráska a Čtyřlístek. Tyto Domovy v praktické části v grafech značím DS1, DS2, DS3 a DS4. Z výpovědí respondentů jsem shromáždila množství zajímavých informací o ošetrovatelské

dokumentaci a prevence rizik pádů u klientů v sociálních zařízeních. Zajištění potřeby bezpečí je ve stáří významné a velmi důležité. Klienti si mnohem více uvědomují ztrátu sil a schopností a výrazně u nich stoupá pocit nutnosti pomoci jiných, a zde právě plní svoji hlavní úlohu pečovatelé přímé obslužné péče. V každém, z výše jmenovaném DS, jsem strávila určitý čas a byla jsem velice mile překvapena zaměstnanci zájmem o spolupráci, dotazníky a jejich vyplnění. Zaměřila jsem se na kvalitu poskytované péče při prevenci rizik u seniorů a hypotézou 1 jsem zjišťovala vedení ošetřovatelské dokumentace, která byla specifická pro daný DS. Veškeré informace jsem získala při zpracování dotazníků a zde se mi potvrdila H1.

**Hypotéza 1: Předpokládám v domově pro seniory správné vedení ošetřovatelské dokumentace o pádech klientů.**

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

Výsledky:

- 100 (83 %) respondentů uvedlo ze 4 DS, že jejich pracoviště má standardní ošetřovatelský postup zaměřený na prevenci pádu,
- 84 (70 %) respondentů správně označilo pád za nezamýšlenou událost, kdy se senior ocitne na podlaze,
- 111 (92 %) respondentů v dotazníku uvedlo, že jejich pracoviště má protokol o pádu,
- 95 (79 %) respondentů uvedlo vedení Barthelova testu,
- 91 (76 %) respondentů uvádí hodnocení rizika pádu u klienta,
- 42 (34 %) respondentů uvádí označení rizikového klienta v ošetřovatelské dokumentaci, pouze DS1 má viditelně a velmi přehledně označeného rizikového klienta červeným štítkem - RP (riziko pádu).

Musím zde zmínit, že neexistuje šablona ani metoda pro vedení ošetřovatelské dokumentace, ale nejlepší ošetřovatelská dokumentace je taková, která vzniká na základě diskuzí a konzultací, které probíhají na místní úrovni DS. V již zmiňovaných DS je velice dobře vedena ošetřovatelská dokumentace a je tedy zároveň produktem dobré týmové práce i důležitým nástrojem zvyšování kvality zdravotnické péče. Kvalitní vedení zmíněné ošetřovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného zaměstnance, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení. Jednoduchá a kvalitní dokumentace je nezbytnou složkou ošetřovatelského procesu. V DS je

zavedený standardní postup na prevenci pádu (graf 4) na tuto otázku navazuje správná definice pádu, která co nejdůležitěji popisuje pád klienta jako nezamýšlenou událost, kdy se senior ocitne na podlaze (graf 5). Graf 6 a 7 nám znázornil vedení protokolu o pádu klienta na pracovišti a vedení Barthelova testu základních všedních činností na pracovišti. Uspěly všechny 4 DS na výbornou. Další otázka zjišťovala, zda při přijetí klienta do DS probíhá hodnocení rizika pádu u seniora. V grafu 8 převážná většina respondentů odpověděla kladně, ale v následující otázce, kterou znázornil graf 9, bych zdůraznila, že pouze v DS 1 všichni respondenti uvedli označení rizikového seniora v ošetrovatelské dokumentaci červeným štítkem - RP (riziko pádu), zbývající DS nemají označeného rizikového klienta výrazným a přehledným označením. Prvním krokem k redukci pádů je přesné a úplné hodnocení klientova rizika pádu a toto hodnocení je důležité zabudovat do ošetrovatelské anamnézy. Toto hodnocení může zahrnovat správné uložení klienta na pokoj v blízkosti místnosti sester, jelikož časté sledování je pro NLZP zásadní a zajišťuje tak bezpečnou zdravotní a ošetrovatelskou péči v DS. Velmi přínosné vidím opatření v DS2, DS3 a DS4, kde doporučuji označit rizikového klienta přehlednými, viditelnými, barevnými štítky na cedulky se jmény u pokojů a toto samé řádné označení na jmenné tabuli klientů na sesterně. Pokud nedochází u ošetrovajícího personálu k přesnému předávání informací o klientovi, snižuje se tak šance k zavedení opatření snižující riziko pádu. Jsem přesvědčena, že důkladné hodnocení umožňuje nelékařům indikovat a zavést aktivní přístup při řešení problematiky pádů jako součást plánování a realizace péče.

### **Tímto se potvrdila hypotéza č. 1.**

V hypotéze 2 jsem zjišťovala, jaká příčina pádu klientů na pracovišti bývá nejčastější a jestli se v DS nacházejí překážky, které mohou způsobit pád (graf 10 a 11). Obě tyto otázky dávaly respondentům možnost i více odpovědí, ale této možnosti nikdo nevyužil. Nejvíce respondentů označilo poruchy chůze, rovnováhy a slabost, což jsem předpokládala. DS se shodovaly na stejné možnosti odpovědi. Graf 13 a 15 znázornil ve všech dotazovaných DS velmi dobré vybavení sociálních zařízení madly a plný počet 120 (100 %) respondentů označilo signalizační zařízení pro přivolání personálu. V otázce nejčastějších vnějších příčin pádu (graf 17) jsem byla překvapena odpovědí většiny respondentů nad typem a stavem obuvi klientů. Zde jsem předpokládala, že jsou klienti edukováni o správném typu obuvi. Ohledně péče o seniory mohu doporučit více zapojit rodinné příslušníky a vysvětlit jim důležitost používání protiskluzové obuvi

a informovat je o možném riziku pádu. Komunikace s rodinou a dalšími pro klienta důležitými lidmi je v důkladném hodnocení rizika pádu zásadní. Grafem 19 a 23 z výzkumu vyplynulo, že v současné době věnují sociální zařízení zvýšenou pozornost prostředí, ve kterém poskytují péči seniorům. V Domovech pro seniory, které si uvědomily pozitivní vliv zdravé a otevřené organizační kultury na zlepšování zdravotní péče, se termín „kultura bezpečí“ stává módním pojmem. Atmosféra vzájemné důvěry, ve které personál může volně hovořit o otázkách bezpečí a jejich řešení bez strachu z následků, je v dnešní době brána jako základ ke zlepšení bezpečnosti v kterékoliv organizaci. Problematika pádů je jeden ze základních zájmů, které domovy pro seniory při pokusu o zlepšení vnitřní kultury musí vzít v úvahu. Pády jsou nejvýznamnější mimořádnou událostí v sociálních zařízeních. V prevenci je velice důležité se zaměřit na prostředí, v kterém klient žije, aby bylo bezpečné a bezbariérové a toto šetření se mi potvrdilo v hypotéze 2.

**Hypotéza 2: Předpokládám, že pády v domově pro seniory nejsou provozně zaviněné.**

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 10, 11, 13, 15, 17, 19 a 23.

Výsledky:

- 85 (70 %) respondentů jako příčinu pádu klientů na pracovišti označilo poruchy chůze, rovnováhy, slabost a riziko prostředí označila pouze 6 % respondentů,
- 89 (73 %) respondentů jako překážku, která způsobuje pád v domově pro seniory, označilo možnost, nenachází,
- 114 (95 %) respondentů uvedlo, že domov pro seniory má vybavené sociální zařízení madly,
- 120 (100 %) respondentů ve všech DS označilo na pracovišti signalizační zařízení,
- 92 (75 %) respondentů označilo jako nejčastější vnější příčinu pádu typ a stav obuvi,
- 83 (69 %) respondentů na otázku rizikovosti domova pro seniory uvádí - žádnou,
- 118 (98 %) respondentů uvedlo dostatek pomůcek k prevenci pádu na pracovišti.

**Tímto se potvrdila hypotéza č. 2.**

V hypotéze 3 jsem předpokládala znalosti preventivních opatření zaměstnanců, ale vyhodnocením grafů se mi tato hypotéza nepotvrdila. Graf 12 znázornil nevědomost zaměstnanců, zda klienti nosí v domově domácí obuv s protiskluzovou podrážkou, kde jsem předpokládala opak. Například graf 14 znázornil pouze v DS1 znalost

prevence zabezpečení jídelních stolů sponkami proti stržení, zbývající DS2, DS3 a DS4 nemá toto preventivní opatření v jídelnách. Další neznalost personálu na otázku, zda edukuje fyzioterapeut klienty o prevenci pádu mě velice zaskočila, jelikož jsem předpokládala správnou komunikaci mezi jednotlivými pracovníky. Pouze jeden ze čtyř DS ukázal v grafu 16 efektivní komunikaci mezi zaměstnanci. Graf 18 znázornil nejčastější vnitřní příčiny pádů dotazovaných, kde jsem předpokládala z dostupné literatury (Weber, 2000), že dokáží respondenti označit nejčastější vnitřní příčinu pádu, kterou bývá změna pohybového aparátu, svalová atrofie a osteoporóza. Tuto možnost jsem vzala za správnou odpověď, označilo ji pouze 26 respondentů z DS1 ze 120 dotazovaných. Většina označila věk klienta, který nemusí být samozřejmě podstatný pro příčinu pádu. Pojem ošetrovatelská rehabilitace a pojem prevence (graf 21 a 24) byl označen dotazovanými z větší části ve všech domovech stejně a správně. Po shrnutí poslední hypotézy 3 se mi nepotvrdila. Předpokládala jsem u dotazovaných větší znalosti preventivních opatření.

**Hypotéza 3: Předpokládám u zaměstnanců znalosti preventivních opatření pádů.**

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 12, 14, 16, 18, 20, 21 a 24.

Výsledky:

- 87 (73 %) respondentů uvedlo, že neví, zda klienti používají obuv s protiskluzovou podrážkou,
- 78 (64 %) respondentů uvedlo, že domov pro seniory nemá zabezpečené ubrusy na jídelních stolech, pouze v DS1 je toto opatření,
- 84 (70 %) respondentů uvedlo, že neví, zda jsou klienti edukováni fyzioterapeutem o možnostech pádu,
- 77 (63 %) respondentů označilo jako vnitřní příčinu pádu věk klienta, zde jsem za správnou odpověď považovala změny pohybového aparátu a osteoporózu, tuto možnost označilo pouze 26 (22 %) respondentů ze 120 dotazovaných,
- 107 (89 %) respondentů uvítá informace ohledně problematiky rizikovosti pádů,
- 104 (86 %) respondentů nám znázorňuje, zda má personál znalosti o ošetrovatelské rehabilitaci,
- 109 (89 %) respondentů správně označilo pojem prevence.

**Tímto se nepotvrdila hypotéza č. 3.**

Z anonymního dotazníkového šetření vyplývá potřeba zvýšené pozornosti věnované ošetrovatelskému personálu v domovech pro seniory. Jako výstup pro praxi bude nutné proškolení zaměstnanců v dodržování standardu prevence pádu, který obsahuje pracovní postupy vedoucí k zajištění bezpečnosti klientů. Po důsledném proškolení ošetrujícího personálu by měla proběhnout opětovná kontrola dodržování závazných pracovních postupů s případným vyvozením důsledků. V průzkumu jsem zjistila několik závažných nedostatků (graf 12, 14, 16 a 18), ve kterých není dostatečně zajištěna bezpečnost klienta v domově pro seniory (DS2, DS3 a DS4) a hrozí potencionální riziko jeho poškození. Proto navrhuji ve výše jmenovaných DS opatření, kterým je navýšení počtu vnitroústavních seminářů zaměřených na prevenci pádů. Jakékoliv pochybení při poskytování zdravotní ošetrovatelské péče může ve svém důsledku vést k poškození klienta, ale i k poškození samotných poskytovatelů sociální péče. Je tedy velmi nutné aktivní vyhledávání a analyzování potencionálních rizik, soustavné objasňování kořenů a příčin nedostatků a vyhledávání prostředků vedoucích ke zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Identifikace nedostatků bude sloužit managementu sledovaných sociálních zařízení k realizaci nápravných opatření.

Organizace musí opustit filozofii požadavku perfektního výkonu bez chyb a zaměřit se, místo toho, na navrhování systému bezpečí. O potřebě snižování rizik související s pády klientů není pochyb. Sociální zařízení bude schopno dosáhnout vrcholu svých možností, pouze pokud vytvoří u svých zaměstnanců a klientů kulturu bezpečí. Organizace s pozitivní kulturou bezpečí jsou charakterizované komunikací založenou na vzájemné důvěře, sdílením vnímáním důležitosti bezpečí a vírou v účinnost preventivních opatření. Vybudování, zlepšování a přehodnocování obsáhlého programu prevence se odehrává v několika etapách a končí přehledem standardů v sociálním zařízení. Úrazy seniorů jsou jedním z nejzávažnějších problémů dnešní medicíny. Představují nejen závažný zdravotní, ale také i sociální problém, protože každý úraz ve vyšším věku znamená zvýšenou zátěž pro organismus. Preventivní opatření spočívají ve snížení rizika úrazovosti u seniorů. Možností prevence úrazů u seniorů jsou značné, ale někdy málo využívané. Domov je nejčastějším místem úrazu ve stáří, jelikož senioři tráví více času doma a neradi mění své navyklé způsoby chování. Některá rizika jsou dána technickým stavem prostředí, jiná vznikají jako důsledek nesprávného chování.

Chtěla bych vyzdvihnout důležitost kvalitního zaměstnance, který je nesporně přínosem pro zaměstnavatele, bez něj by nemohl nejen fungovat, ale také dále se rozvíjet. Oslovení respondenti ze všech jmenovaných DS považují nabízení dalšího vzdělávání za samozřejmost (graf 20 a 22). Zřizovatel by mohl organizovat odborné přednášky zaměřené především na klasifikaci pádů, rizikové faktory a preventivní patření. Přednášky a besedy tohoto typu by byly jedinečným přínosem pro ošetřující personál. Na základě těchto podnětů bude management domova pro seniory pracovat na odstranění nedostatků. Pády jsou řazeny mezi mimořádné události a mohou mít pro klienty tragické následky. Často jsou zaviněné pochybením ošetřovatelského personálu a nesprávným vyhodnocením rizika pádu. Zde je velmi důležitý odhad rizik pádu v zařízení, je vyžadován pro každého nového klienta a dále je třeba vždy nové posouzení po případném pádu. Vhodně použité hodnocení rizikových faktorů pádu je cennou součástí anamnézy staršího křehkého seniora a přispěje k prevenci pádů.

**Jako doporučení a výstup pro praxi** bych uvedla edukační činnost pro zaměstnance domovů pro seniory v rámci zásad preventivních opatření, které zajistí bezpečí klientů a kvalitu poskytované péče. Bylo by vhodné u zaměstnanců periodicky zvyšovat informovanost o možnostech zajištění základního bezpečného prostředí, nejlépe formou účasti na odborných seminářích a kongresech. Kontinuální vzdělávání zlepšuje schopnost plnit si své povinnosti. Mezi nejdůležitější k odstranění rizik pádů je nutno zařadit efektivní proškolení zaměstnanců v domovech pro seniory ve schopnosti získání dostatku anamnestických údajů týkajících se pádů, protože nedostatek informací může mít vliv na zavádění individualizované péče u rizikových klientů. Znalost příčin pádů je základ pro prevenci pádu, a pokud umí dotazovaní respondenti dobře pojmenovat příčiny, které zvyšují předpoklad pádu, umí také některá rizika vyloučit a tím snížit výskyt možnosti pádu a nebezpečí úrazu u klienta v domově pro seniory.

Vzhledem ke zjištěným faktům, bych navrhovala po přijetí seniora do DS provést zhodnocení klienta, označit ho identifikačním náramkem a stanovit riziko pádu jako ošetřovatelskou diagnózu.

Doporučuji seznámit klienta s okolním prostředím, tlačítko signalizace dát na dosah ruky a odstranit z jeho okolí překážky. Rizikovým klientům je důležité vysvětlit využití kompenzačních pomůcek. Zvýšený dozor ze strany personálu u rizikových klientů je velice důležitý. Dalším řešením by mohla být úprava prostředí nebo přemístění seniora



na pokoj, který se nachází blíže k sesterně nebo na pokoj, kde na něj může zčásti dohlédnout druhý klient na pokoji.

Ohledně péče o seniory mohou doporučit více zapojit rodinné příslušníky a vysvětlit jim důležitost používání protiskluzové obuvi a informovat je o možném riziku pádu. Důležité je, aby přijatá opatření a nově zpracované pracovní postupy kontinuálně zvyšovaly kvalitu poskytované péče.

## ZÁVĚR

Dostala se Vám do rukou bakalářská práce, jejímž účelem je zamyšlení nad životem našich seniorů a nad poskytovanou péčí v sociálních zařízeních. Na přelomu druhého a třetího tisíciletí si společnost jasně začala uvědomovat proces demografického stárnutí, kdy celosvětově přibývá seniorů rychleji než občanů jiných věkových skupin.

V teoretické práci se snažím objasnit problematiku stárnutí a stáří, které je nelehkým životním obdobím, kdy v duši člověka probíhá zápas mezi úsilím o integritu a nepříjemnostmi zdravotními, sociálními a psychickými. Zkusme se jen na okamžik vžít do situace, která nás za několik let nemine, zatočme ručičkami našich biologických hodin a představme si náš život po sedmdesátce.

Cílem praktické části bylo na základě výzkumného šetření zjistit kvalitu života seniorů v domovech pro seniory, která nebyla do nedávné doby tolik v popředí pozornosti společnosti. Z výzkumného šetření jsem dospěla k závěru, že se situace naštěstí v tomto směru v dnešní době radikálně mění. Dnešní společnost přijímá závažnou skutečnost demografického stárnutí a snaží se v rámci možností o dlouhodobé řešení, vzniká tak řada domovů určených pro stárnoucí populaci a seniorům se tak dostává kvalitní péče a bezpečného domova. Stáří má své potřeby psychické, fyzické a sociální, proto musí veškerá poskytovaná pomoc či péče tyto „z domova do Domova“, i když jde vlastně do svého zaměstnání. Práce v sociálních službách má své zvláštnosti. Pomáhání a přijímání pomoci je obtížný a často ambivalentní proces. Je velice důležité a profesionální, aby se každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích, upřímně se zamyslel nad vnitřními motivy, které je přivedly k volbě tohoto povolání. Role pomáhajícího totiž s sebou přináší jistá očekávání. Chceme slyšet uznání za svou práci, kdo by nechtěl, ovšem úspěchy jsou výsledkem píle všech zúčastněných, což je nutné si stále uvědomovat a nepřivlastňovat si zásluhy těch, o které pečujeme. Stárnutí populace je celosvětovým problémem, který je potřeba nejen akceptovat, ale také mu přizpůsobit další vývoj civilizované moderní společnosti, v níž má každý jedinec právo na kvalitní život. Domovy pro seniory dnes již představují koncept kvalitního bydlení spolu se sociální a zdravotní péčí. Cílem zařízení pečujícího o seniory, je poskytovat co nejbezpečnější a nejkvalitnější zdravotní péči a tato bakalářská práce chtěla přispět v dosahování takového cíle. Cíle

této práce byly splněny a měly by alespoň malou měrou přispět ke zlepšení péče o seniory. Výsledky výzkumného šetření jistě potěší management domovů pro seniory, kterým budou dle zájmu poskytnuty.

V závěru svého zamyšlení bych ráda poděkovala všem, kteří se podílejí na fungování domova pro seniory a dělají vše pro své klienty. Vaše práce není jen zaměstnáním, ale opravdovým posláním, která je mnohdy velmi náročná jak po fyzické stránce, tak především po psychické stránce. Jsem ráda, že těm, kteří pomoc potřebují a potřebovat budou, může město nabídnout kvalitní a velmi široké spektrum péče. Víme všichni, že senioři jsou křehcí, zranitelní a snažíme se je chápat, všichni i zaměstnanci mají stejný záměr - umět jim pomáhat. Vstřícnost, ochota naslouchat, ohleduplné a citlivé jednání - to je práce s lidmi, kteří jsou osamělí nebo nemocní. Na zaměstnance sociálních zařízení jsou kladeny velké nároky, proto musí mít řadu morálně volných vlastností, nebojme se použít výraz láska k bližním - k seniorům obzvláště, dále trpělivost, zodpovědnost vytrvalost, ohleduplnost, empatie, laskavé vystupování a další. Všem zaměstnancům za jejich obětavou práci a lásku, s jakou se starají o seniory, patří nesmírný dík.

***Způsob, jakým pečujeme o své děti  
v době svítání jejich života,  
a způsob, jakým pečujeme o staré  
v období soumraku jejich života,  
je měřítkem kvality společnosti.  
(Hubert Humprey)***

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BENEŠOVÁ, Veronika, et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: centrum úrazové prevence UK 2. a FN Motol, 2003. 84 s. ISBN 80-239-2104-5.
- BRONCOVÁ-KLICPEROVÁ, Dagmar. *Domov s péčí a láskou*. 1. vyd. Praha: Milpo Media, 2010. 95 s. ISBN 978-80-87040-19-5.
- Doc. MUDr. Veronika BENEŠOVÁ, Csc. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*[online]. Citováno[10.1. 2012]. Dostupné z:  
<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/urazy-senioru-a-moznosti-jejich-prevence-163717>.
- FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
- GEBAUEROVÁ, Eva, et al. Sledování pádů a úrazů, *Sestra*. Praha: Sanoma magazines Praha s. r. o. 200, roč. 14, č. 9, s. 37. ISSN 1210-0404.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Brain team, 2010. 400 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- CHARVÁTOVÁ, Petra, et al. Pád pacienta jako indikátor kvality péče, *Lékařské listy*, Praha: Mladá fronta. 2004. roč. 53, č. 41, s. 21-25. ISSN 0044-1996.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
- KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing , 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing , 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

- KAŇOVSKÝ, Petr. Poruchy chůze a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. Praha: Solen, s. r. o. 2004. roč. 6, č. 2, s. 85 – 88. ISSN 1212 – 7299.
- KLÁN, Jan; TOPINKOVÁ, Eva. Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. *Česká geriatrická revue*. Praha: Medica Heathworld a. s. 2003. č. 2, s. 39, ISSN 1801-8661.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜLPACHR, Pavel. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- PAYNE, Jan, et. al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- SCHMEIDLER, Karel, et al. *Problémy mobility stárnoucí populace*. 1. vyd. Brno: Key Publishing , 2009. 180 s. ISBN 978-80-87342-05-3.
- STAROŠTÍKOVÁ, Alena. Úrazy ve stáří. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. 2006. roč. 16, č. 7-8, s. 44 -45. ISSN 1210-0404.
- STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství č. 6, Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. 1 vyd. Brno: IDVZP, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
- ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing , 2008. 200 s. ISBN: 978-80-247-2616-8.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
- TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8.

- VAĐUROVÁ, Helena; MŮLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- WEBER, Pavel, et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

## SEZNAM ZKRATEK

<b>AADL</b>	advanced activities of daily living (náročné aktivity denního života)
<b>ACE</b>	acute care of the elderly units (nemocniční geriatrická oddělení)
<b>ADL</b>	activities of daily living (aktivity denního života)
<b>BADL</b>	basal activities of daily living (základní aktivity denního života)
<b>CGA</b>	comprehensive geriatric assessment (komplexní geriatrické hodnocení)
<b>CMP</b>	cévní mozková příhoda
<b>ČAS</b>	Česká asociace sester
<b>ČGGS</b>	Česká gerontologická a geriatrická společnost
<b>ČLS JEP</b>	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
<b>DD</b>	domov důchodců
<b>DS</b>	domov pro seniory
<b>GIT</b>	gastrointestinální krvácení
<b>GS</b>	geriatrický syndrom
<b>IADL</b>	Instrumental Activity Daily Living (test instrumentálních všedních činností)
<b>JCAHO</b>	Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení)
<b>LDN</b>	léčebna pro dlouhodobě nemocné
<b>MMSE</b>	Mini-Mental State examination (test kognitivních funkcí)
<b>NCONZO</b>	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
<b>NGO</b>	nemocniční geriatrická oddělení
<b>NLZP</b>	nelékařský zdravotnický pracovník
<b>SZO</b>	Světová zdravotnická organizace (též WHO)

## SEZNAM CIZÍCH SLOV

Adaptace - úprava, přizpůsobení

Adekvátní - přiměřený

Akomodace - schopnost oka vidět ostře

Ateroskleróza - kornatění tepen

Atrofie - zmenšení, ztenčení normálně vyvinutého orgánu, tkáně, buňky

Deformita - změna tvaru orgánu, části těla

Demografie - věda, která studuje proces reprodukce lidských populací

Determinanta - rozhodující, určující, usměřující parametr, činitel či faktor

Disabilita - omezení až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí

Efektivně- účinně

Exkoriace - oděrka, povrchové poškození kůže zasahující jen do pokožky

Fixace - znehybnění, upevnění

Folikul - drobná dutinka, váček, např. vlasový

Fraktura - odborné označení pro zlomeninu

Fyzioterapie - je část rehabilitace, která se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému organismu

Genetika - poskytuje účinné nástroje jak pro vyhodnocení funkce jednotlivých genů

Geriatric - je označení specializačního lékařského oboru

Gerontologie - je souhrn poznatků o stárnutí a stáří

Imobilizace - znehybnění normálně hybné části těla z léčebného důvodu

Indikace - důvod nebo soubor okolností vyžadující určitý léčebný či diagnostický postup

Instabilita - nestálost, nevyrovnanost, psychomotorický neklid

Interakce - vzájemné působení dvou nebo více činitelů

Intervence - zásah, zákrok

Izolace - separace od prostředí

Hematom - modřina či krevní výron

Kardiální - srdeční

Kontinuální - spojitý, souvislý, nepřetržitý

Medikace - léčení pomocí léků

Metabolismus - látková přeměna



Motilita - hybnost, pohyby vegetativního systému realizované hladkým svalstvem  
Morbidity - označujeme jí nemocnost nebo chorobnost  
Mortalita - úmrtnost  
Multifaktoriální - způsobený či ovlivněný více nebo mnoha faktory  
Osteoporóza - metabolická kostní choroba, která se projevuje řídnutím kostní tkáně  
Patogeneze - nauka o mechanismech vzniku nemoci  
Prognóza - předpověď průběhu a zakončení nemoci  
Progrese - postup onemocnění, jeho zhoršování  
Psychomotorický - týkající se pohybových projevů a duševních dějů  
Senescence - stárnutí, proces, který se projevuje chátráním tělesné schránky  
Separace - oddělování, oddělení, odlučování, odloučení  
Specifický - zvláštní, příznačný, osobitý  
Standardní - běžný  
Stereotyp - jednotvárný, ustálený, navyklý vzorec chování a myšlení  
Teenager - označení pro mladého člověka, často ještě v období dospívání  
Vertikalizace - pomalé uvedení do vertikální polohy  
Vertikální - svislý, kolmý

# SEZNAM GRAFŮ

**Graf 1** Pohlaví respondentů

**Graf 2** Věk respondentů

**Graf 3** Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

**Graf 4** Standardní ošetřovatelský postup na pracovišti

**Graf 5** Definice pádů podle respondentů

**Graf 6** Protokol o pádu klienta na pracovišti

**Graf 7** Vedení Barthelova testu

**Graf 8** Hodnocení rizika pádu u klienta

**Graf 9** Označení rizikového klienta

**Graf 10** Nejčastější příčina pádu

**Graf 11** Překážky na pracovišti, které způsobují pád

**Graf 12** Používání obuvi s protiskluzovou podrážkou

**Graf 13** Vybavení sociálních zařízení madly

**Graf 14** Zabezpečení jídelních stolů sponkami proti stržení

**Graf 15** Signalizační zařízení na pracovišti

**Graf 16** Edukace klientů fyzioterapeutem

**Graf 17** Nejčastější vnější příčiny pádu

**Graf 18** Nejčastější vnitřní příčiny pádu

**Graf 19** Riziková část Domova podle respondentů

**Graf 20** Informovanost o problematice pádů

**Graf 21** Ošetřovatelská rehabilitace jako prevence imobilizačního syndromu

**Graf 22** Preference typu edukačních materiálů

**Graf 23** Chybějící pomůcky podle respondentů

**Graf 24** Pojem prevence podle respondentů

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

**Obrázek 1** Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

**Obrázek 2** Zvedák pro imobilní klienty

**Obrázek 3** Sprchovací a transportní lehátko

**Obrázek 4** Polohovací lůžko pro seniory

**Obrázek 1 doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.**



Zdroj: <http://img.mf.cz/864/691/1-19.jpg>

**Obrázek 2 Zvedák pro imobilní klienty**



Zdroj:

[http://www.solift.cz/index.php?option=com\\_zoo&task=category&Itemid=132&category\\_id=5](http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=category&Itemid=132&category_id=5)

**Obrázek 3 Sprchovací a transportní lehátko**



Zdroj:

[http://www.solift.cz/index.php?option=com\\_zoo&task=item&item\\_id=55&Itemid=132](http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=55&Itemid=132)

**Obrázek 4 Polohovací lůžko pro seniory**



Zdroj: <http://www.petricko.cz/zdravotnicke-potreby/nabidka/luzko-polohovaci-elektricke.htm>

# SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha 1** Dotazník

**Příloha 2** Barthelův test základních všedních činností

**Příloha 3** Test instrumentálních všedních činností



# Příloha 1

## Dotazník – Pády v seniorském věku

Vážená paní/pane,

jmenuji se Jana Průchová a jsem studentkou třetího ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, bakalářského studijního oboru všeobecná sestra, program ošetrovatelství.

Tento dotazník je určen pro zaměstnance domova pro seniory a bude sloužit ke zpracování výzkumné části mé bakalářské práce s názvem „Pády v seniorském věku“. Získané informace využiji pouze ve své bakalářské práci k tomu, abych zjistila Vaše znalosti v oblasti prevence a péče o seniory s rizikem pádu. Dotazník je zcela anonymní, obsahuje 24 otázek. Každou otázku si prosím pozorně přečtete a Vámi vybranou odpověď zakroužkujete nebo doplňte.

1. Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 18 - 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 - 50 let
- d) 51 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) jiné (*doplňte*).....  
.....

4. Má Vaše pracoviště standardní ošetřovatelský postup zaměřený na prevenci pádu?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
5. Vyberte definici, která nejpřesněji vystihuje pád:
- a) spočínutí klienta na zemi
  - b) neplánované klesnutí k podlaze
  - c) změna polohy, která končí kontaktem těla na podlaze
  - d) nezamýšlená událost, kdy se senior ocitne na podlaze
6. Vyplňujete na Vašem pracovišti „Protokol o pádu klienta“?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
7. Vedete v ošetřovatelské dokumentaci klienta Barthelův test základních všedních činností?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
8. Zhodnotíte a zaznamenáte do ošetřovatelské dokumentace při přijetí klienta riziko vzniku pádu?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím

9. Máte v ošetrovateľskej dokumentácii označeného rizikového klienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

pokud jste odpověděli ano, napište prosím

jak.....

.....

10. Jaká příčina pádu klientů na Vašem pracovišti bývá nejčastější? *(lze i více odpovědí)*

- a) poruchy chůze, rovnováhy, slabost
- b) riziko prostředí
- c) léky
- d) zmatenost a poruchy vnímání
- e) poruchy zraku
- f) jiné *(doplňte)*.....

.....

11. Nacházejí se v domově pro seniory překážky, které mohou způsobit pád? *(lze i více odpovědí)*

- a) kluzké nebo nerovné podlahy
- b) špatné osvětlení
- c) nebezpečné schodiště
- d) špatný technický stav chodítka, kolečkového křesla
- e) volné předložky či koberečky
- f) v koupelnách a na WC chybí madla
- g) nesprávná výška lůžka
- h) nenachází
- i) jiné *(doplňte)*.....

.....

12. Používají klienti domácí obuv s protiskluzovou podrážkou?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Máte ve Vašem domově pro seniory sociální zařízení vybavené madly?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Máte na jídelních stolech ubrusy zabezpečené sponkami proti stržení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Máte na Vašem pracovišti signalizační zařízení pro přivolání personálu?

- a) ano
- b) ne

16. Edukuje na Vašem pracovišti fyzioterapeut klienty o prevenci pádu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Která z uvedených vnějších příčin podle Vás nejčastěji způsobuje pád? *(lze i více odpovědí)*

- a) tvar nábytku (výška židlí a lůžek)
- b) špatné osvětlení
- c) kluzký nebo nerovný povrch podlah
- d) typ a stav obuvi
- e) nevhodné pomůcky (chodítka, invalidní vozíky, zvedací zařízení)
- f) špatné dispoziční řešení koupelny (včetně nedostatku vybavení bezpečnostními pomůckami)

18. Která z uvedených vnitřních příčin podle Vás nejčastěji způsobuje pád? *(lze i více odpovědí)*

- a) změna pohybového aparátu, svalová atrofie, osteoporóza
- b) poruchy zraku
- c) duševní stav, stavy zmatenosti, dezorientace
- d) porucha kognitivních funkcí
- e) věk klienta
- f) akutní onemocnění, epilepsie, CMP

19. Kterou část Vašeho domova pro seniory považujete za nejvíce rizikovou?

- a) koupelnu
- b) schodiště
- c) jídelnu
- d) WC
- e) pokoje
- f) žádnou

pokud jste označili a) až e)

napište proč.....

.....

20. Zajímají Vás informace ohledně problematiky rizikovosti pádů u seniorů?

- a) ano
- b) ne

21. Slouží ošetrovatelská rehabilitace k prevenci imobilizačního syndromu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

22. Informační materiál ohledně problematiky pádů preferujete formou:

- a) přednášky nebo semináře
- b) odborných článků
- c) zvukové a obrazové informace (radio, TV)

23. Chybí na Vašem pracovišti pomůcky k prevenci pádů?

a) ano

b) ne

pokud jste odpověděli ano, napište je prosím

.....  
.....

24. Co si představíte pod pojmem prevence?

a) předcházení úrazu, nemoci

b) léčení úrazu, nemoci

c) zjišťování nemoci lékařem

d) nemohu posoudit

Dotazníkem nelze postihnout celý rozsah problematiky tohoto tématu, pokud máte nějaké připomínky, náměty, postřehy budu ráda za každou z nich. Zde je prostor pro jejich vyjádření.

.....  
.....

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný k vyplnění dotazníku.

## Příloha 2

### Barthelův test základních všedních činností (ADL – aktivity daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

#### Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40 bodů      vysoce závislý  
45 – 60 bodů      závislost středního stupně  
65 – 95 bodů      lehká závislost  
96 – 100 bodů      nezávislý

(Staňková, 2001, *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*)

## Příloha 3

### Test instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activity Daily Living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
2. Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, je-li doprovázen	5
	Vyžaduje pomoc druhé osoby, spec. upravený vůz	0
3. Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
4. Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo ohřeje	5
	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá, jsou připraveny a připomenuty	5
	Léky musí být podány druhou osobou	0
8. Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

#### Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

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

(Staňková, 2001, *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*)