

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

PÁDY U SENIORŮ
A JEJICH ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Petra Zimmelová

Libuše Jiřinová

14.květen 2007

ABSTRACT

FALLS IN THE ERDERLY AND THEIR HEALTH AND SOCIAL EFFECTS

A fall and the subsequent hospitalisation in the after-care ward are often a critical moment for the erderly. In the causal connection with the fall, self-sufficiency, Natural ageing and old age are a sum of genetic factors and environmental effects affecting humans throughout their lives. In old age, and additional factors that may aggravate the health and social situation of erderly people and people around them appear elf-activity and motivation for recovery are often lost or reducet in the erderly during long hospitalisation. As a consequence, a part of senior citizens thus become trapped in the institutional care network with a reduced or eliminated chance to get back to their natural home environment.

To tackle this issue, quantitative data analysis was used and the technique of medical and nursery documentation content analysis was chosen. The direct observation method was used to gather the primary data, with the questionnaire – Bartel's test of ADL (Activities of Daily Living).

The studied set included patients-the erderly hospitalised in the after-care wards of the Municipal After-Care Hospital in Prague 9 from 1 July 2006 to 31 December 2006 in causal connection with a fall.

The study has shown that the main cause of senior hospitalisation was fractured suffered as a result of a fall. Lack of self-support develops or deepens in the erderly during hospitalisation. Furthermore, it was found out that despite of deficit, most senior citizens return to their natural home environment.

The aim of work is to raise awareness among the general public, younger senior people en particular, and warn them not to postpone arrangements for their future until the time when they are no more able to decide about their, illness, lost of self-support and objective judgment.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č.111/1998sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním částí archivovaných fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 14.5.2007

Libuše Jiřinová

Za odborné vedení práce děkuji Mgr.Petře Zimmelové

Obsah :	5
Úvod	7
1.Současný stav	8
1.1. Gerontologie.....	8
1.1.1 Geriatrie.....	8
1.2 Stárnutí a stáří	9
1.2.1 Stárnutí.....	9
1.2.2 Stáří	10
1.2.3 Rozdělení věku ve stáří.....	11
1.2.4 Zvláštnosti vyššího věku.....	11
1.3 Stáří a nemoc	12
1.3.1 Význam potřeb a jejich zaměření v souvislosti se stářím.....	12
1.3.2 Význam potřeb a jejich zaměření v souvislosti s nemocí	13
1.3.3 Zvláštnosti v klinickém obraze ve stáří.....	14
1.3.4 Funkční geriatrické vyšetření.....	15
1.3.4.1 Hodnotící a měřící techniky.....	16
1.3.5 Udržení kvality života seniora	17
1.3.6 Hlavní geriatrické syndromy	18
1.4 Pády u seniorů	19
1.4.1 Rizikové faktory ovlivňující pád.....	20
1.4.1.1 Závratě ve stáří.....	20
1.4.1.2 Poruchy chůze ve stáří	21
1.4.2 Klasifikace pádů	22
1.4.3 Rozdělení pádů podle jejich příčin	23
1.4.4 Závislost a incidence pádů na věku a pohlaví	25
1.4.5 Důsledky pádů	26
1.4.5.1 Zlomeniny krčku stehenní kosti.....	27

1.4.6	<i>Prevence pádů</i>	28
1.5	Rehabilitace v geriatрии	28
1.5.1	<i>Základní složky geriatrické rehabilitace</i>	28
1.6	Změna sociální situace seniora	29
1.6.1	<i>Senior a jeho rodina</i>	29
1.6.2	<i>Změna domova</i>	30
2.	Cíl práce a hypotézy	31
2.1	<i>Cíle práce</i>	31
2.2	<i>Hypotézy</i>	31
3.	Metodika práce	32
3.1	<i>Metodika</i>	32
3.2	<i>Charakteristika zkoumaného souboru</i>	32
3.3	<i>Harmonogram výzkumu</i>	32
4.	Výsledky	33
5.	Diskuse	45
6.	Závěr	49
7.	Seznam použité literatury	50
8.	Klíčová slova	53

Úvod:

Pracuji druhým rokem jako zdravotní sestra na oddělení následné péče. V průběhu praxe jsem si všimla, jak vysoký je počet seniorů, kteří jsou zde hospitalizováni v důsledku pádu, který utrpěli a jak zdoluhavý a náročný je proces vedoucí k jejich uzdravení a návratu do jejich přirozeného domácího prostředí. Tento proces je komplikován pravděpodobně skutečností, že všichni senioři, zde hospitalizovaní mají trvalý pobyt na území hl.m.Prahy, většina z nich žije osamoceně mimo širší kruh rodiny a jen velmi zřídka jsou po návratu z hospitalizace širší rodinou přijati. Jen malá část z nich má z minulosti zkušenosti s terénní pečovatelsko-ošetrovatelskou péčí, ostatní zpravidla o této možnosti pomoci informováni dříve nebyli, a jen obtížně se smiřují se svou závislostí na druhých osobách. Již v průběhu hospitalizace vyjadřují obavy nad svou budoucností, teprve nyní, se ztrátou soběstačnosti zvažují, zda přijmou pomoc agentury domácí péče, a tím i určitý zásah do jejich soukromí, někteří podávají žádost o umístění v ústavech sociálního zařízení. Pád u seniora je tak často zlomovým okamžikem v jeho životě, kdy musí přijmout pomoc, adaptovat se na novou situaci, řešit budoucnost.

Domnívám se, že seniorům by mělo být poskytováno poradenství v oblasti psychosociální už preventivně v ordinaci praktického lékaře, kam docházejí případně na doporučení lékaře, v těsné návaznosti na návštěvu seniora u něj. Většina seniorů služby ostatních zařízení poskytujících poradenství preventivně nevyhledává, ke svému ošetřujícímu lékaři však mají důvěru. Praktický lékař již na základě znalosti zdravotního stavu seniora a jeho sociální situace jako první rozezná jeho ohrožení pádem, a následně může již preventivně seniorovi doporučit využití dalších poradenských služeb.

„Měříme život příliš jednostranně: podle jeho délky a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit, než na to jak jej opravdu naplnit. V poznání pravdy, v mravním řádu, v účinné lásce, máme už v tomto životě podíl na věčnosti – prodlužujeme svůj život ne o dny, nebo o léta, ale o věčnost.“ (T.G.Masaryk)

1.Současný stav péče o seniory

1.1 Gerontologie

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Název je odvozen od řeckého slova gerón = starý člověk, stařec a logos = nauka. Klasicky bývá členěna na tři nestejně ale velmi důležité části.(7)

Gerontologie experimentální se zabývá mechanismem biologického procesu stárnutí buněk , tkání, orgánů a organismů a samozřejmě také studuje procesy biologického a psychologického stárnutí člověka. Tato činnost je velmi důležitá, protože umožňuje predikci (předvídání) procesů stárnutí a jeho prevenci. Významný, ale v ČR dosud podceňovaný je výzkum v neuropsychologii stárnutí. (14)

Gerontologie sociální se zabývá vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj. V posledních letech se zabývá také prevencí a formuluje programy typu – stárnout zdravě s cílem udržet si praktickou soběstačnost.(7)

1.1.1 Geriatrie

Geriatrie (gerón = starý člověk, iatreiá = léčení) je oblast medicíny .V širším smyslu, jako klinická gerontologie , geriatrická medicína , shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu, specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštnosti ve výskytu, klinickém obraze, průběhu vyšetřování, léčení, prevenci a sociálních souvislostech chorob ve stáří. V užším smyslu slova jde o specializační obor, který je v různých státech různě vymezován, obvykle jako obor vycházející z vnitřního lékařství. Některé tradiční obory mají své geriatrické profilyce – např. gerontopsychiatrie. Geriatrie je v České republice samostatným vědním oborem od roku 1982. To proto,že dochází k tzv. geriatrizaci medicíny.

Podstatou tohoto jevu je, že se senioři objevují majoritně v každém lékařském oboru.(14)

1.2 Stárnutí a stáří

1.2.1 Stárnutí

Přirozené (fyziologické, normální)stárnutí a stáří je určeno souhrnem genetických faktorů a vlivu prostředí, které na jedince působí v průběhu celého života. Poznatky o projevech přirozeného stárnutí a stáří jsou důležité proto, abychom odlišili normální od patologického. Stárnutí se týká sféry biologické (somatické), somatické i sociální. Fenomény těchto oblastí se prolínají , vzájemně ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí. Poznatky o biologickém stárnutí , které mají praktický význam, lze shrnout tímto způsobem: zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, omezení rezerv, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím. Zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů. Zhoršené vnímání tzv. zevními smysly (zrak, sluch, čich, chuť, hmat), úbytek tzv. aktivní tělesné svalové hmoty a pokles svalové síly, pokles celkové tělesné vody, zmnožení tuku, úbytek kostní hmoty, involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů (změna struktury obvykle předchází změně funkce), snížený průtok krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny) a omezená schopnost jeho regulace, omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů.(23)

Názory odborníků na přirozené *psychické* změny nejsou jednotné. Důležitá je především osobnost každého člověka, kterou je třeba posuzovat jako psychologický celek. Integrita osobnosti zůstává zachována , obvykle se mění jen dílčí funkční schopnosti osobnosti, například poznávací schopnosti (vnímání, paměť, představy, myšlení). Ve struktuře osobnosti se může posouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů. Citové prožívání ztrácí na intenzitě. Seniora události již tolik nevzrušují, v některých případech zůstává netečný. V průběhu stárnutí se často objevují změny kognitivních (poznávacích) schopností, bývá ochuzena fantazie a je nechuť řešit aktuální problémy.

Bývají změny paměti a učení, je nižší koncentrace pozornosti. Všechny psychické změny nesměřují však vždy k horšímu, naopak. Často se zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné a duševní činnosti, zvýšené opatrnosti, větším volným úsilím, využitím bohatých životních zkušeností. U normálního stáří nechybí soudnost, zlepšuje se rozvaha, je větší stálost v názorech a vztazích. **(23)**

V sociálním stárnutí rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je průběh celé životní dráhy. Jedinci, kteří dovedou „držet krok“, mají z pravidla schopnost vytěžit ze zkušeností svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládnout situace, s nimiž jsou ve stáří konfrontováni. Základním problémem úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na jedné straně a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé. Pokud nemá starý člověk zabraňující zdravotní obtíže, má zůstat aktivním a mít svůj perspektivní program. Odchod z aktivního života se má dít pouze na základě dobrovolného rozhodnutí. Ani penzionování nemá být výsledkem vnějšího sociálního tlaku, ale výsledkem přirozeného vývoje vlastní osobnosti a reálného hodnocení. **(23)**

1.2.2 *Stáří*

Interpretace toho, co je být starý, co je stáří, je skutečně různá a může být vysloveně protichůdná, a to nejen historicky, ale i aktuálně. Dokonce i v průběhu života se jeden jediný člověk dívá na stáří různými očima, rozdílně je přijímá i hodnotí. Každá společnost si vytvářela specifické pojetí stáří, od něhož se pak odvíjelo také konkrétní sebepojetí starých lidí. **(29)**

V historii bylo nepravděpodobné, že se člověk dožije vysokého věku, stáří bylo proto respektováno a štěno. **(4)**

Vývojem společnosti dochází ke značným posunům této hranice. Zájem dnešní gerontologie se již nyní soustřeďuje spíše až na věk od 75 let. **(6)**

Kalendářní věk sice důležitou charakteristikou člověka, ale nevypovídá nic o jeho skutečném funkčním potenciálu, o jeho funkčním věku. **(29)**

1.2.3 Rozdělení věku ve stáří

V současné době je platná 15letá periodizace věku, kterou navrhla Světová zdravotnická organizace. Podle ní se kalendářní stáří člení na tato období: 60 – 74 let : ranné stáří, 70-89 let : vlastní stáří, 90 a více let : dlouhověkost.

Existují však i jiná členění: 65 – 74 let : mladí staří, 75 – 84 let : staří staří, 85 – 94 let : velmi staří, 95 a více let : dlouhověci. **(29)**

Sociální periodizace používá také označení třetí věk (postproduktivní) a čtvrtý věk (období závislosti). Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na rizika seniorů, k nimž patří například maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, hrozbu ztráty soběstačnosti, věkové segregace a diskriminace (ageismus). To odporuje konceptu úspěšného stárnutí , zdravého stáří a pojetí závislosti jako patologie, nikoli zákonitosti. Pasivní „důchodcovství“ se jeví do budoucna jako sociální patologie, jako projev neúspěšného stárnutí nebo závažného zdravotního postižení. **(8)**

Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Při sledování změn v průběhu chronologického stárnutí se ukázalo, že některé změny probíhají relativně pozvolna, jiné naopak výrazně rychle. **(16)**

Funkční věk je v geriatrici daleko nejdůležitější. Kalendářní věk je důležitou charakteristikou člověka, ale nevypovídá nic o jeho funkčním věku. Nehodnotí se jím jen biologický věk daného jedince, ale hodnotí jej ve všech psychosociálních souvislostech. Ke stanovení funkčního věku existuje v současné době velké množství testů, které jsou zaměřeny jak na jednotlivé oblasti, tak na funkční věk jako celek. **(29)**

1.2.4 Zvláštnosti vyššího věku

Ve stáří se více než v dřívějších životních etapách prosazují rozdíly mezi jedinci. Zatímco jedni si zachovávají svěžest a duševní i tělesnou zdatnost, jiní vykazují známky stárnutí již velmi brzy. Také pokroky zdravotní péče a celkové společenské změny přinášejí s sebou celkové změny ve zdravotním stavu lidí, ale mění se i zátěže na ně kladené, a tak posunují hranici stárnutí jedním, či druhým směrem. Mezi hlavní pozorované změny patří Zhoršující se smyslové vnímání. U 90% osob lze po 60.roce

jejich věku zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a asi u 30% se výrazně zhoršuje sluch. To přináší s sebou pokles jejich výkonu při některých pracovních činnostech a také při relaxaci (četba, naslouchání hudbě). Kromě toho tyto poruchy významně ztěžují dostupnost komunikace s druhými lidmi, což může být provázáno nejistotou nebo úzkostí. Také představují významné riziko úrazů. Zhoršující se paměť zpravidla pro nové události, zatímco zážitky dávno minulé zůstávají většinou v paměti dobře uchovány. Citové prožívání ve stáří se stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí, člověk se již tak snadno nenadchne pro nové, ale současně řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji.(17)

S ohledem na specifika vyššího věku jsou potřebné některé základní dovednosti pracovníku pomáhajících profesí. Především empatie, schopnost naslouchání, a schopnost analýzy prožitků. Být přítomen, umět nalézt a vyjádřit klientovy zážitky, pocity a chování, rozumět signálům, které klient vysílá ať už verbální nebo neverbální, otevřené nebo skryté.(19)

1.3 Stáří a nemoc

Stáří a nemoc jsou pokládány za synonyma, nemoci však postihují lidi všech věkových kategorií . Ne každý člověk je schopen vyrovnat se s obtížemi chorob ve stáří. Někteří k tomu potřebují pomoc, jiní ji odmítají. Nemoc výrazně zasahuje do života člověka, do jeho emotivity, reaktivity a chování , a v průběhu dlouhodobé nemoci může dojít i k defektu některých stránek osobnosti. Adaptovat se na nemoc je náročné. To staří lidé vědí a proto někdy přehlížejí nástup nemoci. Mnoho seniorů nesignalizuje své potřeby včas, někteří proto, že nechtějí poznat počínající nemoc, jiní proto, že počátek přehlédli. Část seniorů naopak ze svých chorob přímo žije a do nemoci se uchyluje proto, že jinde porozumění nenacházejí.(8)

1.3.1 Význam potřeb a jejich zaměření v souvislosti se stářím

Potřeba je projev nedostatku, chybění něčeho, co člověk nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchicky řazeném systému podle své naléhavosti. A.Maslow řadí tyto potřeby následně : 1. fyziologické potřeby,

vyjadřující základní potřeby organismu, manifestující se například při porušení homeostázy, 2. potřeba jistoty, bezpečí, objevující se v případě ohrožení její ztrátou, 3. potřeba lásky a náležitosti se stupňuje se v situaci osamocení a projevuje se jako potřeba mít milován a někam patřit, 4. potřeba uznání, v situacích ztráty respektu a důvěry, 5. potřeba seberealizace, vystupuje jako motivace uskutečňovat své osobní cíle.(11)

V souvislosti se stářím se hierarchie základních potřeb mění, jednak v návaznosti na specifiku osobnosti každého jednotlivého seniora. Obecně je známo, že potřeba jistoty a bezpečí se stává nejvýznamnější hodnotou. Starý člověk si uvědomuje úbytek svých sil a kompetencí. Přestává si důvěřovat a směřuje se s určitou mírou závislosti. Zvýšená potřeba emoční podpory odpovídá situaci a zvyšuje se když se senior cítí být ohrožen. Starý člověk očekává účast a citlivé chování vůči sobě. V době dochází k větší fixaci na rodinu, a požadavkem neustálého potvrzování existence citových vztahů a své pozice v rodině.(22)

1.3.2 Zaměření a význam potřeb seniora v souvislosti s nemocí

Pod vlivem onemocnění se mění základní potřeby a hodnoty, které s nimi souvisejí. Může se měnit jejich hierarchie, preferovaný způsob uspokojování, převažují aktuální motivace. V době nemoci lze rozčlenit potřeby na 1. potřeby, které se nemocí nemění, například fyziologické potřeby, 2. potřeby, které se nemocí modifikovaly. Tak jako byly na počátku prvořadě potřeby biologické, v konečné fázi mohou být prioritou potřeby spirituální. Potřeba citové jistoty a bezpečí se pod vlivem nemoci zvyšuje. Závažné onemocnění je značnou zátěží, která vede ke zvýšenému úsilí získat podporu. Nemocný zažívá více nepříjemností a méně uspokojení. Nejistota a strach narůstají při odloučení od rodiny. Z toho vyplývá větší potřeba citové podpory, dochází ke zvýšení fixace na blízké lidi.(31)

Nemocný má potřebu se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav a vědět co jej čeká. Pokud by neznal alespoň rámcově charakter svého onemocnění, narůstal by jeho pocit nejistoty a ohrožení a zvyšovalo se riziko konfliktu. Za takových okolností se jakýkoliv léčebný zákrok jeví jako ohrožení, se všemi psychickými i fyzickými důsledky. Těžko lze vyžadovat od nemocného spolupráci, pokud smysl takového

jednání nechápe. Orientace v situaci a porozumění nezbytnosti určitých nepříjemností zmenší riziko konfliktů a adaptačního selhání.(5)

Pod vlivem onemocnění se mění i potřeba seberealizace. Její uspokojení je obtížnější a vzhledem proměně významných hodnot mnohdy ztrácí význam. Člověk přijímá roli nemocného , jehož samostatnost je nějakým způsobem redukována , ale už nemá mnohé povinnosti a nemusí prokazovat žádné kompetence. Totéž snižuje i potřebu stimulace a nových zkušeností. Únava a vyčerpání vede k preferenci stereotypů , protože jsou méně náročné a nevyžadují tolik energie. Potřeba sociálního kontaktu může být obtížněji uspokojivá. Nemocný se setkává s početně omezenou skupinou lidí.(6)

Potřeba otevřené budoucnosti , to je pozitivní prognózy , bývá závažným onemocněním vždycky více či méně frustrována. Vlastní budoucnost se může jevit jako nepřívznivá a nemocný je nucen pod tlakem okolností slevovat ze svých představ. V závislosti na tom se mohou objevovat různé obranné reakce, které mohou mít charakter úsilí o dožití určitého mezníku /narození vnoučete), nebo únik do jiné uspokojivé oblasti (do vzpomínek na minulost). Uspokojování potřeb je důležité i v oblasti sociální- potřeba afiliace (sociálního kontaktu), potřeba připoutání (přátelského vztahu), potřeba sociální vzájemnosti (být v něčí péči), potřeba sociální komunikace (verbální i neverbální), potřeba sociálního srovnání, spolupráce, zajištění sociálního bezpečí (ochrany proti útokům druhých lidí), potřeba sociálního zařazení, identity, potřeba sociálního hodnocení (být uznáván a ctěn).(27)

1.3.3 Zvláštnosti v klinickém obraze chorob ve stáří

Jen omezené množství chorob má přímý etiopatogenický vztah k vysokému věku, proto je vhodné mluvit o chorobách ve stáří, nikoliv o chorobách stáří. Typická je polymorbidita to je současný výskyt několika nemocí, multimorbidita, často se zde vyskytuje tzv. sumační efekt, což znamená, že jedna choroba má za následek řetězovitý vznik dalších chorob. Projevy a následky choroby jedné přitom nejednou demaskují koexistující, avšak klinicky dosud němou chorobu jinou. Důsledkem polymorbidity je polypragmázie, užívání mnoha léků najednou.(23)

Pro choroby ve stáří je charakteristická především mikrosymptomatologie, nevýrazné znamení choroby „orgány jsou nemocné, aniž si nařikají“, či monooligosymptomatologie, přítomnost jednoho, nebo několika běžně se vyskytujících se onemocnění. Časté jsou netypické příznaky (choroby ve stáří jsou typické tím, že jsou atypické). Další zvláštností je symptomatologie vzdáleného orgánu. V popředí bývají symptomy od jiného orgánu, než je orgán postižený „nařiká nevinný orgán“, a sklon k chronicitě, přechodu onemocnění do protražovaného průběhu. Všechny choroby běžné i akutní jsou ve vyšším věku provázeny zvýšením rizikem úmrtí. **(23)**

S některými chorobami se naučí postižený člověk žít, ale obavy vzbuzují takové nemoci, které ohrožují praktickou soběstačnost seniora a zvyšují předpoklad závislosti na jiných lidech. Také vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální problematiky je pro seniory typická. Každá změna zdravotního stavu může ovlivnit sociální vazby starého člověka a naopak poruchy v sociální sféře zhoršit jeho zdravotní stav. U starých osob je typické, že sociální důvody bývají primárním činitelem kaskády stavů, které mohou vyústit v nemoc. **(8)**

1.3.4 Funkční geriatrické vyšetření

Funkční diagnostika je nedílnou součástí geriatrického vyšetření. Vhodnými metodami se posuzuje fyzická a duševní výkonnost seniora. V geriatrici nejde jen o rozpoznání nemoci, ale i o její vztah k sociální situaci. Měření probíhá na úrovni orgánové, psychické i sociální. Funkční vyšetření se vždy vztahuje ke konkrétnímu jedinci. **(14)**

Vyšetření funkčního potenciálu a posouzení prostředí v němž senior žije, jsou neoddělitelné. Podle účelu, jemuž má testování sloužit, lze volit diferencované vyšetřovací postupy. Funkční vyšetření může mít charakter všeobecný (provádí se u každého pacienta od určitého věku výše), či problémově, nebo skupinově orientovaný. Funkční geriatrické vyšetření zahrnuje oblast biomedicínskou, zaměřenou na klinickou diagnózu, vliv choroby na funkční stav screening nejčastějších poruch, informace o užívaných lécích a informace o fyzické zdatnosti. Oblast psychická zahrnuje screening kognitivních poruch a deprese. Sleduje se také osobnost seniora, jeho hodnotový systém

a preference v oblasti zdraví. Sociálně ekonomická oblast sleduje osobní anamnézu, zaměřuje se na kvalitu a množství interpersonálních vztahů a postoje seniora. Zjišťuje také bytovou a ekonomickou situaci. Poslední součástí vyšetření celkové funkční schopnosti v základních všedních činnostech.(23)

1.3.4.1 Hodnotící a měřící techniky

V současnosti se v ošetrovatelské péči vyvíjí a v denní praxi stále častěji používá velké množství hodnotících a měřících technik zaměřených na objektivizaci údajů, které jsou potřebné k zajištění kvalitní individualizované péče o seniory. Ve světě bylo vypracováno a zpravidla také standardizováno mnoho ošetrovatelských metodik, zaměřených kupříkladu na riziko a péči o proleženiny, bolest, psychiku nemocného ovlivňující komunikaci s ním, na poruchu soběstačnosti .(25)

Nejčastěji používaným testem hodnotícím kvalitu kognitivních funkcí je Folsteinův test kognitivních funkcí, (MMSE-Mini mental State Examination), v modifikaci Topinkové, Melanové (1993), ke zjištění demence či případné narušení kognitivních funkcí. Skládá se z částí hodnotících 10 oblastí : orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, vybavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, čtení a vyhovění příkazu, psaní, obkreslování podle předlohy. Výsledky testu v bodech vypoví o výskytu či absenci demence u daného jedince.(14)

Koncept hodnocení aktivit denního života (ADL- activities of daily living) vychází z přesvědčení, že u pacientu se závažnou disabilitou není životně ani rehabilitačně rozhodující míra zlepšení zdatnosti , ve smyslu svalová síla, či rozsah pohybu. Rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti(4)

Nejčastěji používaný ADL test je Bartelův test základních všedních činností. Přímým pozorováním je zjišťována u pacienta schopnost najedení, napití, schopnost provedení osobní hygieny, inkontinence, přesunu a chůze. Testováním se odliší nezávislost od závislosti lehké, kdy nemocný potřebuje jen částečnou pomoc druhé osoby, od závislosti středního stupně, s pravidelným dohledem a pomocí při provádění i bazálních všedních činností a těžké závislosti, kdy nemocný potřebuje trvalou péči a dohled po více jak 3-4 hodiny denně, často s indikací pro ústavní péči.(25)

Dalším testem v této oblasti je test instrumentálních všedních činností (IADL), týkající se složitějších činností , které umožňují ve svém souhrnu nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost: nakupování, vaření, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi, nakupování. **(8)**

1.3.5 Udržení kvality života seniora

Ve všech případech závažného porušení zdraví se uplatňuje nezbytná složka tělesná, ale i postoj nemocného, jeho duševní síla a odolnost, schopná čelení nemoci a boje s ní. Cílem efektivní péče je podpořit kvalitu života, která respektuje důstojnost identitu. K takové péči může dojít jen v prostředí důvěry a vzájemného respektu. Hodnota důvěry a vzájemné úcty zaujímá zvláštní místo při péči osoby s demencí. **(3)**

Postižený člověk se spoléhá v každém okamžiku na své okolí a lidi , kteří mu poskytují zpětnou vazbu týkající se pocitu bezpečí a jejich vlastní ceny. Senior se často nemůže v důsledku úbytku kognitivních schopností ,vzhledem k nedostatku paměti, vhledu a úsudku, se přizpůsobit rozporuplnostem , které jsou normální součástí lidské interakce , nebo kompenzovat. Je úkolem pečovatелů , zajistit takový přísun zpráv ve kterých najde oporu a potvrzení správnosti svého počínání. Zprávy by měly vždy budovat, a nikoliv ohrožovat jeho hodnotový systém, identitu, pocit bezpečí a jeho vládu nad svým světem. **(34)**

K udržení hodnotného způsobu života ve starším věku platí 5 P optimální adaptace v nichž jsou zahrnuty důležité předpoklady pro duševní životosprávu ve vyšším věku. Na prvním místě senior potřebuje životní perspektivu. Je zřejmé, že každý se v průběhu života v mnoha směrech vyrovnává se svou minulostí, se svými dřívějšími prožitky a zkušenostmi. Sklon přikrašlovat minulost je třeba hledat také ve zvláštностech osobnosti a v naplnění života. Je dost starých lidí u kterých převažuje orientace na minulost, retrospektivní zaměření, projevuje se silnou vazbou na vzpomínky, které se znovu a znovu hlásí a mohou být příjemnější než výhled do budoucnosti. Jestliže je orientace člověka zakotvena ve víře v transcendentno, v přesažnost smyslové zkušenosti a fyzického bytí, pak ani budoucnost není ohraničenou časovou dimenzí.. Perspektivní zaměření úzce souvisí s hierarchií hodnot. Právě hodnoty jsou nadosobní a nadčasové,

dávají vyniknout hodnotným vzdálenějším cílům a ustupují přitom pomíjivé krátkodobé problémy každodenního života.(15)

Pružnost je dalším předpokladem. Udržení pružnosti chování a myšlení zajišťuje dobrou adaptaci i ve vyšším věku v tom, že takový jedinec dovede přizpůsobovat své prožívání, myšlení a jednání změnám situace. Je dobře udržet si schopnost měnit, co je měnitelné.(14)

Porozumění, pochopení pro druhé, schopnost empatie je podstatným činitelem optimálního začlenění do rodinných, pracovních i jiných společenství. Ve stáří se již nenavazují kontakty lehce. Zdrojem nesouladu se staršími lidmi může být také rozdílné hodnocení věcí, protože některé předměty mají pro člověka ve vyšším věku hodnotu vzpomínky s citovým zabarvením. Snahu o porozumění by měli projevovat také mladí, aby dovedli chápat potřeby seniorů, a ti se zase snažit porozumět zvláštnostem života a světa, který se od jejich mladých let změnil.(14)

Prozíravost je v podvědomí mladších lidí charakteristické pro osoby zralého věku, má nepochybně podíl na umění organizovat si život, nebýt nepřipraven na změnu, neopakovat své omyly.(14)

Potěšení také patří k pěti základním předpokladům adaptace ve vyšším věku. Podle jednoho z předsudků, který není tak zcela výjimečný, stáří zbavuje člověka téměř všech potěšení. Záleží na potřebách jednotlivce, jeho temperamentu a tvořivosti. Často se staří lidé dokáží vzdát mnoha věcí, ale neměli by se dobrovolně vzdávat zdrojů radosti.(15)

1.3.6 Hlavní geriatrické syndromy

Organismus seniora je méně přizpůsobivý ke změnám vnějšího a vnitřního prostředí, ztrácí své adaptační schopnosti a při mírných podnětech snadno dochází k dekompenzaci orgánové funkce i orgánů jako celku. Některé zdravotní problémy jsou ve stáří častější než v jiných věkových obdobích. Jsou typické svou komplexností a složitou multifaktoriální etiologií. Často jsou přehlíženy a považovány za důsledek stárnutí. Proto bývají někdy chybně diagnostikovány a léčeny. Nazýváme je

specifickými geriatrickými syndromy. Tyto syndromy můžeme rozdělit podle oblastí postižení:

1. Psychické-demence, deprese, delirium, poruchy chování, malá adaptace.
2. Sociální-ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, dysfunkce rodiny, týrání a zneužívání.
3. Somatické-poruchy chůze a mobility závratě, nestabilita, pády, inkontinence moči a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a tekutin. **(30)**

Somatické	Psychické	Sociální
Poruchy chůze a mobility	Demence	Ztráta soběstačnosti
Závratě, instabilita, pády	Deprese	Závislost na pomoci druhých
Inkontinence moči a stolice	Delirium	Sociální adaptace
Poruchy termoregulace	Poruchy chování	Týrání a neuzívání
Poruchy příjmu potravin a tekutin	Snížená adaptace	Dysfunkce rodiny

Zdroj: Topinková 2000 **(30)**

1.4 Pády u seniorů

Pády jsou jedním ze specifických geriatrických syndromů. Jejich epidemiologie vypovídá o vysokém výskytu a o nebezpečnosti pro starého člověka. Hlavním mechanismem pádu ve stáří je snížená schopnost rychlé adaptace na měnící se a ztížené podmínky chůze, jako je tomu při vstávání ze sedu, chůzi ze schodů, na nerovném povrchu. Asi 25-35% osob ve věku nad 65 let, žijících doma utrpí pád v průběhu jednoho roku. Traumatická zranění osob následkem pádu u osob nad 65 let tvoří 25%

všech zranění a na jejich léčbu se vynakládá 33% nákladů , celkově na léčbu zranění vynakládaných.(23)

Frekvence pádů narůstá s věkem, s polymorbiditou a se zhoršováním soběstačnosti. U třetiny nemocných jde o pády opakované. Předpokládá se, že okolí zaregistruje jen asi čtvrtinu pádů. Staří lidé je totiž sami nehlásí, mimo jiné proto ,že jim připomínají vlastní bezmocnost. Pády jsou hlavní příčinou úrazů ve vyšším věku. Významný je psychologický dopad, který vede ke strachu z pádů a druhotně k omezování aktivity. Pády mohou být také důležitými projevy nemoci, například iktu či parkinsonovy nemoci.(14)

1.4.1 Rizikové faktory podmiňující pád

Na základě řady epidemiologických studií byly zjištěny rizikové faktory pádů. Patří mezi ně :

- pády v anamnéze v posledním roce
- poruchy chůze a stability
- demence,deprese,úzkost
- polypragmázie,zejména u léčby psychofarmaky
- závislost v provádění základních všedních činností (ADL).(29)

1.4.1.1 Závratě ve stáří

Závratě, neboli poruchy rovnováhy postihují vzhledem ke stárnutí populace stále významnější část obyvatelstva. Patří k nejčastějším obtížím, na které si nemocní vyššího věku stěžují u lékaře. Asi 50% závratí je spojeno s poruchami kardiálními a oběhovými. Termín vertigo je odvozen od slova „vertere“ – točit. Porucha rovnováhy (závrať) znamená ztrátu prostorové orientace , neboli poruchu vztahu mezi okolním světem a jednotlivcem trpícím poruchou rovnováhy. Podle teorie senzomotorického konfliktu jsou subjektivní potíže vyvolávány neshodou mezi informacemi přicházejícími z jednotlivých částí vestibulárního systému, tedy z vestibulární vizuální a somatosenzorické části.Výsledná informace je porovnávána s informací centrální,

vycházející ze zkušeností již prožitých situací. Závratě lze rozdělit dále do dvou skupin onemocnění spadajících do oboru neurologie (onemocnění, která ovlivňují řídicí a koordinační centra), a do oboru ORL, (onemocnění postihující vlastní rovnovážné ústrojí).(14)

Kromě uvedených skupin existují ještě závratě nepravé.U seniorů se uplatňuje závrat' výšková, psychogenní (například při agarofobii, či naopak klaustrofobii), při metabolických poruchách , či náhlé vzniklé, či těžké chronické anémii.(9)

1.4.1.2 Poruchy chůze ve stáří

Nejlehčí poruchy mohou být považovány za projevy „opatrné chůze“ , jež je normální v obtížném terénu nebo ve stáří. Termín odpovídá tomu, že za určitých okolností se může jednat o fyziologický vzorec chůze, přizpůsobující se ztíženým okolnostem, kompenzující instabilitu a zabraňující pádu na kluzkém nebo nepevném povrchu. Vyznačuje se rozšířenou bází, zpomalením a zkrácením kroků. V některých případech se opatrná chůze vyvine náhle, například po pádu, dokonce i když nedošlo ke zranění. Přesto senior náhle ztratí důvěru ve svou schopnost chodit a udržovat rovnováhu, začne se pohybovat po široké bází, s potřebou přidržovat se stěn nebo průvodce (syndrom po pádu). Podobně se může vyvinout strach z chůze v otevřeném prostoru (pseudoagarofobie), přičemž schopnost chodit po bytě zůstává zachována. Někteří senioři se stanou zcela neschopni chůze pro nepřiměřený strach z pádu a zůstávají zcela invalidizováni.(9)

Chůze antalgická při bolesti vyvolané zatížením jedné končetiny, kdy je omezen odraz touto končetinou, takže senior napadá na zdravou nohu. Paretická chůze vzniká při oslabení (paréze) jedné, či obou dolních končetin. Nemocný se nemůže dobře odrazit nemocnou končetinou, při chůzi napadá na zdravou nohu, nemocnou někdy táhne za sebou, jindy ji ke zdravé přitahuje. Do této skupiny lze zařadit kohoutí chůzi, či stepování.(1)

Parkinsonská chůze se vyznačuje toporností. V typickém případě jde o stoj na úzké bází. Chůze je zpomalená, uskutečňuje se krátkými kroky, se sníženým zdvihem nohou, typickým otáčením a absencí souhybů horních končetin.(9)

Při Alzheimerově chorobě si senior může zpočátku stěžovat na zpomalení a snížení jistoty při chůzi, případně strach z pádu. Objektivně bývá patrné abnormální držení těla ve stoji, trup je vzpřímený, někdy s tendencí k záklonu, s pokrčením dolních končetin v kolenou a poklesem pánve. Základna je rozšířená, krok je zkrácený, nohy šoupají a našlapují na celá chodidla. Je výrazná tendence k pádu skácením dozadu.(14)

1.4.2 Klasifikace pádů

1. Pády zhroucením. U tohoto typu pádu ztrácí náhle postižený ve stoji nebo při chůzi svalový tonus a klesá k zemi („drop attack“). Příčiny jsou cerebrální například epilepsie, a extracerebrální (ortostatická hypotenze, kardiální synkopa). 2. U pádů skácením bývá podkladem těžká porucha rovnováhy. Pacient padá „jako podřatý“, obvykle bez reflexních obranných pohybů, takže se často zraní. Příčinami jsou chorobné stavy narušující propriorepci u vestibulárních lézí a u poruch integrace prostorové informace. 3. U pádu zakopnutím směřuje pád dopředu na předpažené ruce. Je následkem zakopnutí o špičku nohy o povrch podlahy nebo o překážku, kterou se nepodařilo překročit. Příčinou může být distální slabost, peroneální paréza, nebo spasticita nohy, která nedovolí provést dostatečnou dorziflexi v kotníku. Druhou skupinu příčin tvoří poruchy chůze se šouráním nohou (Parkinsonova choroba, frontální apraxie chůze). 4. U pádu zamrznutím, podobně jako při zakopnutí směřuje pád dopředu. Podkladem je náraz dolní končetiny v průběhu chůze, kdy noha zůstává „přilepená“ k podlaze, takže tělo pokračuje v pohybu dopředu, aniž by došlo ke kompenzačnímu vykročení. Festinace je varianta, při které se při zárazu dolních končetin pacient naklání dopředu, dostává se na špičky nohou a cupitá krátkými krůčky za těžištěm ubíhajícím vpřed, až nakonec padá. 5. Nediferencované pády se pro jejich atypický nebo nekonstantní ráz nepodaří fenomenologicky zařadit, jejich podkladem může být prostá nepozornost, případně s nepřizpůsobením chůze podmínkám terénu a chyběním náhledu, jak tomu bývá u osob s demencí, nebo s ložiskovými lézemi frontálních nebo parietálních laloků. Může se tu přidat i věkově vázané zhoršení sensorických funkcí a stavu lokomočního aparátu.(1)

1.4.3. Rozdělení pádů podle jejich příčin

Příčiny pádu u seniorů lze rozdělit do dvou velkých skupin na endogenní a exogenní.(14)

Endogenní (vnitřní) příčiny pádů jsou obvykle důsledkem somatického onemocnění, které zhoršují stabilitu a predisponují seniora k pádu. Patří k nim kardiovaskulární, neurologická, cerebrovaskulární, onemocnění pohybového aparátu, vestibulární a psychiatrická onemocnění. Synkopy se na pádech podílejí velkou částí. Jedná se o krátkodobou ztrátu vědomí spojenou při vertikální pozici (stoj, nezapřený sed). Její vznik je rychlý a následné zotavení spontánní a kompletní. Odhaduje se, že její incidence jsou v populaci přibližně 3%. Synkopa je syndrom, nikoliv nozologická jednotka, z toho je zřejmé, že má řadu příčin s různou prognózou. Ve stáří se její příčina liší podle toho, zda senior trpí onemocněním oběhové soustavy, či nikoliv. Při kardiovaskulárním onemocnění je toto nejpravděpodobnější příčinou synkop, jinak jsou to neurologická onemocnění, následky medikace i psychických problémů. Nejméně u 1/3 nemocných se příčinu synkopy nepodaří odhalit. Krátkodobá bezvědomí jsou ve stáří častou příčinou pádů, ale nemocní je líčí mnohdy jako prosté pády, jejichž příčiny racionalizují, domýšlejí. I když si ve skutečnosti okolnosti pádu nevybavují, nabízejí logická vysvětlení jako uklouznutí či zakopnutí. Podezření by měly budít opakované pády s poraněním v obličeji, signalizující nekorigovaný pád skácením, který si postižený bezvědomím nemohl instinktivně chránit.(18)

Ortostatický syndrom se projevuje zatměním před očima, pocením, nauzeou a zblednutím. Často dochází k pádu i bez ztráty vědomí, ale bez rychlého posazení, či lépe ulehnutí je bezvědomí obvyklé (ortostatická synkopa). Vědomí se v horizontální poloze, například po pádu, rychle upravuje. V seniui nejčastěji ohrožuje vysoké astenické muže. Příčinou je pokles krevního tlaku, při náhlé změně polohy, například leh sed, sed stoj. Klinicky významné jsou provokující faktory, které zvyšují pravděpodobnost ortostatického syndromu ve stáří, ke kterým patří dehydratace (například snížený příjem tekutin při současném používání diuretik), nežádoucí účinky

léků, déletrvající horizontální poloha (obvykle se rozvíjí ortostatická hypotenze jako součást immobilizačního syndromu asi po třech dnech upoutání na lůžko, ale u disponovaných jedinců stačí i noční pobyt na lůžku k ranním závratím a pádům), pokles krevního tlaku po objemném a sladkém jídle, i některé degenerativní poruchy například Parkinsonova choroba.(14)

Vertebrogenní závrat' se projevuje buďto jako cervikální vertigo, syndrom indukovaný otočením hlavy, nebo migréna, bolest hlavy v zátylku, doprovázená příznaky vegetativními (nauzea, zvracení, pocení), vestibulárními (závrat'), sluchovými (tinnitus), zrakovými (rozostřené vidění) a kořenovými (algický syndrom vyzařující do ramen s parestéziemi, někdy v výpadky cití).(14)

Paréza amputace způsobují závažnou instabilitu. U seniorů je častá hemiparéza po centrální mozkové příhodě. Nejčastější bývá klopýtání přes překážky pro přepadávající špičku nohy, z důvodů extendování (přitažení) dolní končetiny v kyčli a koleni.(14)

Poruchy zraku jsou také velmi častou příčinou pádu ve spojení se špatně osvětlenými prostory, zvláště schodišti. Uplatňuje se zde porucha akomodace na osvit a porucha prostorového vnímání, která může ztěžovat chůzi ze schodů.(14)

Postižení svalů mají přímou spojitost pády, jako důsledek úbytku síly kosterních svalů. Svalová slabost se projevuje změnou chůze ve smyslu změny těžiště, neschopností zabránit při vychýlení z rovnováhy pádu, a po něm neschopností se znovu postavit. Svalová slabost se připisuje na vrub některých onemocnění, ale nejčastější její příčinou ve vyšším věku je malnutrice (snížený příjem potravy a tekutin) a nečinnost, případně lékové a alkoholové myopatie.(26)

Osteoartróza, zvláště významná pro instabilitu je nejčastějším postižením dolních končetin ve stáří a zvyšuje riziko zakopnutí. Základním opatřením pro zvýšení stability je používání kompenzačních pomůcek, například ortézy či chodítka.

Exogenní (zevní) příčiny pádů tvoří 25-30% ze všech pádů a obvykle jsou spojeny s překážkami vnějšího prostředí, například prahy, šňůry od elektrických spotřebičů, schody a obrubníky, nebezpečným povrchem (kluzké podlahové povrchy, zvláště v koupelně, shrnovací koberečky, náledí). U hůře pohyblivých seniorů jsou rizikovými činnostmi přesuny z/do lůžka a chůze na WC. Další příčinou zvláště iatrogeně

podmíněných pádů může být užívání léků. Nejrizikovější skupinu tvoří psychofarmaka, převážně neuroleptika, antidepresiva, ale i anxiolytika a hypnotika. Z dalších léků jsou to hypotenziva a diuretika, antiarytmika).(14)

Pády a poranění z pádů patří k typickým projevům fyzického týrání starých lidí. Na fyzické ubližování je třeba pomyslet při nevysvětlitelných pádech a poraněních. Rovněž dopravní nehody a pády v dopravních prostředcích jsou častým zdrojem vážného úrazu seniora.(7)

1.4.4 Závazlost incidence pádů na věku a pohlaví

Hlavní příčinou úrazů ve stáří jsou pády. Následují dopravní nehody, v nichž jsou senioři v našich podmínkách postiženi především jako chodci a cyklisté, méně jako řidiči. Obdobná situace je ve všech hospodářsky vyspělých zemích. I v případech smrtelných úrazů převažují pády, byť současnou situaci změnil intervenční přístup a operační řešení fraktur femuru. Pád u seniora znamená ve 20-30% středně těžké nebo vážné zranění, které snižuje přechodně nebo trvale mobilitu a soběstačnost seniora a zvyšuje riziko předčasného úmrtí. Incidence pádů ve stáří je 33%. Ošetřených evidovaných poranění z pádů věkem přibývá.(14)

Ve věku 85 let a více konstatuje incidenci poranění po pádu 138,5/1000 mužů a 158,8/1000 žen. Muži měli častěji zlomeniny lebky a/nebo nitrolebeční krvácení, ženy měly častější výskyt fraktur mimo lebku. K hospitalizaci vedlo 42% poranění a 50% hospitalizací skončilo dlouhodobým pobytem v zařízení následné péče. Vyšší výskyt zlomenin u žen je dán postklimakterickou osteoporózou.(14)

V ústavech sociálního zařízení je výskyt poranění po pádu u mužů a žen v kontrastu se situací v domácnosti a svědčí pro obdobný funkční stav mužů a žen v ústavech při horším funkčním stavu žen v domácnosti a/nebo větší aktivitu žen v domácnosti. Incidence pádů ve stáří vrůstá s věkem s maximem v 7. a 8. dekádě asi u jedné čtvrtiny osob jde o opakované. Ženy bývají postiženy o něco častěji než muži, což se vysvětluje

vyšším výskytem onemocnění pohybového aparátu u žen, nižším poměrem svaloviny k celkové tělesné hmotnosti i obecně vyšší aktivitou v domácnosti.(19)

1.4.5 Důsledky pádů

Důsledky pádů, zvláště opakovaných bývají závažné. Hrozí především fraktury (nejčastěji zlomeniny krčku stehenní kosti, Collesova zlomenina předloktí, kompresivní zlomeniny obratlů). Obávané jsou také intrakraniální hematomy, zhmožděny měkkých tkání, někdy podceňované, které však mohou být příčinou přechodné ztráty soběstačnosti. Podchlazení hrozí seniorovi při nemožnosti po pádu vstát, pokud zůstane ležet po delší dobu v zaklíněné poloze, bez možnosti pohybu. Ani soběstačný starý člověk nemusí být schopen vstát po náhodném pádu. Vstávání je náročné na svalovou sílu a pohybovou koordinaci. Zvláště nevýhodná je situace u osob s obezitou, nebo s výraznou svalovou de kondicí. Úzkost a deprese bývá u seniorů, zvláště po opakovaných pádech, kdy postižení začnou ze strachu a představy dlouhého ležení bez pomoci, výrazně omezovat své aktivity. Ztráta soběstačnosti a autonomie následkem opakovaných pádů jsou nejčastějším důvodem umístění seniora v ústavním zařízení.(14)

Následky úrazů by měly být klasifikovány a to nejen z hlediska etiologického a nozologického, ale především funkčního. V roce 1980 přijala Světová zdravotnická organizace WHO, přijala dokument International Classification of Impairment, Disability and Handicap, vztahující se k následkům nemocí, úrazů a vrozených vad, kterou v České republice známe pod pojmem Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů. Zde byla poprvé vyjádřena myšlenka, že stejná diagnóza může mít pro různé osoby zcela odlišné následky. V roce 2001 přijalo valné shromáždění WHO konečnou podobu revize tohoto dokumentu pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health.(12)

Ministerstvo zdravotnictví v formulovalo hlavní cíle zdravotní politiky a také cesty k jejímu dosažení v oblasti preventivní, léčebné a rehabilitační péče. Její součástí je i Národní program zdraví zaměřený na podporu zdraví a prevenci úrazů.**(21)**

V rámci prevence je realizován program Zdraví 21, který si ukládá za cíl snížení výskytu osteoporózy u žen, zlepšení bezpečnosti prostředí, zlepšení dostupnosti a účelnosti využití kompenzačních pomůcek, preferenci zdravotně výchovných programů a rekondičních a fyzioterapeutických programů pro osoby s poruchami stability a chůze.**(20)**

1.4.5.1 Zlomeniny krčku stehenní kosti

Zlomeniny proximálního femuru lze podle anatomické lokalizace rozdělit na zlomeniny hlavice, zlomeniny krčku femuru a zlomeniny trochanterické oblasti. Zlomeniny hlavice jsou velmi vzácné, tvoří 1% a vyskytují se často současně s luxací kyčle. Častější jsou zlomeniny krčku, které se podílejí na celkovém výskytu 45%, a nejčastější zastoupení mají zlomeniny petrochanterické - 54%.**(33)**

Zraněný se zlomeninou krčku leží, není schopen se sám postavit. Končetina zaujímá typickou polohu, je zkrácená oproti zdravé straně o 2 a více cm a v zevní rotaci. Největší bolest je pociťována v oblasti velkého trochanteru a na přední ploše kyčle.**(33)**

Trochanterické zlomeniny postihují oblast obou trochanterů, dle vztahu k velkému a malému trochanteru se dělí na petrochanterické a subtrochanterické zlomeniny. Většina z nich má charakter tříštivé zlomeniny. Faktory k nim vedoucí jsou stejné jako u zlomenin krčku stehenní kosti, ale věkový průměr zraněných bývá zpravidla vyšší.**(33)**

K luxacím kyčle dochází při pádu z výšky a při autohaváriích. Avšak u seniorů dochází také k luxacím totální endoprotézy kyčelního kloubu při kolizi, při pádu, při překřížení dolních končetin i při hlubokém sedu na nízkou židli, či měkkou podložku.**(32)**

Řešení zlomenin bývá zpravidla operativní, ať už osteosyntézou či totální endoprotézou, a je závislé na typu zlomeniny i věku postiženého. Rekonvalescence u starších osob trvá řadu měsíců.**(33)**

1.4.6 Prevence pádů

Literatura uvádí, že pokud by se podařilo snížit výskyt pádů u našich starých osob pouze o 10% ročně, znamenalo by to asi o 800 fraktur krčku femuru méně a zabránění asi 1000 hospitalizacím. Kromě této celospolečenské úspory bychom významně zlepšili kvalitu života několika desítek tisíc starých lidí. Primární prevence pádů spočívá v léčbě všech chorob a patologických stavů, které mohou být v příčinné souvislosti s pádem. **(29)**

Zásadní význam v prevenci pádů má snížení rizika mechanických pádů v domácnosti. K základním preventivním opatřením u nestabilních osob s rizikem úrazu patří: instalace madel a zábradlí do koupelny, na chodby, WC, úprava podlahových krytin na protiskluzové, používání opěrných pomůcek (hole, chodítka, aj.), posilování svalů a nácvik vstávání po pádu, vysazení léků zhoršujících instabilitu, zajištění služeb (mytí oken, náročnější práce v domácnosti), použití nouzové signalizace. **(2)**

1.5 Rehabilitace v geriatрии

1.5.1 Základní složky geriatrické rehabilitace

Současné pojetí rehabilitace již není pojímáno jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní, pedagogickopsychologickou a pracovní. **(12)**

Léčebné prostředky rehabilitace jako významná složka rehabilitace ucelené lze rozdělit na vertikální, která vede k uvedení do původního stavu organismu a horizontální, která je dlouhodobá a řeší problematiku poškození mající závažný a chronický charakter. **(10)**

Patří k nim léčebná tělesná výchova,

fyzikální terapie, ergoterapie, animoterapie, arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie. **(4)**

Sociální rehabilitace si klade za úkol docílit u člověka přijetí jeho postižení a v maximální možné míře se integrovat do společnosti. Člověk se musí naučit žít se svým postižením, a přijmout jej jako výzvu či úkol a být i v dobrém slova smyslu asertivní. Je třeba analyzovat, jak člověk na postižení reaguje, jaký mu přisuzuje význam, a to nejen

jako abstraktní individuum,ale jako člen určité sociální skupiny,ve které zaujímá svou pozici.To se také promítá do jeho chování,do rozhodování,zda je nemocný a zda se chová jako nemocný,zda nemoc přijme jako sociální roli,a jak se v této roli chová.(12)

Sociální prostředky rehabilitace řeší problémy ,které platí jednak pro všechny skupiny lidí se zdravotním postižením,ale také specifické problémy podle stupně a druhu postižení.Uplatňuje metodu reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností),kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením).(13)

1.6 Změna sociální situace seniora

1.6.1 Senior a jeho rodina

Od rodiny se očekává solidárnost s tím členem,který se nachází v obtížné nebo krizové situaci.Rodina i nadále zůstává nejdůležitější institucí,která se ujímá starých a bezmocných lidí.V Evropském společenství se odhaduje,že o 70-80% starých lidí se stará jeden člen rodiny.Závislost seniora se týká celé rodiny.Platí,že rodina musí chtít,umět a moci.(24)

Dnešní nukleární rodina,rodiče a jejich děti žije samostatně a rovněž stárnoucí člověk či starý člověk touží většinou setrvat v samostatném způsobu života.Intermitentní (občasná)péče o starého člověka obvykle nepůsobí rodinám potíže.Překážky nejsou v oblasti chtít rodiny většinou se chtějí o seniora pečovat,ale spíše v oblasti moci z důvodů např.malého bytu a následné ztráty soukromí nukleární rodiny,ekonomické důvody a další,a v oblasti umět,zvláště tam,kde zdravotní stav seniora vyžaduje ošetrovatelskou péči.(7)

Od roku 1992,kdy byla uzákoněna domácí ošetrovatelská péče,poskytovaná agenturami domácí péče (homecare),a jejich trvalým rozvojem,má šanci na život ve svém původním domácím prostředí stále více seniorů.Existence těchto agentur poskytujících zdravotní, sociální,rehabilitační,edukační i poradenskou činnost ,výrazně přispívá

k udržení a posilování rodinných a společenských vazeb, soukromí i autonomie seniora. (29)

1.6.2 Změna domova

Často bývá umístění seniora v ústavním zařízení vnímáno jako poslední možné řešení. Obecně je populace v institucích charakterizována vysokým věkem, nesoběstačností, polymorbiditou, polypragmazií, vysokou mortalitou. Při rozhodování je třeba přihlížet vždy ke zdravotním potřebám, schopnostem pečovat o sebe a svou domácnost, k možnostem rodiny i přáním a postojům seniora. Strategie péče o seniory označovaná 4x zahrnuje: demedicinalizaci, deinstitucionalizaci, deprofesionalizaci, deresortizaci, sledující přenesení péče o staré občany ze zdravotnického zařízení do společenských sfér, podporu rodiny, rozvoj domácí a komunitní péče. (7)

2.Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem práce je zjistit počet seniorů hospitalizovaných na odděleních následné péče, u kterých v příčinné souvislosti s pádem, dojde ke vzniku nebo prohloubení deficitu samostatnosti a soběstačnosti.

U seniorů hospitalizovaných v příčinné souvislosti s pádem , zjistit počet seniorů, vracejících se do svého přirozeného domácího prostředí, počet seniorů, kteří jsou po ukončení hospitalizace umístěni v sociálních zařízeních a počet seniorů, kteří zůstávají nadále v péči zdravotnického zařízení.

U seniorů hospitalizovaných v příčinné souvislosti pádem, zjistit jakým podílem se na následcích pádu podílejí zlomeniny.

2.2 Hypotézy

Předpokládám, že u většiny seniorů hospitalizovaných na odděleních následné péče v příčinné souvislosti s pádem, dojde v průběhu hospitalizace ke vzniku nebo prohloubení deficitu samostatnosti a soběstačnosti.

Předpokládám, že většina seniorů se i přes vzniklý nebo prohloubený deficit samostatnosti a soběstačnosti, vrátí do svého přirozeného domácího prostředí.

Předpokládám, že zlomeniny jsou nejčastějším důsledkem pádu seniorů hospitalizovaných na odděleních následné péče.

3. Metodika práce

3.1 Metodika

Ke zpracování jsem použila kvantitativní metodu analýzy dat, technikou je obsahová analýza dokumentů, zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, týkající se vybraných pacientů hospitalizovaných na odděleních následné péče. Pro sběr primárních dat byla použita metoda přímého pozorování, technika standardizovaný dotazník-Barthelův test základních všedních činností (Adl-activity daily living). Tento test je charakterizován souborem základních činností, k jejich vyhodnocení je použito bodové klasifikace, jejíž výsledné skóre určuje stupeň závislosti klienta.

Všichni respondenti dali písemný souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.

Celkově bylo hospitalizováno na odděleních následné péče v termínu od 1.7.2006 do 31.12.2006 128 seniorů. í

Cílovou skupinou byli senioři u kterých byl pád v příčinné souvislosti s hospitalizací v počtu 96 osob.

Standardizovaný dotazník Barthelův test základních všedních činností(ADL) byl použit u cílové skupiny osob odcházejících z hospitalizace, bezprostředně před jejich propuštěním v počtu 69 osob, které původně žily zcela samostatně.

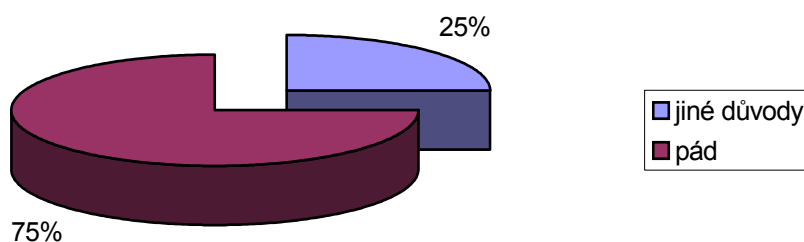
3.3 Harmonogram výzkumu

Výzkum byl realizován v Městské nemocnici následné péče na odděleních následné péče v Praze v období od 1.7. do 31.12.2006.

4. Výsledky

Graf 1.

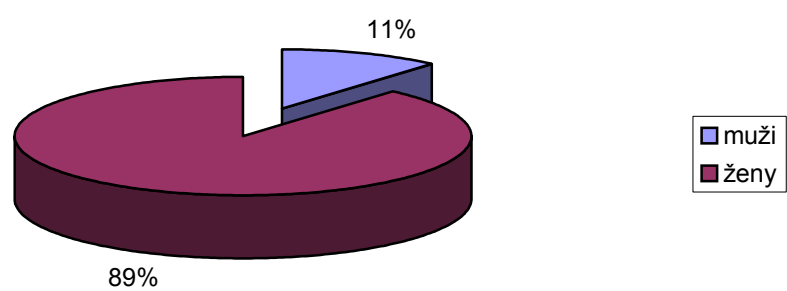
Celkový počet hospitalizovaných seniorů.



Zdroj: vlastní výzkum

Celkově bylo hospitalizováno 128 respondentů, v příčinné souvislosti s pádem 75%(96 osob, z jiných příčin 25%(32) osob.

Graf 2.
Rozdělení respondentů podle pohlaví

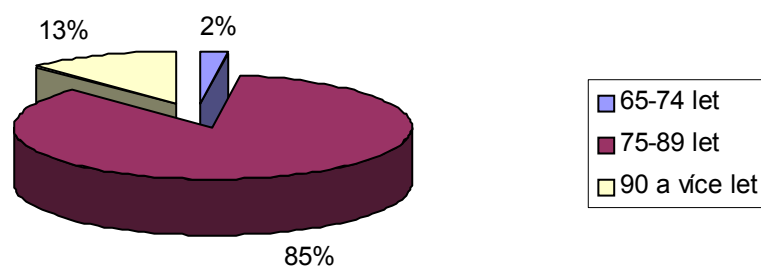


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 96 respondentů bylo 11% (11) mužů a 89% (85) žen.

Graf 3.

Rozdělení podle věku respondentů.

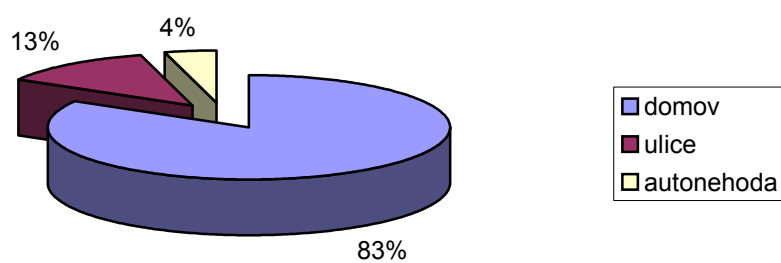


Zdroj:vlastní výzkum

Z celkového počtu 96 respondentů bylo věku 65-74 let 2%(2) osob,ve věku 75-89 let 85%(82) osob,a ve věku 90 a více let 13%(12) osob.

Graf 4.

Rozdělení podle místa, kde k pádu došlo.

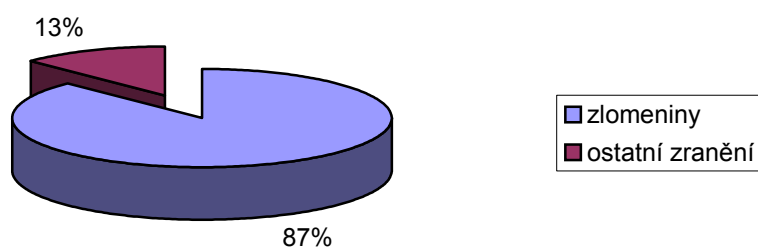


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 96 respondentů utrpělo pád 83%(80) v domácnosti, 13%(12) na ulici, 4%(4) při autonehodě.

Graf 5.

Rozdělení podle druhu zranění vzniklého v příčinné souvislosti s pádem.

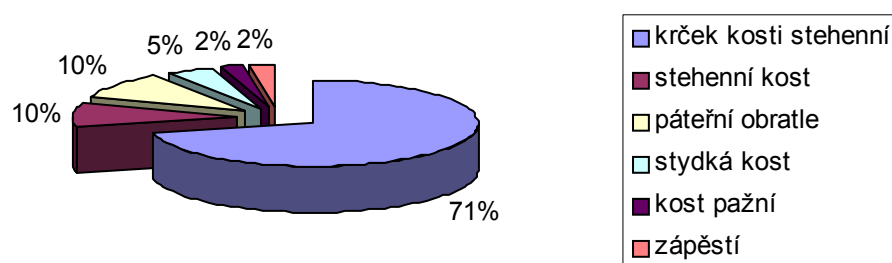


Zdroj:vlastní výzkum

Z celkového počtu 96 respondentů utrpělo zlomeninu 87%(84) osob,jiné zranění 13%(12) osob.

Graf 6.

Rozdělení fraktur dle jejich lokalizace.

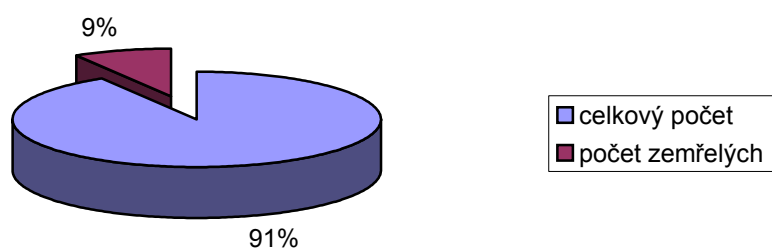


Zdroj:vlastní výzkum

Frakturu utrpělo následkem pádu celkem 84 osob. V 71%(60) případech byla diagnostikována fraktura krčku kosti stehenní, v 10%(8) stehenní kosti, v 10%(8) páteřních obratlů, v 5%(4) stydké kosti, v 2%(2) kosti pažní, v 2%(2) zápěstí (Collesova fraktura).

Graf 7.

Počet zemřelých respondentu v průběhu hospitalizace.

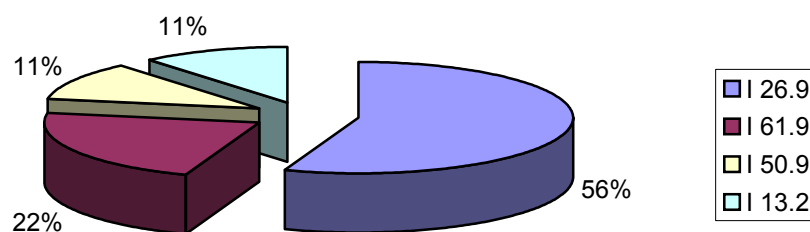


Zdroj:vlastní výzkum

Z celkového počtu (96) respondentů hospitalizovaných v příčinné souvislosti s pádem,zemřelo 9%(9)osob.

Graf 8.

Příčiny úmrtí respondentů dle MKN – 10.

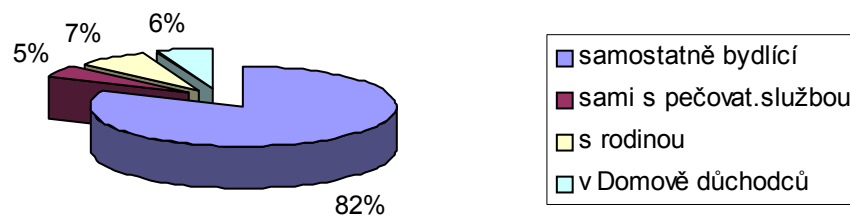


Zdroj:vlastní výzkum

Z celkového počtu 9 respondentů, kteří zemřeli v průběhu hospitalizace, bylo zaznamenáno 56%(5) úmrtí z důvodu D.I 26.9(plicní embolie),22%(2) Dg. I 61.9 (nitrolební krvácení),11%(1) Dg. I 50.9 (selhání srdce),11%(1) Dg.I 13.2 (selhání ledvin).

Graf 9.

Sociální situace respondentů před hospitalizací.

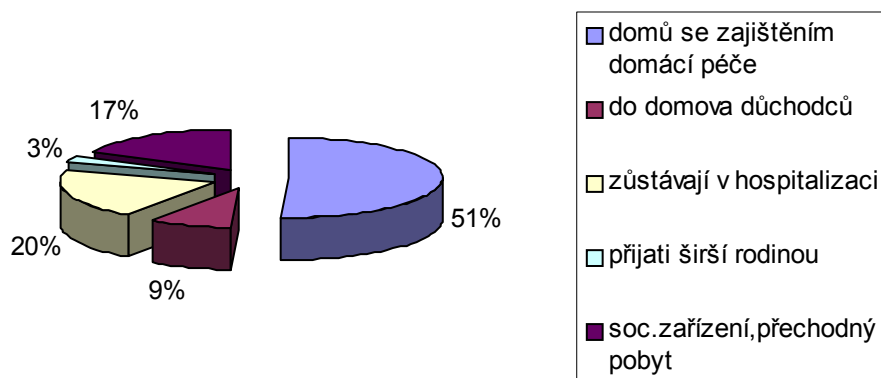


Zdroj:vlastní výzkum

Z celkového počtu 96 respondentů, kteří byli hospitalizováni v příčinné souvislosti s pádem, bydlelo původně samostatně 82%(78) osob, samostatně se zajištěnou pečovatelskou službou 5%(5) osob, společně s širší rodinou 7%(7) osob a v domově důchodců 6%(6) osob.

Graf 10.

Sociální situace respondentů, kteří původně žili samostatně, vzniklá následkem pádu.

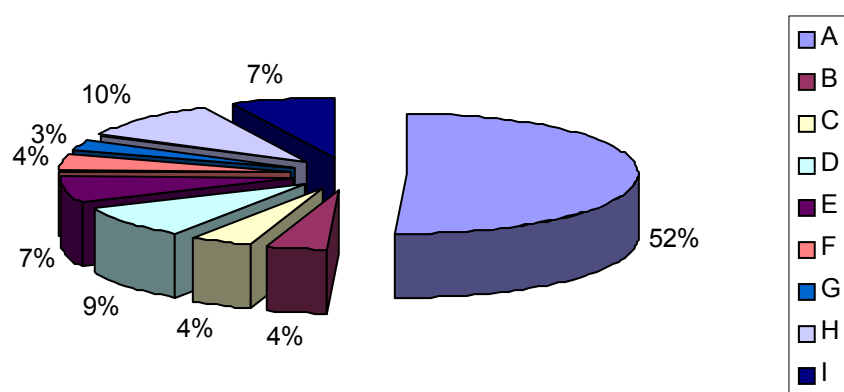


Zdroj: vlastní výzkum

Z původního počtu 69 respondentů, kteří původně žili zcela samostatně, se vrátilo do svého přirozeného domácího prostředí 51%(35) osob se zajištěním domácí péče. Do domova důchodců bylo umístěno 9%(6) osob, k přechodnému pobytu v sociálním zařízení se rozhodlo 17%(12) osob, přijata širší rodinou byla 3%(2) osob a 20%(14) respondentů zůstává v hospitalizaci.

Graf 11.

Rozdělení původně soběstačných respondentů podle stupně závislosti dle Bartelova testu základních všedních činností (ADL) a lokalizace jejich dalšího pobytu.



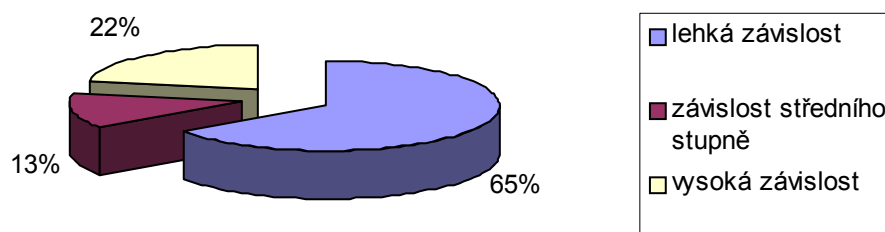
Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet respondentů 69 osob.

- A** 52%(35)osob,odcházejících do svého původního domácího prostředí s lehkou závislostí
- B** 4%(3)osob nově přijatých do domova důchodců se středním stupněm závislosti
- C** 4%(3)osob nově přijatých do domova důchodců s vysokou závislostí
- D** 9%(6)osob dále zůstává hospitalizováno s vysokou závislostí
- E** 7%(5)osob dále zůstává v hospitalizaci se středním stupněm závislosti
- F** 4%(3)osob dále zůstává v péči s lehkou závislostí
- G** 3%(2) osob přijato širší rodinou,zjištěna lehká závislost
- H** 10%(7)osob odcházejících do sociálních zařízení se středním stupněm závislosti
- I** 7%(5)osob odcházejících do sociálních zařízení s lehkou závislostí

Graf 12.

Rozdělení původně soběstačných respondentů podle stupně závislosti dle Bartelova testu základních všedních činností (ADL).



Zdroj:vlastní výzkum

Z celkového počtu 69 respondentů, hospitalizovaných v příčinné souvislosti s pádem a původně zcela soběstačných 65%(45) osob lehce závislých, 13%(15) osob se středním stupněm závislosti a 22%(9) osob vysoce závislých.

5. Diskuse

Výzkum byl uskutečněn na odděleních následné péče v Městské nemocnici následné péče v Praze 9. V hlavním městě žijí senioři z velké části odděleně od své rodiny, v anonymitě panelových domů, kde se často mezi sebou sousedí neznají a vzájemně si nepomáhají. Senioři hospitalizovaní na odděleních následné péče jsou převážně osoby, které původně žily zcela samostatně a jejich zranění utrpěné následkem pádu jsou převážně zlomeniny. Od těchto skutečností se odvíjí i delší doba jejich hospitalizace. Mají-li se vrátit do svého původního domácího prostředí, je potřeba, aby byli soběstační.

-Celkový počet klientů, hospitalizovaných na odděleních následné péče (graf 1):

Asi 25-35% osob nad 65 let, žijících doma utrpí pád v průběhu jednoho roku. Frekvence pádů se s věkem zvyšuje, rovněž s polymorbiditou, která je pro osoby vyššího věku typická.**(23)**. Starší lidé potřebují k uzdravení delší čas, než lidé mladšího a středního věku, k doléčení, rehabilitaci a k nácviku soběstačnosti. K tomuto účelu slouží oddělení následné péče, která navazují na péči akutní.**(8)**

Městská nemocnice následné péče pečuje o seniory na celkem pěti odděleních. Přijímání jsou senioři jen pokud mají v hlavním městě trvalé bydliště. Možná právě proto je celkový podíl klientů přijatých pro zranění, které utrpěli následkem pádu, tak vysoký. Rozhodující bude pravděpodobně skutečnost, že velká část seniorů zde žije osamoceně.

-Rozdělení respondentů podle pohlaví (graf 2) :

Ženy bývají postiženy pádem častěji než muži, a výskyt komplikací je u nich až dvojnásobně vyšší.**(2)**. Graf 2 tyto údaje shodně dokazuje, i když demografická situace u nás ukazuje ve vyšších věkových kategoriích vyšší počet žen oproti mužům.

-Rozdělení respondentů podle věku (Graf 3):

Snižování úmrtnosti a prodlužování lidského věku způsobilo, že obyvatelé Evropy vstoupili do nového tisíciletí jako nejstarší v historii lidstva. Starší lidé tvoří 15-25% populace. Úrazy seniorů se tak stávají vážným problémem medicíny.**(26)** Incidence

evidovaných a ošetřených pádů s věkem narůstá , nejvyšší bývá mezi 70.-80.rokem věku.(19)

S výše uvedenými informacemi se shodují i výsledky označené grafem 3.Skupina respondentů označena věkovou hranicí 75-89 let byla pády postižena nejvíce.

-Rozdělení podle místa,kde k pádu došlo (graf 4) :

K většině pádů dochází v domácnosti.V poslední době nabývají na významu dopravní nehody seniorů jako chodců. Stejně tak i neochota seniora používat kompenzační pomůcky, může způsobit pád.(8)

Ztotožňuji se výše uvedenými výroky, neboť také graf 4 tyto stanoviska potvrzuje.

-Rozdělení podle druhu zranění, ke kterému došlo následkem pádu (graf 5):

Pád u seniora znamená ve 20-30% středně těžké nebo těžké poranění. Patří mezi ně zlomeniny, zhmožděniny měkkých tkání, podchlazení, ale časté bývají také poruchy psychické, například deprese a strach.(14)

Graf 5 znázorňuje převahu zlomenin nad ostatními zraněními, které respondenti utrpěli následkem pádu.Výsledek ovlivnilo zřejmě místo výzkumu, protože v následné péči je větší pravděpodobnost výskytu seniorů s frakturami, než jakémkoliv jiném zařízení.

-Rozdělení fraktur dle lokalizace (graf 6) :

Pro osoby vyššího věku je charakteristické, že ke zlomenině vede relativně nenápadný úrazový děj. Častější jsou takzvané osteoporotické zlomeniny, nejčastěji kompresivní zlomeniny obratlů, zlomeniny krčku stehenní kosti, Collesova fraktura předloktí a zlomeniny dlouhých kostí obecně.(8)

Z uvedeného grafu 6 je patrné, že lokalizace zlomenin, které respondenti utrpěli je zcela typická s převahou zlomenin krčku kosti stehenní.

-Počet úmrtí v průběhu hospitalizace (graf 7) a rozdělení příčin úmrtí dle MKN-10 (graf 8):

V 80 letech 20.století umíralo na následky zlomenin krčku stehenní kosti kolem 40% seniorů, jejich současná mortalita se pohybuje mezi 3-5%. Při dlouhodobém klidu na lůžku, docházelo k rozvoji proleženin, močové a plicní infekci nebo k tromboembolické nemoci.(32)

Z grafu 7 je patrné vyšší procento úmrtnosti, než udává literatura, ale dle grafu 8, příčiny úmrtí byly zcela typické.

-Rozdělení respondentů podle jejich sociální situace před hospitalizací (graf 9) :

Literatura uvádí, že v Evropském společenství se o 70-80% se stará rodina. **(8)**

Dle výsledků grafu 9 se domnívám se, že zbývající procenta pravděpodobně připadají na seniory žijící ve velkých městech, jako je tomu u klientů hospitalizovaných na odděleních následné péče v Městské nemocnici následné péče v Praze 9, kteří žijí převážně samostatně.

-Rozdělení sociální situace respondentů, kteří původně žili sami vzniklé následkem pádu (graf 10) :

Graf znázorňuje situaci původně samostatně bydlících respondentů, po ukončení jejich hospitalizace. Část respondentů po ukončení výzkumu zůstala nadále v hospitalizaci z důvodů zdravotních komplikací.

-Rozdělení původně soběstačných respondentů podle stupně jejich závislosti a lokalizace pobytu po ukončení hospitalizace (graf 11):

Tímto grafem jsem chtěla přiblížit problematiku vztahu mezi deficitem soběstačnosti a místem pobytu seniora. Je z něj patrné, že do svého přirozeného domácího prostředí se vracejí senioři s lehkou závislostí. U všech respondentů, kteří se domů vrátili, bylo nutné zajistit pečovatelskou službu.

Rozdělení respondentů původně samostatných dle Bartelova testu všedních činností (ADL) (graf 12)

Ze souboru osob původně samostatně bydlících po odečtu těch, kteří v hospitalizaci zemřeli a osob, které sice v domácnosti žily osaměle, ale měly zajištěnou pečovatelskou službu, jsem získala cílový soubor osob, u kterých se domnívám, že pokud žili před hospitalizací v příčinné souvislosti s pádem samostatně, pak byli zcela soběstační. Bartelův test všedních činností byl proveden u nich bezprostředně před jejich odchodem z hospitalizace. Bartelův test je klasifikován standardní stupnicí – „lehce závislý“,

„střední stupeň závislosti“, „vysoce závislý“. Všichni senioři odcházející do svého přirozeného domácího prostředí dosáhli výsledku „lehce závislý“.

Věřím, že cíle, které jsem si vytýčila se mi podařilo splnit, a má práce bude sloužit k informovanosti široké veřejnosti, případně zdravotníků angažujícím se v péči o seniory.

Hypotéza :

Předpokládám, že u většiny seniorů hospitalizovaných na odděleních následné péče, v příčinné souvislosti s pádem , dojde ke vzniku nebo prohloubení deficitu samostatnosti a soběstačnosti.

Většina je definována jako část vyšší než 65%.

Hypotéza byla potvrzena.

Předpokládám, že většina seniorů se i přes vzniklý, nebo prohloubený deficit samostatnosti a soběstačnosti, vrátí do svého přirozeného domácího prostředí.

Většina je definována jako část větší než 65%.

Hypotéza nebyla potvrzena.

Předpokládám, že zlomeniny jsou nejčastějším důsledkem pádu u seniorů hospitalizovaných na odděleních následné péče.

Četnost je definována jako část větší než 65%.

Hypotéza byla potvrzena.

6. Závěr

Jak už jsem uvedla v úvodu jsem zdravotní sestra, s dřívější praxí v domově důchodců. Nyní pracuji druhým rokem na oddělení následné péče v Městské nemocnici následné péče v Praze . Až nyní, kdy mám možnost srovnání, poznávám, jak rozdílná je situace seniora v obou zařízeních. Zatímco v domově důchodců je senior už prakticky obeznámen se svou situací , senior hospitalizovaný na oddělení následné péče trpí obavami z budoucnosti. Z počátku věří v úplné uzdravení, s prodlužujícím se pobytem začíná pochybovat o svých schopnostech, brání se přijetí pomoci od agentury domácí péče a tím narušení svého soukromí. V případě získání většího deficitu v oblasti soběstačnosti a nemožnosti návratu do domácího prostředí, není-li připraven k pobytu v sociálním zařízení, někdy rezignuje a odmítá přijímat potravu, nebo se snaží prodloužit svůj pobyt na oddělení následné péče, kde se již orientuje, například přivozem si náhlého zhoršení zdravotního stavu dietní chybou, nebo i pohružkou suicidiem.

Věřím, že má práce může být přínosem pro každého, komu není lhostejný osud seniorů. Východisko vidím v preventivní informovanosti, aby již senior mladší věkové kategorie byl včas informován o svých možnostech, aby z falešných ohledů nebyla tato potřeba odsouvána do doby, kdy z důvodů vysokého věku a pod tlakem ztráty soběstačnosti, a objektivního náhledu si již o svém životě nemůže rozhodovat samostatně.

7. Seznam použité literatury :

1. AMBLER,Z.,BEDNAŘÍK,J.,RŮŽIČKA,E.,a kol.,Klinická neurologie,1.vyd.Praha:Triton,2004.ISBN 80-7254-556-6
2. BALKOVÁ,D.,ŠULIČOVÁ,A.,NOVOTNÁ,Z.,Riziko pádu v starobe, In Sestra,Bratislava:Sanoma Slovakia, 2005,roč.IV.,tematický zošit 81,str.22,ISSN 1335-9444
3. BUIJSSEN,H.,Demence,1.vyd.Praha:Portál,2006,ISBN 80-7367-081-X
4. GRUBEROVÁ,B.Geriatricie,1.vyd.České Budějovice:Jihočeská univerzita.ISBN 80-7040-286-5
5. HAŠKOVCOVÁ,H.,Spoutaný život,1.vyd.Praha:Panorama,1985,11-094-85 03/1
6. HAŠKOVCOVÁ,H.,Fenomén stáří,1.vyd.Praha:Panorama,1990,ISBN 80-7038-158-2
7. HAŠKOVCOVÁ,H.,Manuálek sociální gerontologie,1.vyd.Brno:Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů,2004,ISBN 80-7013-363-5
8. HOLMEROVÁ,I.,JURAŠKOVÁ,B.,ZIKMUNDOVÁ,K.,Vybrané kapitoly z gerontologie,Gema ,2002,studijní materiály v rámci projektu Péče 2002
9. HONZÁK, R.et al.,Úzkostný pacient,1.vyd.Praha:Galén,2006,ISBN 80-7262-367-2
10. JANKOVSKÝ,J.,Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením,1.vyd.Praha:Triton,2001,ISBN 80-7254-192-7
11. JANKOVSKÝ,J.,Etika pro pomáhající profese,1.vyd.Praha:Triton,2003,ISBN 80-7254-329-6
12. JANKOVSKÝ,J.,PFEIFER,J.,ŠVESTKOVÁ,O.,Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace,1.vyd.České Budějovice:Jihočeská univerzita,2005,ISBN 80-7040-826-X
13. KAPR,J.,KOUKOLA,B.,Pacient:revoluce v poskytování péče,1.vyd.Praha:Sociologické nakladatelství,1998,ISBN 80-85850-49-4

14. KALVACH,Z.,ZADÁK,Z.,JIRÁK,R.,et al.,Geriatric a gerontologie,1.vyd.Praha:Grada ,2004,ISBN 80-247-0548-6
15. KŘIVOHLAVÝ,J.,Psychologie nemoci,1.vyd.Praha:Grada ,2002,ISBN 80-247-0179-0
16. KŘIVOHLAVÝ,J.,Psychologie zdraví,2.vyd.Praha:Portál ,2003,ISBN 80-7178-744-4
17. LANGMEIER,J.,KREJČÍŘOVÁ,D.,Vývojová psychologie,3.vyd.Praha:Grada,1998,ISBN 80-7169-195-X
18. MALÍKOVÁ,K.,Edukácia pri farmakoterapii seniorov, InSestra,Bratislava:Sanoma Slovakia ,2006,roč.V.,č.6,tematický zošit 94,str.29,ISSN 1335-9444
19. MATOUŠEK,O.,Metody a řízení sociální práce,1.vyd.Praha:Portál,2003,ISBN80-7178-548-2
20. MZČR,Zdraví 21,Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR-Zdraví pro všechny v 21.století,1.vyd.Praha ,2003,ISBN 80-85047-99-3
21. MZČR,Národní program zdraví,Dlouhodobá strategie,Praha:Offsetpress ,1995
22. NAKONEČNÝ,M. ,Základy psychologie,1.vyd.Praha:Akademia Praha,2004,ISBN 80-200-1290-70
23. PACOVSKÝ,V.,Geriatrická diagnostika,1.vyd.Praha:Scientia medica, 1994,ISBN 80-85526-32-8
24. PICHAUD,C.,THAREAUOVÁ,I.,Soužití se staršími lidmi,1.vyd.Praha:Portál, 1998,ISBN 80-7178-184-3
25. STAŇKOVÁ,M.,Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi,1.vyd.Brno:Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů,2004,ISBN 80-7013-323-6
26. SCHMIDTOVÁ,Z.,POLEDNÍKOVÁ,L.,SLAMKOVÁ,A.,Pohyb a kvalita života hospitalizovaných seniorov,In Sestra,Bratislava:Sanoma Slovakia, 2005,roč.IV.,tematický zošit 81,str.20,ISSN 1335-9444

27. SVATOŠOVÁ,M.,Hospice a umění doprovázet,1.vyd.Praha:Ecce Homo,1995,ISBN
28. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ,J.,Přehled sociální psychologie,2.vyd.Olomouc:Univerzita Palackého v Olomouci,2004,ISBN 80-244-0929-1
29. TOPINKOVÁ,E.,NEUWIRT,J.,Geriatric pro praktického lékaře,1.vyd.Praha:Grada ,1995,ISBN 80-7169-099-6
30. TOPINKOVÁ,E.,Geriatrický pacient v ambulantní péči,Sestra,Praha 2000,roč.X,č.1,str.2-3,ISSN 1210-0404
31. VÁGNEROVÁ,M.,Psychopatologie pro pomáhající profese,3.vyd.Praha:Portál ,2004,ISBN 80-7178-802-3
32. VEJVODOVÁ,D.,Luxace totální endoprotézy kyčelního kloubu,In Sestra,Praha.MF, 2006,roč.16,č.11,str.52-53,ISSN 1210-0404
33. VIŠNA,P.,HOCH,J.,et al.,Traumatologie dospělých,1.vyd.Praha:MAXDORF,ISBN 80-7345-034-8
34. ZGOLA,J.,M.,Úspěšná péče o člověka s demencí,1.vyd.Praha:Grada,2003,ISBN 80-7178-184-3

8. Klíčová slova

Pád

Senior

Soběstačnost

Závislost