

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úrazy obyvatel pobytových zařízení sociálních služeb, příčiny, prevence

diplomová práce

Autor práce: Zuzana Fenclová, Bc.
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: Čeledová Libuše, doc., MUDr., Ph.D.

Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

Abstrakt

Úrazy obyvatel pobytových zařízení sociálních služeb, příčiny, prevence

Diplomová práce je zaměřena na zdravotní stav a úrazy obyvatel v domovech pro seniory a ve zdravotnických zařízeních a jejich předcházení. Vzhledem k tomu, že úrazy způsobují vysokou nemocnost a úmrtnost seniorů, je důležité myslet na prevenci a hledat příčiny těchto úrazů. Pacient vyššího věku vyžaduje odlišný přístup, jelikož nejtypičtějším rysem onemocnění ve stáří je multimorbidita. Je však vhodné se zaměřit na hledání faktorů, které zdravotní stav a kvalitu života ovlivňují a na porozumění potřebám seniorů.

Vymezení teoretických souvislostí v první části práce je zaměřeno na problematiku stárnutí a stáří, na biologické změny člověka, úrazovost obyvatel pobytových zařízení v souvislosti se zjišťováním zdravotního stavu a kvality života seniorů. Zvláštní pozornost je věnována problematice zdravotnímu stavu seniorů obecně, se zřetelem na příčiny a prevenci pádů.

Hlavním cílem empirické části práce bylo zjistit příčiny úrazů obyvatel sociálních a zdravotnických zařízení a porovnat oba typy zařízení a rozdíl odpovědí mezi pohlavími. Pro výzkum v empirické části této práce byla použita strategie kvantitativního výzkumu, metoda dotazování, technika sběru dat dotazník.

Zkoumala jsem vliv prostředí, ve kterém senioři žijí, na jejich zdravotní stav a subjektivní vnímání života seniorů v domovech pro seniory a zdravotnických zařízeních. V poslední části diplomové práce jsou uvedeny konkrétní oblasti, které zdravotní stav seniorů v domovech pro seniory a ve zdravotnických zařízeních ovlivňují a identifikovány faktory, které se na jejich životě významně podílejí.

Důvodem volby tématu „Úrazy obyvatel pobytových zařízení sociálních služeb, příčiny, prevence“ bylo poukázat na vliv vnějšího i vnitřního prostředí na vnímání člověka na jeho zdraví, kvalitu života a subjektivní pohled na uspokojování jeho osobních potřeb. Vliv na život seniorů má i prostředí, ve kterém žijí a to souvisí s kvalitou poskytovaných služeb v pobytových zařízeních. Kvalitu poskytovaných služeb

je možné hodnotit objektivními ukazateli a subjektivním vnímáním jednotlivých uživatelů.

Zatímco domácí dlouhodobá péče je poskytována lidem s funkčními omezeními, kteří bydlí většinou ve vlastním bytě či domě, institucionální dlouhodobá péče označuje ústavní ošetrovatelská zdravotnická zařízení mimo nemocnic a pobytová zařízení sociálních služeb. Ta poskytují ubytování a současně dlouhodobou péči lidem s potřebou trvalé zdravotní a ošetrovatelské péče v důsledku chronické nemoci a snížené soběstačnosti v aktivitách denního života.

Praktická část práce obsahuje vyhodnocení získaných údajů a statistické zpracování výsledků. Ze získaných výsledků lze tedy usuzovat, že nejpočetnější věková skupina uživatelů žijících ve zdravotnických i sociálních zařízeních, jsou senioři ve věku 80-89 let. V těchto zařízeních žije více žen než mužů. Většina respondentů žije v těchto zařízeních z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Jak ukázal výzkum, zdravotnická zařízení jsou využívána krátkodobě, kdežto sociální zařízení jsou určena pro dlouhodobý pobyt. V domovech pro seniory žije nejvíce respondentů 1-5 let. Ve zdravotnických zařízeních je nejpočetnější skupina respondentů žijících do 1 roku. Pády jsou časté a závažné, především u lidí s pohybovým a zrakovým postižením a u seniorů. Výzkum ukázal, že 87 % respondentů trpí chorobami pohybového aparátu. Pád s následnou hospitalizací prodělalo 44 % dotázaných a častěji ženy než muži. Pohybové postižení má vliv na stabilitu, chůzi a kvalitu života. Senioři jsou chráněni před pádem vhodnými kompenzačními pomůckami a jejich používáním. Z výzkumu vyplývá, že kompenzační pomůcky používá 2/3 respondentů ze zdravotnických i sociálních zařízení. Respondenti nejčastěji používají chodítka. Pevnou a dobře nazutou obuv používá většina seniorů v obou typech zařízení.

Diplomová práce může pomoci pochopit problematiku úrazovosti seniorů, vlivu zdravotního stavu na kvalitu života osob žijících ve zdravotních a sociálních zařízeních. Získané údaje budou prospěšné pro samotné seniory, ale i pracovníky v těchto zařízeních. Výsledky mé diplomové práce mohou být inspirací pro další výzkumy, které se touto problematikou budou zabývat.

Klíčová slova: Domov pro seniory, kvalita života, potřeby, senior, stáří, úrazy, zdraví, zdravotnické zařízení

Abstract

Injuries of the residential social service population, causes, prevention

The thesis is focused on health and injuries in nursing homes and health care facilities and their prevention. Given that accidents cause high morbidity and mortality of the elderly, it is important to think about prevention and the search for the causes of these accidents. The elderly requires a different approach, as the most typical feature of the disease in old age is multimorbidity. However, it is advisable to focus on the search for factors that affect the health and quality of life of seniors and understanding of their needs.

Definition of the theoretical context in the first part focuses on the issues of aging and old age, biological changes of man, accidents of clients in residential facilities in connection with ascertaining the state of health and quality of life. Particular attention is paid to the health status of older people in general, with regard to the causes and prevention of falls. The main objective of the empirical part of the study was to determine the causes of clients accidents in social and medical facilities and compare both types of facilities. For research in the empirical part of this work has been used quantitative research strategy, method of questioning techniques of data collection questionnaire.

I examined the influence of the environment in which the elderly live on their health status and subjective perceptions of the elderly in nursing homes and medical facilities. The last part of the thesis describes the specific areas that affect the health of the elderly in nursing homes and health care facilities. The reason for the choice of subject "Accidents of clients of social services, causes, prevention" was to show the influence of external and internal environment to human perception on the health, quality of life and subjective view of satisfying its personal needs. The environment in which the seniors live it is also related to the quality of services provided in residential facilities. The quality of service can be evaluated by objective indicators and subjective perception of users. While long-term home care is provided to people with functional

limitations who mostly live in their own apartment or house, institutional long-term care refers to institutional nursing medical facilities outside hospitals and residential social services. They provide a list of the current long-term care for people with a need for continuous medical and nursing care due to chronic illness and decreased independence in activities of daily living. Practical part of this work includes evaluation of the data and statistical processing of the results. From the obtained results it can be concluded that the largest age group of users living in health and social facilities are seniors aged 80-89 years. In these facilities there are more women than men. Most clients live in these facilities due to ill health. As research has shown, nursing homes are used temporarily, while medical facilities are designed for long stay. In homes for the elderly, there are most clients living there from 1 to 5 years. In health care facilities there is the largest group of clients living there within 1 year. The falls are frequent and serious, especially for people with physical and visual disabilities and seniors. Research has shown that 87% of respondents suffer from musculoskeletal diseases. 44% of respondents, women more often than men, had received the fall and subsequent hospitalization. Physically handicapped affects the stability of walking and quality of life. Seniors are protected before fall by appropriate assistive devices. Research has shown that assistive devices are used by two thirds of respondents from health and social facilities. Most respondents frequently use the walkers. Solid and well pulling shoes are used by most seniors in both types of facilities. The thesis may help to understand the issues of accidents of the elderly and health effect on the quality of people's life living in health and social care facilities. The data obtained will be useful for both seniors either the workers in these facilities. The results of this thesis can be an inspiration for further research that will deal with this issue.

Key words: Home for seniors, quality of life, needs, senior, age, injuries, health, health care facilities

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Úrazy obyvatel pobytových zařízení sociálních služeb, příčiny, prevence“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 5. 2013

.....

Bc. Zuzana Fenclová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé práce doc. MUDr. Libuši Čeledové, Ph.D., za věnovaný čas, cenné rady a trpělivost při psaní této práce. Děkuji mé rodině, za podporu a pochopení, kterou pro mne během psaní měli.

Obsah

1.	Teoretická východiska spojená s pobytem v zařízení sociálních služeb	15
1.1	Biologické změny člověka.....	15
1.2	Stáří a stárnutí	16
1.3	Demografické stárnutí.....	18
1.5	Příprava na stáří, péče o zdraví	21
1.6	Aktivní stáří	23
1.7	Kvalita života obyvatel	24
2.	Stáří a nemoc	26
2.1	Autonomie člověka	26
2.2	Rizika seniorské populace	27
2.3	Prevalence a incidence chorob ve stáří	28
3.	Úrazy seniorů	28
3.1	Nejčastější úrazy	28
3.2	Příčiny pádů	31
3.3	Prevence pádů	32
4.	Pobytová zařízení sociálních služeb	34
4.1	Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	34
4.2	Okruh pracovníků v sociálních službách	34
4.3	Domovy pro seniory	35
4.4	Domov pro seniory Kopretina Plzeň	37
4.5	Cílová skupina obyvatel Domova pro seniory Kopretina.....	37
5.	Pobytová zdravotnická zařízení	38
5.1	Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách	38
5.2	Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků	40
5.3	Vymezení dlouhodobé péče.....	42
5.4	Léčebny dlouhodobě nemocných	46
5.5	Léčebna dlouhodobě nemocných Plzeň.....	46
	VÝZKUMNÁ ČÁST	47
6.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	47
7.	METODIKA	48
7.1	Metodický postup	48
7.2	Popis výzkumného vzorku.....	48
7.3	Zařízení zahrnuta do výzkumu	49

7.4	Popis výzkumného nástroje	50
7.5	Způsob zpracování a vyhodnocení dat.....	50
7.6	Harmonogram výzkumu	51
8.	VÝSLEDKY	53
9.	DISKUZE	88
10.	ZÁVĚR	96
11.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	99
12.	PŘÍLOHY	105
12.1	Seznam příloh.....	105
	Příloha č. 1	106
	Příloha č. 2	107
	Příloha č. 3 statistické tabulky	111

Seznam použitých zkratk

LDN - léčebna dlouhodobě nemocných

DS - domovy pro seniory

ZZ - zdravotnická zařízení

FN - fakultní nemocnice

HK - horní končetina

DK - dolní končetina

Úvod

Demografická struktura v ČR se pomalu mění. Zvyšuje se podíl osob ve vyšších věkových skupinách, významně roste zátěž chronických onemocnění a tento vývoj bude i v dalších letech pokračovat. V roce 2008 trpělo nějakou chronickou nemocí 63 % populace v ČR. Nejčastěji se jednalo o problémy s páteří, hypertenzi a alergie. Jedná se tedy o nemoci s pomalou progresí, které především negativně ovlivňují kvalitu života. Stárnutí organismu s sebou také nese nové typy onemocnění, jejichž příkladem je Alzheimerova choroba.

Prodlužování délky života je pozitivní pro jedince, kteří prožívají delší a kvalitnější život než předchozí generace. Společnost se musí touto skutečností zabývat a přizpůsobit se jí, protože procento seniorů se brzy zvýší v důsledku zestárnutí silných ročníků z poválečného období. Prodlužuje se střední délka života, tím se mění poměr pracujících a penzistů oproti dřívější době. Zdravé stárnutí také vyžaduje, jak změnu pohledu společnosti na starší obyvatele, tak ve smyslu vnímání vlastní role ve společnosti u stárnoucích obyvatel. Důležitý je aktivní přístup k životu, vést zdravý životní styl, využívat preventivní zdravotní služby. Tyto aktivity by měly být podpořeny ze strany státu, a to zejména podpory zdraví a prevence, zajištěním relevantních zdravotních služeb včetně poskytování zdravotní péče v přirozeném prostředí pacienta. Strategie a programy v rámci zdravého stárnutí vytváří podmínky a příležitosti pro starší, aby se mohli pravidelně věnovat fyzické aktivitě, zdravě se stravovat, nadále prohlubovat své sociální vztahy, účastnit se na smysluplných aktivitách.

Úrazy způsobují vysokou nemocnost a úmrtnost seniorů. Úrazy interferují se soběstačností křehkých geriatrických pacientů. Ve stáří se snižuje schopnost rychlé posturální adaptace na ztížené podmínky chůze např. vstávání ze sedu, chůze do schodů. Důležitá je prevence. Mezi nejčastější úrazy seniorů patří zlomeniny krčku stehenní kosti, také vlivem osteoporózy. Důsledky pádů zvláště opakovaných a dlouhodobé instability jsou závažné. Hrozí poranění, nemožnost vstát, úzkost a deprese.

Důležitou prevencí proti pádům jsou úprava prostředí, úprava obuvi a opěrných pomůcek, optimalizace medikace, hodnocení a nácvik stability a chůze, posilovací

cvičení, užívání chráničů kyčlí u rizikových osob a výchova personálu. Preventivní programy by se neměly aplikovat plošně, ale individuálně na základě komplexního geriatrického vyšetření seniora.

Cílem této diplomové práce je zmapovat výskyt nemocí ve stáří v zařízeních sociálních služeb a zdravotnických zařízení a zjistit příčiny úrazů obyvatel těchto zařízení a prevenci. Za nemoci ve stáří lze označit choroby, jejichž výskyt je funkcí věku, které se v mladším věku vykytují oproti stáří vzácně, nebo které jsou ve stáří velmi závažné a časté (Kalvach, Čeledová, 2011).

Tato diplomová práce je rozdělena na tři části. První část obsahuje revizi dostupné literatury, která zahrnovala identifikaci, zařazení a analýzu písemností obsahujících informace týkající se zkoumaného problému. Jejím cílem bylo shromáždit stávající poznatky v oblasti úrazovosti seniorů v pobytových zařízeních, jejich příčiny a prevenci. Jednotlivé kapitoly se vztahují k dané problematice, jako jsou například teoretická východiska spojená s pobytem v zařízení sociálních služeb, biologické změny člověka, problematika stáří a stárnutí, demografické změny společnosti a další.

Ve druhé části autorka předkládá cíl práce, hypotézy a metodický postup. Hlavním cílem empirické části práce je zjistit příčiny úrazů obyvatel sociálních a zdravotnických zařízení a porovnat oba typy zařízení a rozdíl odpovědí mezi pohlavími. Pro výzkum v empirické části této práce byla použita strategie kvantitativního výzkumu, metoda dotazování, technika sběru dat dotazníkem. Při sestavování dotazníku autorka vycházela z daného cíle ověřit hypotézy. Dalším cílem realizovaného dotazníkového šetření, bylo poskytnout široký pohled na zkoumanou oblast a popsat celkovou situaci seniorů v sociálních a zdravotnických zařízeních. Dotazník byl určen uživatelům sociálních a zdravotnických služeb ve vybraných zařízeních.

Základní soubor tvořili obyvatelé Plzně ve věku 60 a více let. Z tohoto základního souboru autorka zvolila 2 výběrové soubory. První soubor N 1 = 77 byl záměrným výběrem sestaven z obyvatel Domovů pro seniory Kopretina a Sedmikráska v Plzni, kde kvótou pro výběr byly věk nad 60 let, ochota spolupracovat a kognitivní funkce zachovalé alespoň natolik, aby byli schopni s asistencí věrohodně odpovídat na otázky dotazníků. Druhý soubor N 2 = 30 byl sestaven ze seniorů, žijících ve

zdravotnických zařízeních FN Plzeň a LDN Privamed Plzeň na sociálních lůžkách, kteří byli do výzkumu zahrnuti podle stejných kritérií.

Třetí část této diplomové práce obsahuje přehled o získaných výsledcích, ve kterých se autorka soustředila na posouzení a statistické vyjádření úrazovosti a zdravotního stavu v obou skupinách v daných zařízeních. V této části práce autorka popisuje průběžné výsledky a v kapitole diskuze porovnává získané výsledky v komparaci s autory, kteří se zabývají touto problematikou. V závěru této diplomové práce pak autorka navrhuje konkrétní využití získaných poznatků v praxi.

1. Teoretická východiska spojená s pobytem v zařízení sociálních služeb

1.1 Biologické změny člověka

Pacient vyššího věku vyžaduje odlišný přístup, jelikož nejtypičtějším rysem onemocnění ve stáří je multimorbidita. Biologická hranice je pro každého jiná, proto je nutné ke každému přistupovat individuálně. Postava seniora se mění v důsledku převahy flexorů nad extenzory (Holmerová, 2003).

Stáří není choroba, přestože je provázeno zvýšeným výskytem nemocí a ztráta soběstačnosti je důsledkem stárnutí. Zdravotní a funkční stav seniorů se zlepšuje. Je velmi důležité aktivně usilovat o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, ale také o zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a o prevenci závislosti (Schola gerontologica, 2005).

Jak uvádí Pacovský (2005) stáří je přirozená, neodvratitelná etapa života. Změny na lidském těle jsou nezměnitelné a dávné touhy o návratu mládí zůstávají pouze představou. Je však dokázáno, že proces stárnutí a kvalitu stáří lze v mnoha ohledech příznivě ovlivnit. Stárnutí je výsledkem vzájemného působení genetických a formativních vlivů vnějšího prostředí, mnozí nejsou na tento stav připraveni a bývají překvapeni, když je postihne.

Typickými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie a změny reakcí organismu na určitou zátěž (Malíková, 2011).

Dle Vágnerové (2007) stáří nepřináší jen zhoršení fyzického i psychického stavu, ale je také poslední etapou života, nazývanou postvývojovou. Nepříznivou stránkou stárnutí je úbytek energie, změna osobnosti, tato transformace nemusí být tak velká, aby staršímu jedinci znemožnila aktivní a nezávislý život. Vyšší věk přináší rozvážnost, naplnění a určitý nadhled. Stáří přináší nové empirie a je na každém jedinci, jak se s nimi dokáže vyrovnat. V šedesáti letech by si měli lidé začít uvědomovat

přibližující se stáří a všechny problémy, které sebou přináší. Záleží na osobnosti člověka, jak bude přeměnu interpretovat do svého budoucího života.

Prodlužující se věk přestal být privilegiem několika jedinců, mnoho lidí se dožívá vyššího věku. Ještě nikdy v posledním století se tolik seniorů nedožilo 80 nebo dokonce 90 let. Česká republika není výjimkou i zde se prodlužuje střední délka života. Bohužel se v současnosti stáří vyznačuje vysokou nemocností, polymorbiditou a také zhoršením fyzického zdraví a soběstačnosti. I přes zdokonalení zdravotní péče se zdravotní stav starší populace trvale zhoršuje (Topinková, 2010).

1.2 Stáří a stárnutí

Stárnutí je nevratný proces, postihuje s různou rychlostí všechny orgány, které ztrácejí svoji funkční rezervu, stávají se méně přizpůsobivé k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí. Ztrácí adaptační schopnost a snadno dochází k dekompenzaci. S věkem přibývá chronických degenerativních onemocnění jako například osteoporóza, osteoartróza, kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby, demence. Téměř 90 % seniorů nad 75 let trpí jednou nebo více chronickými chorobami. Ve stáří dochází k fyziologickému poklesu výkonnosti orgánů, k úbytku svalové hmoty v důsledku dekonďicace, úbytku kostní hmoty a snížení pevnosti kostí. Postupně ke zhoršení mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, někdy i poruše imunity, kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. Takto postižení senioři jsou ohroženi disabilitou v provádění denních činností, nesoběstačností, pády, zlomeninami, inkontinencí. Akutní dekompenzace vede k hospitalizaci, často opakované (Topinková, 2010).

Stárnutí je přirozený biologický proces, který nelze ovlivnit, ale dnešní člověk chápe stáří spíše jako nutné zlo. Důležitým rysem multifaktoriálních nemocí je interakce genetického základu organismu s podmínkami vnějšího prostředí (Vašků, 2008).

Jak uvádí Holmerová (2003), stárnutí probíhá u jednotlivých jedinců individuálně. Přesto jsou obecné rysy charakterizující stáří. Tyto změny se týkají různých systémů. Například adaptační schopnost je ve vyšším věku snížena, proto

senioři hůře reagují na změny vnitřního i vnějšího prostředí. Dochází ke snížení elasticity cév a ke snížení průtoku krve všemi systémy. Změny nastávají i v pohybovém systému, dochází k úbytku svalové hmoty ke snížení kostní denzity, v důsledku toho dochází k častějším zlomeninám. Starší lidé jsou, na rozdíl od lidí středního věku, kteří trpí obezitou, ohroženi spíše podvýživou. Dochází k poruchám zraku, sluchu, omezena je propriocepce. Myšlení je u starších lidí pomalejší, což může být způsobeno v důsledku přirozené involuce centrálního nervového systému, nebo v důsledku demence. Ve stáří je snížena funkce ledvin.

Stárnoucí člověk ztrácí svou sociální roli, sociální status a část svých dřívějších kompetencí. S postupujícím věkem se senior stává závislý na svém okolí, svých dětech, později i na sociálních zařízeních. Stáří představuje závěrečnou etapu lidského života, která se vyznačuje charakteristickými znaky a specifiky (Schola gerontologica, 2005). Stáří je poslední vývojovou etapou, která završuje lidský život. Souhrnně jde o projev morfologických, funkčních i involučních změn, které probíhají různou rychlostí s interindividuální variabilitou. Na rychlost stárnutí má vliv prostředí, zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálněekonomické i psychické. V ČR se zdravotní i funkční stav seniorů dlouhodobě a setrvale zlepšuje, což je způsobeno zlepšením životních podmínek. Dochází k prodloužení života, senioři jsou zdravější a zdatnější, méně omezeni prostředím (Čevela, 2012).

Dle Hojdy (2008), je stáří chápáno jako svébytné údobí závěrečného času života, spojovaného s úctou a chápaného jako završení a naplnění, jako doba moudrosti a smíření.

Důvod, proč stárneme, není zcela objasněn. Všechny orgány a systémy těla, včetně mozku, jsou předmětem tohoto procesu. Ke stárnutí mozku lze přistupovat z neurobiologické, psychologické nebo funkční perspektivy (Neno, 2007).

Jak soudí Pokorná (2010), úspěšné stárnutí znamená zachování funkčních schopností, kdy kognice je neporušena, výkonnost jedince je srovnatelná se středním věkem a neobjevují se poruchy chování, paměti a motoriky. Normální stárnutí znamená fyziologické změny v kognitivních a dalších psychických schopnostech, jsou to abnormality, které se vyskytují u většiny zdravé populace. Jde o benigní stav

zapomnětlivosti, kdy nedochází k progresi a komunikace s těmito seniory nevyžaduje specifickou modifikaci založenou na změnách kognitivních funkcí, je pouze nutné poskytnout čas pro umožnění úspěšné efektivní komunikace.

Jak uvádí Németh (2009), zdravé stárnutí také vyžaduje strukturální změnu paradigmatu, a to jak ve smyslu pohledu společnosti na starší obyvatele, tak ve smyslu vnímání vlastní role ve společnosti u stárnoucích obyvatel. Aktivní přístup k životu se jeví jako nejdůležitější aspekt. Zůstat fyzicky aktivní, vést zdravý životní styl, využívat preventivní zdravotní služby např. screening, být aktivní v procesu léčby a stát se informovaným pacientem, který je schopen a ochoten se sám za sebe rozhodnout a v neposlední řadě být stále sociálně integrován do společnosti. Tyto aktivity musí být podpořeny ze strany státu, a to zejména vytvářením podmínek dostupné a kvalitní podpory zdraví a prevence, zajištěním relevantních zdravotních služeb včetně poskytování zdravotní péče v přirozeném prostředí pacienta. Problémem se také zdá být ageismus při poskytování zdravotní péče a problematika důstojnosti, zneužívání a lidská práva obecně. Cílem by mělo být vytvoření takových podmínek, kdy bude každému umožněno se rozhodnout, v jakých podmínkách chce žít, nezávisle, či za podpory a pomoci.

1.3 Demografické stárnutí

S demografickým vývojem a rostoucím podílem osob ve vyšších věkových skupinách se v ČR pomalu mění struktura onemocnění a významně roste zátěž chronických onemocnění. To je charakteristické delším přežíváním s některým, či obvykle s více dlouhodobě léčenými zdravotními problémy. V roce 2008 trpělo nějakou chronickou nemocí 63 % populace v ČR. Nejčastěji se jednalo o problémy s páteří, hypertenzi a alergie. Ve srovnání s rokem 2002 se právě výskyt posledních dvou jmenovaných onemocnění poměrně výrazně zvýšil (Zdravotnická ročenka ČR, 2009). Jedná se tedy o nemoci s pomalou progresí, které především negativně ovlivňují kvalitu života. Stárnutí organismu s sebou také nese nové typy onemocnění, jejichž příkladem je Alzheimerova choroba.

Populační stárnutí v České republice i ve světě pokračuje. Trvale klesá porodnost a snižuje se úmrtnost ve všech věkových skupinách. Prodlužuje se střední délka života u žen 78,7 roku a muži 72,1 roku. Věku 65 let se dožívá stále více jedinců, v současnosti 88 % žen 75 % mužů (Topinková, 2010).

Holmerová (2003) uvádí, že z demografického pohledu považujeme počátek stáří obvykle 65 let. To bychom mohli rozdělovat na jednotlivé etapy 65 – 74 let mladí senioři, 75 – 84 staří senioři, 85 let a více – velmi staří senioři. Stáří probíhá u každého jedince individuálně, je závislé na involučních změnách, původním funkčním stavu i životním stylu.

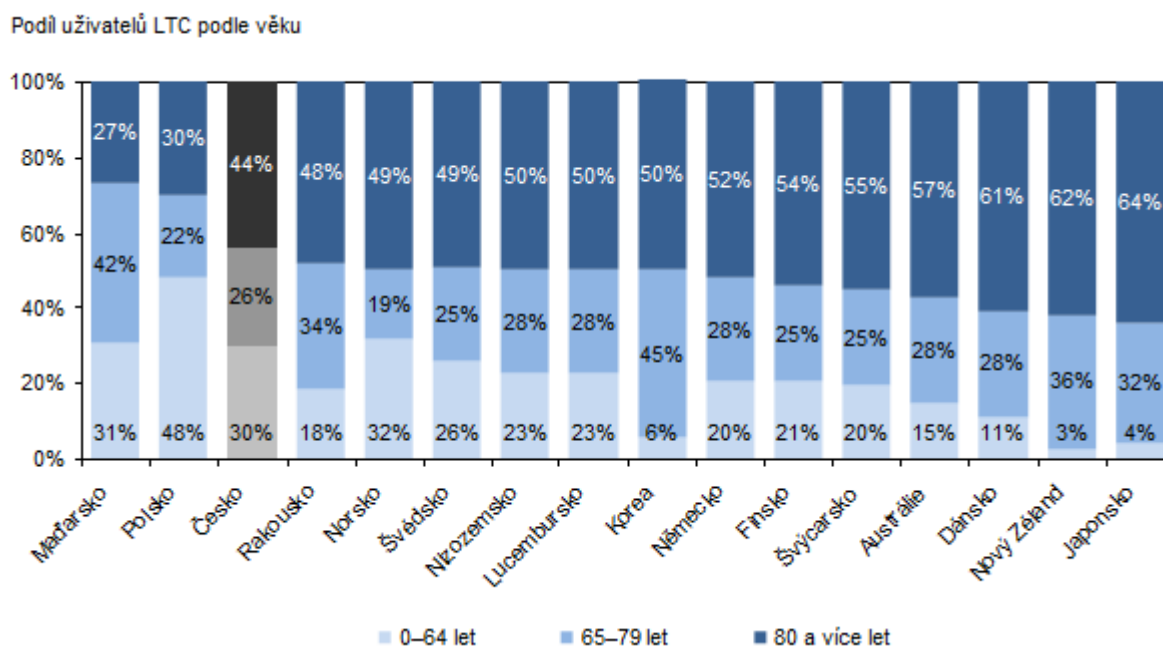
Vlivem snižující se porodnosti a současným prodlužováním střední délky života lidí, dochází k postupnému stárnutí naší populace. Dle sociálně demografických analýz České republiky můžeme očekávat, že v období po roce 2020 a zejména po roce 2030 vyvrcholí populační stárnutí. Toto bude mít vliv na ekonomickou i sociální situaci v naší zemi. V rámci Národního programu přípravy na stárnutí je důraz pokládán na vytvoření systému komplexních sociálních služeb, který bude prolínat všechny sféry života, respektovat práva a potřeby seniorů a umožní jim co nejdéle setrvat v přirozeném domácím prostředí, podpoří udržení jejich nezávislosti a zajistí pomoc rodinám, které pečují o nesoběstačné seniory (Schola gerontologica, 2005).

Stárnutí populace je chápáno jako přirozený civilizační vývoj, ten umožňuje seberealizaci a využití potenciálu starších lidí, změny konceptu zaměstnanosti a odchodu do důchodu, financování sociálních a zdravotnických systémů (Kalvach, 2008).

Jak uvádí Klevetová (2011), stále více lidí se dožívá vysokého věku, naděje dožití v roce 2050 v ČR bude pro muže 78,9 a pro ženy 85,4 roku. Počet osob nad 65 let bude podle předpokládaných statistik v roce 2050 v ČR 31,3 %.

Tabulka č. 1 uvádí strukturu uživatelů dlouhodobé péče dle věku v roce 2008 v některých státech světa.

Tabulka č. 1 Struktura uživatelů dlouhodobé péče podle věku v roce 2008



Zdroj: ÚZIS č. 32/2012

1.4 Změna složení obyvatel

Pro seniorskou populaci je typická převaha žen a stárání je bráno jako multidimenzionální fenomén. Na přelomu 20. a 21. století v hospodářsky vyspělých státech vrcholí relativní i absolutní stárnutí populace (Schola gerontologica, 2005).

Stárnutí populace v České republice je typickým prvkem, který bude i v dalších letech pokračovat. Tato situace je pozitivní pro jedince, kteří prožívají delší život než předchozí generace. Společnost se musí touto skutečností zabývat a přizpůsobit se jí, protože procento seniorů se brzy zvýší v důsledku zestárnutí silných ročníků z poválečného období. Prodlužuje se střední délka života, tím se mění poměr pracujících a penzistů oproti dřívější době (Malíková, 2011).

Jak uvádí Kalvach et al. (2008), existují lidé s genetickou dispozicí k dlouhému i ke krátkému životu. Dlouhověkost je pozitivní odchylka v délce života, její vymezení je nejčastěji věk 90 a více let. Poměr žen k mužům je 4 : 1.

Od poloviny devatenáctého století vzrůstá průměrná délka života o tři měsíce ročně. Je to přičítáno industrializaci potravinářské výroby, zavedení očkování u dětí, objevu antibiotik a pokrokem v lékařské péči. Prostředkem pro dlouhověkost je nemocím a invaliditě předcházet pohybem, vyhnout se nebezpečným faktorům prostředí, jako jsou například znečišťující látky a pesticidy, tím zůstaneme mladší, než odpovídá skutečnému věku. Stárnutí se neprojevuje u každého stejně. Na stárnutí mají největší vliv genetická dispozice a životní styl (Maroon, 2010).

V roce 2011 bylo v ČR celkem 189 domovů se zvláštním režimem, tj. zařízení sociálních služeb, která se zaměřují na poskytování dlouhodobé péče osobám s demencí. Mezi roky 2010 a 2011 počet osob v těchto zařízeních stoupl o 9 % z 8 622 na 9 415 (z toho 4415 na ošetrovatelských odděleních). Během roku 2011 bylo do těchto zařízení přijato celkem 3 834 osob, 584 osob bylo propuštěno a 2 457 osob v nich zemřelo (28,5 %, tj. více než čtvrtina počátečního stavu). Další osoby s demencí žijí v běžných domovech pro seniory, kterých bylo v ČR v roce 2011 celkem 471 a žilo v nich 37 616 osob (z toho 8 794, tj. 23 % na ošetrovatelských odděleních). Podle výběrového šetření z let 2004–2006 na vzorku 12 domovů pro seniory (zahrnuta byla běžná oddělení, nikoliv ošetrovatelská oddělení poskytující náročnější péči) trpělo kognitivní poruchou 56 % obyvatel domovů pro seniory. U 42 % se jednalo o demenci, z toho ve 2 % o těžkou demenci. U 16 % se jednalo o mírnou kognitivní poruchu. Normální kognitivní funkce byly zjištěny pouze u 38 % respondentů (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010).

1.5 Příprava na stáří, péče o zdraví

V národním programu přípravy na stárnutí 2008 – 2012 se uvádí, že cílem zdravého stárnutí je umožnit stárnoucím lidem udržet vysokou kvalitu života, toho však nemůže být dosaženo pouze prostřednictvím izolované aktivity, ale vyžaduje to řadu opatření a přístupů jak na individuální, tak na společenské úrovni. Strategie a programy v rámci zdravého stárnutí by proto měly vytvořit podmínky a příležitosti pro starší, aby se mohli

pravidelně věnovat fyzické aktivitě, zdravě se stravovat, nadále prohlubovat své sociální vztahy, účastnit se na smysluplných aktivitách a v neposlední řadě by programy měly přispět k finančnímu zabezpečení seniorů. Zdraví, sociální začleňování a participace jsou také velmi úzce propojeny. Jedná se tedy o holistický přístup, který se zabývá jak duševním, tak fyzickým zdravím, jakož i multidisciplinární přístup, jehož součástí je snaha o zlepšení sociálních determinant zdraví, jako jsou bezpečné životní prostředí, flexibilní důchodový systém a související politiky sociálního zabezpečení.

Velmi důležitá je prevence u osob nad 65-70 let, která snižuje rizika onemocnění, úrazů a poranění, udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti. Jako prevence se doporučuje fyzická aktivita a cvičení, nekuřáctví, vhodné stravovací návyky, například zvýšení příjmu vlákniny, ovoce a zeleniny, omezení tuku, přiměřená hmotnost, prevence úrazů a pádů (Topinková, 2010).

Jak uvádí Malíková (2011) a Tošnerová (2009), život probíhá od narození až do chvíle smrti v určitých vývojových etapách. Každá fáze má své zákonitosti, které z ní vznikají, ovlivňují kvalitu, způsob a meze našeho života, my je musíme modifikovat a zohledňovat. Stáří je chápáno spíše negativně, ale takové být nemusí. Senioři mají prostor k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Jedinec, který dokáže využít šance každého dne, umí i zdravě a pohodově stárnout.

Dle Haškovcové (2010), způsob zdravého stárnutí může ovlivnit sám senior, k uskutečnění jiných potřeb potřebuje prostor, který vytvoří společnost. Společnost by měla starému člověku napomáhat v hledání nových životních aktivit. Realizace je však závislá na chtění každého jednotlivce. Každý člověk je sám zodpovědný za kvalitu svého života ve stáří, měl by si osvojit zásady zdravého životního způsobu, který je významným prostředkem k udržení praktické soběstačnosti.

V dnešní době se upřednostňuje aktivní příprava na dobu, kdy senior potřebuje intenzivní pomoc a péči, protože většina z nich žije v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí. To se jeví jako nejlepší varianta, vhodná je i spolupráce s Domácí péčí (Venglářová, 2007).

Většina bytů seniorů není vybavena ani připravena na měnící se pohybové a smyslové schopnosti seniorů. Chybí provázanost technických a sociálních služeb, která

by umožnila podporu seniorům v jejich domácím prostředí, na které jsou zvyklí. Současná generace starších lidí nerada mění bydliště, když už podmínky nevyhovují jejich zdravotnímu stavu nebo sociální situaci, proto je důležité, aby na tuto situaci mysleli včas, pokud mohou ještě sami tyto podmínky ovlivnit (Kolektiv autorů, 2011).

1.6 Aktivní stáří

Dle Haškovcové (2010) senioři nemají čas, ale zároveň ho mají velmi mnoho, proto je pro ně důležité, jakým způsobem ho tráví. Program volného času by měl být strukturovaný a měl by tvořit základ jejich života. Nedílnou součástí péče o zdravé tělo je i péče o psychickou pohodu. Senioři by si měli vybírat vhodné sportovní aktivity, neměli by setrvávat v myšlenkových stereotypch a jít vstříc novým podnětům. Jedním z prostředků k udržení nebo rozvoji flexibility je tzv. duševní gymnastika.

Proti stresu a na zlepšení fyzického i psychického stavu mají vliv procházky v přírodě, příjemné bydlení, turistika. Soběstačnost, nezávislost mít dostatek prostoru pro vlastní potřeby a přání uprostřed rodiny, dostatek volného času na oddech a zájmy, sportovní a kulturní vyžití, využití volného času dle svých představ, to je ideální stav, ale ne vždy možný (Payne, 2005).

Aby senioři nechátrali, měli by cíleně posilovat flexibilitu ve všech směrech. Měli by se pravidelně pohybovat a vybrat si přiměřené sportovní aktivity. Měli by se starat o to, aby neulpívali v duševních stereotypch, a proto by měli být vstřícní novým impulsům. Vhodným nástrojem k udržení nebo rozvoji pružnosti je duševní gymnastika (Haškovcová, 2010).

Jak uvádí Malíková (2011) období stáří a stárnutí může být pozitivním úsekem života, když senior přijme svůj věk, užívá si zaslouženého odpočinku, umí vyplnit svůj čas různými činnostmi a projevuje dostatek flexibility. Nebrání se transformaci životního stylu, kterou si jeho věk, schopnosti a zdravotní stav vyžadují a přizpůsobí se nové situaci.

1.7 Kvalita života obyvatel

Normálním stavem i ve vyšším věku je stav dobré fyzické i duševní kondice a tím i možnost vést plný, kvalitní a nezávislý život. K tomu je zapotřebí přihlížet při uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Jednotným cílem by mělo být zlepšení zdravotního stavu seniorů, jejich soběstačnosti a kvality jejich života (Holmerová, 2003).

Zdraví je základem kvalitního života, základním předpokladem zdraví je zdravý životní styl. Životní styl je závislý na prostředí, ve kterém jedinec žije a je ovlivňován znalostmi člověka o podpoře zdraví. Hlavním cílem všech seniorů by mělo být zlepšení zdraví a pohody, snížení nemocnosti a incidence úrazů. Podpora zdraví ve vyšším věku znamená, prodloužit období zdravého stárnutí pro většinu seniorů a umožnit jim aktivně se účastnit života společnosti (Halová, 2010).

Mátl a Jabůrková (2007) uvádí, že pro kvalitu každodenního života starého člověka není rozhodující existence nějaké nemoci, ale stádium specifického onemocnění, které nemoc přináší.

Kvalita vztahu a komunikace mezi lékařem a pacientem mohou výrazně ovlivnit výsledek léčby, lékař by měl být pozorný k potřebám pacienta a jednat v jeho zájmu. Důležitá je spolupráce s lékařem, což ovlivňuje rychlost uzdravení. Model orientovaný na pacienta uznává, že pacient je osoba s jedinečnými potřebami. V přístupu orientovaném na nemoc, se lékař soustředí na nemoc, na její příznaky a průběh a přitom ztrácí zájem o pacienta, jako osobnost. Stávající komunikační vzorce se mohou stát neúčinnými v kontaktu s lidmi, kteří mají z různých důvodů problém v komunikaci, kde mezi oběma partnery existuje bariéra. Ta může být někdy zjevná a odstranitelná, někdy i přes snahu pečovatelů zůstává cesta ke klientovi uzavřená. Komunikace s člověkem s demencí je velmi složitá a často neúspěšná (Matějek, 2011).

Kvalita života je kategorie velmi subjektivní a individuální, která pro různé seniory představuje různé věci v různém čase. Musíme přihlídnout k věku, zdravotnímu stavu, životním ambicím nebo hodnotové orientaci jedince. Především zdraví je

podmínkou, aby se senioři mohli těšit z uspokojivé kvality života (Schola gerontologica, 2005).

Jak uvádí Payne (2005), definice kvality života je velmi náročná, ani odborníci nenachází shodu. O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin, srovnávají jí v rámci populace i mezikulturálně. Psychologové se zaměřují na psychickou pohodu jednotlivců. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče a nabízené zdravotnické programy. Kvalita života je také chápána jako interakce mnoha faktorů. Tyto faktory ovlivňují úroveň jednotlivců i celých společností. Subjektivní kvalita života se zabývá lidskou emocionalitou a spokojeností se životem. Objektivní kvalita života odráží požadavky sociálních a materiálních podmínek života. Tyto dvě úrovně spolu souvisí. Kvalita života vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince.

Společenský přístup ke stáří sleduje potřeby a zájmy stále se zvyšujícího počtu seniorů, otázky smysluplnosti, kvality a zabezpečení jejich života (Schola gerontologica, 2005).

Duševní zdraví se neliší na konci života. Životní události, fyzické nemoci, kognitivní poruchy a různé situace, mohou narušit duševní zdraví seniorů. Každý kdo přežil 80 let života, byl vystaven mnoha stresovým situacím a krizím. Většina lidí se potýká s životními problémy s klidem, dobrou náladou a odvahou. Je naším úkolem odhalit silné a adaptivní mechanismy, které pomáhají vyrovnat se s problémy (Touhy, 2010).

2. Stáří a nemoc

2.1 Autonomie člověka

Autonomie člověka zahrnuje nezávislost a svobodu, soběstačnost jedince v rozhodování, měl by řídit vlastní aktivity bez cizí pomoci, být schopen samostatně uspokojovat své fyziologické potřeby. Autonomie je jedna z potřeb sebeaktualizace, přináší člověku pocit fyzické a psychické pohody. Udržení této autonomie je velmi náročné, jelikož se mění s časem, v závislosti na životních podmínkách, sociálním kontextu, na povaze a rozsahu úkolů, s nimiž se jedinec vyrovnává, na jeho kompetencích i na kritériích, jimiž je jeho výkon ve společnosti posuzován. Riziku oslabení nebo úplné ztráty autonomie podléhají častěji staří lidé a lidé se zdravotním postižením. Sociální prostředí hraje v udržení osobní autonomie zvláště významnou roli (Kalvach, Čeledová, 2011).

Pro mnoho starších lidí možnosti bydlení vyplývají z kombinace jejich životních okolností a vnějších bariér. Lidé tvrdí, že na to kde a s kým se rozhodli žít, působí řada faktorů. Deprivace v dřívějším životě, má vliv na pozdější život (Phillips, 2010).

Jak uvádí Bukáčková (2011), psychická pohoda člověka má přímý vliv na jeho imunitní systém a hraje významnou roli v procesu uzdravování. Pokud je senior v domácím prostředí, obklopen blízkými lidmi, začínají se zdravotní problémy zmírňovat a on se cítí lépe.

Podpora lidí se zdravotním postižením spočívá v jejich sociální inkluzi, participaci, seberealizaci, překonání zdravotního znevýhodnění a tím prožití spokojeného života. Často jde o zajišťování péče, podpory a kvality života v domácím prostředí, provádění zdravotnických výkonů, ošetřování u lidí vyššího věku, s těžkým, často kombinovaným postižením. Koncept dlouhodobé péče se zaměřuje na podporu závažně znevýhodněných lidí vyžadujících ucelenou péči, kombinovanou podporu na úrovni případné trvalé péče ústavní, na podporu nezávislosti pokud možno poskytováním péče doma či v komunitě. Nový koncept dlouhodobé péče je postaven na

terénních službách, na zdravotně sociální integraci jedince a na podpoře jeho životního smyslu a kvality života (Kalvach, Čeledová, 2011).

2.2 Rizika seniorské populace

Jak uvádí Schola gerontologica (2005), sociální jevy spojené se stářím jsou například věková diskriminace, ageismus, segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti, generační intolerance, přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb, maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí, osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikaci, zvýšené riziko ztráty soběstačnosti, pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže, zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.

Lidská důstojnost, jako předpoklad každého lidského jednání a vztahu, otevírá člověka vztahu k druhému člověku. Lidská tělesnost je to, co je člověku nejbližší, zvláště člověku, který je nemocen. Právo na ochranu lidské důstojnosti, je vlastně právo tělesnosti, vztahovosti a transcendentního rozměru, vlastně trojího rozměru člověka. Respekt k lidské tělesnosti, je respektem k tělu jako zájmu medicíny jako biologické vědy. Vztahovostí se myslí vztah člověka vůči sobě samému a vztah člověka k ostatním lidem, nebo vztah ostatních lidí k němu. Kontext transcendence člověka je hledání toho, co ho přesahuje. O našem těle nevíme, dokud nejsme nemocní (Matějek, 2011).

Osamělost představuje jeden z rizikových faktorů pro seniory. Zhoršené fyzické i psychické zdraví představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících pocity osamělosti. Problémem osamělých lidí je neschopnost navázat a udržet naplňující vztahy (Schola gerontologica, 2005).

2.3 Prevalence a incidence chorob ve stáří

Při hodnocení zdravotního stavu seniorské populace se demografický, organizační i výzkumný zájem soustřeďuje na nemoci s vysokou seniorskou prevalencí a s involučně narůstající incidencí například ateroskleróza, arteriální hypertenze, osteoartróza, osteoporóza, Alzheimerova choroba, katarakta, úrazy a pády, choroby oběhového systému (Kalvach et al., 2008).

Za křehké byli označeni ti geriatrickí pacienti, kteří vykazovali závažné postižení alespoň ve dvou ze čtyř oblastí somatické, kognitivní, sensorické a nutriční. Klinickým obrazem geriatrické křehkosti je dlouhodobý progresivní pokles zdatnosti, odolnosti, adaptability a přibývají funkční deficity. U seniorů přibývají multisystémové funkční deficity, celkově se zhoršuje stav a narůstá disabilita. Křehkost je chápána jako geriatrický symptom rovnocenný například s pády (Kalvach et al., 2008).

3. Úrazy seniorů

3.1 Nejčastější úrazy

Úrazy způsobují vysokou nemocnost a úmrtnost seniorů. Úrazy interferují se soběstačností křehkých geriatrických pacientů. Ve stáří se snižuje schopnost rychlé posturální adaptace na ztížené podmínky chůze např. vstávání ze sedu, chůze do schodů. Důležitá je prevence. Mezi nejčastější úrazy seniorů patří zlomeniny krčku stehenní kosti, také vlivem osteoporózy. Subjektivně si senioři stěžují na závratě, nejistotu při stoji a chůzi, na slabost nohou a zhoršenou mobilitu. Objektivně u nich můžeme pozorovat poruchu chůze, poruchu rovnováhy a vyrovnávání vychýlení těla. Jako nejčastější příčina pádu se jeví instabilita (Zimmelová, 2005).

Jak uvádí Holmerová (2003), instabilita je typický příznak, který se projevuje ve stáří, je to důsledek zhoršené funkce a koordinace muskuloskeletálního systému, oslabení smyslového a prostorového vnímání. Instabilitu zhoršují některá onemocnění a léky.

Osteoporóza je systémové kostní onemocnění, vyznačující se nízkou kostní hmotou a poruchou microarchitektury kostní tkáně, která má za následek zvýšení kostní lomivosti a tím rizika zlomenin. Postupné řidnutí kostí způsobuje snížení odolnosti vůči mechanickému násilí. Zlomeniny mohou být důsledek osteoporózy. Nejčastějšími zlomeninami jsou zlomeniny krčku stehenní kosti, zápěstí, hrudních nebo bederních obratlů (Krajčák et al., 2007).

Úrazy seniorů jsou zdravotně sociální problém, mají vysokou prevalenci úmrtnosti. Největší riziko představuje vybavení domácností a nejčastějším mechanismem úrazu je pád. Přibývá úrazů seniorů, jako chodců, při dopravních nehodách. V seniorském věku se zvyšuje možnost otravy léky a čistícími prostředky vzhledem k nárůstu poruch kognitivních funkcí (Zimmelová, 2008).

Jakémukoliv úrazu je nutné předcházet, jelikož hlavně senioři ve věku nad 65 let jsou ohroženi vlivem snížené pohyblivosti. Mnoho seniorů využívá k chůzi rehabilitační pomůcky, ale v domácnosti jich využívají minimálně. Pády a následně zlomeniny dolních končetin jsou častými úrazy seniorů v této věkové skupině. Prevence je hlavně zaměřena na informovanost o kompenzačních pomůckách a úpravu bytu pro seniory (Čapková, 2007).

Dle Topinkové (2010), pády a poruchy chůze jsou ve stáří časté a s věkem jich přibývá. Postihují 20 – 30 % seniorů ve věku 65 – 69 let a 50 % seniorů nad 85 let. Vyšší prevalence je u žen než mužů a hospitalizovaných v dlouhodobé ústavní péči. Fyziologické změny ve stáří přispívají ke vzniku pádů, působí zde i rizikové faktory, jako jsou věk, porucha chůze jakékoli etiologie, kognitivní poruchy, polypragmazie, léky. V důsledku pádu dochází k poranění měkkých tkání, časté jsou fraktury, poranění hlavy, někdy podchlazení. Některé pády vedou k hospitalizaci a často k trvalé ústavní péči. Neopomenutelné jsou psychologické důsledky pádů, a to strach z opakovaného pádu, senior omezuje aktivitu, což může vést k imobilitě, nesoběstačnosti a závislosti na jiné osobě.

Starší lidé jsou nejohroženější skupina obyvatel z hlediska úrazů. Nejčastějším úrazem je zlomenina dolní končetiny jako důsledek pádu doma nebo v blízkém okolí. Často po těchto úrazech dochází k imobilitě seniorů (Zimmelová, 2006).

Pády a úrazy ve vyšším věku jsou způsobeny závažnými poruchami zdravotního stavu. Léčba pacientů vyššího věku má svoje zvláštnosti. Ve stáří se častěji vyskytuje osteoporóza, kosti jsou lomivější a křehčí, ke zlomenině vede i relativně nenápadný úrazový děj. Projevy zlomenin mohou být relativně nevýrazné (Holmerová, 2003).

Dle Zuchové (2011) specifickou a častou zlomeninou u seniorů je zlomenina krčku stehenní kosti, která může vzniknout při pádu z lůžka, chodítka atd. Dlouho ležícím seniorům stačí malá síla, špatný došlap či přetočení ke vzniku této zlomeniny.

Pády jsou časté a závažné, především u lidí s pohybovým a zrakovým postižením a u seniorů. S věkem přibývá pádů, zejména u starých lidí, žijících v domácím prostředí, a to asi 30 %. Ve věku nad 80 let je to 40 %. Mezi seniory, kteří pobývají v lůžkových zařízeních, je to více než 50 %. Pády způsobují sekundární zdravotní problémy jako je disabilita a mortalita. Pády jsou důsledkem chorob pohybového, vestibulárního nebo zrakového systému, či nervové soustavy. Vliv mohou mít i geriatrická křehkost se svalovou slabostí, nebo choroby jako například diabetes mellitus. V neposlední řadě to mohou být nežádoucí účinky některých léků. Příčiny pádů mohou být i exogenní, kam řadíme nevhodnou obuv, nebezpečné povrchy, překážky v bytech, špatné osvětlení a cizí zavinění. U rizikových osob, jako jsou senioři, je důležitá prevence. Vytvořit bezpečné a bezbariérové prostředí, v němž se nestabilní člověk pohybuje, instalace madel, správné používání opěrných pomůcek, úpravy nábytku. Nácvik postavování po pádu, chůze, posilování svalů (Kalvach, Čeledová, 2011).

Marx (2007) uvádí, že úrazy způsobené pády působí dlouhodobě na hybnost, fyzické i duševní zdraví, soběstačnost a kvalitu života. V mnoha případech pády prodlouží hospitalizaci a zvyšují riziko dalších pádů. I přes velký pokrok v péči o pacienty, v posledních desetiletích zavinují pády stále velkou část úrazů pacientů v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a pacientů v domácí péči. Zvláště náchylní jsou k pádům senioři, přibližně jedna třetina lidí ve věku nad 65 let. Ve zdravotnických zařízeních jich je hlášeno třikrát více. Až 25 % těchto pádů končí zlomeninou, tržnou ránou nebo hospitalizací. Počet pádů v jakémkoliv zařízení se může snížit, ale vyžaduje to komplexní přístup (Marx, 2007).

Jak uvádí Koudela (2002), komplikace zlomenin se mohou týkat postižené kosti nebo sousedních tkání, či celého organismu. Infekce je následek otevřené zlomeniny, nebo jako komplikace operačního výkonu, velmi často přechází do chronicity. Zhojení v nesprávném postavení může být následkem špatné repozice nebo redislokace zlomeniny. Velmi často dochází ke zkrácení kostí u zlomenin zhojených ve zkratu. Po zlomenině a následné fixaci se může objevit Sudeckova algoneurodystrofie což je osteoporóza akrálních částí končetiny. Objevují se otoky a později vyhlazení kůže, silné bolesti a atrofie všech tkání vedoucí k těžkému poškození funkce končetiny, zůstává výrazné funkční omezení a strukturální změny. Dále se mohou objevit paklouby, omezení rozsahu pohybu jako komplikace dlouhodobé fixace kloubu. Proto by měla být imobilizace co nejkratší.

3.2 Příčiny pádů

Pády můžeme dělit na náhodné, nepředvídatelné a předvídatelné. Při pádu se uplatňují komplexní interakce vnitřních a vnějších faktorů. Mezi vnitřní rizikové faktory řadíme například předchozí pád, poruchu zraku, nejistou chůzi, choroby pohybového aparátu (svalová atrofie, zvápenatění vazů a šlach, zvýšené zakřivení páteře, osteoporóza), duševní stav (stav zmatenosti, dezorientace, poruchy paměti atd.) akutní onemocnění, chronická onemocnění (zánět kloubů, šedý a zelený zákal, demence, diabetes mellitus, Parkinsonova choroba). Vnější rizikové faktory jsou například léky, které ovlivňují centrální nervový systém, nevhodné vany a toalety bez madel, nábytek, povrch podlahové krytiny, špatné osvětlení, typ a stav obuvi nevhodné pomůcky (Marx, 2007).

Dle Kalvacha et al. (2008) jsou pády a s nimi související morbidita hlavním rizikem a nejzávažnějším důsledkem instability. S věkem pádů přibývá, pády jsou důsledkem nejen chorob lokomočního aparátu, vestibulárního systému či nervové soustavy, ale také obecné geriatrické deteriorace a křehkosti. K většině pádů seniorů dochází ve vnitřním prostředí doma nebo v ústavu. Nejrizikovějším prostorem se jeví koupelna, v níž dochází k více než polovině pádů. Příčiny pádů jsou například nevhodná

obuv, nebezpečný povrch, chlad, který zhoršuje pohybovou koordinaci a ovlivňuje svalový tonus, překážky, léky a alkohol nebo cizí zavinění.

Pacienti po úrazech a pádech, které jsou řešeny operativně, jen v malých případech jsou přebíráni zpět rodinnými příslušníky do domácího prostředí. Doléčovacích rehabilitačních zařízení je málo (Kubešová et al., 2009).

Důsledky pádů zvláště opakovaných a dlouhodobé instability jsou závažné. Hrozí poranění, nemožnost vstát, úzkost a deprese. Další ohrožení zejména seniorů po úraze nebo pádu je strach z pádů. Jde o závažný fenomén, který se objeví v souvislosti se zkušeností s pády, nebo nezávisle na ní, obvykle v podceňování vlastního zdraví a zdatnosti. Strach z pádu narůstá s přibývajícím věkem (Kalvach et al., 2007).

3.3 Prevence pádů

Organizace poskytující domácí péči, léčebny pro dlouhodobě nemocné i sociální zařízení by měly hodnotit i přehodnocovat riziko pádu konkrétního pacienta včetně potenciálního nebezpečí vyplývajícího z jeho medikamentózní léčby a diagnózy. Tyto organizace by měly vytvořit program snížení rizika a hodnotit efektivitu takového programu. Součástí tohoto programu jsou konkrétní úkoly pro personál, poučení pacienta a jeho rodiny, hodnocení problémů vyskytujících se v prostředí, kde je péče poskytována. Hlavní podmínkou veškerých snah o vylepšení zabezpečení a snížení rizika pádů je prostředí, které podporuje volnou výměnu informací, které mohou snížit výskyt pochybení a redukovat dopady chyb již vzniklých (Marx, 2007).

Jak uvádí Marx (2007), vedoucí pracovníci by měli zajistit plánování bezpečného prostředí a zavádění bezpečnostních plánů, pravidelně kontrolovat možná rizika a zaškolit personál pro zajištění bezpečného prostředí. Například pravidelná kontrola technického stavu kompenzačních pomůcek. Je-li kluzká podlaha upozornit pacienty i rodinné příslušníky. Vybavit zařízení protiskluznou podlahovou krytinou na toaletách a koupelnách.

Některé studie ukazují, že počet pádů a zranění se mohou snížit pomocí efektivního programu, který zahrnuje identifikaci a vyhodnocení všech případů pádů

uživatelů péče, stanovení postupů ke snižování četnosti pádů a monitorování efektivity programu včetně dodržení postupů personálem (Marx, 2007).

Marx (2007) považuje za důležité, identifikovat pacienta s vysokým rizikem pádů a upozornit personál, edukovat pacienta a jeho rodinu o riziku pádu, dělat pravidelný monitoring potřeb pacienta, umístit lůžko do nejnižší polohy, zajistit, aby zvonek u lůžka, křesla, v koupelně nebo na toaletě byl v dosahu pacienta a všechny jeho potřeby byly v dosahu. Personál by měl používat bezpečnostní pásy u kolečkových křesel, postranní zábrany při transportu pacienta, brzdy kolečkových křesel, zámky kol lůžek při přesunu.

Důležitou prevencí proti pádům jsou úprava prostředí, hodnocení a úprava obuvi a opěrných pomůcek, optimalizace medikace, hodnocení a nácvik stability a chůze, posilovací cvičení, užívání chráničů kyčlí u rizikových osob a výchova personálu. Preventivní programy by se neměly aplikovat plošně, ale individuálně na základě komplexního geriatrického vyšetření seniora (Kalvach et al., 2007).

Bezpečné a bezbariérové prostředí je nutné vytvořit pro nestabilního člověka tím, že se upraví podlahy protiskluzovou krytinou, odstraní se prahy, malé koberečky, kabely a dostatečně se osvětlí prostor, nainstalují se madla v koupelnách a WC. Na chodbách a schodištích se umístí pevná zábradlí. Fyzioterapeut naučí seniora bezpečně používat opěrné pomůcky. Existují systémy umožňující instalaci nouzové signalizace, fungují pro případ nemožnosti vstát po pádu či jiné emergentní situaci. Prevence a léčba osteoporózy, zajištění služeb na úklidové práce mytí oken atd. (Kalvach et al., 2007).

Pro seniora s poruchou mobility je důležité přizpůsobit bydlení, odstranit prahy, koberečky a jakékoliv překážky při chůzi po bytě, ostré hrany stolů zajistit gumovými krytkami. Do sprchových koutů a vany pořídit protiskluznou podložku a madla. V kuchyni není vhodný plynový sporák (Chovancová et al., 2012).

4. Pobytová zařízení sociálních služeb

4.1 Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

Tento zákon upravuje podmínky za jakých je poskytována pomoc a podpora fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Také upravuje podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Základní zásady tohoto zákona jsou, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení (§37 odst. 2).

Rozsah a forma pomoci a podpory za jakých jsou poskytovány sociální služby, musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálních potřeb osob, má působit aktivně, podporovat jejich samostatnost, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich integraci. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě, a aby bylo zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

4.2 Okruh pracovníků v sociálních službách

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost:

- a) sociální pracovníci,
- b) pracovníci v sociálních službách,
- c) zdravotničtí pracovníci,
- d) pedagogičtí pracovníci,
- e) manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci za podmínek

stanovených zvláštním právním předpisem 44a) (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pracovníci v sociálních službách jsou:

- a) sociální pracovníci - pomáhají při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné a vzdělávací činnosti, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, poskytují pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí atd.
- b) pracovníci v sociálních službách – vykonávají přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. Pomáhají s nácvikem jednoduchých denních činností, při osobní hygieně, oblékání a udržování čistoty. Podporují soběstačnost seniorů. Přispívají k vytváření základních sociálních, společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb a jiné.
- c) zdravotničtí pracovníci – jejich pracovní náplní je příprava a podávání léků, převazy, aplikace inzulínu, odběry krve, moče, sputa, krmení uživatelů, kteří mají aspirační poruchu, připravují a podávají stravu. Polohují uživatele jako prevenci dekubitů. Jestliže se dekubity objeví, pak mají na starost jejich ošetřování. Zdravotničtí pracovní vedou dokumentaci sesterskou, zdravotní a další.
- d) nepedagogičtí pracovníci – napomáhají při základní výchovné činnosti spočívající v prohlubování a upevňování základních společenských a hygienických návyků, při rozvoji manuální zručnosti a pracovní aktivity, organizují volnočasové aktivity zaměřené na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností pomocí výtvarné, hudební a pohybové výchovy a zájmové a kulturní činnosti.

4.3 Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné

fyzické osoby v základních činnostech, jako jsou poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně, při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb.).

V souvislosti se stárnutím populace dnes dochází ke změnám ve struktuře potřeby následné péče. Do budoucna je možné očekávat rostoucí poptávku po sociální a zdravotní péči určené pro seniory (Mátl, Jabůrková, 2007).

Pobytové služby sociální péče pro seniory jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, a které lze rozdělit na služby prevence a péče. Mezi pobytové služby řadíme domovy pro seniory, které poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Kalvach, Čeledová, 2011).

Sociální služby by měly být poskytovány dle obecných principů, při zachování práv uživatele na důstojnost, respektování jeho jedinečnosti a zvláštních a osobitých potřeb, na soukromí a podporování a respektování nezávislosti člověka v maximální možné míře. Měla by být zajištěna rovnost a kvalita života bez ohledu na věk, pohlaví, fyzické a duševní schopnosti, rasu nebo vyznání. Právo člověka na rozhodování o svém životě a kontrolu nad tím, co se s ním bude dít (Holmerová, 2003).

Společenské aktivity nabízené v domovech pro seniory, přivádějí jinak osamělé lidi do sociálního kontaktu. Nevidět život jako chaos, ale najít smysluplnost, pomáhá zvládat i těžké životní zkoušky (Kalvach, Čeledová, 2011).

V sanatoriích mohou pracovat neadekvátní a špatně zaškolení pečovatelé, kteří mohou přispět ke špatnému stavu seniorů. U obyvatel zařízení se může objevit dehydratace, kožní léze s různými stupni uzdravení (Gershman, 2009).

Jak uvádí Malíková (2010), v domovech pro seniory jsou staří lidé, kteří potřebují pomoc při všech základních činnostech v oblasti pohybových aktivit, při osobní hygieně, příjmu potravy a nápojů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím atd. Poskytování sociální služby probíhá na základě vytvořeného individuálního plánu.

Každý jedinec potřebuje mít pro svůj život přiměřeně velký prostor, aby se v něm cítil dobře, jestliže je senior vytržen ze svého prostředí a vše se zásadně změní, pak ztrácí velkou část svého soukromí. Zásadním požadavkem při návrhu pokoje v domově pro seniory je jeho více funkčnost (Kovalčíková, 2009).

4.4 Domov pro seniory Kopretina Plzeň

Cílem Domova pro seniory Kopretina je napomáhat rozvoji samostatnosti uživatele sociální služby, uplatňovat svoji vůli a jednání na základě vlastních rozhodnutí. Dále pomáhat uživatelům k aktivnímu způsobu života, aby zůstali součástí přirozeného místního společenství. Co nejdéle udržet každodenní návyky a samostatnost uživatelů v základních životních dovednostech. Rozvíjet psychické a fyzické dovednosti, vycházející z jejich individuálních potřeb dle stupně jejich postižení. Stále stupňovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb, zkvalitňovat rehabilitační péče. Zformovat v celém domově podmínky vyhovující uživatelům i poskytovatelům sociálních služeb. Záměrem poskytované sociální služby je zabránit sociálnímu vyloučení cílové skupiny osob a integrovat tyto občany do společnosti při respektování Listiny základních práv a svobod a Etického kodexu pracovníka Domova pro seniory Kopretina (Standardy kvality péče, 2012).

4.5 Cílová skupina obyvatel Domova pro seniory Kopretina

Cílovou skupinou uživatelů domova jsou osoby s fyzickým a kombinovaným postižením, senioři, kteří mají nárok na starobní důchod a dospělé osoby nad 50let s přiznaným invalidním důchodem 2. nebo 3. stupně a s přiznaným příspěvkem na péči ve stupni závislosti II, III a IV. Domov poskytuje sociální služby od roku 2001, a to osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Kvalifikovaný personál pečuje o rozvoj osobnosti, seberealizaci a co

nejvyšší míru soběstačnosti uživatelů a snahu o zajištění plnohodnotného života, který odpovídá podmínkám života vrstevníků v domácí péči (Standardy kvality péče, 2012).

5. Pobytová zdravotnická zařízení

5.1 Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování. S tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. A dále podmínky hodnocení kvality, bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie. Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona. Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou například léčebně rehabilitační péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta. Cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu nebo ošetřovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti. Součástí ošetřovatelské péče je paliativní péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti (zákon č. 372/2011 Sb.).

Pracovníci v sektoru dlouhodobé péče zahrnují osoby, které poskytují péči příjemcům dlouhodobé péče; především jde o:

- 1) všeobecné sestry, definované klasifikací ISCO-08 (CZ-ISCO kód 2221 pro všeobecné sestry se specializací a CZ-ISCO kód 3221 pro všeobecné sestry bez specializace), poskytující dlouhodobou péči doma nebo v zařízeních dlouhodobé péče (kromě nemocnic);
- 2) pracovníky osobní péče, včetně formálních pracovníků poskytujících služby dlouhodobé péče doma nebo v instituci (jiné než nemocnici) a kteří nemají kvalifikaci nebo oprávnění k výkonu povolání sestry. Podle definice v klasifikaci ISCO-08 jsou pracovníci osobní péče doma nebo v instituci definováni jako osoby poskytující každodenní osobní péči seniorům, rekonvalescentům nebo postiženým osobám v činnostech jako je např. koupání, oblékání atd. v jejich vlastním domově nebo v institucích (jiných než nemocnice).

Struktura pracovníků v dlouhodobé péči je však pestřejší - mohou mít různou kvalifikaci v závislosti na zdravotním stavu příjemce péče a formě poskytované péče. Dlouhodobá péče může být poskytována veřejnými, neziskovými nebo soukromými poskytovateli, jejichž služby se mohou pohybovat od poskytování dálkové tísňové péče až po osobní přímou péči poskytovanou 24 hodin 7 dní v týdnu. Po uživatelích je někdy požadována úhrada části nákladů těchto služeb (ÚZIS č. 31/2012).

Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu. Následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí. Zákon vymezuje dlouhodobou lůžkovou péči, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí. Zdravotní služby lze

poskytovat pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.

5.2 Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Tato vyhláška stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, například:

- a) zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí, který poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vede zdravotnickou dokumentaci, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře, podílí se na přípravě standardů.
- b) všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy, sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry, pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta, provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost, hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy, provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch mobility, provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti a jiné dle této vyhlášky.

c) ergoterapeut bez odborného dohledu a bez indikace může provádět poradenskou činnost aplikovat zásady ergonomie v rámci primární a sekundární prevence poruch pohybového aparátu, může v rozsahu své odborné způsobilosti provádět na základě indikace klinického psychologa, klinického logopeda nebo lékaře výcvik komunikačních a rozumových funkcí.

d) zdravotně-sociální pracovník může provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci, provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta, sestavovat plán psychosociální intervence, zajišťovat sociálně-právní poradenství, připravovat propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb, v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

e) nutriční terapeut poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy.

f) fyzioterapeut stanoví a provádí bez odborného dohledu v souladu s diagnózou lékaře případně v souladu s doporučeným postupem lékaře, pokud je stanoven, a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace fyzioterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem. Provádí komplexní kineziologické vyšetření včetně diagnostiky funkčních poruch pohybového systému, diagnostiku bolestivých a spoušťových bodů, škálové hodnocení spasticity a dalších neurologických projevů, provádí analýzu běžných denních aktivit z hlediska fyzioterapie, na základě fyzioterapeutické diagnózy stanovit individuální fyzioterapeutický krátkodobý a dlouhodobý plán se znalostí patofyziologie onemocnění, vady nebo poruchy, doporučuje kompenzační pomůcky dle stavu pacientů, aplikuje metody fyzikální terapie a balneologické procedury.

g) ošetrovatel vykonává činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry, v rozsahu

své odborné způsobilosti, vykonává činnosti spojené s poskytováním základní ošetrovatelské péče a specializované ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu; přitom zejména provádí hygienickou péči u pacientů, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka, pomáhá při podávání léčebné výživy pacientům, pomáhá při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmí, pečuje o vyprazdňování pacientů, měřit tělesnou teplotu, výšku a hmotnost, doprovází pacienty na odborná vyšetření a ošetření atd.

h) všeobecný sanitář vykonává činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu. Provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče (Vyhláška 55/2011 Sb.).

5.3 Vymezení dlouhodobé péče

Jak soudí Čevela (2011), dlouhodobá péče je souhrn zdravotních a sociálních služeb poskytovaných osobám, které jsou v důsledku chronického onemocnění nebo tělesného či duševního postižení dlouhodobě závislé na pomoci se základními každodenními činnostmi, jako je hygiena, oblékání, uléhání do lůžka, usedání na židli a vstávání, schopnost samostatně se najíst.

Dlouhodobá péče se nachází na hranici mezi zdravotní a sociální péčí, přičemž tuto péči a podporu často alespoň částečně poskytují neformální pečovatelé, například příbuzní či přátelé (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010). V ČR se na zajištění dlouhodobé péče podílí celá škála sociálních a zdravotnických služeb, služby sociální péče jsou hrazeny zejména prostřednictvím příspěvku na péči a z veřejných zdrojů, zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění.

Jak však upozorňuje řada autorů (Průša, 2011; Válková, Kojesová, Holmerová, 2010) tyto dva systémy - zdravotní a sociální - se dosud v oblasti zajištění dlouhodobé péče nepodařilo provázat a jejich činnost i organizaci koordinovat, což má za následek snížení kvality péče i nižší efektivitu, a to především z dlouhodobého hlediska. Detailní rozbor této situace diskutovaný v kontextu přístupů k dlouhodobé péči v různých

zemích Evropy přináší Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR (Válková, Korejšová, Holmerová, 2010). V jeho rámci byly rovněž zformulovány základní principy, které by měly být respektovány při dalším rozvoji služeb pro seniory, jako je respektování důstojnosti a autonomie seniorů, vzdělávání profesionálů poskytujících péči seniorům, úředníků státní správy a samospráv a rovněž samotných seniorů. Upozorňují na nutnost respektovat princip subsidiarity, přičemž základní snahou by mělo být zajištění služeb pokud možno v domácím prostředí seniora a v podobě přizpůsobené jeho individuálním potřebám. Nemělo by se opomíjet zajištění kontinuity služeb a zlepšení kvality služeb v pobytových zařízeních. Dále je nutná podpora rodinných pečujících.

S ohledem na výše popsany trend demografického stárnutí se očekává i nárůst osob vyžadující dlouhodobou péči. Zatímco v roce 2007 bylo v ČR přibližně 258 000 nesoběstačných seniorů, lze předpokládat, že v roce 2060 stoupne jejich počet více než 2,5 krát, na 687 000. Současně s nárůstem potřebných osob je predikován i růst finančních nákladů souvisejících s dlouhodobou péčí. Mezi léty 2007 a 2060 by se podle pomalého scénáře měly tyto náklady v ČR zvýšit o 166 % (z 0,2 % na 0,4 % HDP), podle rychlého scénáře dokonce o 244 %, na 0,5 % HDP (European Communities, 2009).

Cílem akutních nemocničních oddělení včetně gerontologického oddělení by mělo být navrácení původního zdravotního a funkčního stavu, jaký byl před onemocněním a navrácení pacienta do původního prostředí. Při rozhodování o přemísťování nemocných do některých ze zařízení sociálního typu musíme být velmi citliví a empatičtí, nebudeme-li přistupovat s citem, může očekávat tzv. adaptační stres a výrazné projevy dezorientace (Halová, 2010).

Jak uvádí Kalvach a Čeledová (2011), léčebny pro dlouhodobě nemocné, tzv. následná péče a zdravotně sociální péče, jsou zdravotnická zařízení, zabývající se péčí o osoby se stanovenou diagnózou i léčbou, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, nevyžaduje akutní nemocniční péči, ale současně neumožňuje propuštění do péče domácí nebo pobytové služby sociální péče. Klienty tohoto zařízení jsou pacienti s opakovanými dekompenzacemi zdravotního stavu, nebo jsou přeloženi z nemocnic

s problematickou stabilitou zdravotního stavu. Například jedinci po CMP, ortopedických operacích, pro reedukaci chůze, nácvik soběstačnosti, nácvik užívání kompenzačních pomůcek, ošetřování dlouhodobě imobilních lidí, pomoc v sebeobsluze, ošetřování chronických ran, sociální hospitalizaci pro osoby čekající na uvolnění místa v ústavech sociální péče. Důležité je zajištění bezpečnosti a smysluplného využití volného času pro osoby se syndromem demence.

Vytvoření funkčního a trvale udržitelného systému dlouhodobé péče patří mezi hlavní témata i evropské a mezinárodní agendy, nicméně obtížně bychom hledali jedno optimální řešení. Otázka dlouhodobé péče je upravována řadou evropských strategických dokumentů, nenalezli bychom v rámci sociální politiky EU žádnou jinou oblast, ve které by se členské státy více lišily. Různé rozdělení odpovědnosti (soukromá/ rodinná - veřejná), různá organizace zdravotní a sociální péče a také rozdíly v definici hranice mezi zdravotní a sociální péčí vedou k velkým rozdílům, pokud jde o služby dlouhodobé péče, jejich organizaci a úlohu v systémech sociální ochrany jednotlivých členských států. Pojetí dlouhodobé péče sahá od universalistické koncepce založené na sociálních právech každého jedince, která je typická pro severské státy, až po minimalistické pojetí přítomné zejména v jihoevropských zemích, kde je veřejná dlouhodobá péče poskytována pouze tam, kde péči nemůže zajistit rodina či komunita. Finanční prostředky osoby, která péči potřebuje, nejsou dostatečné k zajištění péče poskytované podnikatelskými subjekty (Udržateľné financovanie sociálnych služieb, 2013).

Dle Ščučkové (2010) a Holmerové (2003), jsou do LDN přijímáni nemocní z různých oborů medicíny. Objevují se diagnózy onkologické, interní neurologické, chirurgické i psychiatrické. Práce s dlouhodobě nemocnými pacienty je velmi náročná jak po psychické, fyzické i odborné stránce. Léčebny pro dlouhodobě nemocné poskytují rehabilitační a doléčovací péči a dlouhodobou péči převážně ošetrovatelského typu.

Poptávka po službách dlouhodobé péče neustále roste, jelikož je vyšší průměrná délka života a výskyt invalidity a závislosti. Je poskytována na rozhraní zdravotnických a sociálních služeb a je poskytována osobám s fyzickým nebo mentálním poškozením

zdraví, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby při každodenních aktivitách (Průša, 2011).

Dlouhodobou péčí se obvykle označuje péče o osoby, které po delší časové období vyžadují podporu ve vykonávání tzv. základních aktivit denního života. Dlouhodobá péče zahrnuje škálu služeb pro osoby se sníženou soběstačností v důsledku dlouhodobě zhoršeného zdravotního stavu, disability nebo nemoci. Tato „osobní“ složka péče je často poskytována v kombinaci se základní zdravotní péčí, která zahrnuje „ošetřovatelskou péči“ např. ošetřování ran, léčba bolesti, podávání léků a také prevencí, rehabilitací či paliativní péčí. Mimo osobní péče služby dlouhodobé péče často zahrnují také pomoc s dalšími aktivitami nezbytnými pro zajištění soběstačnosti, tzv. instrumentální aktivity denního života (ÚZIS č. 31/2012).

Jak uvádí ÚZIS (č. 31/2012), dlouhodobá péče je nejčastěji poskytována v domácím prostředí nebo v pobytovém zařízení poskytujícím zdravotní nebo sociální služby. Zatímco domácí dlouhodobá péče je poskytována lidem s funkčními omezeními, kteří bydlí většinou ve vlastním bytě či domě, institucionální dlouhodobá péče označuje ústavní ošetřovatelská zdravotnická zařízení (kromě nemocnic) a pobytová (residenční) zařízení sociálních služeb, která poskytují ubytování a současně dlouhodobou péči lidem s potřebou trvalé zdravotní a ošetřovatelské péče v důsledku chronické nemoci a snížené soběstačnosti v aktivitách denního života. Jenže pod domácí péčí lze zahrnout také krátkodobé a dočasné využití ústavní péče s cílem podpory dalšího setrvání v domácím prostředí, např. center denní péče nebo respitní péči. Domácí péče zahrnuje také péči poskytovanou v rámci speciálního seniorského bydlení osobám, které vyžadují pravidelnou pomoc, při současném zajištění vysokého stupně autonomie a kontroly. Kdežto ústavní zařízení poskytují pobytové služby společně s ošetřováním a zdravotním dohledem nebo dalšími typy péče podle potřeb osob v těchto zařízeních. A instituce dlouhodobé péče zahrnují také specializovaná zařízení, která se zaměřují převážně na poskytování péče lidem s mírným až těžkým funkčním omezením.

5.4 Léčebny dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných (dále také jen LDN) jsou zdravotnická zařízení, která jakožto součást soustavy zdravotnických zařízení patří mezi odborné léčebné ústavy, jejichž péče navazuje na péči nemocnic. LDN jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajících nemocemi. Vedle léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče se jako nezbytná v těchto zařízeních jeví i resocializace a péče psychosociální. V řadě případů musí LDN zajistit paliativní a gerontopsychiatrickou péči.

5.5 Léčebna dlouhodobě nemocných Plzeň

Léčebna dlouhodobě nemocných byla v Plzni zřízena v roce 1982. Patří mezi největší LDN v České republice. LDN poskytuje komplexní ošetrovatelskou a léčebnou péči dospělým nemocným bez rozdílu věku, kteří trpí dlouhodobým, většinou komplikovaným onemocněním. Pacienti jsou přijímáni z lůžkových zdravotnických zařízení, z domova na doporučení praktického lékaře či ambulantního specialisty. O nemocné pečují lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřního lékařství, geriatrie a psychiatrie.

LDN má možnost provádět prakticky veškerá vyšetření v rámci nemocnice díky návaznosti na oddělení klinické biochemie, mikrobiologie, oddělení RTG včetně možnosti CT, MR a denzitometrie. Zároveň v rámci nemocnice jsou k dispozici konziliáři v oboru ARO, chirurgie, ortopedie, neurologie a rehabilitace, konziliáři ostatních oborů dochází pravidelně nebo dle potřeby (kožní, oční atd.). Lékařská služba zajištěna 24 hodin denně. Pokoje pacientů jsou tří- až čtyřlůžkové, k dispozici jsou dva dvoulůžkové nadstandardní pokoje. Od roku 2007 provozuje LDN i 10 sociálních lůžek.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem této diplomové práce je zmapovat výskyt nemocí ve stáří v zařízeních sociálních služeb a zdravotnických zařízení a zjistit příčiny úrazů obyvatel těchto zařízení a prevenci.

H 1: S přibývajícím věkem vzrůstá počet úrazů a nemocí seniorů v sociálních i zdravotnických zařízeních.

H 2: Seniori ve vybraných zařízeních jsou dostatečně chráněni před vznikem úrazů.

7. METODIKA

7.1 Metodický postup

Hlavní použité metody pro výzkum zahrnovaly revizi dostupné literatury a dotazníkové šetření. První metoda revize dostupné literatury, která zahrnovala identifikaci, zařazení a analýzu písemností obsahujících informace týkající se zkoumaného problému. Jejím cílem bylo shromáždit stávající poznatky v oblasti úrazovosti seniorů v pobytových zařízeních, jejich příčiny a prevenci. Z hlediska typu zdrojů byly použity knižní publikace, profesní periodika a časopisy, které jsou relevantní pro dané téma, jako je Sociální politika, Sociální péče a Prevence úrazů, otrav a násilí.

7.2 Popis výzkumného vzorku

Základní soubor tvořili obyvatelé Plzně ve věku 60 a více let. Z tohoto základního souboru autorka zvolila 2 výběrové soubory. První soubor N 1 = 77 byl záměrným výběrem sestaven z obyvatel Domovů pro seniory Kopretina a Sedmíkráska v Plzni, kde kvótou pro výběr byly věk nad 60 let, ochota spolupracovat a kognitivní funkce zachovalé alespoň natolik, aby byli schopni s asistencí věrohodně odpovídat na otázky dotazníků. Pro jednotlivá zařízení bylo použito kódování a tabulka č. 1 znázorňuje počet jednotlivých respondentů z konkrétních zařízení.

Druhý soubor N 2 = 30 byl sestaven ze seniorů, žijících ve zdravotnických zařízeních FN Plzeň a LDN Privamed Plzeň na sociálních lůžkách, kteří byli do výzkumu zahrnuti podle stejných kritérií.

Miovský (2006) soudí, že záměrný výběr výzkumného vzorku je takový, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle určitých předem definovaných vlastností. Kritériem výběru může být, vybraná vlastnost nebo stav a na základě tohoto kritéria jsou vyhledáváni ti jedinci, kteří jsou ochotni se do výzkumu zapojit.

Celkem bylo připraveno 130 dotazníků. Ve zdravotnických zařízeních bylo osloveno 30 uživatelů. Všichni byli ochotni spolupracovat a dotazník vyplnit. Zde byla návratnost 100 %. V sociálních zařízeních bylo osloveno 100 uživatelů, ochotno spolupracovat bylo 77. Zde byla návratnost 77 %. Autorka předpokládá, že vysokou

návratnost dotazníků umožnilo, vyplňování dotazníků individuální formou. Každý z respondentů obdržel rovněž doprovodný dopis, který vysvětloval účel výzkumu, návod, jak postupovat při vyplnění dotazníků, a ujištění o anonymitě dotazovaných.

Tabulka č. 2: Počet respondentů v jednotlivých zařízeních

zařízení	Počet respondentů
0	36
1	41
2	10
3	20

Zdroj: vlastní výzkum

Kódování zařízení

0 = Domov pro seniory Kopretina Plzeň

1 = Domov pro seniory Sedmíkráska Plzeň

8. = LDN Privamed Plzeň sociální lůžka

9. = FN Plzeň sociální lůžka

7.3 Zařízení zahrnutá do výzkumu

Sociální zařízení:

Domov pro seniory Kopretina Plzeň, Západní 7, Plzeň, kapacita: 38 lůžek

Domov pro seniory Sedmíkráska Plzeň, Kotíkovská 15, Plzeň, kapacita: 180 lůžek

Zdravotnická zařízení

Sociální lůžka, FN Plzeň, kapacita: 20 lůžek

Sociální lůžka, LDN Privamed Plzeň, kapacita: 10 lůžek

7.4 Popis výzkumného nástroje

Pro výzkum v empirické části této práce byla použita strategie kvantitativního výzkumu, metoda dotazování, technika sběru dat dotazník. Při sestavování dotazníku, autorka vycházela z daného cíle ověřit hypotézy. Dalším cílem realizovaného dotazníkového šetření, bylo poskytnout široký pohled na zkoumanou oblast a popsat celkovou situaci seniorů v sociálních a zdravotnických zařízeních. Dotazník byl určen uživatelům sociálních a zdravotnických služeb ve vybraných zařízeních.

Vytvořený dotazník (Příloha č. 2) celkově obsahuje 26 otázek, byly použity otázky uzavřené. Dotazník je složen z otázek identifikačních a otázek týkající se problematiky zkoumané v diplomové práci. Respondenti měli vybrat jednu z nabízených možností. Dotazník je anonymní.

Jak uvádí Punch (2008), dotazník je vymezen výzkumnými otázkami a slouží k sběru dat. Každý dotazník by měl být navržen tak, aby splňoval požadavky daného projektu. Je lepší mít kratší dotazník s velkou návratností a klidnějšími odpověďmi, než dlouhý s rizikem malé návratnosti a zhoršené kvality dat.

Kvantitativní výzkum se zakládá na matematicko-statistických procedurách. Popisuje sociální jevy jako výsledek chování velkého množství jedinců. Zjišťují se vzájemné souvislosti mezi jevy, tak jak se vyskytují u jednotlivců. Kvantitativní metody vycházejí z teze, že každý sociální jev je ovlivněn množstvím faktorů, které nelze v daný okamžik postihnout, proto se zjišťují na základě statistického mapování typické projevy a vzájemné souvislosti (Surynek, Pauknerová, Lukeš, 2006).

Kvantitativní šetření o poměru proměnných začíná cílem a výzkumnými otázkami, ty vycházejí z obecného určení cílů a přetvářejí je do specifitější a konkrétnější podoby. Z dobře formulovaných otázek musí být jasné, jaká data jsou nutná k jejich zodpovězení (Punch, 2008).

7.5 Způsob zpracování a vyhodnocení dat

Zde byly použity všude statistiky pro měření závislostí nominálních dat. S ohledem na skutečnost, že je převážná většina údajů získaných dotazníkovým šetřením kategoriální

povahy, byly pro statistické hodnocení zvoleny adekvátní metody. Statistická analýza výsledků šetření byla uskutečněna v programu SPSS. V první fázi hodnocení byla prováděna především analýza závislostí v kontingenčních tabulkách.

Závislost sledovaná u dvou proměnných může být buď symetrická (vzájemná) nebo asymetrická (jednostranná). Základním testem používaným ke zjišťování vzájemné závislosti dvou kategoriálních znaků je chí-kvadrát test o nezávislosti.

Dalšími testy jsou testy o nulovosti těchto koeficientů. Není-li splněn předpoklad pro použití chí-kvadrát testu v kontingenční tabulce, pak jsou používány tzv. Fisherův exaktní test.

7.6 Harmonogram výzkumu

Výzkumné šetření bylo rozděleno do třech částí. První fáze probíhala od září 2012 do ledna 2013, a to analýza odborné vědecké literatury. Dalším krokem byla příprava techniky sběru empirických dat v souladu se záměrem výzkumu a povahou výzkumného problému. Před použitím zvolené techniky autorka ověřila její použitelnost a adekvátnost v předvýzkumu.

Ve druhé fázi probíhal sběr empirických dat v únoru 2013. Tato fáze byla časově náročná, jelikož vyplňování dotazníků probíhalo individuální formou, což však umožnilo zvýšit porozumění otázkám v dotazníku a zajistit jejich návratnost. Doba potřebná k vyplnění dotazníku byla 10 - 15 minut. Pro vyplnění dotazníků bylo zajištěno klidné místo, nejčastěji pokoj respondentů. Respondent měl možnost požádat o zopakování otázky.

Třetí fáze výzkumu byla zaměřena na analýzu, zpracování a interpretaci získaného empirického materiálu a probíhala v březnu a dubnu 2013. Časový harmonogram výzkumu znázorňuje tabulka č. 2.

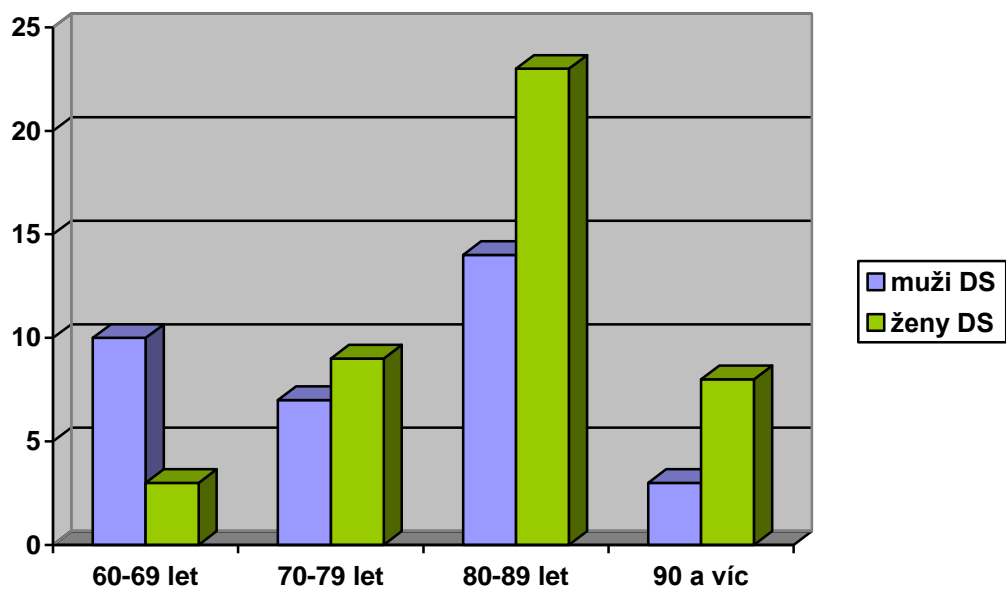
Tabulka č. 3: Časový harmonogram výzkumu

	období realizace	činnosti
1. fáze výzkumu	září 2012 – leden 2013	analýza literatury
2. fáze výzkumu	únor 2013	předvýzkum a výzkum
3. fáze výzkumu	březen – duben 2013	zpracování a interpretace dat

8. VÝSLEDKY

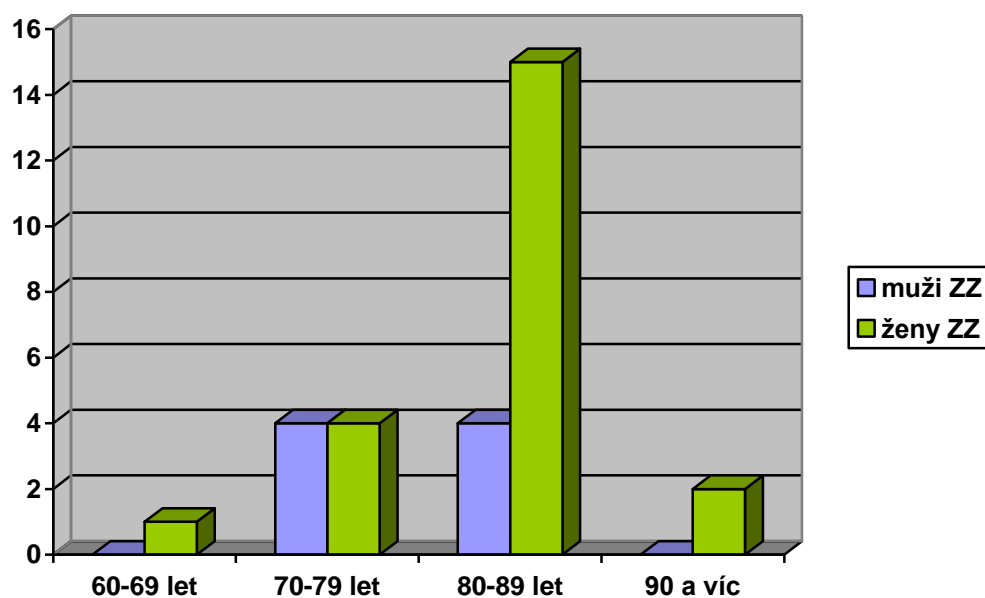
Otázka č. 1: Věk

Graf č. 1: Věk respondentů z domovů pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

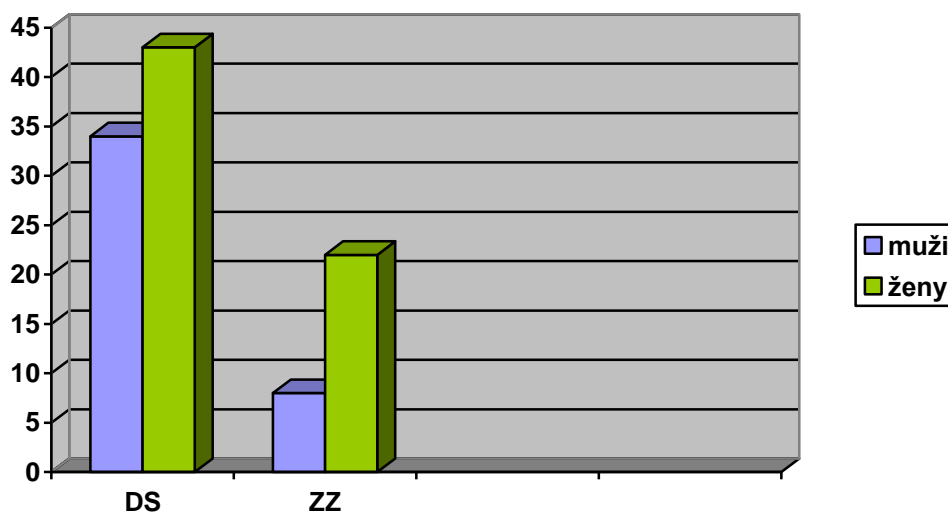
Graf č. 2: Věk respondentů ze zdravotnických zařízení



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Pohlaví

Graf č. 3: Muži a ženy v sociálních a zdravotnických zařízeních



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zachycuje věkové rozložení respondentů, podrobnější popis pod tabulkou č. 3.

Otázka č. 3: Nynější místo pobytu

Tabulka č. 4 nám znázorňuje počet a věkové rozmezí žen a mužů, v jednotlivých typech zařízení, kteří se výzkumu zúčastnili. Otázky č. 1, 2 a 3 byly použity z čistě rozlišovacích důvodů.

Tabulka č. 4: Počet mužů a žen v zařízeních

DS	pohlaví	věk	60-69	70-79	80-89	90 a víc	celkem
		muži	10	7	14	3	34
			29,4 %	20,6 %	41,2 %	8,8 %	100 %
		ženy	3	9	23	8	43

		ženy	7 %	21 %	53,4 %	18,6 %	100 %
celkem			13	16	37	11	77
			16,88 %	20,78 %	48,05 %	14,29 %	100 %
ZZ	pohlaví	věk	60-69	70-79	80-89	90 a víc	celkem
		muži	0	3	4	0	7
			0	42,9 %	57,1 %	0	100 %
		ženy	1	4	15	3	23
4,3 %	17,4 %		65,2 %	13 %	100 %		
celkem			1	7	19	3	30
			3,3 %	23,3 %	63,4 %	10 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí dotazovaných uvádějících věk vyplývá, že z celkového počtu mužů 34 (100 %) v domovech pro seniory (DS) nejvíce respondentů zastupuje věkovou skupinu 80–89 let a to 14 uživatelů (41,2 %). Druhou nejpočetnější skupinu respondentů je kategorie 60–69 let, kterou tvoří 10 dotazovaných (29,4 %). V kategorii 70–79 let je 7 respondentů (20,6 %). Nejméně početná skupina osob je ve věkové kategorii 90 a více let. Z celkového počtu ženy v DS 43 (100%) nejvíce dotazovaných zastupuje věkovou skupinu 80-89 let a to 23 uživatelék (53,4 %). V kategorii 70-79 let je 9 uživatelék (21 %), v kategorii 90 let a více je 8 respondentek (18,6 %) a nejméně početná skupina žen je ve věkové kategorii 60-69 let a to 3 (7 %).

Ve zdravotnických zařízeních (dále jen ZZ) z odpovědí dotazovaných vyplývá, že z celkového počtu mužů 7 (100 %) je nejpočetnější věková skupina 70-79 let a to 4 respondenti (57,1 %), druhou nejpočetnější skupinou je kategorie 80-89 let a to 3 respondenti (42,9 %). Ve věkových kategoriích 60-69 let a 90 let a více nebylo zastoupení. Z celkového počtu žen 23 (100 %) tvoří největší skupinu věková skupina 80-89 let a to 15 respondentek (65,2 %). Druhou nejpočetnější skupinu respondentů je kategorie 70-79 let, a to 4 dotazované (17,4 %), věková kategorie 90 a více let je zastoupena 3 dotazovanými (13 %), nejméně početná skupina žen je ve věkové kategorii 60-69 let 1 (4,3 %).

Mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními nebyl zjištěn signifikantní rozdíl. Nejpočetnější skupinu tvoří u obou zařízení pro muže i ženy věková kategorie 80-89 let 56 respondentů.

Otázka č. 4: Jak dlouho žijete v tomto zařízení?

Tabulka č. 5: Délka pobytu v zařízení

Zařízení	Délka pobytu	Počet respondentů	Procenta
DS	Do 1 roku	19	24,68 %
	1 – 5 let	33	42,86 %
	5 let a více	25	24,68 %
Celkem		77	100 %
Zařízení	Délka pobytu	Počet respondentů	Procenta
ZZ	Do 1 roku	28	93,33 %
	1 – 5 let	2	6,67 %
	5 let a více	0	
Celkem		30	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 5 je zachyceno, jak dlouho žijí uživatelé v jednotlivých zařízeních. Zde jsou patrné velké rozdíly. V domově pro seniory (dále jen DS) je nejpočetnější kategorií časové období od 1 – 5 let do kterého bylo z celkového počtu 77 (100%) zahrnuto 33 dotazovaných (42,86%). Druhou nejvíce zastoupenou skupinou, 5 let a více, tvoří 25 respondentů (24,68 %). Do jednoho roku žije v DS 19 uživatelů (24,68 %).

Ve zdravotnických zařízeních (dále jen ZZ) je nejpočetnější skupinou dotazovaných časové období do 1 roku, do kterého bylo z celkového počtu 30 (100 %) zahrnuto 28 (93,33%). Druhou skupinu, 1 – 5 let tvoří 2 respondenti (6,67 %). Ve zdravotnické zařízení nežil nikdo z dotazovaných 5 let a více.

Otázka č. 5: Hlavní důvody, proč jste v tomto zařízení?

Tabulka č. 6: Důvody, proč jsou respondenti v zařízeních

pohlaví	důvody	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	osamělost	11	1	12
		91,7 %	8,3 %	100 %
	zhoršení zdravotního stavu	23	6	29
		79,3 %	20,7 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	osamělost	10	6	16
		62,5 %	37,5 %	100 %
	zhoršení zdravotního stavu	33	17	50
		66 %	34 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem muži a ženy		77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 6 se uvádí, z jakých důvodů jsou respondenti v jednotlivých zařízeních. Mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v důvodu, proč jsou respondenti v zařízení. Ve výše uvedené tabulce vidíme, že muži z DS 23 (79,3 %) i muži 6 (20,7 %) ze zdravotnických zařízení, jsou v zařízení, z důvodu zhoršení zdravotního stavu. I ženy žijí v sociálních i zdravotnických zařízení z důvodu zhoršení zdravotního stavu a to v počtu 33 (66 %) respondentek z DS a 17 (34 %) respondentek ze ZZ.

Otázka č. 6: Byl/a jste po nástupu do tohoto zařízení seznámen/a s chodem zařízení a poskytovanými službami?

Tabulka č. 7: Jak byli respondenti seznámeni s chodem zařízení

pohlaví	seznámeni v zařízení	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	Ano dostatečně	29	3	32
		90,6 %	9,4 %	100 %
	ne zcela dostatečně	4	0	4
		100 %		100 %
	nebyl/a seznámen/a	1	4	5
		20 %	80 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,8%	17,1 %	100 %
ženy	ano dostatečně	40	14	54
		74,1 %	25,9 %	100 %
	ne zcela dostatečně	2	6	8
		25 %	75 %	100 %
	nebyl/a seznámen/a	1	3	4
		25 %	75 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem DS muži a ženy		77	30	107
a ZZ		72 %	28 %	100%

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 7 můžeme vidět, jak byli respondenti seznámeni s chodem zařízení a poskytovanými službami. Zde byl zjištěn statisticky významný rozdíl v poučenosti klientů zdravotnických a sociálních zařízení. Převážná většina mužů v počtu 29 (90,6 %) z DS uvedla, že byli dostatečně seznámeni, ale muži z ZZ uvedli ve větším počtu 4

(80 %), že nebyli seznámeni. Ženy z DS 40 (74,1 %) i ženy z ZZ 14 (25,9 %) uvedly, že byly dostatečně seznámeny. Použit chí-kvadrát test viz tabulka č. 28 (příloha č. 3).

Otázka č. 7: Subjektivní hodnocení vašeho zdravotního stavu

Tabulka č. 8: Jak hodnotí respondenti svůj zdravotní stav

pohlaví	hodnocení zdr. stavu	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	zcela zdrav	7	1	8
		87 %	12,5 %	100 %
	často se necítím dobře	11	2	13
		84,6 %	15,4 %	100 %
	mám dlouhodobé potíže	16	4	20
		80 %	20 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	zcela zdrav	3	3	6
		50 %	50 %	100 %
	často se necítím dobře	18	12	30
		60 %	40 %	100 %
	mám dlouhodobé potíže	22	8	30
		73,3 %	26,7 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem muži a ženy		77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 8 můžeme porovnat, jak hodnotí respondenti svůj zdravotní stav. V rámci subjektivního hodnocení zdravotního stavu se oba typy zařízení statisticky liší, a to jak

bez ohledu na pohlaví, tak i podle jednotlivých pohlaví. Nejpočetnější skupina mužů 16 (80 %) žijící v DS uvedla, že má dlouhodobé potíže. Nejpočetnější skupina mužů 4 (20 %) v ZZ, také uvedla, že má dlouhodobé potíže.

Statisticky se liší odpovědi žen z DS, které nejčastěji uvedly, že mají dlouhodobé potíže a to 22 (73,3 %) oproti ženám žijícím v ZZ, kde nejčastěji odpovídali, že se necítí dobře. Takto odpovědělo 12 (40 %) respondentek. Použit chí-kvadrát test viz tabulka č. 29 (příloha č. 3).

Otázka č. 8: Kolik užíváte léků denně?

Tabulka č. 9: Kolik užívají respondenti léků denně

počet léků denně	zařízení		celkem
	DS	ZZ	
0 - 4	17	14	31
	54,8 %	45,2 %	100 %
5 - 9	43	11	54
	79,6 %	20,4 %	100 %
10 - 14	14	4	18
	77,8 %	22,2 %	100 %
15 a více	3	1	4
	75 %	25 %	100 %
celkem	77	30	107
	72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 9 vidíme, kolik užívají respondenti léků v jednotlivých zařízeních. Zde nebyla zjištěna statisticky významná závislost na typu zařízení, a to bez ohledu na pohlaví. V množství užívaných léků existuje statisticky významný rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními. Zde je to prokázáno věrohodným poměrem, že v DS největší skupina respondentů užívá 5-9 léků denně, kdežto nejpočetnější skupina

respondentů ze ZZ, užívá 0 – 4 léky denně. Chi-kvadrát test nebylo možno použít, nebyly splněny podmínky pro jeho použití.

Otázka č. 9: Míváte závratě?

Tabulka č. 10: Míváte závratě?

pohlaví	míváte závratě	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	ano	10	3	13
		76,9 %	23,1 %	100 %
	ne	24	4	28
		85,7 %	14,3 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	ano	23	5	28
		82,1 %	17,9 %	100 %
	ne	20	18	38
		52,6 %	47,4 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem muži a ženy		77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 10 jsou vidět odpovědi respondentů na otázku, zda mají závratě. U mužů zde nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi DS a ZZ. Nejpočetnější skupina mužů z obou zařízení, a to 24 (85,7 %) z DS a 4 (14,3 %) ze ZZ, uvádí, že nemívají závratě.

U žen však signifikantní rozdíl podle Fisherova exaktního testu je. Největší skupina žen z DS 23 (82,1 %) uvádí, že mívá závratě, oproti nejpočetnější skupině žen

z ZZ 18 (47,4 %), která uvádí, že závratě nemívá. Použit Fisherův exaktní test vis tabulka č. 30 (příloha č. 3).

Otázka č. 10: Slyšíte dobře?

Tabulka č. 11: Odpovědi na otázku, zda slyší dobře

pohlaví	slyšíte dobře	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	ano	21	4	25
		84 %	16 %	100 %
	ne	13	3	16
		81,2 %	18,8 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	ano	22	12	34
		64,7 %	35,3 %	100 %
	ne	21	11	34
		61,8 %	32,4 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem		77	30	107
		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 11 jsou zachyceny odpovědi respondentů na otázku, zda dobře slyší. Zde nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví.

Nejpočetnější skupina mužů z DS 21 (87,5 %) z celkového počtu 34 mužů respondentů odpověděla, že slyší dobře. Muži ze zdravotnických zařízení odpověděli, většina z nich 6 (24 %) celkového počtu 7 mužů respondentů uvedla, že slyší dobře.

Odpovědi žen z obou typů zařízení jsou stejné. Ženy z DS uvedly v počtu 21 (84 %) z celkového počtu 43 respondentek, že slyší dobře. Většina žen ze zdravotnických zařízení 12 (35,3 %) z celkového počtu 23 respondentek uvedly, že slyší dobře. Použit Fisherův exaktní test viz tabulka č. 31 (příloha č. 3).

Otázka č. 11: Máte šumění v uších?

Tabulka č. 12: Odpovědi na otázku, zda jim šumí v uších

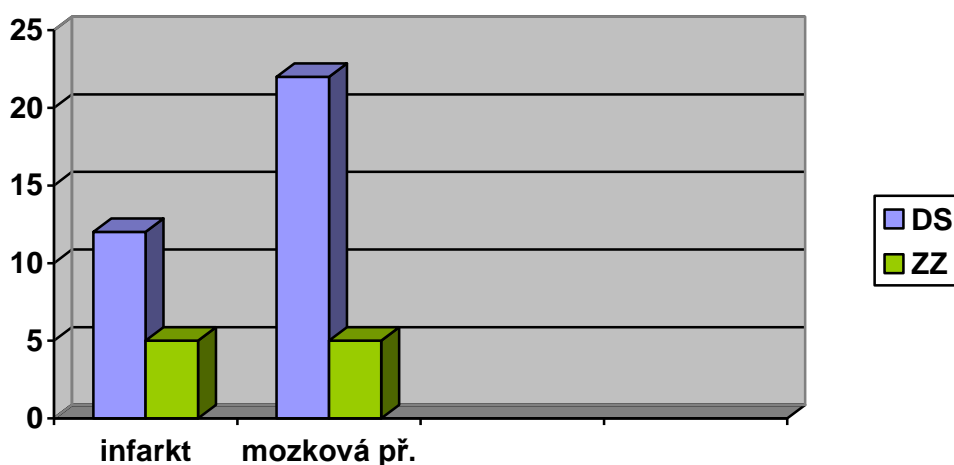
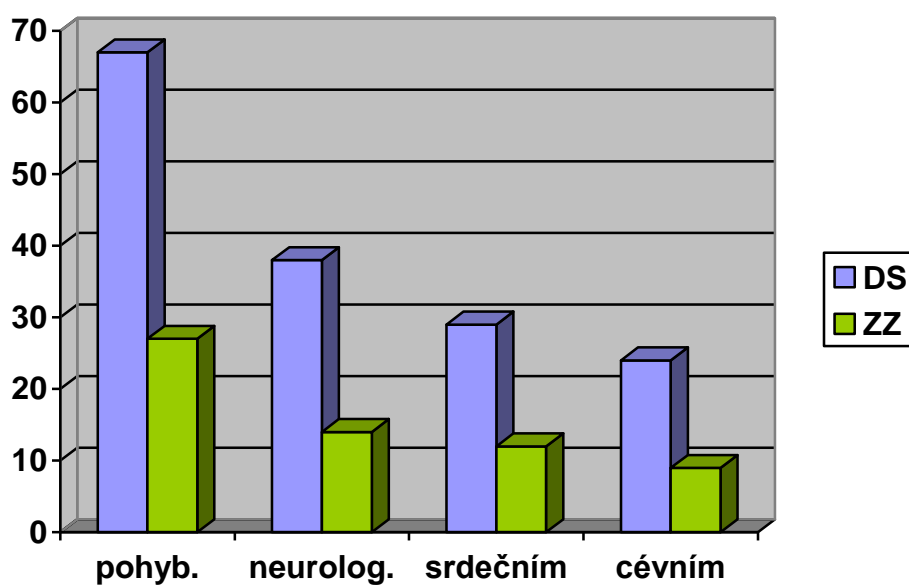
pohlaví	šumí vám v uších	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	ano	5	2	7
		71,4 %	28,6 %	100 %
	ne	29	5	34
		85,3 %	14,7 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	ano	17	7	24
		70,8 %	29,2 %	100 %
	ne	26	16	52
		69,2 %	30,8 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem muži a ženy		77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 12 jsou zachyceny odpovědi respondentů na otázku, zda jim šumí v uších. Nejpočetnější skupina mužů z DS, a to 29 (85,3 %) z celkového počtu 34 respondentů i mužů ze zdravotnických zařízení 5 (5 %) z celkového počtu 7 respondentů odpověděli, že jim v uších nešumí.

Stejně odpověděla i nejpočetnější skupina žen z DS 26 (69,2 %) z celkového počtu 43 respondentek i ze zdravotnických zařízení 16 (30,8 %) z celkového počtu 23 respondentek, že nemají šumění v uších. Fisherův exaktní test viz tabulka č. 32 (příloha č. 3).

Otázka č. 12: Jakým postižením trpíte?



Tabulka č. 13: Jakým zdravotním postižením trpí

pohlaví	postižení	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	pohybové	28	6	34
		82,4 %	17,6 %	100 %
	neurologické	17	3	20
		85 %	15 %	100 %
ženy	srdeční	9	1	10
		90 %	10 %	100 %
	cévní	10	3	13
		76,9 %	23,1 %	100 %
	mozková příhoda	13	2	15
		86,7 %	13,3 %	100 %
	infarkt	3	0	3
		100 %		100 %
ženy	pohybové	39	21	60
		65 %	35 %	100 %
	neurologické	21	11	32
		65,6 %	34,4 %	100 %
	srdeční	20	11	31
		64,5 %	35,5 %	100 %
	cévní	14	6	20
		70 %	30 %	100 %
	mozková příhoda	9	3	12
		75 %	25 %	100 %
	infarkt	9	5	14
		64,3 %	35,7 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 13 ukazuje, jakým zdravotním postižením trpí respondenti a na otázku odpověděli kladně, poté vybírali z nabízených možností. Tabulka č. 12 zobrazuje konkrétní zdravotní postižení a jejich zastoupení. Dotazovaní mohli volit více možností. Nejčastěji uvádějí pohybové postižení, a to muži žijící v DS 28 (82,4 %), nejpočetnější skupina mužů žijící v ZZ 6 (17,6 %) má také pohybové postižení. Stejně odpověděly i ženy z DS 39 (65 %) i ženy ze zdravotnických zařízení 21 (35 %), že trpí pohybovým postižením. Chí-kvadrát test nebylo možno použít, nebyly splněny podmínky pro jeho použití.

Otázka č. 13: Jak často padáte?

Tabulka č. 14: Jak často respondenti padají

pohlaví	jak často padáte	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	1x za týden	1	0	1
		100 %		100 %
	1x za měsíc	2	1	3
		66,7 %	33,3 %	100 %
	1x za rok	16	4	20
		80 %	20 %	100 %
nepadám	15	2	17	
		88,2 %	11,8 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	1x za týden	1	0	1
		100 %		100 %
	1x za měsíc	11	2	13
		84,6 %	15,4 %	100 %
1x za rok	19	8	27	

		70,4 %	29,6 %	100 %
	nepadám	12	13	25
		48 %	52 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem	muži a ženy	77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tato tabulka č. 14 nám znázorňuje přehled o tom, jak často respondenti padají. Zde nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví. Nejvíce mužů z DS, a to 16 (80 %) respondentů odpovědělo, že padá 1x za rok, druhá nejpočetnější skupina mužů z DS 15 (88,2 %) uvedla, že nepadá vůbec. Muži ze zdravotnických zařízení odpověděli stejně, jejich nepočetnější skupina 4 (20 %) padá 1x za rok a druhá nejpočetnější skupina 2 (11,8 %) nepadá vůbec.

Ženy ze sociálních zařízení odpověděly stejně jako muži. Nejpočetnější skupina žen z DS, a to 19 (70,4 %) respondentek padá 1x za rok a druhá nejpočetnější skupina 12 (48 %) nepadá vůbec. U žen ze zdravotnických zařízení je to naopak. Nepočetnější skupina respondentek ze ZZ 13 (52 %) nepadá vůbec a druhá nejpočetnější skupina, a to 8 (29,6 %) padá 1x za měsíc. Zde byl použit chí-kvadrát test viz tabulka č. 33 (příloha č. 3).

Otázka č. 14: Jaké zdravotní následky měl váš pád?

Tabulka č. 15: Zdravotní následky pádů

pohlaví	zdravotní následky	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	modřiny	14	4	18
		77,8 %	22,2 %	100 %
	otřes mozku	1	0	1

		100 %	0	100 %
	pohmoždění	6	1	7
		85,7 %	14,3 %	100 %
	řezné rány	0	0	0
celkem		21	5	26
		80,8 %	19,2 %	100 %
ženy	modřiny	11	3	14
		78,6 %	21,4 %	100 %
	otřes mozku	2	2	4
		50 %	50 %	100 %
	pohmoždění	17	5	22
		77,3 %	22,7 %	100 %
	řezné rány	1	0	1
		100 %	0	100 %
celkem		31	10	41
		75,6 %	24,4 %	100 %
celkem muži a ženy		52	15	67
DS a ZZ		77,6 %	22,4 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 15 jsou popsány jednotlivé komplikace pádu respondentů, kteří na předcházející otázku odpověděli kladně, poté vybírali z nabízených možností. Tabulka č. 15 zobrazuje konkrétní následky pádů a jejich zastoupení. Dotazovaní mohli volit více možností. Muži z DS 14 (77,8 %) nejčastěji uvádějí, že jejich pád jim způsobil modřiny, druhá nejpočetnější skupina 6 (85,7 %) uvádí, že měli pohmoždění. Muži ze zdravotnických zařízení 4 (22,2 %) nejčastěji uvádějí, stejně jako muži z DS, že jejich pád jim způsobil modřiny a druhá nejpočetnější skupina 1 (14,3 %) utrpěla pohmoždění.

Obě skupiny žen se od mužů liší. Nejpočetnější skupina žen z DS 17 (77,3 %) uvedla, že jejich pád měl za následek pohmoždění a druhá nejpočetnější skupina žen 11 (78,6 %) uvedla, že jejich pád jim způsobil modřiny. Stejně odpověděly ženy ze

zdravotnických zařízení. Následkem pádu nejpočetnější skupiny 5 (22,7 %) bylo pohmoždění a druhé nejpočetnější skupiny 3 (21,4 %) způsobil modřiny. Chí-kvadrát test nebylo možno použít, nebyly splněny podmínky pro jeho použití.

Otázka č. 15: Proděl/a jste pád s následnou hospitalizací?

Tabulka č. 16: Pád s následnou hospitalizací

pohlaví	pád s hospitalizací	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	ano	13	2	15
		86,7 %	13,3 %	100 %
	ne	21	5	26
		80,8 %	19,2 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	ano	25	7	32
		78,1 %	21,9 %	100 %
	ne	18	16	34
		52,9 %	47,1 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem muži a ženy		77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 16 vidíme odpovědi respondentů na otázku, zda jejich pád měl za následek hospitalizaci. 13 (86,7 %) mužů z celkového počtu 34 (82,9 %) z DS opovědělo, že prodělali pád s následnou hospitalizací. 2 (13,3 %) muži z celkového počtu 7 (17,1 %) ze zdravotnických zařízení byli hospitalizováni po pádu.

Ženy z DS, a to 25 (78,1 %) z celkového počtu 43 (65,2 %) odpověděly, že jejich pád měl za následek hospitalizaci. Ženy ze zdravotnických zařízení, a to 7 (21,9 %) z celkového počtu 23 (34,8 %) odpověděly, že jejich pád měl za následek hospitalizaci. Zde byl použit chí-kvadrát test viz tabulka č. 34 (příloha č. 3).

Otázka č. 16: Jakou zlomeninu jste při pádu utrpěl/a?

Tabulka č. 17: Typy zlomenin po pádu

pohlaví	typ zlomeniny	zařízení		Celkem
		DS	ZZ	
muži	zl. krčku	4	2	6
		66,7 %	33,3 %	100 %
	zl. zápěstí	3	0	3
		100 %	0	100 %
	zl. obratlů nebo žeber	0	0	0
		poranění hlavy	1	0
	jiné	5	0	5
100 %		0	100 %	
celkem		13	2	15
		86,7 %	13,3 %	100 %
	zl. krčku	9	4	13
ženy		69,2 %	30,8 %	100 %
		zl. zápěstí	12	1
		92,3 %	7,7 %	100 %
	zl. obratlů nebo žeber	0	1	1
			100 %	100 %
	poranění hlavy	0	0	0
	jiné	4	1	5

		80 %	20 %	100 %
celkem		25	7	32
		78,1 %	21,9 %	100 %
Celkem	muži a ženy	38	9	47
DS a ZZ		80,9 %	19,1 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 17 jsou popsány jednotlivé typy zlomenin respondentů, kteří na předcházející otázku odpověděli kladně, poté vybírali z nabízených možností. Mezi „jiné typy zlomení“ jsou zařazeny zlomeniny bércových kostí dolních končetin, hlezenního kloubu a pánve.

U mužů z DS je nejpočetnější kategorií 4 (66,7 %) a ti uvedli, že utrpěli zlomeninu krčku stehenní kosti, druhá nejpočetnější skupina 5 (100 %) uvádí, že měli jinou zlomeninu, další skupina 3 (100 %) uvedla, že měli zlomeninu zápěstí a poslední nejméně početná skupina 1 (100 %) respondent uvedl, že si poranil hlavu. Muži ze zdravotnických zařízení, a to pouze 2 (100 %) uvedli, že utrpěli zlomeninu krčku stehenní kosti.

Ženy z DS 12 (92,3 %) odpověděly, že nejčastěji jejich pád s následnou hospitalizací měl za následek zlomeninu zápěstí, druhá nejpočetnější skupina 9 (69,2 %) uvedly, že jejich pád měl za následek zlomeninu krčku a nejméně početná skupina žen z DS 4 (80 %) uvedla, že měla jinou zlomeninu. Odpovědi žen ze zdravotnických zařízení se lišily. Nejpočetnější skupina 4 (30,8 %) uvedly, že utrpěly zlomeninu krčku stehenní kosti, další shodně po jedné uvedly, že měly 1 zlomeninu zápěstí, 1 zlomeninu obratlů nebo žeber a 1 jinou zlomeninu.

Protože jsou příliš málo obsazené tabulky (malé četnosti), nelze použít chí-kvadrát test, proto použít Fisherův exaktní test pro všechny respondenty: – p-value = 0,023. Existuje signifikantní rozdíl ve zdravotních následcích pádu mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními (všichni respondenti bez ohledu na pohlaví).

Otázka č. 17: Kolikrát denně vstanete z lůžka a projdete se po chodbě zařízení?

Tabulka č. 18: Kolikrát denně respondenti vstanou a projdou se

pohlaví	kolikrát vstanete	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	1x denně	5	3	8
		62,5 %	37 %	100 %
	2x denně	1	2	3
		33,3 %	66,7 %	100 %
	3x a více	22	1	23
		95,7 %	4,3 %	100 %
	jsem na inv. vozíku	1	0	1
		100 %		100 %
	jsem na lůžku	5	1	6
		83,3 %	16,7 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	1x denně	10	13	23
		43,5 %	56,5 %	100 %
	2x denně	1	6	7
		14,3 %	85,7 %	100 %
	3x a více	23	3	26
		88,5 %	11,5 %	100 %
	jsem na inv. vozíku	3	0	3
		100 %		100 %
	jsem na lůžku	6	1	7
		85,7 %	14,3 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %

celkem	muži a ženy	77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 18 můžeme vidět, kolikrát denně respondenti vstanou z lůžka a projdou se po chodbě zařízení. Muži z DS 22 (95,7 %) nejčastěji uvádějí, že vstanou 3x a více denně z lůžka, další nejpočetnější skupiny, a to 5 (62,5 %) uvádí, že vstanou 1x denně a projdou se, stejně respondentů 5 (83,3 %) uvádí, že jsou trvale na lůžku, jeden muž uvádí, že vstane 2x denně a jeden muž uvedl, že je na invalidním vozíku. Nejpočetnější skupina ze zdravotnických zařízení 3 (37 %) uvádí, že vstane 1x denně z lůžka, druhá nejpočetnější skupina 2 (66,7 %) uvádí, že vstane 2x denně z lůžka, jeden muž uvedl, že vstane 3x denně z lůžka a jeden je trvale na lůžku.

Nejpočetnější skupina žen z DS 23 (88,5 %) uvádí, že vstane 3x a více z lůžka, druhá nejpočetnější skupina 10 (43,5 %) uvádí, že vstane pouze 1x denně z lůžka, 6 (85,7 %) uvedlo, že je trvale na lůžku. 3 ženy uvedly, že jsou během dne na invalidním vozíku a 1 vstane 2x denně a projde se po chodbě zařízení. Odpovědi žen ze zdravotnických zařízení se liší od žen z DS. Zde nejpočetnější skupina respondentek 13 (56,5 %) odpověděla, že vstane pouze 1x denně, druhá nejpočetnější skupina 6 (85,7 %) vstane 2x denně a projde se. Skupina 3 žen vstane 3x a více a projde se po zařízení a jedna respondentka uvedla, že je trvale na lůžku. Zde byl použit chí-kvadrát test viz tabulka č. 35 (příloha č. 3).

Otázka č. 18: Jak často vycházíte mimo zařízení?

Tabulka č. 19: Jak často vychází mimo zařízení

pohlaví	Jak často vycházíte	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	1x týdně	5	0	5
		100 %	0	100 %
	1x za měsíc	1	0	0
		100 %	0	100 %
	každý den	9	0	9
		100 %	0	100 %
	nikdy	19	7	26
73,1 %		26,9 %	100 %	
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	1x týdně	6	0	6
		100 %	0	100 %
	1x za měsíc	6	0	6
		100 %	0	100 %
	každý den	6	0	6
		100 %	0	100 %
	nikdy	25	23	48
52,1 %		47,9 %	100 %	
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem muži a ženy		77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 19 jsou vidět odpovědi respondentů na otázku, jak často vychází mimo zařízení. Nejpočetnější skupina mužů z DS 19 (73,1 %) odpověděla, že nevychází ze zařízení nikdy, druhá nejpočetnější skupina 9 (100 %) uvedla, že mimo zařízení vychází každý den, 5 (100 %) mužů uvedlo, že vychází 1x za týden a jeden muž uvedl, že vychází 1x za měsíc. Všichni muži ze zdravotnického zařízení 7 (26,9 %) uvedli, že nevychází mimo zařízení nikdy.

Nejpočetnější skupina žen z DS 25 (52,1 %) uvedla, že mimo zařízení nikdy nevychází. 6 žen odpovědělo, že mimo zařízení vychází 1x týdně, 6 žen uvedlo, že vychází 1x za měsíc a 6 žen uvedlo, že chodí ven každý den. Všechny ženy ze zdravotnických zařízení 23 (47,9 %) odpověděly stejně jako muži ze zdravotnických zařízení, že mimo zařízení nevychází nikdy. V této otázce se liší zdravotnická a sociální zařízení v hodnocení za obě pohlaví celkem. Zde byl použit chí-kvadrát test viz tabulka č. 36 (příloha č. 3).

Otázka č. 19: Při jakých činnostech potřebujete pomoc jiné osoby?

Tabulka č. 20: Pomoc při určitých činnostech

pohlaví	pomoc při činnostech	zařízení		celkem	
		DS	ZZ		
muži	hygiena	12	6	18	
		66,7 %	33,3 %	100 %	
	oblékání	13	6	19	
		68,4 %	31,6 %	100 %	
	stravování	2	0	2	
		100 %	0	100 %	
	chůze	7	4	11	
		63,6 %	36,4 %	100 %	
	vyřizování osob. zálež.	34	7	41	
		82,9 %	17,1 %	100 %	
	celkem		68	23	91

		74,7 %	25,3 %	100 %
ženy	hygiena	19	14	33
		57,6 %	42,4 %	100 %
	oblékání	22	14	36
		61,1 %	38,9 %	100 %
	stravování	0	4	4
		0	100 %	100 %
	chůze	8	17	25
		32 %	68 %	100 %
vyřizování osob. zálež.	43	23	66	
	65,2 %	34,8 %	100 %	
celkem		92	72	164
		56,1 %	43,9 %	100 %
celkem muži a ženy		160	95	255
DS a ZZ		62,7 %	37,3 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 20 zobrazuje konkrétní činnosti, při kterých potřebují respondenti pomoc jiné osoby a jejich zastoupení. Dotazovaní mohli volit více možností.

Nejpočetnější skupina mužů z DS 34 (82,9 %) potřebuje pomoc při vyřizování osobních záležitostí, druhá nejpočetnější skupina 13 (68,4 %) odpověděla, že potřebuje pomoc při oblékání, další skupina mužů 12 (66,7 %) potřebuje pomoc při hygieně, 7 (63,6 %) mužů potřebuje pomoc při chůzi a 2 (100 %) muži potřebují pomoc při stravování.

Nejpočetnější skupina mužů ze zdravotnických zařízení 7 (17,1 %) potřebuje pomoc při vyřizování osobních záležitostí, druhá nejpočetnější skupina 6 (33,3 %) odpověděla, že potřebuje pomoc při oblékání, další skupina 6 (31,6 %) potřebuje pomoc při hygieně a 4 (36,4 %) muži potřebují pomoc při chůzi.

Nejpočetnější skupina žen z DS 43 (65,2 %) potřebuje pomoc při vyřizování osobních záležitostí, druhá nejpočetnější skupina 22 (61,1 %) odpověděla, že potřebuje

pomoc při oblékání, další skupina žen 19 (57,6 %) potřebuje pomoc při hygieně, 8 (32 %) žen potřebuje pomoc při chůzi.

Nejpočetnější skupina žen ze zdravotnických zařízení 23 (34,8 %) potřebuje pomoc při vyřizování osobních záležitostí, druhá nejpočetnější skupina 17 (68 %) odpověděla, že potřebuje pomoc při chůzi, další skupina 14 (42,4 %) potřebuje pomoc při hygieně a 14 (38,9 %) žen potřebují pomoc při oblékání a 4 (100 %) potřebují pomoc při stravování.

Všichni – chí-kvadrát test: $p\text{-value}=0,011$ - existuje signifikantní rozdíl v potřebách pomoci jiné osoby mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními

Muži – nesplněny podmínky pro použití chí-kvadrát testu, proto použit Fisherův exaktní test:

$p\text{-value} = 0,002$ – existuje signifikantní rozdíl v potřebách pomoci jiné osoby mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními u mužů

ženy – chí-kvadrát test lze použít – $p\text{-value}=0,009$ - existuje signifikantní rozdíl v potřebách pomoci jiné osoby mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními u žen

Otázka č. 20: Nosíte brýle?

Tabulka č. 21: Nošení brýlí

pohlaví	nosíte brýle	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	ano	26	5	31
		83,9 %	16,1 %	100 %
	ne	8	2	10
		80 %	20 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	ano	33	17	50
		66 %	34 %	100 %
	ne	10	6	16

		62,5 %	37,5 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem muži a ženy DS a ZZ		77	30	107
		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 21 jsou zachyceny odpovědi respondentů na otázku, zda nosí brýle. V odpovědích nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví.

Nejpočetnější skupina mužů z DS, a to 26 (83,9 %) z celkového počtu 34 respondentů i nejpočetnější skupina mužů ze zdravotnických zařízení 5 (16,1 %) z celkového počtu 7 odpověděli, že nosí brýle.

Stejně odpověděla i nejpočetnější skupina žen z DS 33 (66 %) z celkového počtu 43 respondentek i nejpočetnější skupina žen ze zdravotnických zařízení 17 (34 %), že nosí brýle. Zde byl použit Fisherův exaktní test viz tabulka č. 37 (příloha č. 3).

Otázka č. 21: Používáte naslouchátka?

Tabulka č. 22: Používání naslouchátek

pohlaví	nosíte naslouchátka	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	ano	4	0	4
		100 %	0	100 %
	ne	30	7	37
		81,1 %	18,9 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %

ženy	ano	6	2	8	
		75 %	25 %	100 %	
	ne	37	21	58	
		63,8 %	36,2 %	100 %	
celkem		43	23	66	
		65,2 %	34,8 %	100 %	
celkem	muži a	ženy	77	30	107
DS a ZZ			72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 22 jsou vidět odpovědi respondentů na otázku, zda používají naslouchátka. V odpovědích nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví.

Skupina mužů z DS, a to 4 (100 %) z celkového počtu 34 respondentů používá naslouchátka. Žádný muž ze zdravotnických zařízení nepoužívá naslouchátka.

Stejně odpověděly i ženy, kde také jen malá skupina používá naslouchátka, a to z DS 6 (75 %) z celkového počtu 43 respondentek a 2 (25 %) ženy ze zdravotnických zařízení z celkového počtu 23 respondentek používají naslouchátka. Zde byl použit Fisherův exaktní test viz tabulka č. 38 (příloha č. 3).

Otázka č. 22: Používáte při chůzi kompenzační pomůcky?

Tabulka č. 23: Zda používají při chůzi kompenzační pomůcky

pohlaví	kompenzač. pomůcky	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	ano	24	6	30
		80 %	20 %	100 %
	ne	10	1	11

		90,9 %	9,1 %	100 %	
celkem		34	7	41	
		82,9 %	17,1 %	100 %	
ženy	ano	28	15	43	
		65,1 %	34,9 %	100 %	
	ne	15	8	23	
		65,2 %	34,8 %	100 %	
celkem		43	23	66	
		65,2 %	34,8 %	100 %	
celkem	muži a	ženy	77	30	107
DS a ZZ			72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 23 jsou zachyceny odpovědi respondentů na otázku, zda používají při chůzi kompenzační pomůcky. V odpovědích nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví.

Nejpočetnější skupina mužů z DS, a to 24 (80 %) z celkového počtu 34 respondentů i nejpočetnější skupina mužů ze zdravotnických zařízení 6 (20 %) odpověděli, že při chůzi používají kompenzační pomůcky.

Stejně odpověděla i nejpočetnější skupina žen z DS 2 (65,1 %) z celkového počtu 43 respondentek i nejpočetnější skupina žen ze zdravotnických zařízení 15 (34,9 %), že při chůzi používají kompenzační pomůcky. Zde byl použit Fisherův exaktní test viz tabulka č. 39 (příloha č. 3).

Otázka č. 23: Jaké používáte kompenzační pomůcky?

Tabulka č. 24: Kompenzační pomůcky

pohlaví	kompenzač.	pomůcky	zařízení		celkem
			DS	ZZ	
muži	vycházková	hůl	3	0	3
			100 %	0	100 %
	podpažní	berle	0	0	0
			13	5	18
	chodítka		72,2 %	27,8 %	100 %
			francouz.	hole	6
	85,7 %	14,3 %			100 %
jiné		2	0	2	
		100 %	0	100 %	
celkem			24	6	30
			80 %	20 %	100 %
ženy	vycházková	hůl	3	0	3
			100 %	0	100 %
	podpažní	berle	0	0	0
			19	14	33
	chodítka		57,6 %	42,4 %	100 %
			francouz.	hole	4
	80 %	20 %			100 %
jiné		2	0	2	
		100 %	0	100 %	
celkem			28	15	43
			65,1 %	34,9 %	100 %
celkem muži a ženy			52	21	73
DS a ZZ			71,2 %	28,8 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 24 se uvádí, jaké používají respondenti kompenzační pomůcky. Zde nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví.

Nejpočetnější skupina mužů z DS 13 (72,2 %) odpověděla, že při chůzi používají chodítka, druhá nejpočetnější skupina 6 (85,7 %) používají při chůzi francouzské hole, 3 (100 %) muži používají vycházkovou hůl, další skupina 2 (100 %) mužů uvádí, že používají jiné kompenzační pomůcky, čímž myslí invalidní vozík.

Nejpočetnější skupina mužů ze zdravotnických zařízení 5 (27,8 %) používá při chůzi chodítka, druhá nejpočetnější skupina 1 (14,3 %) francouzské hole.

Nejpočetnější skupina žen z DS 19 (57,6 %) odpověděla, že při chůzi používají chodítka, druhá nejpočetnější skupina 4 (80 %) používají při chůzi francouzské hole, 3 (100 %) ženy používají vycházkovou hůl, další skupina 2 (100 %) žen uvádí, že používají jiné kompenzační pomůcky, čímž myslí invalidní vozík.

Nejpočetnější skupina žen ze zdravotnických zařízení 14 (42,4 %) používá při chůzi chodítka, druhá nejpočetnější skupina 1 (20 %) francouzské hole. Zde byl použit chí-kvadrát test viz tabulka č. 40 (příloha č. 3).

Otázka č. 24: Používáte vždy pevnou a dobře nazutou obuv?

Tabulka č. 25: Používání pevné a dobře nazuté obuvi

pohlaví	nazutá obuv	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	ano	19	6	25
		76 %	24 %	100 %
	ne	15	1	16
		93,7 %	6,3 %	100 %
celkem		34	7	41
		82,9 %	17,1 %	100 %
ženy	ano	32	13	45
		71,1 %	28,9 %	100 %

	ne	11	10	21
		52,4 %	47,6 %	100 %
celkem		43	23	66
		65,2 %	34,8 %	100 %
celkem	muži a ženy	77	30	107
DS a ZZ		72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 25 jsou zachyceny odpovědi respondentů na otázku, zda při chůzi používají vždy pevnou a dobře nazutou obuv. Zde nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví.

Nejpočetnější skupina mužů z DS 19 (76 %) z celkového počtu 34 mužů respondentů odpověděla, že používá pevnou a dobře nazutou obuv při chůzi. Muži ze zdravotnických zařízení odpověděli stejně, většina z nich 6 (24 %) celkového počtu 7 mužů respondentů uvedla, že při chůzi vždy používají pevnou a dobře nazutou obuv.

Odpovědi žen z obou typů zařízení byly stejné. Ženy z DS uvedly v počtu 32 (71,1 %) z celkového počtu 43 respondentek, že vždy při chůzi používají pevnou a dobře nazutou obuv. Většina žen ze zdravotnických zařízení 13 (28,9 %) z celkového počtu 23 respondentek uvedla, že používají pevnou a dobře nazutou obuv. Zde byl použit Fisherův exaktní test viz tabulka č. 41 (příloha č. 3).

Otázka č. 25: Jaké musíte překonávat překážky v zařízení?

Tabulka č. 26: Jaké překážky překonávají

pohlaví	překážky v zařízení	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
	dlouhé chodby	6	1	7
		85,7 %	14,3 %	100 %
	kluzká podlaha	3	0	3
		100 %	0	100 %

muži	WC špatně přístupné	2	1	3	
		66,7 %	33,3 %	100 %	
	těžko dost. výtah	3	3	6	
		50 %	50 %	100 %	
	žádné	20	2	22	
		90,9 %	9,1	100 %	
celkem		34	7	41	
		82,9 %	17,1 %	100 %	
ženy	dlouhé chodby	15	4	19	
		78,9	21,1 %	100 %	
	kluzká podlaha	3	0	3	
		100 %	0	100 %	
	WC špatně přístupné	4	1	5	
		80 %	20 %	100 %	
	těžko dost. výtah	3	8	11	
		27,3 %	72,7 %	100 %	
žádné	18	10	38		
	73,7 %	26,3 %	100 %		
celkem		43	23	66	
		65,2 %	34,8 %	100 %	
celkem	muži a	ženy	77	30	107
DS a ZZ			72 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 26 se uvádí, jaké překážky musí respondenti v zařízeních překonávat. Nejpočetnější skupina mužů z DS 20 (90,9 %) odpověděla, že nemusí překonávat žádné překážky, druhá nejpočetnější skupina 6 (85,7 %) si myslí, že musí překonávat dlouhé chodby, 3 (100 %) muži si myslí, že musí překonávat kluzkou podlahu, další skupina 3 (50 %) mužů uvádí, že je těžko dostupný výtah a nejméně početná skupina 2 (66,7 %) uvádí, že je těžko dostupné WC. Nejpočetnější skupina mužů ze zdravotnických

zařízení 3 (50 %) uvádí, že je těžko dostupný výtah, druhá nejpočetnější skupina 2 (9,1 %) uvádí, že nemusí překonávat žádné překážky a 1 muž uvádí, že jsou v zařízení dlouhé chodby a 1 muž udává, že je těžko přístupné WC.

Nejpočetnější skupina žen z DS 18 (73,7 %) uvádí, že nemusí překonávat žádné překážky, druhá nejpočetnější skupina 15 (78,9 %) respondentek si myslí, že musí překonávat dlouhé chodby, skupina 4 (80 %) udává, že je těžko přístupné WC. Další skupina žen z DS 3 (100 %) uvádí, že musí překonávat kluzkou podlahu, 3 (27,3 %) ženy uvádí, že je těžko dostupný výtah. Nejpočetnější skupina žen ze zdravotnických zařízení 10 (26,3 %) uvádí, že nemusí překonávat žádné překážky, druhá nejpočetnější skupina 8 (72,7 %) udává, že je těžko dostupný výtah, další skupina žen 4 (21,1 %) si myslí, že musí překonávat dlouhé chodby a poslední skupina 1 (20 %) žena uvádí, že je těžko přístupné WC. Chí-kvadrát test nebylo možno použít, nebyly splněny podmínky pro jeho použití.

Otázka č. 26: Otázky na paměť

Tabulka č. 27: Otázky na paměť

pohlaví	otázky na paměť	zařízení		celkem
		DS	ZZ	
muži	kolikátého je dnes	30	7	37
		81,1 %	18,9 %	100 %
	narození svých dětí	28	7	35
		80 %	20 %	100 %
	co jste viděl včera v televizi	24	3	27
		88,9 %	11,1 %	100 %
	kdo je naším prezidentem	27	7	34
79,4 %		20,6 %	100 %	
celkem		109	24	133
		82 %	18 %	100 %
	kolikátého je dnes	37	15	52

ženy		71,2 %	28,8 %	100 %
	narození svých dětí	32	17	49
		65,3 %	34,7 %	100 %
	co jste viděl	34	14	48
	včera v televizi	70,8 %	29,2 %	100 %
	kdo je naším prezidentem	31	17	48
		64,6 %	35,4 %	100 %
celkem	správných odpovědí	134	63	197
		68 %	32 %	100 %
celkem	muži a ženy	243	87	330
DS a ZZ		73,6 %	26,4 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tato tabulka č. 27 nám znázorňuje přehled o tom, jak respondenti odpovídali na jednotlivé otázky na paměť. Zde nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví.

Muži z DS, a to v počtu 30 (81,1 %), z celkového počtu 34, věděli kolikátého je v den, kdy probíhalo dotazníkové šetření. Na otázku, zda si pamatují narození svých dětí, odpovědělo kladně 28 (80 %) z 34 respondentů. Na otázku, co viděli včera v televizi, znalo odpověď 24 (88,9 %) z 34 respondentů a na otázku, kdo je naším prezidentem, odpovědělo správně 27 (79,4 %) z celkového počtu 34 respondentů.

Muži ze zdravotnických zařízení, a to v počtu 7 (18,9 %), z celkového počtu 7, věděli kolikátého je v den, kdy probíhalo dotazníkové šetření. Na otázku, zda si pamatují narození svých dětí, odpovědělo kladně 7 (20 %) ze 7 respondentů. Na otázku, co viděli včera v televizi, znalo odpověď 3 (11,1 %) ze 7 respondentů a na otázku, kdo je naším prezidentem, odpovědělo správně 7 (20,6 %) z celkového počtu 7 respondentů.

Ženy z DS, a to v počtu 37 (71,2 %), z celkového počtu 43, věděli kolikátého je v den, kdy probíhalo dotazníkové šetření. Na otázku, zda si pamatují narození svých dětí, odpovědělo kladně 32 (65,3 %) ze 43 respondentek. Na otázku, co viděli včera

v televizi, znalo odpověď 34 (70,8 %) ze 43 respondentek a na otázku, kdo je naším prezidentem, odpovědělo správně 31 (64,6 %) z celkového počtu 43 respondentek.

Ženy ze zdravotnických zařízení, a to v počtu 15 (28,8%), z celkového počtu 23, věděli kolikátého je v den, kdy probíhalo dotazníkové šetření. Na otázku, zda si pamatují narození svých dětí, odpovědělo kladně 17 (34,7 %) z 23 respondentek. Na otázku, co viděli včera v televizi, znalo odpověď 14 (29,2%) z 23 respondentek a na otázku, kdo je naším prezidentem, odpovědělo správně 17 (35,4 %) z celkového počtu 23 respondentek. Chí-kvadrát test nebylo možno použít, nebyly splněny podmínky pro jeho použití.

9. DISKUZE

Diplomová práce měla za úkol zjistit úrazovost obyvatel pobytových zařízení jejich příčinu a prevenci. V následujících kapitolách prezentuji výsledky vztahující se k výzkumným otázkám a zamýšlím se nad preventivními opatřeními pro seniory žijící v domovech pro seniory a zdravotnických zařízení. Dále se zaměřuji na diskuzi zvolené metodiky a v závěru pak uvádím doporučení pro praxi, která vyplynula z výsledků šetření tohoto výzkumu a mohla by být přínosem pro snížení úrazovosti a zvýšení kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a ve zdravotnických zařízeních.

Závěry výzkumu nelze vzhledem k malému vzorku respondentů generalizovat, k potvrzení získaných výsledků by bylo třeba provést studii s větším počtem dotazovaných osob a to v obou typech zařízení.

Celkem bylo připraveno 130 dotazníků. Ve zdravotnických zařízeních bylo osloveno 30 uživatelů. Všichni byli ochotni spolupracovat a dotazník vyplnit. Zde byla návratnost 100 %. V sociálních zařízeních bylo osloveno 100 uživatelů, ochotno spolupracovat bylo 77, zde byla návratnost 77 %. Pro zpracování dat tedy bylo použito 107 dotazníků. Úvodní otázky dotazníku se týkaly identifikačních údajů respondentů.

První otázka dotazníku byla na věk. Věkové rozložení respondentů bylo dle mého názoru nerovnoměrné, jelikož ostatní věkové skupiny nebyly, tak početně zastoupeny. Z výzkumu vyplývá, že nejpočetnější skupinou v obou typech zařízení jsou senioři ve věkové skupině 80-89 let, a to 37(48 %) seniorů z DS z celkového počtu 77 (100 %) a 19 (63,3 %) seniorů ze zdravotnických zařízení z celkového počtu 30 (100 %). Rovněž Topinková (2010), uvádí, že prodlužující se věk přestal být privilegium několika jedinců, mnoho lidí se dožívá vyššího věku. Ještě nikdy v posledním století se tolik seniorů nedožilo 80 nebo dokonce 90 let. Česká republika není výjimkou i zde se prodlužuje střední délka života.

Druhou identifikační otázkou bylo pohlaví a třetí otázkou byl dotaz na nynější místo pobytu. Dle Českého statistického úřadu v roce 2011 ženy ve věku 60 a více let v celkové populaci žen zaujímají vyšší podíl, než nejstarší muži v celkové populaci mužů. Věkové kategorie 60-74 let jsou početnější než věkové kategorie 75 a více let u obou pohlaví. Tyto výsledky se neshodují s mým dotazníkovým šetřením, z tohoto

šetření je patrné, že jak v sociálních zařízeních, tak i ve zdravotnických zařízeních je převaha žen a nejpočetnější je věková skupina 80-89 let. Dotazníkového šetření se zúčastnilo z domovů pro seniory 34 (44,2 %) mužů a 43 (55,8 %) žen z celkového počtu 77 (100%) respondentů z domovů pro seniory. Ze zdravotnických zařízení se zúčastnilo 7 (23,3 %) mužů a 23 (76,7 %) žen z celkového počtu 30 respondentů. Stejného názoru je i Schola gerontologica (2005), kde se uvádí, že pro seniorskou populaci je typická převaha žen a stáří je bráno jako multidimenzionální fenomén.

Respondenti dále uváděli, jak dlouho žijí v jednotlivých zařízeních. Zde se odpovědi výrazně liší. Jak ukázal výzkum, zdravotnická zařízení jsou využívána krátkodobě, kdežto sociální zařízení jsou určena pro dlouhodobý pobyt, což odpovídá mé praxi a osobní zkušenosti. V domovech pro seniory žije nejvíce respondentů 1-5 let, a to 33 (42,9 %), z celkového počtu 77 (100 %). Ve zdravotnických zařízeních je nejpočetnější skupina respondentů žijících do 1 roku, a to 28 (93,3 %) z celkového počtu 30 (100 %). Jak uvádí Mátl a Jabůrková (2007), v souvislosti se stárnutím populace dnes dochází ke změnám ve struktuře potřeby následné péče. Do budoucna je možné očekávat rostoucí poptávku po sociální a zdravotní péči určené pro seniory. Oč déle žijí senioři v zařízení, o to více budou narůstat požadavky na zdravotní a sociální služby pro seniora včetně hrazení zdravotní péče.

Pod pojmem stáří se rozumí závěrečná etapa života, která je ukončená smrtí. Kvalita této životní etapy je individuální a záleží na mnoha faktorech, včetně popisovaných v mé diplomové práci, neboť k nejvýraznějším patří v této fázi života změna zdravotního stavu. Toto potvrzuje i můj výzkum. V obou typech zařízení bylo nejčastějším důvodem pobytu seniorů v zařízení, zhoršení zdravotního stavu, a to v DS 56 (72,7 %) z celkového počtu 77 (100 %) respondentů. Ze zdravotnického zařízení uvedlo stejný důvod 23 (76,7 %) z celkového počtu 30 (100 %) respondentů. Tento názor má i Topinková (2010), s věkem přibývá chronických degenerativních onemocnění jako například osteoporóza, osteoartróza, kardiovaskulární, cerebrovaskulární choroby a demence. Téměř 90 % seniorů nad 75 let trpí jednou nebo více chronickými chorobami.

Na kvalitu poskytovaných služeb a prevenci pádů má velký vliv informovanost uživatel s chodem zařízení a poskytovanými službami, proto další otázka byla, zda byli respondenti s tímto seznámeni. Nejčastěji odpověděli, že byli dostatečně seznámeni, takto odpovědělo 69 (89,6 %), z celkového počtu 77 (100 %) mužů a žen z DS. Stejně odpověděli i respondenti ze zdravotních zařízení. Dostatečně seznámeno bylo 17 (56,7 %) mužů a žen z celkového počtu 30 (100 %).

Následující otázky týkající se zdravotního stavu seniorů byly důležité z hlediska stanovené hypotézy. Tabulka č. 8 zobrazuje odpovědi respondentů na subjektivní hodnocení jejich zdravotního stavu, kdy tento stav dobře vystihuje Malíková (2011), která píše, typickými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie a změny reakcí organismu na určitou zátěž, což dokazuje i výzkum. Největší skupina respondentů z DS 38 (49,4 %) odpověděla, že má vážnější a dlouhodobé potíže ze 77 (100 %). Odpovědi seniorů ze zdravotnických zařízení se mírně lišily. Největší skupina 14 (46,7 %) odpověděla, že se často necítí dobře z celkového počtu 30 (100 %) mužů a žen. I odpovědi na tuto otázku dokazují, že v sociálních zařízeních žijí senioři dlouhodobě a mají vážnější a dlouhodobé zdravotní problémy, a proto odcházejí z domácího prostředí, kde nemohou žít sami.

Jak uvádí Marx (2007), vnější rizikové faktory pádu jsou například léky, které ovlivňují centrální nervový systém, ale i závratě. Spotřeba léků roste s věkem, proto jsem do dotazníku zařadila otázku, kolik léků respondenti užívají denně. Odpovědi seniorů v jednotlivých typech zařízení se lišily. Muži a ženy z DS uvedli, že nejčastěji užívají 5-9 léků denně, a to 43 (55,8 %), z celkového počtu 77 (100 %). Muži a ženy ze zdravotnických zařízení nejvíce užívají 0-4 léky denně, a to 14 (46,7 %) z celkového počtu 30 (100 %). Z výzkumu nevyplývalo, proč se liší spotřeba léků v jednotlivých typech zařízení.

Konkrétní odpovědi respondentů týkající se otázky, zda mají závratě, jsou zobrazeny v tabulce č. 10. Nejpočetnější skupina mužů a žen 43 (55,8 %) z DS odpověděla, že závratě nemají z celkového počtu 77 (100 %). Ve zdravotnických zařízeních odpověděli muži i ženy stejně, většina 22 (73,3 %) odpověděla, že závratě nemají z celkového počtu 30 (100 %) respondentů. K tomuto tématu se vyjadřuje i

Zimmelová (2005), která závratím přikládá velký význam. Subjektivně si senioři stěžují na závratě, nejistotu při stožení a chůzi, na slabost nohou a zhoršenou mobilitu. Objektivně u nich můžeme pozorovat poruchu chůze, poruchu rovnováhy a vyrovnávání vychýlení těla. Jako nejčastější příčina pádu se jeví instabilita.

Stáří sebou přináší nejrůznější zdravotní komplikace a omezení. Jedním z nich je zhoršení zraku i sluchu, šumění v uších a nutnost používat naslouchátka. Jak ukázal můj výzkum, v obou typech zařízení se toto nepotvrdilo. Na otázku, jak dobře slyší, respondenti z obou typů zařízení odpovídali shodně. Větší skupina z DS 43 (55,8 %) respondentů odpověděla, že slyší dobře, a to z celkového počtu 77 (100 %) respondentů i většina 16 (53,3 %) mužů a žen ze zdravotnických zařízení odpověděla, že slyší dobře, a to z celkového počtu 30 (100 %) respondentů. Na rozdíl od Holmerové (2003), která tvrdí, že u seniorů dochází k poruchám zraku, sluchu, omezena je propriocepce. V tabulce č. 11 respondenti odpovídali na otázku, zda jim šumí v uších. Zde jsou odpovědi dle typu zařízení stejné. Respondenti z DS ve většině 55 (51,4 %) odpověděli, že jim v uších nešumí, 77 (100 %) dotázaných. Dotázaní ze zdravotnických zařízení ve většině 21 (70 %) také odpověděli, že jim v uších nešumí z celkového počtu 30 (100 %) respondentů. Používáte naslouchátko, na tuto otázku odpověděli respondenti z obou typů zařízení stejně. Ve většině případů naslouchátko nepoužívají, a to 67 (87 %) respondentů z DS, z celkového počtu 77 (100 %) a 28 (93 %) respondentů ze zdravotnických zařízení z celkového počtu 30 (100 %) viz tabulka č. 22. Většina respondentů z obou typů zařízení používá brýle viz tabulka č. 21. Výsledek, který vyšel v mém výzkumu, není možné zobecňovat, jelikož dotazníkového šetření se zúčastnil malý počet respondentů.

Stáří má individuální průběh, ale velmi často dochází ke snížení elasticity cév a ke snížení průtoku krve všemi systémy. Změny nastávají i v pohybovém systému, dochází k úbytku svalové hmoty ke snížení kostní denzity, v důsledku toho dochází k častějším zlomeninám, tak o stáří soudí Holmerová (2003). To mohu z vlastní zkušenosti, jako fyzioterapeut v domově pro seniory, potvrdit a dokazuje to i následující část dotazníku, kde respondenti odpovídali na otázku, jakým postižením trpíte. Dotazovaní mohli volit více možností. Nejčastěji uváděli pohybové postižení a to oba

typy zařízení, na dalším místě senioři uvedli neurologické choroby. I v následujících odpovědích se respondenti v obou typech zařízení shodli, na třetím místě uvedli srdeční choroby a následovaly cévní. Mozkovou příhodu proděla asi 1/3 všech respondentů, o něco méně dotazovaných prodělalo infarkt. Podrobnější popis v tabulce č. 13. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že 87 % všech respondentů trpí chorobami pohybového aparátu, což je velké množství. Toto mě nepřekvapilo, jelikož se denně při své práci fyzioterapeutky, setkávám se seniory, které toto onemocnění omezuje v běžném životě.

Pády jsou časté a závažné, především u lidí s pohybovým a zrakovým postižením a u seniorů. S věkem přibývá pádů, postihují 25-30 % populace 65 let a až 50 % lidí 85 let. Vyšší prevalence je u žen, akutně a chronicky nemocných a hospitalizovaných lidí v dlouhodobé ústavní péči. 25 % pádů končí závažnými komplikacemi, jsou zdrojem sekundární morbidit a mortality, omezují mobilitu i společenský život (Kalvach, Čeledová, 2011). Další otázkou, na kterou respondenti odpovídali, bylo, jako často padáte. Zde se odpovědi seniorů lišily. Nejpočetnější skupina mužů a žen 35 (45,5 %) z domovů pro seniory odpověděla, že padá 1x za rok a z celkového počtu 77 (100 %) respondentů, ostatní uvedli jiné možnosti. Senioři ze zdravotnických zařízení nejčastěji odpověděli, že nepadají vůbec, a to 15 (50 %) z celkového počtu 30 respondentů, ostatní uvedli jiné možnosti. Dle odpovědí dotazovaných byly nejčastějšími komplikacemi v obou typech zařízení modřiny a pohmoždění. V domově pro seniory odpovědělo celkem 50 mužů a žen, že prodělali pád. Z toho 38 (100 %) pádů bylo s následnou hospitalizací, a to 13 (34,2 %) mužů a 25 (65,8 %) žen. Ve zdravotnických zařízeních upadlo 15 respondentů, z toho 9 (100 %) pádů bylo s následnou hospitalizací, a to 2 (22,2 %) muži a 7 (77,8 %) žen. Z výzkumu vyplývá, že častěji padají ženy a jejich pád má za následek hospitalizaci, což potvrdily výsledky dotazníkového šetření v obou typech zařízení i to ukazuje moje praxe. Dále z dotazníkového šetření vyplývá, že pád s následnou hospitalizací u respondentů z domovů pro seniory měl u žen nejčastěji, a to ve 12 případech, za následek zlomeninu zápěstí v 9 případech zlomeninu krčku stehenní kosti a ve 4 případech jiné zlomeniny (jiné zlomeniny popsány pod tabulkou č. 17). Odpovědi mužů byly odlišné, nejčastěji odpověděli, že jejich pád měl za následek jiné zlomeniny, a to v 5 případech. Zlomeninu

krčku utrpěli 4 muži a 3 měli zlomeninu zápěstí. Ve zdravotnických zařízeních 2 muži utrpěli pád s následnou hospitalizací a ty měli za následek zlomeniny krčku stehenní kosti. Ženy ze zdravotnických zařízení utrpěly nejčastěji také zlomeniny krčku stehenní kosti, a to ve 4 případech, ostatní zlomeniny zápěstí, obratlů a jiné po jedné. Kdybych měla porovnat odpovědi žen z obou zařízení, tak se liší, ale muži odpovídali stejně. Jak soudí Topinková (2010), v důsledku pádu dochází k poranění měkkých tkání, časté jsou fraktury, poranění hlavy, někdy podchlazení. Některé pády vedou k hospitalizaci a často k trvalé ústavní péči. Neopomenutelné jsou psychologické důsledky pádů, a to strach z opakovaného pádu, senior omezuje aktivitu, což může vést k imobilitě, nesoběstačnosti a závislosti na jiné osobě.

Zhoršení fyzického stavu a následná imobilita, je velmi nebezpečná pro všechny osoby, zvláště závažná je pro seniory. Pro udržení stávajícího zdravotního stavu seniorů, je velmi důležité pravidelně vstát z postele a být co nejdéle samostatný a soběstačný. Následujícími otázkami z dotazníku, jsem chtěla zjistit, jaký je zdravotní stav obyvatel pobytových zařízení a jak jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby.

V další části dotazníku odpovídali respondenti na otázky týkající se jejich pobytu v zařízeních. V otázce kolikrát denně vstanete z lůžka a projdete se po chodbě. V domovech pro seniory odpovídali nejčastěji, a to 45 (58,4 %) respondentů, že vstanou a chodí 3x a více. Poměrně velká skupina 11 (14,3 %) respondentů odpověděla, že jsou trvale na lůžku z celkového počtu 77 (100 %) respondentů. Odpovědi respondentů ze zdravotnických zařízení se lišily. Nejpočetnější skupina 16 (53,3 %) respondentů odpověděla, že vstanou 1x za den a pouze 2 (6,7 %) respondenti jsou trvale na lůžku z celkového počtu 30 (100 %) respondentů. I otázka, jak často vycházíte mimo zařízení, ukázala, jaký je fyzický stav seniorů, kteří se zúčastnili výzkumu. Odpovědi respondentů z obou typů zařízení byly podobné. Muži i ženy z DS nejčastěji odpovídali, a to 44 (57,1 %) respondentů, že nevycházejí mimo zařízení nikdy, z celkového počtu 77 (100 %) respondentů. Všichni muži a ženy ze zdravotnických zařízení, a to 30 (100 %), odpověděli, že nevycházejí mimo zařízení nikdy. Odpovědi respondentů z jednotlivých typů zařízení se velmi liší. Senioři z DS chodí častěji, i když v předchozích odpovědích uvedli, že důvodem jejich pobytu je, že mají vážnější a dlouhodobé potíže, což je asi

neomezují v chůzi. Senioři ze zdravotnických zařízení naopak častěji uváděli, že se často necítí dobře, ale chodí málo a mimo zařízení nevycházejí nikdy.

Dlouhodobou ošetrovatelskou péčí se rozumí zejména poskytnutí základní zdravotní služby, rehabilitace a sociální péče propuštěn nebo předán do jiné ústavní péče nezdravotnického typu. Ošetrovatelská lůžka jako poslední záchytná síť zejména lůžek typu LDN. Při jakých činnostech potřebují respondenti pomoc, ukazuje tabulka č. 20. Všem dotazovaným pomáhají sociální pracovníce vyřizovat osobní záležitosti. Přibližně polovina respondentů potřebuje pomoc při hygieně a oblékání. Asi 1/3 dotazovaných využívá pomoc při chůzi, což není mnoho vzhledem k velkému počtu osob s pohybovým postižením.

Pohybové postižení má vliv na stabilitu, chůzi a kvalitu života. Senioři jsou chráněni před pádem vhodnými kompenzačními pomůckami a jejich používáním. Stejný názor má i Kalvach et al. (2007), důležitou prevencí proti pádům jsou úprava prostředí, hodnocení a úprava obuvi a opěrných pomůcek, optimalizace medikace, hodnocení a nácvik stability a chůze, posilovací cvičení, užívání chráničů kyčlí u rizikových osob a výchova personálu. Preventivní programy by se neměly aplikovat plošně, ale individuálně na základě komplexního geriatrického vyšetření seniora. Z výzkumu vyplývá, že kompenzační pomůcky používá 52 (49 %) respondentů z DS z celkového počtu 77 (100 %) a 21 (70 %) respondentů z 30 (100 %) ze zdravotnických zařízení. Respondenti z obou typů zařízení nejčastěji používají chodítka. Pevnou a dobře nazutou obuv používá většina seniorů v obou typech zařízení.

Jaké musí respondenti překonávat překážky, ukazuje tabulka č 26. Nejčastěji dotazovaní odpovídali, že žádné, ale poměrně velká skupina z DS odpověděla, že musí překonávat dlouhé chodby. Na tuto odpověď má vliv fyzický stav dotazovaných. Pro ty co vstanou pouze jedenkrát za den z lůžka, a to většinou za asistence fyzioterapeuta, je i krátká chodba velkou překážkou.

Vhodným nástrojem k udržení nebo rozvoji pružnosti je duševní gymnastika (Haškocová, 2010). Součástí péče o zdravé tělo je i starost o psychickou pohodu. Je dokázáno, že tyto dvě oblasti na sebe navzájem působí, proto součástí mého dotazníku byly i otázky týkající se paměti. Jedna z otázek byla „Kdo je naším prezidentem“?

Překvapilo mě, že 77 % dotázaných znalo správnou odpověď. Jelikož ve dnech, kdy jsem prováděla dotazníkové šetření, končil ve funkci bývalý prezident a nastupoval nový. Je milé vědět, že senioři tím, že žijí v pobytových zařízeních, neztratili zájem o dění v naší republice.

10. ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce je zmapovat výskyt nemocí ve stáří v zařízeních sociálních služeb a zdravotnických zařízení a zjistit příčiny úrazů obyvatel těchto zařízení a prevenci.

Teoretická část obsahuje revizi dostupné literatury, která zahrnovala identifikaci, zařazení a analýzu písemností obsahujících informace týkající se zkoumaného problému. Jejím cílem bylo shromáždit stávající poznatky v oblasti úrazovosti seniorů v pobytových zařízeních, jejich příčiny a prevenci. Jednotlivé kapitoly se vztahují k dané problematice, jako jsou například teoretická východiska spojená s pobytem v zařízení sociálních služeb, biologické změny člověka, problematika stáří a stárnutí, demografické změny společnosti, kvalita života a další.

Hlavním cílem praktické části práce bylo zjistit příčiny úrazů obyvatel sociálních a zdravotnických zařízení a porovnat oba typy zařízení a rozdíl odpovědí mezi pohlavími. Pro výzkum v empirické části této práce byla použita strategie kvantitativního výzkumu, metoda dotazování, technika sběru dat dotazník. Při sestavování dotazníku, autorka vycházela z daného cíle ověřit hypotézy. Dalším cílem realizovaného dotazníkového šetření, bylo poskytnout široký pohled na zkoumanou oblast a popsat celkovou situaci seniorů v sociálních a zdravotnických zařízeních.

Třetí část této diplomové práce obsahuje přehled o získaných výsledcích, ve kterých se autorka soustředila na posouzení a statistické vyjádření úrazovosti a zdravotního stavu v obou skupinách v daných zařízeních. V této části práce autorka popisuje průběžné výsledky a v kapitole diskuze porovnává získané výsledky v komparaci s autory, kteří se zabývají touto problematikou.

Práce ověřovala tyto hypotézy:

H 1: S přibývajícím věkem vzrůstá počet úrazů a nemocí seniorů v sociálních i zdravotnických zařízeních

H 2: Seniori ve vybraných zařízeních jsou dostatečně chráněni před vznikem úrazů

Hypotézy byly na základě statistického testování potvrzeny, ale závěry nelze vzhledem k malému počtu respondentů generalizovat.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena otázkami č. 1, 3, 12, 13, 14, 15, 16. Ze získaných výsledků lze tedy usuzovat, že nejpočetnější věková skupina uživatel žijících ve zdravotnických i sociálních zařízeních, jsou senioři ve věku 80-89 let. V těchto zařízeních žije více žen než mužů. Většina respondentů žije v těchto zařízeních z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Pády jsou časté a závažné, především u lidí s pohybovým a zrakovým postižením a u seniorů. Převážná většina trpí několika typy zdravotního postižení, ale nejčastěji pohybovým. Výzkum ukázal, že 87 % respondentů trpí chorobami pohybového aparátu. Poměrně velká skupina všech respondentů asi $\frac{3}{4}$ prodělalo pád. Pád, který měl za následek zlomeninu a následnou hospitalizaci prodělalo 44 % dotázaných a častěji ženy než muži.

Hypotéza č. 2 byla testována v otázkách č. 6, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25. Senioři jsou dostatečně seznámeni s chodem zařízení a poskytovanými službami. Pohybové postižení má vliv na stabilitu, chůzi a kvalitu života. Senioři jsou chráněni před pádem vhodnými kompenzačními pomůckami a jejich používáním. Z výzkumu vyplývá, že kompenzační pomůcky používá $\frac{2}{3}$ respondentů ze zdravotnických i sociálních zařízení. Respondenti nejčastěji používají chodítka. Pevnou a dobře nazutou obuv používá většina seniorů v obou typech zařízení a nemusí překonávat žádné překážky.

Je dokázáno, kvalita života je ovlivňována mnoha faktory fyzickými a psychickými. Velký vliv má i okolí. Senioři žijící ve zdravotnických i sociálních zařízeních si svůj stávají zdravotní stav, mohou udržovat vhodnými aktivitami. Můj výzkum dokázal, že zdravotnická zařízení jsou využívána krátkodobě, kdežto sociální zařízení jsou určena pro dlouhodobý pobyt. Častěji vstanou z lůžka a projdou se po chodbách zařízení obyvatele ze sociálních zařízení. Největší rozdíl, můj výzkum ukázal v tom, jak často chodí senioři mimo zařízení. Respondenti ze zdravotnických zařízení ven nevycházejí nikdy, kdežto téměř polovina seniorů ze sociálních zařízení ven chodí. Jako jednu z příčin chorob pohybového aparátu vidím v nedostatečné a nepravidelné fyzické aktivitě. Zajímavé by bylo porovnat odpovědi, na stejné otázky, seniorů žijících v domácím prostředí. Jestli jsou dostatečně chráněni před úrazy vhodnou úpravou domácího prostředí, vhodnou obuví, nebo používáním kompenzačních pomůcek. Jak je patrné z odpovědí respondentů, tak do zdravotnických i sociálních zařízení přišli až po

zhoršení zdravotního stavu, takže preventivní opatření by měla být zaměřena na seniory žijící v domácím prostředí.

Tato diplomová práce může pomoci pochopit problematiku úrazovosti seniorů, vlivu zdravotního stavu na kvalitu života osob žijících ve zdravotních a sociálních zařízeních. Získané údaje budou prospěšné pro samotné seniory, ale i pracovníky v těchto zařízeních. Výsledky mé diplomové práce mohou být inspirací pro další výzkumy, které se touto problematikou budou zabývat.

11. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BUKÁČKOVÁ, Jitka. Domácí péče u nás. *Ošetrovatelská péče. Odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách*. 2011, č. 6, s. 4-6. ISSN 1213-2330.
2. ČAPKOVÁ Magdalena. Programy úrazové prevence u dětí, dospívajících a seniorů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2007, roč. 3, č. 1, str. 33 -38, ISSN 1804–7858.
3. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 108 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-605.
4. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
5. Dostupné z: www.nabulsen.com/sites/File/knihovna/2009_06-DOKUMENTACE.pdf Dostupné z: www.uzis.cz
6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
7. EUROPEAN COMMUNITIES, 2009. [online]. [cit. 2013-01-04].
8. GERSHMAN, Karen. *The little black book of geriatrics*. 4th ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, c2009, p. Little black book series. ISBN 07-637-5771-3.
9. HALOVÁ, M. *Nemocný v domácí péči*. 2., dopl. vyd. Bouzov: VEF Enterprises, 2010, 157 s. ISBN 978-80-904611-0-9.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
11. HOJDA, Zdeněk, Marta OTTLOVÁ a Roman PRAHL. In: *Vetché stáří, nebo zralý věk moudrosti?: sborník příspěvků z 28. ročníku symposia k problematice 19. století, Plzeň, 28. února-1. března 2008*. 1. vyd. Praha: Academia, 2009, 325 s. ISBN 978-802-0016-911.

12. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003, 88 s. ISBN 80-865-4112-6.
13. CHOVANCOVÁ, Petra. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. 1. vyd. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012, 63 s. ISBN 978-80-87623-00-8.
14. KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDVÁ, Iva HOLMEROVÁ a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
15. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
16. KLEVETOVÁ, Dana. Kvalita života ve stáří. *Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, roč. 21, č. 6, s. 10-12. ISSN 1210-0404.
17. KOLEKTIV AUTORŮ. In: *Sborník V. ročníku konference SENIOR LIVING*. LEDAX o. s. 2011 171 s. ISBN 978-80-254-8808-9.
18. KOUDELA, K. a kolektiv. *Ortopedická traumatologie*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2002. 147 s. ISBN 80-246-0392-6.
19. KOVALČÍKOVÁ, Dagmar. Pokoje v domovech pro seniory. *Sociální péče. Odborný časopis pracovníků sociálních služeb*. 2009, č. 6, s. 52-55. ISSN 1213-2330.
20. KRAJČÍK Štefan, Petra ZIMMELOVÁ a Hana MATLASOVÁ: Osteoporóza jako významné riziko úrazů seniorů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2007, roč. 3, č. 2, str. 171 -175, ISSN 1804-7858.
21. KUBEŠOVÁ, Hana. *Akutní stavy v geriatrii: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 233 s. ISBN 978-807-2626-205.
22. LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH PLZEŇ [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: <http://www.privamed.cz/ldn.htm>.
23. MALÍKOVÁ, Eva. Náročnost a rozdílnost ošetrovatelské zátěže v domovech pro seniory a v hospicích. *Ošetrovatelská péče. Odborný časopis*

- zdravotnických pracovníků v sociálních službách*. 2010, č. 2, s. 10-14. ISSN 1213-2330.
24. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
25. MAROON, Joseph. *Faktor dlouhověkosti*. 1. vyd. Bratislava: Noxi, s. r. o., 2010, 392 s. ISBN 978-80-8111-031-3.
26. MARX, David. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Překlad Radim Vyhnánek. Praha: Grada, 2007, 171 s. ISBN 978-802-4717-159.
27. MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 189 s. ISBN 978-807-2628-506.
28. MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 176 s. ISBN 978-807-2624-997.
29. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
30. NÁRODNÍ PROGRAM PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ NA OBDOBÍ LET 2008 AŽ 2012 (Kvalita života ve stáří) [online]. [cit. 2012-12-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.
31. NÉMETH, František a kolektiv. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009, 193 s. ISBN 978-808-0633-141.
32. NENO, Rebecca, Barry AVEYARD, Hazel B HEATH a Patricia A HESS. *Older people and mental health nursing: a handbook of care*. 3rd ed. Malden, MA: Blackwell Pub., 2007, xvi, 240 p. ISBN 14-051-5169-2.
33. PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997, 124 s. ISBN 80-718-4486-1.
34. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.

35. PHILLIPS, Judith, Kristine J AJROUCH a Sarah HILLCOAT-NALLÉTAMBY. *Key concepts in social gerontology*. Los Angeles: SAGE, 2010, vii, 240 p. SAGE key concepts. ISBN 14-129-2272-0.
36. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s.;. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
37. POSKYTOVÁNÍ A FINANCOVÁNÍ DLOUHODOBÉ PÉČE V ZEMÍCH OECD (I), PRACOVNÍCI DLOUHODOBÉ PÉČE. ÚZIS č. 31/2012 [online]. [cit. 2013-01-10].
38. POSKYTOVÁNÍ A FINANCOVÁNÍ DLOUHODOBÉ PÉČE V ZEMÍCH OECD (II), UŽIVATELÉ DLOUHODOBÉ PÉČE A VÝVOJ POPTÁVKY PO DLOUHODOBÉ PÉČI. ÚZIS č. 32/2012 [online]. [cit. 2013-01-10]. Dostupné z: www.uzis.cz
39. PRŮŠA, Ladislav a Jiří HORECKÝ. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012, 138 s. ISBN 978-809-0466-838.
40. PRŮŠA, Ladislav. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2011, 59, 6 s. ISBN 978-807-4160-974.
41. PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
42. *SCHOLA GERONTOLOGICA*. 1. vyd. Editor Pavel Mühlpachr. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
43. SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA PLZNĚ. *Domov pro seniory „Kopretina“* [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.plzen.eu/oblasti-sluzeb/sluzby-pro-seniory/poskytovatele-2/domov-pro-seniory-kopretina.aspx>.
44. STANDARDY KVALITY PÉČE. *Domov pro seniory Kopretina Plzeň*. [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.plzen.eu/oblasti-sluzeb/sluzby-pro-seniory/poskytovatele-2/domov-pro-seniory-kopretina.aspx>.
45. SURYNEK, Alois, Daniela PAUKNEROVÁ a Martin LUKEŠ. *Zpracování projektu: metodická příručka pro předmět 3PS423 Metody výzkumu a jejich*

- aplikace. 2., přeprac. vyd. V Praze: Oeconomica, 2006, 95 s. ISBN 80-245-1093-6.*
46. ŠČUČKOVÁ, Eva. Ošetrovatelská a kompletní rehabilitační péče v LDN. *Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky.* 2010, č. 6, s. 68-69. ISSN 1210-0404.
 47. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi.* 1. vyd. dotisk. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
 48. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009, 239 s. ISBN 978-802-5121-047.
 49. TOUHY, Theris A, Kathleen Freudenberger JETT, Priscilla EBERSOLE a Patricia A HESS. *Ebersole and Hess' gerontological nursing.* 3rd ed. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier, c2010, x, 483 p. ISBN 03-230-5701-2.
 50. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří.* vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
 51. VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice.* Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-807-4210-211.
 52. VAŠKŮ, Anna. *Zdraví v seniorském věku.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 35 s. ISBN 978-802-1044-883.
 53. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.
 54. VYHLÁŠKA č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.
 55. ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 1. vyd. Ostrava: Sagit, 2009. ISBN 978-80-7208-714-4.
 56. ZÁKON č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.
 57. *ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY 2009 = Czech health statistics yearbook.* ISBN 1210-9991. ÚZIS ČR 2010

58. ZIMMELOVÁ, Petra. Středisko prevence úrazů v JK – prevence úrazů seniorů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2008, roč. 4, č. 2, str. 161 - 166, ISSN 1804–7858.
59. ZIMMELOVÁ, Petra. Úrazy seniorů – prevence a příčiny. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2005, roč. 1, č. 2, str. 96 – 100, ISSN 1801–0261.
60. ZIMMELOVÁ, Petra. Úrazy seniorů v Jihočeském kraji. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2006, roč. 2, č. 1, str. 24 - 27, ISSN 1804–7858.
61. ZUCHOVÁ, Barbora. Zlomeniny pánve a dlouhých kostí u seniorů. *Ošetrovatelská péče. Odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách*. 2011, č. 5, s. 28-29. ISSN 1213-2330.

12. PŘÍLOHY

12.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 úvodní informace pro respondenty

Příloha č. 2 dotazník

Příloha č. 3 statistické tabulky

Příloha č. 1

Dobrý den,

dovolte mi, abych vás požádala, o vyplnění dotazníku, který bude sloužit k získání podkladů pro výzkum v diplomové práci, kterou zpracovávám na téma "Úrazy seniorů v pobytových zařízeních, příčiny a prevence". Získané údaje budou použity pouze pro potřeby výzkumu mé diplomové práce. Jmenuji se Zuzana Fenclová, pracuji jako fyzioterapeut v domově pro seniory v Plzni a studuji ZSF JCU v Budějovicích obor Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Dotazníky jsou anonymní.

Velmi děkuji Fenclová

Příloha č. 2

Dotazník

V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdravotního stavu. Odpovězte, prosím, na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď.

1) Věk:

60 – 69 let 70 – 79 let 80 – 89 let 90 a více

2) Pohlaví: muž žena

3) Nynější místo pobytu: zdravotnické zařízení (typ)

sociální zařízení (typ)

4) Jak dlouho žijete v tomto zařízení?

1) Do 1 roku 2) 1 – 5 let 3) 5 let a více

5) Hlavní důvody, proč jste v tomto zařízení:

- 1) Zhoršení zdravotního stavu a nutnost pomoci při zvládnání denních činností
- 2) Osamělost (žil/a jsem sám/a v bytě)
- 3) Jiné důvody – vyjmenujte

6) Byl/a jste po nástupu do tohoto zařízení seznámen/a s chodem zařízení a poskytovanými službami?

- 1) Ano – dostatečně 2) ne zcela dostatečně 3) nebyl/a jsem seznámen/a

7) Subjektivní hodnocení vašeho zdravotního stavu

- 1) Cítím se zcela zdrav/a 2) často se necítím dobře 3) mám vážnější a dlouhodobé potíže

8) Kolik užíváte léků denně?

- 1) 0 -4
- 2) 5 – 9
- 3) 10 – 15
- 4) Více než 15

9) Míváte závratě

ano/ne

10) Slyšíte dobře

ano/ne

11) Máte šumění v uších

ano/ne

12) Jakým postižením trpíte?

- 1) Srdečním ano/ne
- 2) Cévním ano/ne
- 3) Pohybovým ano/ne
- 4) Neurologickým ano/ne
- 5) Prodělal jste mozkovou příhodu ano/ne
- 6) Prodělal jste infarkt ano/ne

13) Jak často padáte?

- 1) 1x za týden
- 2) 1x za měsíc
- 3) 1x za rok

14) Jaké zdravotní následky měl Váš pád?

- 1) Modřiny
- 2) Otřes mozku
- 3) Pohmoždění
- 4) Řezná rána

15) Prodělala jste pád s následnou hospitalizací? ano/ne

16) Jakou zlomeninu jste při pádu utrpěl/a?

- 1) Zlomeninu krčku stehenní kosti
- 2) Zlomeninu zápěstí
- 3) Zlomeninu obratlů, nebo žeber
- 4) Poranění hlavy
- 5) Jiné

17) Kolikrát denně vstanete z lůžka a projdete se po chodbě zařízení?

- 1) 1x denně
- 2) 2x denně
- 3) 3x a více
- 4) nechodím, jsem trvale na lůžku
- 5) nechodím, jsem na invalidním vozíku

18) Jak často vycházíte mimo zařízení?

- 1) Každý den
- 2) 1x týdně
- 3) 1x za měsíc
- 4) nikdy

19) Při jakých činnostech potřebujete pomoc jiné osoby?

- 1) Při hygieně
- 2) Oblékání
- 3) Při stravování
- 4) Při chůzi
- 5) Při vyřizování osobních záležitostí

20) Nosíte brýle ano/ne

- 21) Používáte naslouchátka** ano/ne
- 22) Používáte při chůzi kompenzační pomůcky?** ano/ne
- 23) Pokud ano jaké?**
- 1) Vycházkovou hůl
 - 2) Francouzské hole
 - 3) Podpažní berle
 - 4) Chodítka
 - 5) Jiné napište
-
- 24) Používáte vždy pevnou a dobře nazutou obuv?** ano/ne
- 25) Jaké musíte překonávat překážky v zařízení?**
- 1) Dlouhé chodby ano/ne
 - 2) Kluzká podlaha ano/ne
 - 3) Špatně přístupné WC a koupelna ano/ne
 - 4) Těžko dostupný výtah ano/ne
 - 5) žádné ano/ne
- 26) Otázky na paměť?**
- 1) Víte kolikátého je dnes ano/ne
 - 2) Pamatujete si narození svých dětí ano/ne
 - 3) Pamatujete si, co jste viděl včera v televizi ano/ne
 - 4) Víte, kdo je naším prezidentem ano/ne

Příloha č. 3 statistické tabulky

Tabulka č. 28 Seznámení respondentů s chodem zařízení a poskytovanými službami

Chi-Square Tests				
Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
muž	Pearson Chi-Square	35,350 ^b	3	,000
	Likelihood Ratio	32,474	3	,000
	N of Valid Cases	41		
žena	Pearson Chi-Square	56,090 ^c	3	,000
	Likelihood Ratio	71,842	3	,000
	N of Valid Cases	66		
Total	Pearson Chi-Square	84,421 ^a	3	,000
	Likelihood Ratio	100,797	3	,000
	N of Valid Cases	107		

Zdroj: vlastní výzkum

Zde byl zjištěn statisticky významný rozdíl v poučenosti klientů zdravotnických a sociálních zařízení.

Tabulka č. 29 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu respondentů

Chi-Square Tests				
Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
muž	Pearson Chi-Square	12,218 ^b	3	,007
	Likelihood Ratio	11,433	3	,010
	N of Valid Cases	41		
žena	Pearson Chi-Square	33,554 ^c	3	,000
	Likelihood Ratio	42,226	3	,000
	N of Valid Cases	66		
Total	Pearson Chi-Square	47,638 ^a	3	,000
	Likelihood Ratio	55,108	3	,000
	N of Valid Cases	107		

Zdroj: vlastní výzkum

Zde byl zjištěn statisticky významný rozdíl v subjektivní hodnocení zdravotního stavu respondentů ze zdravotnických a sociálních zařízení. Vždy, když je Asymp. Sig (2-sided) menší než 0,05 je tam statisticky významný rozdíl.

Tabulka č. 30: Míváte závratě?

		Chi-Square Tests				
Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
muž	Pearson Chi-Square	1,985 ^c	1	,159		
	Continuity Correction ^b	,943	1	,331		
	Likelihood Ratio	1,889	1	,169		
	Fisher's Exact Test				,205	,165
	N of Valid Cases	41				
žena	Pearson Chi-Square	6,184 ^d	1	,013		
	Continuity Correction ^b	4,952	1	,026		
	Likelihood Ratio	6,488	1	,011		
	Fisher's Exact Test				,018	,012
	N of Valid Cases	66				
Total	Pearson Chi-Square	1,497 ^a	1	,221		
	Continuity Correction ^b	1,006	1	,316		
	Likelihood Ratio	1,531	1	,216		
	Fisher's Exact Test				,273	,158
	N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,78.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,39.

d. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,76.

U žen však byl zjištěn signifikantní rozdíl podle Fisherova exaktního testu.

Tabulka č. 31 Odpovědi na otázku, zda slyší dobře

Chi-Square Tests						
Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
muž	Pearson Chi-Square	,855 ^c	1	,355		
	Continuity Correction ^b	,253	1	,615		
	Likelihood Ratio	,842	1	,359		
	Fisher's Exact Test				,421	,304
	N of Valid Cases	41				
žena	Pearson Chi-Square	,067 ^d	1	,796		
	Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
	Likelihood Ratio	,067	1	,796		
	Fisher's Exact Test				1,000	,500
	N of Valid Cases	66				
Total	Pearson Chi-Square	,730 ^a	1	,393		
	Continuity Correction ^b	,408	1	,523		
	Likelihood Ratio	,730	1	,393		
	Fisher's Exact Test				,518	,261
	N of Valid Cases	107				

Zdroj: vlastní výzkum

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,02.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.

d. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,50.

Zde nebyly splněny předpoklady pro použití chí-kvadrát testu, proto byl použit Fisherův exaktní test.

Tabulka č. 32 Odpověď na otázku, zda jim šumí v uších

Chi-Square Tests						
Pohlaví:	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	
muž	Pearson Chi-Square	,216 ^c	1	,642		
	Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
	Likelihood Ratio	,205	1	,650		
	Fisher's Exact Test				,637	,488
	N of Valid Cases	41				
žena	Pearson Chi-Square	,133 ^d	1	,715		
	Continuity Correction ^b	,008	1	,927		
	Likelihood Ratio	,134	1	,714		
	Fisher's Exact Test				,789	,467
	N of Valid Cases	66				
Total	Pearson Chi-Square	,021 ^a	1	,884		
	Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
	Likelihood Ratio	,021	1	,884		
	Fisher's Exact Test				1,000	,530
	N of Valid Cases	107				

Zdroj: vlastní výzkum

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,69.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,54.

d. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,67.

Zde nebyly splněny předpoklady pro použití chí-kvadrát testu, proto byl použit Fisherův exaktní test.

Tabulka č. 33 Jak často respondenti padají

Chi-Square Tests				
Pohlaví:	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
muž	Pearson Chi-Square	,388 ^b	2	,824

žena	Likelihood Ratio	,553	2	,758
	N of Valid Cases	41		
	Pearson Chi-Square	6,267 ^c	3	,099
Total	Likelihood Ratio	6,743	3	,081
	N of Valid Cases	66		
	Pearson Chi-Square	3,218 ^a	3	,359
Total	Likelihood Ratio	3,830	3	,280
	N of Valid Cases	107		

Zdroj: vlastní výzkum

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,56.

b. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

c. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Použit chí – kvadrát test

Tabulka č. 34 Pád s následnou hospitalizací

Chi-Square Tests

Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
muž	Pearson Chi-Square	,791 ^b	2	,673
	Likelihood Ratio	,710	2	,701
	N of Valid Cases	41		
žena	Pearson Chi-Square	5,812 ^c	2	,055
	Likelihood Ratio	5,875	2	,053
	N of Valid Cases	66		
Total	Pearson Chi-Square	3,275 ^a	2	,194
	Likelihood Ratio	3,377	2	,185
	N of Valid Cases	107		

Zdroj: vlastní výzkum

- a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,33.

Zde byl použit chí – kvadrát test není statisticky významný rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, ani podle pohlaví

Tabulka č. 35 Kolikrát denně respondent vstane a projde se

Chi-Square Tests

Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
muž	Pearson Chi-Square	17,162 ^b	5	,004
	Likelihood Ratio	17,667	5	,003
	N of Valid Cases	41		
žena	Pearson Chi-Square	33,555 ^c	5	,000
	Likelihood Ratio	42,363	5	,000
	N of Valid Cases	66		
Total	Pearson Chi-Square	52,311 ^a	5	,000
	Likelihood Ratio	62,854	5	,000
	N of Valid Cases	107		

Zdroj: vlastní výzkum

- a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

- b. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

- c. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,05.

Zde je signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, i v členění podle pohlaví.

Tabulka č. 36: Jak často vycházíte mimo zařízení?

Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
muž	Pearson Chi-Square	4,870 ^b	3	,182
	Likelihood Ratio	7,188	3	,066
	N of Valid Cases	41		
žena	Pearson Chi-Square	13,238 ^c	3	,004
	Likelihood Ratio	18,880	3	,000
	N of Valid Cases	66		
Total	Pearson Chi-Square	18,591 ^a	3	,000
	Likelihood Ratio	27,046	3	,000
	N of Valid Cases	107		

Zdroj: vlastní výzkum

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,96.

b. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

c. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,09.

V této otázce se liší zdravotnická a sociální zařízení v hodnocení za obě pohlaví celkem.

Tabulka č. 37: Nosíte brýle?

Chi-Square Tests					
Pohlaví:	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,677 ^c	1	,411		
Continuity Correction ^b	,125	1	,723		
Likelihood Ratio	,752	1	,386		

Fisher's Exact Test				,651	,381
N of Valid Cases	41				
Pearson Chi-Square	1,194 ^d	1	,274		
Continuity Correction ^b	,616	1	,433		
Likelihood Ratio	1,162	1	,281		
Fisher's Exact Test				,358	,215
N of Valid Cases	66				
Pearson Chi-Square	,127 ^a	1	,722		
Continuity Correction ^b	,011	1	,916		
Likelihood Ratio	,125	1	,723		
Fisher's Exact Test				,803	,451
N of Valid Cases	107				

Zdroj: vlastní výzkum

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,29.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,88.

d. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,23.

Tabulka č. 38: Používáte naslouchátka?

Chi-Square Tests						
Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
muž	Pearson Chi-Square	1,313 ^c	1	,252		
	Continuity Correction ^b	,312	1	,576		
	Likelihood Ratio	1,131	1	,287		
	Fisher's Exact Test				,268	,268
	N of Valid Cases	41				
žena	Pearson Chi-Square	3,530 ^d	1	,060		
	Continuity Correction ^b	2,044	1	,153		
	Likelihood Ratio	5,458	1	,019		
	Fisher's Exact Test				,084	,067
	N of Valid Cases	66				

Total	Pearson Chi-Square	,866 ^a	1	,352		
	Continuity Correction ^b	,348	1	,555		
	Likelihood Ratio	,950	1	,330		
	Fisher's Exact Test				,503	,288
	N of Valid Cases	107				

Zdroj: vlastní výzkum

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,36.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,02.

d. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,09.

Tabulka č. 39: Používáte kompenzační pomůcky?

Chi-Square Tests						
Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
muž	Pearson Chi-Square	,578 ^c	1	,447		
	Continuity Correction ^b	,115	1	,735		
	Likelihood Ratio	,599	1	,439		
	Fisher's Exact Test				,679	,374
	N of Valid Cases	41				
žena	Pearson Chi-Square	,404 ^d	1	,525		
	Continuity Correction ^b	,116	1	,734		
	Likelihood Ratio	,398	1	,528		
	Fisher's Exact Test				,564	,362
	N of Valid Cases	66				
Total	Pearson Chi-Square	,061 ^a	1	,805		
	Continuity Correction ^b	,000	1	,988		
	Likelihood Ratio	,061	1	,805		
	Fisher's Exact Test				1,000	,499
	N of Valid Cases	107				

Zdroj: vlastní výzkum

- a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,53.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,90.
- d. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,92.

Tabulka č. 40: Jaké kompenzační pomůcky používáte?

Chi-Square Tests			
Pohlaví:	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)

muž	Pearson Chi-Square	4,279 ^b	4	,370
	Likelihood Ratio	4,463	4	,347
	N of Valid Cases	41		
žena	Pearson Chi-Square	6,258 ^c	4	,181
	Likelihood Ratio	8,472	4	,076
	N of Valid Cases	66		
Total	Pearson Chi-Square	10,181 ^a	4	,037
	Likelihood Ratio	12,983	4	,011
	N of Valid Cases	107		

Zdroj: vlastní výzkum

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

b. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

c. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,05.

Tabulka č. 41: Používáte vždy pevnou a dobře nazutou obuv?

Chi-Square Tests						
Pohlaví:		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
muž	Pearson Chi-Square	,388 ^c	1	,534		
	Continuity Correction ^b	,039	1	,844		
	Likelihood Ratio	,401	1	,527		
	Fisher's Exact Test				,685	,431
	N of Valid Cases	41				
	Pearson Chi-Square	,870 ^d	1	,351		
žena	Continuity Correction ^b	,430	1	,512		
	Likelihood Ratio	,858	1	,354		
	Fisher's Exact Test				,411	,254
	N of Valid Cases	66				

Total	Pearson Chi-Square	,080 ^a	1	,777		
	Continuity Correction ^b	,003	1	,954		
	Likelihood Ratio	,080	1	,778		
	Fisher's Exact Test				,823	,473
	N of Valid Cases	107				

Zdroj: vlastní výzkum

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,37.

b. Computed only for a 2x2 table

c. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,73.

d. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,32.