Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Studies

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Prevence poranění v souvislosti s pády obyvatel domova pro seniory

Vypracovala: Bc. Hana Soukupová
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

V dnešní době dochází k výraznému nárůstu počtu seniorů. Z pohledu statistik tomu v nejbližších letech nebude jinak. Čím je člověk starší, projevují se u něho involuční změny. Jednak jsou to změny zánikové a v druhé řadě změny atrofické. Seniorům se zhoršuje zdatnost, odolnost a adaptabilita organismu. Se zvyšováním věku přibývá nejen imobilita a deficity sebepéče, ale se stářím je spojena i vyšší úrazovost, kterou má na vině pád. Pády jsou způsobeny nestabilitou seniorů. Vzhledem k vyššímu věku a k přibývajícím nemocem se úrazy hůře hojí a seniora posunují k imobilitě. A v případě, kdy již k pádu dojde, je potřeba, aby následky byly co nejmírnější. Základním záměrem diplomové práce bylo zjištění, do jaké míry jsou všeobecné sestry schopny zajistit prevenci poranění v souvislosti s pády u seniorů.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a na část empirickou. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. První z nich se zabývá problematikou stáří v souvislosti s pády. Druhá je věnována ošetřovatelské péči, která je zaměřená na prevenci pádů v seniorském věku. Třetí kapitola je zaměřena na náročnost ošetřovatelské péče seniorů a ta poslední se zabývá edukací seniora.

Empirická část diplomové práce je vedena kvalitativní výzkumnou metodou. Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor se seniory i se sestrami. Rozhovory vedené s oběma výzkumnými soubory byly zapsány na záznamový arch a poté doslovně přepsány. Odpovědi byly shromážděny do přehledných schémat a kategorií, které jsou pak stručně popsány. Další použitou technikou bylo pozorování. Výzkumný soubor seniorů byl pozorován přímo a zúčastněně a výzkumný soubor sester byl sledován nepřímo a zúčastněně. Celé sledování bylo zaznamenáno na záznamový arch. Po rozhovorech probíhala podrobná analýza dokumentace, která zahrnovala rozbor chorobopisů seniorů se zaměřením na: lékařské diagnózy, na chronickou medikaci a na zpracování rizika pádu a jeho hodnocení. Při analýze jsme se především zaměřili na faktory ovlivňující pády.

Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny respondentů. První zkoumaný vzorek tvořilo 5 sester, které pracují v Domově pro seniory. Tento vzorek byl vybrán ze sester, které mají již delší praxi se seniory. Soubor byl složen výhradně z žen. Druhý zkoumaný

vzorek tvořilo 10 seniorů žijících v Domově pro seniory. Celkem rozhovor poskytlo 9 žen a 1 muž. Pro lepší orientaci byli respondenti z řad seniorů označeni jako R1 – R10. Z toho 5 respondentů R1 – R5 dostalo pro výzkumné šetření kalhotky s výstuhami na oblast kyčelního kloubu, které v průběhu celého výzkumu nosili. Respondentky z řad sester byly označeny jako S1 – S5.

Pro účely diplomové práce byly vymezeny tři cíle a k nim se vztahující čtyři výzkumné otázky. Prvním cílem bylo zjistit míru informovanosti o rizicích pádů u klientů. Druhým cílem bylo zjištění, jaký dyskomfort přináší používání speciální pomůcky zabraňující zranění kyčelního kloubu při pádu v běžných denních aktivitách života seniorů. Třetím cílem bylo zjištění, jak se zdravotnickému personálu pracuje s klienty, kteří používají speciální pomůcky zabraňující zranění kyčelního kloubu. V souvislosti s těmito třemi cíli vznikly čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1 zněla: Jaká je kvalita poskytovaných informací zdravotnickým personálem při preventivní intervenci v souvislosti s pády? Výzkumná otázka 2 zněla: Jaká je ochota klientů ke změně, směřující k prevenci pádů? Výzkumná otázka 3 zněla: Do jaké míry je ovlivněn komfort klienta při používání speciálních pomůcek, které zabraňují zranění kyčelního kloubu při pádu? Výzkumná otázka 4 zněla: Do jaké míry je ovlivněna práce zdravotnického personálu s klientem, který používá pomůcky zabraňující zranění kyčelního kloubu při pádu?

Z výsledků kvalitativního šetření vyplynulo, že úroveň poskytovaných informací zdravotnickým personálem při preventivní intervenci v souvislosti s pády, je v rámci seznámení s rizikovými místy nedostačující. Především se ukázalo, že sestry dostatečně nesledují účinky chronické medikace, které mohou mít vliv na psychomotorický útlum seniora. A to zejména v nočních hodinách. Kompenzační pomůcky sestry dostatečně a vhodně nabízejí respondentům, což vnímáme pozitivně, ale je nutné v tom i nadále pokračovat. S bezpečností je ovšem také spojená funkčnost těchto pomůcek, což může být problémem. Zvláště v případě když se bezpečnost pravidelně nesleduje. Sestry prokázaly velmi dobrou znalost veškerých kompenzačních pomůcek, které mohou usnadnit seniorům soběstačnost. Problematická je také bezpečnost pokojů, zejména co se týká nejrůznějších výstupků nerovnosti v koupelnách. Tento problém musí vyřešit

vedení Domova pro seniory. Výsledky nepotvrdily, že by klienti ochotu ke změně, která má směřovat k prevenci pádů, nevítali. Nicméně u dvou respondentů se nepodařilo zapojení do aktivit a udržení si kondice v souvislosti s pravidelným cvičením v Domově pro seniory. Výsledky dále nepotvrdily, že by komfort klienta při používání speciálních pomůcek, které zabraňují zranění kyčelního kloubu při pádu, byl nějak omezen. Dále z výsledků vyplynulo, že zdravotnický personál nepociťoval žádné omezení v práci se seniory, využívající tuto pomůcku.

Doporučení pro praxi: zjištěné výsledky výzkumného šetření budou použity k opakovanému sezení se seniory a zejména také se sestrami. Výsledkem by měla být větší prevence úrazů a jejich následků. Vedení Domova pro seniory, společně se zdravotnickým personálem, vytváří edukační materiál. V něm jsou zaznamenána riziková místa, která mohou vést k případnému pádu seniora. Tyto výsledky by mohly sloužit i pro jiná zařízení, kde se zdravotnický personál věnuje péči o seniory. A v neposlední řadě také pro zdravotní pojišťovny, které by mohly v rámci primární prevence poskytovat tuto speciální pomůcku za alespoň částečnou úhradu. Vzhledem k nárůstu počtu seniorů se bude zároveň zvyšovat i finanční nákladnost na péči o tuto populaci. A v porovnání s finančními náklady na léčbu například zlomenin a mnohdy i trvalou invaliditu seniora, jsou náklady na speciální pomůcku zcela zanedbatelné. Bylo by jistě vhodné dlouhodobé sledování efektivnosti a funkčnosti této speciální pomůcky, která zabraňuje zranění kyčelního kloubu.

Součástí této diplomové práce jsou tato klíčová slova – všeobecná sestra, senior, prevence, pády, ošetřovatelská dokumentace, stárnutí.

Abstract

The numbers of senior citizens are significantly growing, and according to the statistical data this trend will continue in the next few years. Ageing is accompanied by involutional changes in the form of demise and atrophy. Senior citizens experience deteriorating fitness, resilience and adaptability of the organism. As they get older, they increasingly suffer from immobility and deficient self-care, but also from growing rate of fall-related injuries. With senior citizens, falls are a result of their lack of stability. Due to age and increasing occurrence of illnesses the injuries of senior citizens entail longer and problematic recovery and ultimately contribute to growing immobility. If the fall does happen, it is necessary to mitigate the consequences as much as possible. The essential objective of this diploma thesis is to examine to what extent the general nurses are able to ensure prevention of fall-related injuries of senior citizens.

The diploma thesis is structured into a theoretical part and an empirical part. The theoretical part consists of four chapters: The first chapter presents the issues of ageing from the perspective of falls occurring to senior citizens; the second chapter addresses nursing care focused on the prevention of falls of senior citizens; the third chapter analyzes the demanding nature of nursing care of the senior citizens; and the last chapter addresses the related education of the senior citizens.

The empirical part of the diploma thesis is based on qualitative research. The data were collected via semi-structured interviews with the senior citizens and the nurses. The interviews conducted with both research sets were recorded on a recording sheet and then transcribed in full. The replies were processed into clearly arranged charts and categories with brief descriptions. Another research method applied was observation. For the research set of senior citizens the direct participant observation was applied, while for the research set of nurses the indirect participant observation was selected. The observation was continuously recorded on a recording sheet. The interviews were followed by a detailed analysis of the documentation, which involved the analysis of the medical records of the senior citizens with a focus on medical diagnosis, chronic medication, and processing of the fall risk and its evaluation. In the course of the analysis emphasis was placed particularly on factors affecting the falls.

The research sample consisted of two sets of respondents. The first set comprised 5 nurses working in the Retirement House all of whom have considerable experience with senior citizens. This set comprised of female nurses only. The second set comprised 10 senior citizens staying at the Retirement House: 9 women and 1 man consented to the interview. For the purposes of clarity the senior respondents were designated as R1 – R10, of which five respondents (R1 – R5) were given pants with reinforced lining in the area of the hip joint which they wore during the entire research. The nurse respondents were designated as S1 – S5.

The diploma thesis pursued three objectives by means of four related research questions. The first objective was to ascertain the extent of the clients' awareness of fall risks. The second objective was to assess the discomfort associated with usage of the special device preventing hip joint injuries resulting from falls during common everyday activities of the senior citizens. Finally, the third objective was to obtain the opinions of the healthcare staff on working with clients wearing special devices preventing the hip joint injuries. Four research questions were formulated in connection with these three objectives. Research question No. 1: What is the quality of information provided by the healthcare staff as part of the preventive intervention regarding the falls? Research question No. 2: How willing are the clients to accept changes contributing to fall prevention? Research question No. 3: To what extent is the comfort of the client affected by using special devices preventing fall-related hip joint injuries? Research question No. 4: To what extent is the work of the healthcare staff affected if their clients use devices preventing fall-related hip joint injuries?

The results of the qualitative research suggest that the extent of information provided by the healthcare staff as part of the preventive intervention regarding the falls is insufficient in terms of awareness of the risky places. In particular, the research revealed that the nurses fail to sufficiently monitor the effects of chronic medication which may contribute to psycho-motor inhibition of the senior clients, particularly during the night. As far as mobility aids are concerned, the nurses offer these devices sufficiently and suitably to the respondents, which is perceived positively and should continue in the future. However, safety is also conditioned by the functionality of these

aids, which may be a problem – particularly if the safety is not monitored regularly. The nurses demonstrated very good knowledge of all the mobility aids which may facilitate self-reliance of the senior clients. Another problematic issue is the safety of the rooms, particularly in terms of various protrusions and unevenness in the bathrooms. This issue must be addressed by the management of the Retirement House. The results of the research do not show any unwillingness of the clients to accept changes contributing to fall prevention. Nevertheless, two of the respondents failed to engage in the activities and maintain physical fitness by regular exercise in the Retirement House. Furthermore, the results do not show any limitation of the clients' comfort resulting from using special devices preventing fall-related hip joint injuries. Finally, according to the research the healthcare staff does not feel restricted in any way when working with senior clients using such device.

Recommendations for the practice: the results of the research will be used for repeated meetings with the senior clients and particularly with the nurses. The ultimate output should be more intensive prevention of injuries and their consequences. The management of the Retirement House, together with the healthcare staff, are working on a new educational material which would indicate risky places with increased probability of falls. These results could be beneficial also for other facilities where healthcare staff takes care of senior citizens. Last but not least, the results are of interest also to the health insurance companies which could provide this special device with at least partial subsidy as part of the primary prevention programme. Due to increasing number of senior citizens the costs of care for this segment of population will continue to grow. When compared to the costs of treatment of fractures and often also permanent disability of the senior citizens, the cost of the special device is insignificant. Long-term monitoring of the efficiency and functionality of this special device preventing hip joint injuries could thus be very beneficial.

This diploma thesis contains the following key words – general nurse, senior citizen, prevention, falls, nursing documentation, ageing.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 13. 8. 2015 .....

Bc. Hana Soukupová

Poděkování

Velmi děkuji PhDr. Mgr. Marii Trešlové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a především trpělivost při zpracování diplomové práce.

Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu a trpělivost, kterou mi poskytovali v průběhu celého mého studia a při přípravě diplomové práce.

Obsah

Seznam použitých zkratek 12

Úvod 13

1 Současný stav 14

1.1 Problematika stáří v souvislosti s pády 14

1.1.1 Stárnutí populace 15

1.1.2 Involuční změny ve stáří 17

1.1.3 Vnitřní příčiny pádů 19

1.1.4 Vnější příčiny pádů 20

1.1.5 Problematika pádů 21

1.1.6 Prevence pádů 22

1.1.7 Kvalita života seniorů 25

1.2 Ošetřovatelská péče zaměřená na prevenci pádů v seniorském věku 27

1.2.1 Preventivní opatření 27

1.2.2 Příjem seniora do Domova pro seniory 28

1.2.2.1 Fyzikální vyšetření seniora 30

1.2.2.2 Funkční geriatrické vyšetření 31

1.3 Náročnost ošetřovatelské péče seniorů 33

1.3.1 Pohybové aktivity seniorů 34

1.4 Edukace seniorů 35

2 Cíle práce a výzkumné otázky 38

2.1 Cíle práce 38

2.2 Výzkumné otázky 38

3 Metodika 39

3.1 Použité metody 39

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 40

4 Výsledky 41

4.1 Výsledky kvalitativního šetření všeobecných sester 41

4.2 Pozorování sester S1 – S5 55
4.3 Výsledky kvalitativního šetření seniorů 58
4.4 Pozorování respondentů R1 – R10 68
5 Diskuze 80
6 Závěr 89
7 Seznam použitých zdrojů 92
8 Klíčová slova 99
9 Seznam příloh 100

Seznam použitých zkratek

ADL – Aktivity Daily Living

CGA – Comprehensive Geriatric Aseessment

CMP – Cévní mozková příhoda

DM – Diabetes mellitus

CHOPN – Chronická obstrukční bronchopneumónie

IADL – Instrumental Activity of Daily Living

ICHS – Ischemická choroba srdeční

MMSE – Mini-mental State Examination

PAD – Perorální antidiabetika

TEP – Totální endoprotéza

WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

„V kalendáři života, otočil jsem další list, kolik otočím jich ještě, tím si nejsem jist. Po jaru mládí a létě zrání, podzim vrásek a na čas lásek zbylo pouhé vzpomínání.“

Jiří Jenšovský

Tématem této diplomové práce je: „Prevence poranění v souvislosti s pády v Domově pro seniory“. Toto téma jsem si zvolila proto, že sama pracuji v Domově pro seniory na pozici vrchní sestry a denně se setkávám s touto problematikou. Trápí mne vysoký výskyt pádů u našich klientů a proto smyslem této práce, je zamezit nebo alespoň eliminovat poranění seniorů v souvislosti s nimi. V dnešní době dochází k výraznému nárůstu počtu seniorů. Z pohledu statistik tomu nebude v nejbližších letech jinak, právě naopak. Čím je člověk starší, projevují se u něj involuční změny, jednak zánikové a jednak atrofické. S věkem se pozměňuje také spektrum nemocnosti, především narůstají chronické degenerativní choroby (Čevela, 2014). Nejenom, že dochází k těmto změnám, ale zhoršuje se také jejich zdatnost, odolnost a adaptabilita organismu. Se zvyšováním věku přibývá nejen imobilita a deficity sebepéče, ale se stářím bývají spojeny také úrazy v souvislosti s pády. Vychází to z jejich nestability. Vzhledem k vyššímu věku a k přibývajícím nemocem se tyto úrazy hůře hojí a seniora posunují k imobilitě. A pokud již k pádu dojde je také potřeba, aby následky byly co nejmírnější. Základní otázkou a hlavním záměrem této diplomové práce je zjistit do jaké míry jsou všeobecné sestry schopny zajistit prevenci poranění v souvislosti s pády seniorů. Dojde-li k pádu, je nutností jej zdokumentovat a tuto situaci je nezbytné i vyhodnotit. Není moudré hledat viníky, kdo za pád může, spíše je potřeba poučit se z této události a do budoucna ji zamezit. Z toho vyplývá také vzdělanost pečujícího personálu v této oblasti. Pády se netýkají jen ošetřovatelské péče, ale také bezpečného prostředí seniora. I v této práci se zabýváme tímto problémem, pozorováním jeho bezpečného prostředí (Venglářová, 2007).

1 Současný stav

1.1 Problematika stáří v souvislosti s pády

Stárnutí se v České republice, stejně jako v Evropě, stává významným sociálním problémem a bez rozdílu postihuje ve většině případů všechny vyspělé země. Jedná se o proces, při kterém se snižuje počet narozených dětí a naopak se navyšuje počet seniorů. S rostoucím věkem se všeobecně předpokládá zhoršující se zdravotní stav (Nešporová, 2008). Proto by se měl člověk, stejně jako celá společnost, zabývat přípravou na stáří. Říká se, že toto období života je jakýmsi završením našich zkušeností, zážitků, snahy, celoživotní námahy a veškeré aktivity nejenom pro sebe, ale i pro celou společnost. Starý člověk postupem času ztrácí veškerou kontrolu nad svým životem a proto je potřeba vytvořit takové podmínky, aby neztratil také to nejdůležitější – tedy svoji důstojnost (Pikola, 2010). Lidská důstojnost je mimo jiné i jedno z ústředních témat evropské kultury, která vychází z antických a židovsko-křesťanských tradic. Důležitost důstojnosti člověka také dokazuje to, že většina zařízení se řídí Listinou základních lidských práv a svobod (Lelkešová, Juhásková, 2012).

Geriatrie znamená v překladu z řeckého slova iatró – léčím a jedná se o samostatný medicínský obor, který se specializuje víceoborovým přístupem k diagnostice, léčbě a následné rehabilitaci. Jejím zakladatelem je Ignaz Leo Nasher, který žil v letech 1864 až 1964. Geriatrie se v České republice stává zcela samostatně odděleným klinickým oborem až v roce 1982. Geriatrická péče je a musí být týmová a většinou také dlouhodobá. Na péči o geriatrického klienta se mimo vnitřního lékařství také podílí obory, ať už lékařské i nelékařské: neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, logopedie, rehabilitace, ergoterapie a v neposlední řadě nejdůležitější ošetřovatelství (Malíková, 2011).

Pády, ale všeobecně řečeno jakékoli úrazy, představují velmi závažnou seniorskou problematiku. Je důležité, aby každé zařízení, ať už se jedná o Domovy pro seniory nebo nemocnice, znalo definici pádu a přesně i soustavně sledovalo a hodnotilo získaná data (Dostálová, Nahodilová, 2011). Pád je mimořádná událost, která končí

v nezamyšleném spočinutí klienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu (Recources, 2007).

Pády jsou ve stáří velmi častým jevem a s přibývajícím věkem jejich počet narůstá. Podle Topinkové postihují pády 20-30 % osob ve věku 65-69 let a až 50 % u osob nad 85 let (Topinková, 2010). Právě u seniorů jsou zdravotní následky pádů vážnější. Často souvisí se zraněním a s následným vznikem invalidity nebo ztrátou soběstačnosti. V zájmu každého zařízení, které poskytuje péči seniorům, by tedy mělo být snížení následků v souvislosti s pády. Každá všeobecná sestra pracující v zařízeních, kde se setkává se seniorskou populací, by si měla uvědomit jednu velmi důležitou věc. A tou je včasné odhalení rizikového seniora, kterému hrozí ve zvýšené míře pád. Tohoto seniora je vždy dobré získat ke spolupráci a motivovat ho k dodržování určitých opatření. Zároveň je také nutná vzdělanost ošetřujícího personálu v problematice pádů (Jurásková, 2007).

1.1.1 Stárnutí populace

Stárnutí je proces zcela individuální a do jisté míry se vyvíjí u každého člověka rozdílně (Jurášková, Holmerová, 2010). Populace stárne, lidský život se prodlužuje. Narůstá tak počet starších a starých lidí. S tím je samozřejmě spojená péče a šetrné opatrování je nutností a povinností celé společnosti. Stáří je konečným obdobím našeho života, kdy každý bilancuje a uzavírá prožitý život. Uvědomuje si, hodnotí a kritizuje svou dosavadní životní etapu a zároveň tak dostává zpětnou vazbu o tom, jak se měl rád i jak se choval ke svému tělu (Bukáčková, 2012; Červenková, 2010).

V dnešní době se jedná o velmi aktuální téma. Obecně ošetřování nemocných a starých lidí je důležitou součástí zdravotnických činností. Především náklady, které jsou spojeny právě s ošetřováním seniorů (Ondriová, Fertaľová, 2013). Jedná se nejenom o přirozený, ale i o nezvratný biologický proces, který u každého jedince trvá od jeho narození až po jeho smrt. Senior je tedy člověk, který je v konečné životní etapě. Proces stárnutí je zákonitý a zcela přirozený a žádný živý organismus se mu nemůže vyhnout.

Stárnutí není nemoc, ale jen fyziologický proces. Vymezit však hranici stáří a určit, kdy se člověk stává starým, je velmi složité (Holczerová, Dvořáčková, 2013; Haškovcová, 2006).

Stárnutí je věcí značně individuální. Každý člověk stárne jiným tempem, někdo pomaleji, někdo naopak rychleji. Tato závěrečná životní etapa dopadá na celou společnost, tedy zejména do oblasti ekonomické, sociálně zdravotní a sociologické. V oblasti ekonomické to vyplývá z narůstajícího počtu lidí v nadproduktivním věku a s tím souvisí vynakládání vyšších společenských prostředků na zabezpečení potřeb seniorů. Oblast sociálně zdravotní je u stárnoucí populace dána zvýšenou nemocností a tím pádem zvýšeným nárokem na zdravotní a sociální péčí. Sociologická oblast se dotýká pozice a role seniora ve společnosti (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Toto období je bohužel obecně chápáno velmi negativně, protože si každý člověk období stáří spojí automaticky s chorobami, s problémy se sníženou soběstačností a osamělostí. Lidé se obávají ztráty lidské důstojnosti, z ponížení nebo i z nedostatku respektu při nesoběstačnosti. Rozlišují se dva typy stárnutí – fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí je přirozené a jde o běžnou součást života jedince. Patologické stárnutí se může projevovat nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, přičemž kalendářní věk bývá nižší (Malíková, 2011).

Obecně definovat starého člověka nebo seniora nelze a to především z hlediska individuální variability, nejčastěji ovlivněné jeho zdravotním stavem. Stárnutí působí na funkci a aktivitu buněk i na chemickou skladbu jejich molekul a tím nastává postupný úbytek schopnosti přizpůsobit se na změny prostředí. Stárnutí doprovázejí přeměny morfologické a funkční a s přibývajícím věkem člověka se veškeré orgány podvolují různým změnám. Rozdělujeme je na primární, sekundární a terciální stárnutí. Do primárního stárnutí řadíme tělesné změny běžného stárnoucího organismu. Do sekundárního stárnutí řadíme změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nejsou nezbytným doprovodným symptomem. Do terciálního stárnutí lze řadit prudký a nápadný tělesný úpadek, který bezprostředně předchází smrti (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Hodně se v posledních letech zabýváme nejenom délkou života, kdy rozvoj dnešní medicíny umí prodloužit život mnoha lidem, kteří trpí mnoha chorobami, ale často se mluví také o kvalitě života. Vysoká hodnota života ve stáří je spojená se soběstačností, samostatností a možností rozhodovat nebo alespoň spolurozhodovat o sobě. Každý člověk přichází na tento svět s určitými dispozicemi a předpoklady. Jak bude reagovat na situace ve svém životě je ovlivněno jeho genetickými a dědičnými dispozicemi, životními zkušenostmi a také prostředím ve kterém žije. Je potřeba mít na paměti, že člověk se celý život učí. Učí se stále novým způsobům chování jak v určité době, tak i na určitém místě. Pokud člověka přemístíme do jiného prostředí, jakým je Domov pro seniory, jeho adaptace se tak stává daleko obtížnější (Venglářová, 2007).

Světová zdravotnická organizace klasifikuje věk do následujících cyklů. Dospělost: 30-44 let. Střední věk nebo ho také nazýváme zralým věkem: 45-59 let. Senescence neboli vyšší věk nebo ho také nazýváme časným stářím: 60-74 let. Kmetství neboli senium nebo ho také nazýváme vlastním stářím: 75-89 let. Patriarchum neboli dlouhověkost: 90 let a výše (Malíková, 2011). Ovšem není důležitá jen délka života, ale také jeho kvalita. Stařecká křehkost je popisována úbytkem fyzické zdatnosti seniorů, disabilitou, zhoršením kvality života, vystupňovanou nemocností a úmrtností. Na stařecké křehkosti se podílejí involuční změny stárnoucího organismu, účinky prodělaných chorob, nastřádané během celého našeho života a navíc se k tomu připojují i další zdravotní problémy (Berková, 2013).

1.1.2 Involuční změny ve stáří

Mezi involuční změny patří změny zánikové, poklesové a atrofické. Nastává zhoršování zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu (Kalvach, Onderková, 2006).

V každém lidském organismu nastává ve stáří velká řada změn. Veškeré změny jsou ovlivněny jednak osobností seniora, ale také odezvami jeho okolí a eventualitami jak získat pomoc v oblastech, které senior sám nezvládá. Změny se týkají následujících úrovní:

Tělesné změny – jsou typické pro stárnoucí organismus. Do této oblasti patří změna vzhledu, úbytek svalové hmoty, změna termoregulace, změna smyslů – zejména zraku a sluchu. Dále degenerativní změny páteře, mozku, kloubů, kardiopulmonální změny, změny při trávení a s tím spojené vyprazdňování moči či stolice a změny sexuální aktivity. V pohybovém systému dochází ke změnám, které jsou spojené s výškou a hmotností. K poklesu výšky dochází z důvodu, že svalová hmota atrofuje a proto se také stává, že někteří senioři chodí v mírném předklonu. Tyto ochablé svaly již nejsou schopny udržet vzpřímenou postavu. Kosti řídnou a stávají se křehčími, čímž se následně stupňuje riziko zlomenin a dalších úrazů. Také úbytek kloubních chrupavek doprovází sníženou schopnost pohybu s bolestivostí (Dvořáčková, 2012).

Psychické změny – do těchto změn spadá, dá se zjednodušeně říci, zhoršení kognitivních funkcí, což je zhoršení paměti, pozornosti, představ, myšlení, neschopnost si osvojit nové věci, nedůvěřivost či nedostatečná sebedůvěra, emoční labilita a zhoršení úsudku. Mezi změnami tělesnými a psychickými je určitá souvislost. To znamená, že jak se tělesné změny stupňují, tak jsou seniorem velmi negativně vnímány a tím se následně projevují změny psychické. Na kvalitě duševní stránky se podílí osobnost člověka. Celistvost osobnosti zůstává stejná, neměnná, pouze se mění její část, ke které se mohou vztahovat i některé osobnostní rysy a vlastnosti člověka. Zhoršuje se adaptace k životním změnám. Senioři mají rádi stávající stereotyp a pokud nemají dostatek motivace, neradi se učí novým činnostem. Oblast citového života také nezůstává bez jakýchkoli změn. Začínají mít strach o svůj život, pronásleduje je obava z pádů a ze samoty. To se může projevit i úzkostným naladěním seniora. Jsou ale i psychické změny, které se s jakýmkoli věkem nemění a k těm patří jazykové znalosti, intelekt a slovní zásoba (Malíková, 2011; Venglářová, 2007).

Sociální změny – jsou provázeny jednak nepříznivými, ale i pozitivními změnami. Do oblasti nepříznivých změn spadá odchod do penze, nutná, ale nevyhovující změna životního stylu, stěhování, ztráta blízkých lidí a svých vrstevníků, finanční potíže, osamělost a fyzická závislost. Do oblasti pozitivních změn řadíme funkční rodinu a dobré rodinné vztahy, plánovaná ekonomická příprava, plánované zájmy. Udržení

koníčků a efektivní nakládání s volným časem. Odchod do důchodu může člověka ovlivnit jak z té pozitivní, ale také z té negativní stránky. Mění se sociální role seniora, přestává být pracujícím člověkem. K negativní stránce patří zvýšený výskyt nemocí, který pak brání ve vykonávání obvyklých denních aktivit. V takovém případě dochází k omezení soběstačnosti a sebepéče, které souvisí se závislostí na pomoci druhých osob. Řešením v takovéto situaci jsou kompenzační pomůcky – hole, berle, chodítka či vozíky. Pokud senior má nedostatek společenských kontaktů a známostí, nabývá pocitu sociální izolace, která s sebou přináší množství negativních nálad. Všichni senioři však nemusí být závislí na pomoci druhých osob. Je značné množství seniorů, kteří žijí dlouho činným životem a jsou schopni si zajišťovat běžné denní aktivity (Malíková, 2011; Mlýnková, 2011).

Všechny tyto změny stárnutí orgánů přispívají ke vzniku pádů. Podle příčiny rozlišujeme pády vnitřní a zevní.

1.1.3 Vnitřní příčiny pádů

Vnitřní příčinou bývají somatická onemocnění. Do příčin kardiovaskulárního systému řadíme výkyvy krevního tlaku, poruchy rytmu, aortální stenózu, synkopu, také ortostatickou hypotenzi, vertebrogenní insuficienci a také šelesty nad karotidami. Další skupinou jsou neurologické poruchy, ve kterých nacházíme poruchy stability, zejména stoj a rovnováhu, chůzi a mobilitu, svalovou slabost, nystagmus, tremor, ataxii a fokální neurologické výpady. Dalším systémem, který může zapříčinit pád seniora, je pohybový aparát. V tomto systému může být příčinou artróza, artritida, omezená kloubní pohyblivost, snížená svalová síla, různé kostní nebo kloubní deformity, ale také osteoporóza. Zde se jedná o metabolické kostní onemocnění, charakterizované zvýšeným rizikem kostních fraktur v důsledku úbytku kostní hmoty.

I psychický stav může být příčinou pádu. Zejména poruchy paměti či orientace, zmatenost či deprese, úzkost, strach z pádu a později i demence. Jedná se o chronickou a trvalou poruchu chování a vyšších intelektuálních funkcí, způsobené organickým

onemocněním mozku a vyznačují se: poruchami paměti, změnou osobnosti, poruchou sebepéče, poruchou rozumových schopností a dezorientací.

Závrať je pocit pohybu vlastního těla nebo okolí. Příčina centrální (nerotační) závratě je v nejistotě při chůzi či stoji, pocitu jakéhosi plavání v prostoru a v poruše vidění. Příčinou nevestibulární závratě, která je ve stáří velmi častá, jsou interní a oční onemocnění (Topinková, 2010; Mlýnková, 2011).

Poruchy zraku také tvoří jednu z mnoha příčin, které vedou k pádu seniora a jedná se o snížení prostorového vnímání či snížení zrakové ostrosti. Dalším zrakovým onemocněním, které způsobuje rozmazané vidění, je šedý zákal čočky nebo-li katarakta. K postupné ztrátě zraku, vlivem zvýšeného nitroočního tlaku, dochází u zeleného zákalu nebo-li glaukomu.

1.1.4 Vnější příčiny pádů

Pády ze zevních příčin pocházejí z okolního prostředí seniora. Nástrah, které ohrožují seniora např. v bytě, je mnoho. Souvisí především s nevhodným vybavením bytu. Častým problémem bývá nedostatečné osvětlení, kdy se riziko pádu výrazně zvyšuje. Dále kluzké podlahové krytiny, nevhodně rozmístěný nábytek, různé koberečky na podlaze nebo v koupelně absence bezpečnostních madel. Dalším možným rizikem je nevhodná obuv, kdy si senioři vyberou špatnou velikost nebo tvar či kvalitu podrážek. Využívají volné pantofle, které zhoršují stabilitu chůze. Do zevních příčin také spadá absence vhodných pomůcek pro zlepšení bezpečnosti chůze, zajištění stability, bezpečnosti a především jistoty. Senior v rámci svých běžných denních aktivit provádí nebezpečné aktivity, jako je stoj na židli, stoličce nebo práce na štaflích. Dalším nebezpečím je také cestování v dopravě, především v prostředcích městské hromadné dopravy. Riziko skýtá také stav chodníků, zvláště pak ty, které nejsou bezbariérové. Nesmíme také zapomenout na nové a pro seniora neznámé prostředí, kterým může být právě nemocnice nebo i Domov pro seniory (Mlýnková, 2011; Topinková, 2010).

S ohledem na výše zmiňované změny a problémy senioři užívají léky. Bývá poměrně častým jevem, že senior většinou užívá nadměrné množství léků různého charakteru, mezi nimiž nechybí ani antidepresiva, psychofarmaka, antihypertenziva či myorelaxancia. Dále pak analgetika, hypnotika a léky na onemocnění kardiovaskulárního systému. Většina z těchto léků má výrazný tlumivý účinek i v denních hodinách, což může mít vliv na pád (Mlýnková, 2011).

To, jak bude reagovat senior na tyto změny, je ovlivněno mimo jiné jeho osobností, výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi, ale i prostředím ve kterém žije (Malíková, 2011; Mlýnková, 2011).

1.1.5 Problematika pádů

Pády jsou ve stáří velmi častým jevem, protože ve vyšším věku je chůze již nejistá, zvláště pak je-li terén nerovný. To představuje překážku v té podobě, že se senior bojí a odmítá ji zdolávat. Čím má senior větší zkušenost s pádem, tím jeho nejistota ještě více narůstá (Mlýnková, 2011).

V Českém zdravotnictví je problematika pádů nejdiskutovanější oblastí, která se opírá o kvalitu a bezpečí péče. K věkové skupině seniorů nad 65 let patří pády mezi nejčastější a nejrizikovější události. K nejobávanějším komplikacím patří zlomeniny, které negativně působí především na samotného seniora, ale v druhé řadě také na zdravotnický personál a ekonomickou oblast. Typický je minimální tlak, který je zapříčiněn především sníženou kvalitou osteoporotické kosti. Předcházení pádů je závažnou a zásadní problematikou, kterou je potřeba řešit, protože následky poranění vedou k dlouhodobé imobilitě (Svobodová, 2013; Hasara, 2012).

Dana Jurásková v roce 2007 sledovala ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v České republice. Ekonomickými dopady se v této práci nezabýváme, i když jsou bezesporu také důležitou součástí v problematice pádů a úzce s nimi souvisí. Statisticky bylo sledováno po dobu jednoho roku dvanáct zdravotnických zařízení. Na lůžkách následné péče bylo hospitalizováno 19 527

pacientů, z nichž pád prodělalo 1 403 pacientů (7,18 %). Z těchto seniorů, kteří prodělali pád, se zranilo 636 pacientů (45,33 %). Závěrem dokumentovali vysoký výskyt pádů a závažných poranění (Jurásková, 2007).

V roce 2011 proběhl výzkum, ze kterého bylo zjištěno, že nejčastější příčinou byl u seniorů pád z lůžka. Zatímco v roce 2012 nejčastější příčinou byla nestabilita při chůzi. Tento výzkum probíhal u hospitalizovaných pacientů. Mezi další příčiny, lze zařadit stav lůžka – jednalo-li se o lůžko se zabrzděnými nebo nezabrzděnými kolečky, s postranicemi nebo bez postranic. Dále zda-li je senior psychicky orientovaný, kdy dovede vysvětlit, jak k pádu došlo nebo to jen nedovede vysvětlit, ale zůstává plně orientován. A poslední pravděpodobností je, že senior byl zmatený a nedovede vůbec popsat, jak k pádu došlo. Podle studie a výzkumu Svobodové celkem všech 15 % pádu doprovázejí větší zranění, jako jsou zranění hlavy, zlomeniny a luxace a 75 % pádů doprovázelo zlomeninu krčku stehenní kosti (Svobodová, 2013).

1.1.6 Prevence pádů

Prevence, která povede k trvalému snižování úrazovosti seniorů, plně koresponduje s dokumentem Zdraví 21. Cíl č. 5: „*Zdravé stárnutí do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti*“ (MZČR). Cílem je snížit úmrtnost i nemocnost a prostředkem toho je pokrok v prevenci příčin a rizik nemocí. Prevence nemoci a podpora zdraví je výraznou součástí celého programu. Konceptem tohoto programu, který má vést k úspěšnému stárnutí, vystupuje určitá představa, že na funkčním stavu ve stáří se podílejí i nemoci, které mohou být ovlivnitelné prevencí, ale také kondice, která je zase ovlivnitelná životním stylem (MZČR). Důležitou součástí je identifikovat rizikového seniora a na základě těchto informací aplikovat do praxe příslušná opatření. Jedním z důležitých a zejména hlavních opatření je edukovat personál, seniora i jeho blízké o bezpečnostních opatřeních. Bezpečnostní opatření se týkají vhodného vstávání z lůžka, nácviku sedu, chůze, ale i jak používat signalizační zařízení. Dalším, ale také velmi důležitým krokem je úprava prostředí seniora. Seznámit ho, jak správně a účelně používat rehabilitační,

ochranné a kompenzační pomůcky (Vybíhalová, 2011). Bezbariérová úprava prostředí je v dnešní době již automatická, ale i tak se ještě můžeme setkat v určitých zařízeních s bariérovým prostředím. Je nutné odstraňovat překážky, které by musel senior překonávat (Svobodová, 2013). Prevence by měla být zaměřena tak, aby zlepšila pohyblivost kloubů a mobilitu seniora a eliminovat strach, depresi a nečinnost. To bývají také časté příčiny, které vedou k pádu (Larson, 2008).

Cílem prevence by mělo vždy být co nejvíce snížit riziko pádu na minimum, ale současně i výrazně neomezit mobilitu a soběstačnost seniora. Proto je nutné a důležité hodnotit riziko pádů minimálně 1x ročně jako preventivní opatření. Správné a přesné zhodnocení stupně soběstačnosti je základním předpokladem pro stanovení individuálního ošetřovatelského plánu s přesnými léčebnými zásahy (Schuler, Oster, 2010).

Každé zařízení, které pečuje o starší populaci lidí, musí mít vypracovaný pracovní postup k prevenci pádu a zranění klienta i jeho řešení. Takový pracovní postup je vypracován pod Českou asociací sester, o. s. a vydán v říjnu 2007 (Svobodová, 2007).

Primární prevence se orientuje na to, co člověk ke svému dobrému zdravotnímu stavu potřebuje (Krejčí, 2011). Jedná se o to, aby k události pádu vůbec nedošlo. Jako možnosti preventivních opatření uvádí Topinková (2010) fyzickou aktivitu a cvičení, nekouření, vhodné stravovací návyky v podobě omezení tuku, dostatek vlákniny, ovoce a zeleniny a kalcia. Důležitá součást prevence spočívá v odstraňování základní příčiny. Mezi primární prevenci také můžeme zařadit i správné a pomalé vstávání z lůžka. Kalvach (2009) popisuje opatrné vstávání z lůžka tím, že nejprve senior vyčká v sedu s nohama dolů, poté chvíli stojí s oporou a teprve potom vykročí.

Sekundární prevence je především vhodná pro populaci vyššího věku. U seniorů s poruchami hybnosti a s pády v anamnéze je potřeba se zaměřit na zevní a vnitřní faktory. Je potřeba léčit všechny choroby, které mohou mít souvislost s pádem (Klán, Topinková, 2003). Do sekundární prevence zahrnujeme i podporu fyzické kondice seniorů. Nejúčinnější prevencí je silové cvičení, aby se předcházelo svalovým atrofiím a úbytku síly. Pohybově relaxační programy seniorů snižují pasivní prostor, který je

zdrojem depresivních myšlenek a nálad. Nabídka aktivit pozitivně ovlivňuje psychiku a posiluje sebedůvěru ve své schopnosti a dovednosti (Berková, 2013).

Terciální prevence se zabývá zařazováním trvale poškozených osob do běžného života. Má preventivní roli (Grivna, 2003). Dále do ní řadíme používání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Pomůcky k chůzi – hole (dřevěné, duralové, skládací), berle (předloketní a podpažní) a chodítka (trojkolky a čtyřkolky). Pomůcky k vybavení koupelny – sedačky na nebo do vany, sedačky do sprchových koutů a nejrůznější typy madel. Klozetová křesla – pevná, pojízdná a nastavitelná. Pomůcky k WC – nástavce, podpěry, madla. Pomůcky k vlastní péči – antidekubitní program, podavače, různé zdviže a stolky k lůžkům. Dále mají pacienti k dispozici mechanické a elektrické vozíky a skútry (Ortoservis, 2015; Meyra, 2015; DMA, 2015). Rehabilitační, ortopedickou nebo kompenzační pomůcku si lze buď koupit nebo si ji nechat předepsat od lékaře (praktický lékař, internista, neurolog, ortoped, rehabilitační lékař) na „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“. U některých pomůcek je ještě navíc nutný souhlas revizního lékaře. Pomůcky jsou hrazené zdravotní pojišťovnou buď plně, nebo částečně, přičemž rozdíl v ceně doplácí pacient.

Komplikace pádů

Při pádu může dojít k drobným zraněním, kdy se mohou objevit hematomy, tržné rány nebo podvrknutí kloubu. K těm závažnějším poraněním pak patří úraz hlavy, především musíme brát v úvahu subdurální krvácení a fraktury neboli zlomeniny krčku stehenní kosti, femuru a zápěstí. S tím vším souvisí i delší doba rekonvalescence (Mlýnková, 2011). Do ohrožené skupiny, která má zvýšené riziko subdurálního krvácení, řadíme seniory a lidi trpící Alzheimerovou demencí. Příčina může být i v nepatrném poranění hlavy. Subdurální krvácení nemusí probíhat jen v akutní formě, ale i v subakutní, která se může projevovat až za 2-10 dní (Pokorný, 2002).

Chrániče kyčlí – HipSavers

Jeden ze způsobů jak snížit tlak přímého nárazu na kyčelní kloub jsou chrániče kyčlí, nazvané HipSaver (příloha 1). Tyto chrániče jsou na trhu již od roku 2003. Jejich

základem je pěněná tvarovatelná vložka, která je všita do spodního prádla, na oblast kyčelního kloubu. Vložené nebo všité boční chrániče jsou vyrobeny z lehké viskoelastické měkké pěny, která tlumí náraz a absorbuje kinetickou energii. Při nárazu nebo pádu se tato vložka nafoukne, jako miniaturní airbag a tím se snižuje sílu úderu na místo, kde překrývá kyčelní kloub (Mlýnková, 2011; Hipsaver, 2003; Apos Brno, 2015). Druhým typem chrániče krčku stehenní kosti je svrchní kyčelní pás.

Jedna ze zemí, která má nejvyšší výskyt zlomenin kyčle na světě, je Norsko. Cochranovská systémová studie z roku 2003 ukázala, že chrániče snižují riziko zlomenin kyčle u vybraných skupin s vysokým rizikem zlomenin. Smyslem této studie bylo zjistit, jaký mají vliv tyto chrániče na zlomeniny v oblasti kyčle. Do výzkumu bylo zapojeno 17 pečovatelských domů, zahrnujících celkem 965 lůžek. Průzkum probíhal po dobu 18 měsíců. Byly zkoumány počty zlomenin kyčle před samotnou studií a během ní. Závěrem se ukázalo, že ve všech pečovatelských domech došlo k výraznému snížení výskytu zlomenin kyčelního kloubu a to až o více než jednu třetinu (Forsén, 2003).

Pokud se porovnají náklady na zlomeninu kyčle s náklady na její ochranu, tak vnější ochrana kyčle se stává dobrou a ekonomicky efektivní metodou prevence tohoto druhu zranění seniorů. Diskutovanou otázkou je stále spolupráce a finanční spoluúčast pacienta na pořízení chrániče kyčlí (Minns, 2003). Bohužel zdravotní pojišťovny v České republice náklady na tato preventivní opatření nehradí. Je tedy potřeba seniory motivovat, aby chrániče využívali a vše jim pečlivě vysvětlit, aby je neodkládali ani v noci, protože zejména noční pády cestou na toaletu bývají velmi časté. Když už k pádu dojde, je potřebné snížit nebezpečí poranění a zamezit dlouhodobé imobilizaci po pádu (Schuler, Oster, 2010).

1.1.7 Kvalita života seniorů

Heslem nejenom každého seniora, ale i personálu, který o seniory pečuje, by mělo být: „Přidat nejen roky životu, ale i život rokům“.

Populace stárne a tím se zákonitě prodlužuje život, což celé společnosti přináší nárůst počtu starších lidí. Úkolem a nezbytností celé společnosti je péče o tyto staré občany (Bukáčková, 2012). Život jedince je ovlivňován především kulturními podmínkami. Mluvíme-li o kvalitě nebo jakosti života, měli bychom mít především na mysli hodnotu života. Hodnota života je chráněna právem na život, což je součástí Listiny základních lidských práv a svobod. Hlavním a prioritním bodem by mělo být uspokojení základních potřeb. Senior a těžce nemocný člověk ve většině případů mnohdy není schopen signalizovat své potřeby a proto je nezbytný a důležitý aktivní přístup ze strany ošetřovatelského personálu (Hrozenská, Dvořáčková, 2013; LZPS, 1993).

I přesto, že je kvalita života pojem těžko definovatelný, jsou známa určitá kritéria. Kvalita žití znamená velmi rozdílné hodnoty pro různé seniory. Pro někoho to znamená bohatou škálu přátel, známých a časté kontakty s nimi, jiní senioři zase spíše vyhledávají samotu a mají radost třeba jen z poslechu jim příjemné hudby (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Do indikátorů kvality života podle WHO patří fyzické zdraví, které ovlivňuje energii, sílu, činorodost, ale také únavu člověka, jeho bolest a dyskomfort, nepohodlí nebo spánek. Dalším ukazatelem je psychické zdraví znázorňující image, pozitivní i negativní porozumění, emoce, sebehodnocení, způsob myšlení, učení, pozornost a soustředěnost. Neméně důležitým indikátorem je také úroveň nezávislosti a samostatnosti ovlivňující pohyb, denní aktivitu, pracovní kapacitu a také závislost na lécích. Světová zdravotnická organizace se zajímá o sociální vztahy, především o vztahy osobní, o sociální podporu a oporu, sexuální aktivity, prostředí ovlivňující přístup k finančním zdrojům, svobodu a nezávislost. Sleduje bezpečí, jistotu a zdravé prostředí, sociální péči, přístup k informacím a také cestování. Do ukazatelů kvality také spadá oblast spirituality, která je ovlivněna osobní vírou, důvěrou, vyznáním a přesvědčením hodnotovým zaměřením (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Snížení kvality života seniorů se projevuje výskytem negativních a nepříznivých pocitů, absencí smyslu života, závislosti na druhých osobách a deficitem autonomie.

Spokojenost je jedním z nejdůležitějších ukazatelů a indikátorů kvality služeb. Samostatnost a nezávislost seniora je zachována za předpokladu, že se senior aktivně zapojí do činností a zároveň mu bude poskytnuta možnost volby. Senior může být i fyzicky závislý, ale současně úplně autonomní. Soběstačnost má pro něho zásadní význam právě v souvislosti k sobě samému a také jako zdroj sebeúcty (Hudáková, Majerníková, 2013).

1.2 Ošetřovatelská péče zaměřená na prevenci pádů v seniorském věku

Obvyklé běžné stárnutí s sebou přináší nutné a nezvratné změny. Proto individuální posuzování způsobilosti seniorů je velkým a nevyhnutelným základem pro další plánování péče s možností podpory seniora. Geriatrické syndromy se v dnešní době označují jako pojem „**5 I**“ a ty představují – **I**mobilitu, **I**nstabilitu, **I**nkontinenci, **I**ntelektové poruchy a **I**atrogenii. Geriatrické syndromy se obecně velice špatně léčí, neboť tvoří soubor příznaků a problémů, které jsou logicky provázané a jsou spojené se stářím. Jedná se o tzv. bludný kruh, z kterého nelze vystoupit. Mezi nejvíce dominující problémy seniorů obecně patří: poruchy spánku, problémy s jídlem, inkontinence, zmatenost, pády, poškození a poruchy kůže. Tyto všechny problémy směřují ke snížení nezávislosti seniora. Zhodnocení klientovi soběstačnosti je nepostradatelnou součástí souhrnného geriatrického posouzení a následně i ovlivňující plánované ošetřovatelské péče. WHO definuje, že zdraví ve stáří není jen ohraničeno samotnou nepřítomností nemoci a vad, ale především úplnou duševní, tělesnou a sociální pohodou. To je základ soběstačnosti seniora. Abychom byli schopni soběstačnost seniorů vést a rozvíjet tím správným způsobem, je nezbytné vždy dobře zhodnotit stupeň soběstačnosti seniorů. K tomu pak pomohou funkční testy (Pokorná a kol., 2013).

1.2.1 Preventivní opatření

Intervence neboli opatření, které je nutné udělat při pádu seniora, rozdělujeme na ty, které je nutné provést ihned a na ty, které jsou následné. K intervencím, které

provádíme ihned, patří zajištění nezbytné první pomoci. K následným intervencím pak náleží zaznamenávání do dokumentace a do Hlášení o mimořádné události. Z této události se provedou taková opatření, která jsou zaměřená na prevenci opakovaní pádu (Štainerová, 2012). Každé zařízení, ať už sociální nebo zdravotní, by mělo mít vytvořenu nejen analýzu a evidenci pádů, ale také vypracované principy bezpečnosti. Důležité je, aby byl proškolený nejenom ošetřující personál, ale také samotní klienti. Vyhodnocení rizika pádu je vždy dané stavem seniora (příloha 2). Dojde-li k pádu, je nutné jej přesně zdokumentovat, sepsat a následně i posoudit rizikovou situaci. Vždy je potřeba se nejprve z těchto pádů poučit, najít příčiny a vyvarovat se jich. Teprve potom můžeme hledat viníka, kdo za pád může (Venglářová, 2007).

Další intervencí pro bezpečí a navýšení klidu je vždy vhodná komunikace, ale i zde musíme mít na paměti, že ne všichni senioři zvládnou použití telefonu nebo alarmu. Pokud senior nezvládá funkci alarmu, je nutná u něho opakovaná kontrola personálu (Venglářová, 2007).

1.2.2 Příjem seniora do Domova pro seniory

Celý proces příjmu klienta do Domova pro seniory začíná ještě před samotným nástupem. V této práci se nebudeme zabývat nástupem seniora po stránce sociální, který je ale nicméně společně spojen se zdravotní stránkou a musí jít ruku v ruce. Jedno bez druhého není možné zrealizovat. Senior, který by chtěl do zařízení Centra sociálních služeb Staroměstská nastoupit, si musí podat žádost, která se eviduje u sociálních pracovnic. Žádosti jsou rozdělené na urgentní a neurgentní. V momentě, kdy se uvolní místo pro nástup seniora, sociální pracovnice obvolává urgentní žádosti. Jakmile je klient vybrán, nastává fáze, do níž nastupuje další člen týmu. Tou je vrchní sestra. Ta společně se sociální pracovnicí provede zdravotně sociální šetření v bytě klienta. Je vždy lepší, pokud je takovému šetření přítomen také rodinný příslušník. Vrchní sestra si zaznamenává podrobný popis schopnosti pohybu a sebeobsluhy, především jak senior zvládá péči o svoji osobu ve všech doménách podle ošetřovatelské anamnézy Gordonové. Dále zaznamenává chronickou medikaci a lékařské diagnózy – to vše se

dozví z posudku praktického lékaře. Je domluven přesný datum nástupu a klientovi se podrobně vysvětlí, co vše si do Domova pro seniory může vzít (Hebíková Kubátová, 2014).

Před samotným nástupem klienta ještě následuje schůzka plánovacího týmu, který pracuje ve složení: vrchní sestra, staniční sestra, sociální pracovnice, určený klíčový pracovník, výchovně nepedagogický pracovník a fyzioterapeut. Vrchní sestra si společně se sociální pracovnicí předávají písemně, ale i ústně získané informace a své postřehy ze zdravotně sociálního šetření. Staniční sestra spolu se svým personálem připraví pokoj a uzpůsobí ho potřebám klienta tak, aby se předešlo úrazu nebo případným pádům (Hebíková Kubátová, 2014).

V den nástupu seniora recepční ohlásí na příslušné stanici příjezd nového klienta do zařízení, kde si ho převezme určený klíčový pracovník a staniční sestra daného oddělení. Ukáží mu pokoj a pomohou mu s uložením jeho věcí. Poté, co se senior alespoň z části zaklimatizuje, klíčový pracovník jej představí ostatnímu personálu a provede ho po oddělení (Hebíková Kubátová, 2014).

Všeobecná sestra připraví veškerou dokumentaci. Pokud klient žádá o přestup k praktickému lékaři zařízení Centra sociálních služeb Staroměstská, připraví též registrační list. S klientem se domluví, zda si svou chronickou medikaci bude podávat sám nebo bude potřeba mu s ní pomoci. Dále sestra zpracuje, během prvního měsíce pobytu klienta, fyzikální vyšetření seniora, do kterého zahrnujeme testy ADL – Barthelův index (příloha 3), posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost (příloha 4), vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby (příloha 5), MMSE (příloha 6), vyhodnocení rizik pádu (příloha 2), neuromentální index (příloha 7) a v neposlední řadě také ošetřovatelskou anamnézu (příloha 8) (Hebíková Kubátová, 2014).

Mluvíme o dvou pojmech. Tím prvním pojmem je klíčový pracovník. Jedná se o pracovníka přímé péče a tím může být nejenom všeobecná sestra, ale také ošetřovatel/ka. Tento pracovník u klienta provádí přímou obslužnou péči. V praxi to znamená, že se tento pracovník zajímá o biologické základní potřeby seniora.

Zpracovává s klientem individuální plán péče, kdy se snaží respektovat jeho přání a je také zodpovědný za jeho plnění. Druhým pojmem je výchovně nepedagogický pracovník, který se stará o stránku aktivit daného seniora. Motivuje ho k běžným denním aktivitám, pomáhá mu s ošetřovatelskou rehabilitací a to tak, aby si udržel co nejdelší soběstačnost (Hebíková Kubátová, 2014).

1.2.2.1 Fyzikální vyšetření seniora

Už v předešlé kapitole bylo popsáno přijetí seniora do Domova pro seniory a vše co s ním souvisí. Všeobecná sestra fyzikální vyšetření provádí komplexně. Zejména si všímá stavu vědomí, zaujímající polohu postoje a chůzi i stav výživy. To vše souvisí s možnými pády. Doporučuje se tato fyzikální vyšetření aplikovat v soukromé atmosféře (Malíková, 2011).

Sestra hodnotí *stav vědomí*. To popisujeme jako stav opatrnosti, pozornosti, čilosti nebo schopnosti reagovat na nějaké podněty. Normálním vědomím nazýváme vědomí jasné a oslabeným označujeme je-li zastřené. To se dále dělí do několika stupňů – zvýšená spavost, dále stav kdy seniora lze probudit pouze silnějšími podněty a stav bezvědomí, ze kterého seniora nelze probudit (Mlýnková, 2011).

Dalším hodnotícím kritériem je *stav výživy*. Senioři, díky nevhodné skladbě stravy, mohou trpět tzv. malnutricí. Ta směřuje do dvou výkyvů. V prvé řadě se jedná o podvýživu, kdy ve stravě chybí základní živiny. Druhý problém je obezita, kdy se v těle seniora hromadí tuk. To ale neznamená, pokud je člověk obézní, že ve svém těle bude mít všechny složky potravy dobře saturovány. Většinou tomu bývá naopak (Mlýnková, 2011).

Sestra se také zajímá o *polohu seniora*, kterou zaujímá. Poloha může být aktivní, to znamená taková poloha, kterou si senior zaujme sám. Tedy taková, která mu vyhovuje a která je mu pohodlná. Dále se může jednat o polohu pasivní. To se jedná o takovou polohu, kterou sám nemůže ovlivnit, a kterou seniorovi pomůže zaujmout ošetřující personál.

Sestru musí také zajímat *postoj a chůze* seniora. Všímá si celkového postoje, třesu, různých tiků ve tváři nebo křečí končetin. Největší pokles homeostatických rezerv u seniorů lze sledovat především v oblasti pohybového aparátu. Tam dochází k omezení pohyblivosti v souvislosti se změnami v pojivové tkáni, ve struktuře kostí a ve svalstvu. To vše se projevuje zhoršenou obratností, dovedností, hbitostí či vytrvalostí a také celkovou slabostí seniora (Mlýnková, 2011; Pokorná a kol, 2013).

1.2.2.2 Funkční geriatrické vyšetření

Zhodnocení funkčních schopností slouží jako podklad pro vytvoření významného intervenčního plánu, bezpečného prostředí a také ke zjištění nezávislosti a samostatnosti seniora. Je nezbytné si uvědomit, že funkční schopnosti působí na kvalitu života významněji než samotná přítomnost nějakého onemocnění. Funkční geriatrické vyšetření a hodnocení představuje pravidelný systematický proces, jehož cílem je identifikovat schopnosti seniora a určit tak jeho potřeby. Veškeré takto získané informace jsou důležité jednak pro poskytovatele péče, ale především i pro samotného seniora (Jedlinská, 2013).

Provádíme vyšetření především celého pohybového aparátu. K tomuto využíváme testy a dotazníky, které jsou naprosto nezbytné k tomu, abychom zjistili celkový rozsah činností, které senior ještě zvládá a u kterých je potřeba dohled a dopomoc (Malíková, 2011). Funkční geriatrické vyšetření zlepšuje kvalitu ošetřovatelské péče o starého člověka. Z klinické geriatrické péče se dozvíme i takové signály a příznaky, se kterými se senioři neochotně svěřují. Takovými bývají inkontinence, nedoslýchavost či slabozrakost, deprese, podvýživa nebo poruchy chůze a stability. Význam funkčního geriatrického vyšetření spočívá v upřesnění medicínské, ale i sesterské diagnostiky a s tím spojené zlepšené léčebné výsledky. To následně vede i ke kýžené spolupráci seniora na léčebném procesu (Hudáková, Majerníková, 2013).

K souhrnnému hodnocení geriatrického klienta je hojně využíváno souhrnné hodnocení *CGA – Comprehensive Geriatric Aseessment*. V tomto posudku se sestra

zaměřuje na sestavení jednak zdravotních, funkčních a dále psychosociálních schopností a problémů tzv. křehkých seniorů. Cílem tohoto hodnocení je zpracovat plán léčení a dlouhodobé sledování.

Jde především o osobnost seniora, jeho životní situace, jaké jsou seniorovy priority a subjektivně také hodnotí kvalitu života. Sestra se zajímá o nemoc a funkční závažnost chorob a o stabilitu chůze. Sleduje, jaká je seniorova soběstačnost a především také výživa. Z psychosociálních schopností se sestra zajímá o kognitivní a fatické poruchy, jaké jsou seniorovy sociální role, vztahy a potřeby.

Veškeré hodnocení soběstačnosti a posuzování seniora je nutné, aby se vztahovalo k danému sociálnímu prostředí, ve kterém se nachází. V prvním hodnocení odhaduje sestra daný parametr na základě klinického vyšetření anamnézou a eventuálně fyzikálním vyšetřením. A ve druhé úrovni hodnocení využívá sestra screeningové testování (Pokorná a kol, 2013; Topinková, 2014).

V oboru geriatrie hodnotíme soběstačnost prostřednictvím různých škál. Především hovoříme o škálách hlavních aktivit denního života (Jurášková, Holmerová, 2010).

Test ADL „aktivity daily living“ (příloha 3) – test základních denních činností podle Barthelové. Tento test se využívá k hodnocení funkční zdatnosti seniora ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti (Pokorná a kol, 2013). ADL testy se hojně používají ke screeningu, k monitoraci a objektivizaci funkčního stavu seniora. Zrealizování ADL testu vyžaduje dostatečnou míru zkušeností a to především v oblasti praktické, pozorovací, ale také komunikační. Posuzování konkrétních oblastí v Barthelově indexu je vždy plně závislé na sestře, která test realizuje. Proto jsou především sestry a ošetřující personál hlavními aktéry při hodnocení a zvláště pak při následném zajištění ošetřovatelské péče (Pokorná a kol, 2013; Hudáková a kol, 2014).

Test IADL – Instrumental Activity of Daily Living – škála denních činností (příloha 9) – tento test je založen na stejném principu jako test ADL. Jedná se o činnosti běžného života v domácím prostředí a je inovací testu ADL. Posuzuje se a hodnotí míra zvládání složitějších aktivit rozsáhlejší soběstačnosti. Nejprve vždy dochází ke ztrátě denních

činností v oblasti IADL. Proto je nezbytné a proto se také doporučuje, aby se nejprve použil test IADL a teprve později test ADL. Také není vhodné vyplňovat tyto testy ihned při prvním setkání se seniorem. Jedná se o testy, které vyžadují pozorovací talent hodnotící osoby. Posuzuje se to, co je seniorem viditelně zvládnuto a nikoli to, co by mohl teoreticky dokázat (Schuler, Oster, 2010).

Test MMSE – Mini-Mental State Examination (příloha 6) – někdy také nazývaný jako Folsteinův test. Jedná se o test, který sleduje a hodnotí kognitivní deficity seniorů. Je nejznámějším a nejvíce využívaným testem v našich podmínkách. Byl vyvinut již v roce 1975. Test obsahuje 30 otázek, ale také požadavků na činnost, kterou musí senior provést.

1.3 Náročnost ošetřovatelské péče seniorů

Náročnost je způsobená polymorbiditou. Jedná se o výskyt několika onemocnění najednou u jednoho klienta, což je u seniorů velmi častý jev. Topinková (2010) uvedla, že většinou dochází k řetězení chorob a to znamená, že jedna choroba navazuje na druhou. Naproti tomu tyto choroby mohou, ale také nemusí mít žádnou spojitost nebo souvislost (Pokorná a kol, 2013).

Náročnost ošetřovatelské péče je především způsobena involučními změnami, které v období stáří probíhají v organismu seniora (popsány v kapitole 1.1.2). Nesmíme zapomenout také na důsledky těchto změn. Jedná se o vysoký výskyt chronických a degenerativních onemocnění, vysokou nemocnost, častější stížnosti na jakékoli zdravotní potíže a s tím spojená častější hospitalizace (Malíková, 2011).

Důvodem proč je ošetřovatelská péče o seniory tak náročná, je také fakt, že se objevuje stařecká křehkost, neboli frailty. Jedná se o anglický termín, který vyjadřuje křehkost, někdy až rizikovost, která je způsobená poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, svalovou atrofií, nejenom snížením kostní hmoty, ale i její pevností, snížením imunitního systému a také snížením kognitivních funkcí. Proto je u těchto lidí podstatně vyšší riziko omezení v základních běžných činnostech a s tím dále spojené vyšší riziko

pádů. Ty pak mají za následek hospitalizaci, dlouhou dobu léčení a následnou rekonvalescenci. Křehký nemusí však znamenat zákonitě postižený (Malíková, 2011).

Dalším pojmem, který poukazuje na náročnost péče o seniora, je disabilita. Jedná se o anglický termín pro stupeň omezení, které má příčinu v jeho nemoci. Přináší určitý deficit sebepéče, ke kterému dochází vlivem poklesu aktivity všech orgánových systémů a k rozvoji různého stupně nesoběstačnosti seniora. Je důležité ovšem rozlišit, zda se jedná o disabilitu samotnou nebo danou chorobným procesem. Pokud nesoběstačnost bude ovlivněná chorobou nebo nemocí, bude se to spíše týkat populace produktivního věku a v menší míře seniorů (Malíková, 2011; Schuler, Oster, 2010). Kalvach (2008) přesně vymezil disabilitu jako funkční a chronicko zdravotní postižení, které omezuje seniory v jejich sociální aktivitě a v sociální roli. Při odstraňování disability je důležitou prioritou aktivizace seniora, která je zároveň prevencí imobilizačních syndromů a komplikací (Hudáková, 2014).

1.3.1 Pohybové aktivity seniorů

Pohyb je základem života. Je ovlivňován centrální nervovou soustavou a umožňuje každému člověku jeho existenci. Je základní a životně důležitou potřebou. Pokud je člověk mladší, bývá jeho pohyb přirozený, ale jakmile se věk zvyšuje, jsou s ním spojeny různé podpory či náhražky. U všech seniorů dochází k omezení výkonnosti, jednak po fyzické, tak i po psychické stránce.

Pohybová aktivita má mnohostranný význam – funkci společenskou, motivační, volnočasovou, rehabilitační a rekondiční (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Senioři mohou využít různé druhy aktivit a přizpůsobit je jejich možnostem. Ne všechny cviky a aktivity jsou pro seniory vhodné. Cvičení má být šetrné ke svalům a kloubům. Starší člověk by neměl nikdy cvičit přes bolest a měl by se vyvarovat jakýmkoli skokům. Měl by cvičit spíše vleže, vsedě, ale také vestoje, bez opory i s oporou, individuálně i ve skupinách (Mlýnková, 2011). Aktivizace je základem geriatrické terapie, předchází dekubitům, kontrakturám, trombózám, infekcím a pádům (Schuler, Oster, 2010).

Velmi podstatná je kvalita života seniora a smysluplnost, která souvisí s vyšší úrovní výkonnosti. Proto je nutné v ošetřovatelském procesu zamezit poklesu výkonnosti seniora na nižší úroveň a naopak je nutné se snažit dovednost seniora zlepšit nebo ji alespoň zachovat rehabilitačním procesem. Zdatní senioři si bez ohledu na svůj věk udržují velmi dobrou zdatnost, zvládají i fyzicky náročnější aktivity. Nezávislí senioři, za určitých okolností, nevyžadují žádnou oporu druhého člověka. Ale v případě náročnějších situací, které jim přináší neobvyklou zátěž, selhávají. Křehcí senioři již vyžadují trvalou dopomoc při náročnějších aktivitách běžného života a takovým seniorům říkáme senioři rizikoví. Závislí senioři neumějí nebo nezvládají základní běžné činnosti. Zcela závislí senioři jsou imobilní, nejvíce času tráví na lůžku a trpí poruchami vědomí. U těchto seniorů je značné riziko tvorby imobilizačního syndromu (Kalvach, Onderková, 2006).

1.4 Edukace seniorů

Vzdělávání je proces neustálého rozvíjení – vědomostí, znalostí, poznatků i dovedností, obratností, návyků a také schopností. Výsledkem je pak vzdělanost. Edukační proces je činnost lidí, u kterých dochází k učení. Ten probíhá prakticky po celý život. Komunikace a její rozsah, způsob a skladba v procesu učení je ovlivněna jednak množstvím účastníků edukace, dále zvolenou metodou a také její formou. Edukace v ošetřovatelském procesu má svá specifika. Ošetřovatelský proces se zabývá péčí a zdravím klientů. Učení by se mělo zabývat péčí a prevencí rizikových situací, které seniora mohou potkat. Zaměřit bychom se měli také na nové prostředí seniora, neboť to zvyšuje problematiku učení seniora. Edukace má několik fází. V prvé řadě člověk, který bude provádět edukaci, musí nejprve zjistit jaká je úroveň vědomostí, dovedností a návyků u edukantů. Ke zjištění těchto informací lze využít rozhovor spojený s pozorováním. Z těchto informací je potřeba si stanovit i cíle edukace. Na první fázi diagnostiky navazuje fáze druhá, tzv. projektování. V této fázi je nutné si přesně vymezit cíle a zároveň s nimi si zvolit vhodnou metodu, formu, čas, ale také obsah a prostor, kde bude edukace probíhat. V další fázi se musí vše zrealizovat.

Základním a prvním krokem je motivace, na kterou pak plynně navazuje expozice. Je nezbytné se seniory získané vědomosti, poznatky a dovednosti opakovat a procvičovat. Říká se, že 50 % osvojeného učiva zapomeneme do druhého dne. Proto je nutné učivo opakovat a procvičovat tak dlouho, dokud nedojde k jeho fixaci. V poslední fázi, kterou nazýváme zpětnou vazbou, hodnotíme dosažené výsledky. A to nejenom edukanta, ale i naše vlastní edukační schopnosti (Juřeníková, 2010).

Je všeobecně známo, zvláště v oboru zdravotním, že: „Co není psáno, není uděláno“. Tak jako je povinností každé všeobecné sestry vést zdravotnickou dokumentaci, podle vyhlášky č. 98/2012 Sb. a zákona č. 372/2011 Sb., tak je také nezbytnou součástí této zdravotnické dokumentace i edukační záznam (příloha 10). Ten musí obsahovat veškeré nutné údaje, které pomohou validně zhodnotit výsledky edukačního procesu. Edukační záznam obsahuje: úroveň znalostí edukanta a to jak na začátku, ale především na konci učení; co bude cílem edukace; jaké budou použity metody a formy edukace; co bude obsahem edukace – osnova nebo koncept; jaké pomůcky budou použity; zdali byly nějaké překážky – bariéry v edukaci; zhodnocení stanovených cílů; podpisy všech zúčastněných (Juřeníková, 2010; vyhláška 98/2012; zákon 372/2011).

Překážka v komunikaci nemusí být jen ze strany seniora, ale také na straně ošetřujícího personálu. Stává se, že ošetřující personál se bojí citlivých a náročných témat, které se mohou týkat umírání nebo zhoršeného zdravotního stavu. Nechce se dozvědět jiné informace, protože má svých problémů dost. Ošetřující personál si stěžuje také často na nedostatek času, což se považuje v poslední době za dlouhodobý problém a to nejen ve zdravotnických, ale i sociálních zařízeních. Problém většinou bývá v nedobré organizaci práce, ale i v nedostatečném počtu personálu. Velkou roli na efektivní komunikaci také hraje únava ošetřujících osob, převážně pracují-li ve vícehodinových směnách. Únava často přichází právě v odpoledních hodinách (Mlýnková, 2011).

Je třeba znát smysl a cíl rozhovoru, proto je nutné se na rozhovor předem připravit a zvolit si vhodné téma. Rozlišujeme několik typů rozhovorů – vzdělávací a za účelem získání anamnézy. Dále pak naslouchací, podporující a motivující (Mlýnková, 2011).

Senioři se daleko lépe v komunikaci tzv. otevřou, cítí-li podporu a mají-li dobré vztahy s ošetřujícím personálem. Ošetřující personál mnohdy využívá v rozhovoru se seniory zjednodušování, přílišné objasňování situací, holé věty, ponižující tón nebo dětskou řeč. Tento styl se nazývá elderspeak, což je styl řeči a komunikace, která selhává. Je prokázáno, že nevede k dosažení cíle, nedokáže pomoci klientům a má především potenciálně záporný účinek. Senioři jsou všeobecně pokládáni za méně kompetentní nebo způsobilé a proto s nimi mladší generace používá v komunikaci jednodušší styl mluvení. Jedná se o to, že pokud sestra získá domnění, že senior trpí nějakým defektem nebo omezením, využije k tomu i neobvyklý způsob komunikace bez ohledu na to, zda je to potřeba. Kalvach (2006) definoval elderspeak jako označení pro eticky nemístný hovor o starých lidech a se starými lidmi. Zvláště pak k těm nejhorším podobám patří urážky, potupy, pohrdání, opovržení, verbální projevy věkové diskriminace, segregace, vyloučení ze společnosti, neosobní jednání, infantilizace a ponižování. Haškovcová (2012) popisuje elderspeak jako způsob řeči, který selhává. Podstatou je skutečnost, že senioři jsou hodnoceni podle zevnějšku a tím jsou považováni za méně kompetentní než lidé mladší. V konečném důsledku to vede pouze ke snižování sebehodnocení, k depresím, izolaci a ke sníženému pocitu být odpovědný sám za sebe. Zlepšené komunikační prostředí napomáhá k lepším kognitivním i funkčním schopnostem seniora, což má za následek zvýšení pohody seniora a také zlepšenou kvalitu jeho života. Bude-li ošetřující personál vstřícný, je zde daleko větší šance na úspěch v jakékoli činnosti. Komunikace musí obohacovat každého člověka (Pokorná, 2010).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit do jaké míry jsou klienti informováni o rizicích pádů.

Cíl 2: Zjistit jaký dyskomfort přináší používání speciálních pomůcek, které zabraňují zranění kyčelního kloubu při pádu, v běžných denních aktivitách života seniorů.

Cíl 3: Zjistit jak se zdravotnickému personálu pracuje s klienty, kteří používají speciální pomůcky, zabraňující zranění kyčelního kloubu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je kvalita poskytovaných informací zdravotnickým personálem při preventivní intervenci v souvislosti s pády?

Výzkumná otázka 2: Jaká je ochota klientů ke změně, směřující k prevenci pádů?

Výzkumná otázka 3: Do jaké míry je ovlivněn komfort klienta při používání speciálních pomůcek, které zabraňují zranění kyčelního kloubu při pádu?

Výzkumná otázka 4: Do jaké míry je ovlivněna práce zdravotnického personálu s klientem, který používá pomůcky, zabraňující zranění kyčelního kloubu při pádu?

3 Metodika

3.1 Použité metody

V této diplomové práci byla k dosažení výsledků použita metoda kvalitativního výzkumného šetření pro soubor seniorů a soubor sester. Pro získání informací od seniorů i od sester byla zvolena metoda kvalitativního sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Pro rozhovor se seniory bylo předem připraveno 8 otázek (příloha 13). Pro rozhovor se sestrami bylo předem připraveno 15 otázek (příloha 15). Výzkumné šetření probíhalo v období od října 2014 do února 2015 v Centru sociálních služeb Staroměstská České Budějovice, p. o. Rozhovory vedené jak se seniory, tak se sestrami, byly zaznamenány na záznamový arch a poté doslovně přepsány (příloha 17 a příloha 18). Pro přehlednost byli respondenti z řad seniorů označeni jako R1 – R10. Z toho 5 respondentů R1 – R5 dostalo pro výzkumné šetření kalhotky s výstuhami na oblast kyčelního kloubu, které v průběhu celého výzkumu nosili. Respondentky z řad sester byly označeny S1 – S5. Analýza získaných dat probíhala metodou kódování v ruce čili metodou papír a tužka (příloha 16). U každého souboru respondentů byla vytvořena přehledná schémata a kategorie, které byly více rozpracovány. Pozorování se seniory probíhalo přímo a zúčastněně za pomoci pozorovacího archu (příloha 12). Pozorování se sestrami probíhalo nepřímo a zúčastněně také za pomoci pozorovacího archu (příloha 14). Po rozhovorech probíhala podrobná analýza dokumentace, která zahrnovala rozbor chorobopisů seniorů se zaměřením na lékařské diagnózy, na chronickou medikaci a na zpracování rizika pádu a jejího hodnocení. Při analýze jsme se především zaměřily na faktory ovlivňující pády.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů z řad seniorů byl záměrný. Byli vybráni ti senioři, kteří v roce 2014 prodělali nejvíce pádů. Záleželo také na ochotě respondentů zúčastnit se na výzkumném šetření.

První zkoumaný vzorek tvořilo 5 sester, které pracují v Domově pro seniory 5 až 10 let (tabulka 1). Tento vzorek byl vybrán ze sester, které mají již delší praxi se seniory.

Druhý zkoumaný vzorek tvořilo 10 respondentů, žijících v Domově pro seniory. Celkem rozhovor poskytlo 9 žen a 1 muž. Respondenti byli různého věku. Nejmladšímu respondentovi bylo 77 let a nejstaršímu 96 let. Doba jak dlouho pobývají respondenti v Domově pro seniory, se pohybovala od 1 roku do 25 let (tabulka 2).

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního šetření všeobecných sester pracujících v Domově pro seniory

Tabulka 1 Identifikační údaje všeobecných sester

Sestra	Dosažené vzdělání	Celková praxe u lůžka	Praxe v Domově pro seniory
S1	Středoškolské vzdělání s maturitou	20 let	8 let
S2	Vysokoškolské magisterské vzdělání	7 let	7 let
S3	Vysokoškolské bakalářské vzdělání	30 let	5 let
S4	Vysokoškolské bakalářské vzdělání	30 let	10 let
S5	Středoškolské vzdělání s maturitou	20 let	10 let

Výzkumu se zúčastnilo celkem 5 sester s celkovou praxí u lůžka 7 až 30 let. Průměrná celková praxe u lůžka je 21 let. Praxe se seniory se pohybuje v rozmezí 5 až 10 lety. Průměrná délka praxe se seniory je 8 let. Dvě sestry mají středoškolské vzdělání s maturitou, dvě sestry mají vysokoškolské bakalářské vzdělání a jedna sestra má vysokoškolské magisterské vzdělání.

Schéma 1 Preventivní opatření z pohledu sester

Preventivní opatření ve schématu jsou zaměřena na to, jak personál dokáže zabezpečit byt u klienta, který je v riziku pádu. Soustředili jsme se především na to, jak by měl pokoj vypadat, co by nemělo chybět, abychom eliminovaly pády. 3 sestry si myslí, že by především v koupelnách a na WC neměla chybět madla. S4 uvádí: *„Do koupelny a na WC je potřeba nainstalovat madla.“* 3 sestry se věnují důslednější kontrole klientů. S5 říká: *„ ...u klientů provádíme pravidelné a zvýšené kontroly.“* 1 sestra se domnívá, že je nutné k bezpečnosti a prevenci také sledovat zdravotní stav klienta. S5 uvádí: *„Je vhodné sledovat zdravotní stav klienta a při změnách jej doporučit na odborná vyšetření (například oční, pokud hůře vidí).“* 1 sestra odpověděla, že je nezbytné k lůžku poskytnout na noc matraci. S1 k tomuto dodává: *„Zejména u klientů, kteří odmítají pro svou bezpečnost dát na noc postranice, tak k tomuto využíváme matraci u lůžka na zemi.“* 3 sestry seznamují klienty s riziky. S5 dodává: *„Provádění preventivní osvěty a seznámení klienta s případnými riziky.“* 5 sester by odstranilo koberce a prahy. S1 odpovídá na otázku takto: *„Minimalizací objektů na podlaze je velmi důležité pro zabezpečení bytu.“* 3 sestry se shodly na lepším rozmístění nábytku. S4 uvádí: *„Vhodným rozmístěním nábytku je možné také zabezpečit byt a tím eliminovat pády.“* 1 sestra se domnívá, že je nutné vybavit klienta tísňovým tlačítkem. S4 k tomu dodává: *„Vybavení tísňovým tlačítkem pro přivolání pomoci v případě potřeby.“*

Preventivní opatření
madla - 3
kontrola - 3
sledování zdravotního stavu - 1
matrace k lůžku - 1
edukace - 3
odstranění koberců a prahů - 5
rozmístění nábytku - 4
signalizační zařízení - 3
postranice - 4
výstražné upozornění při úklidu - 3
vhodná obuv - 2
kompenzační pomůcky - 5

Schéma 2 Riziková místa v Domově pro seniory

Vznikem schématu byla zjištěna, jaká riziková místa, která mohou způsobit pád seniora, se ve sledovaném Domově pro seniory vyskytují. 2 sestry se domnívají, že velkým rizikovým místem jsou schody, respektive nezajištěné schody. S5 říká: *„Na schodiště je možnost volného vstupu, což je velkým nebezpečím rizika pádu.“* 2 sestry si myslí, že mokrá podlaha patří k rizikovým místům. S2 popisuje: *„Schody a především mokrá podlaha je velkým problémem, který může zapříčinit pád klienta.“* 3 sestry poukazují na velmi rizikový zvýšený práh ve sprchovém koutě v sociálním zařízení v každém bytě klientů. S4 uvádí: *„Ano, jsou u nás riziková místa, jen v koupelně se například nachází zvýšený 5 cm práh.“* 3 sestry uvádí, že velkým rizikem jsou těžké protipožární dveře na chodbách, které nejsou na fotobuňku. S2 říká: *„Prostor u dveří na chodbách je takříkajíc nešťastný, protože klienti nemají dostatek sil dveře otevřít. Navíc všechny dveře mají brano a klienti se pohybují pomocí chodítek.“*

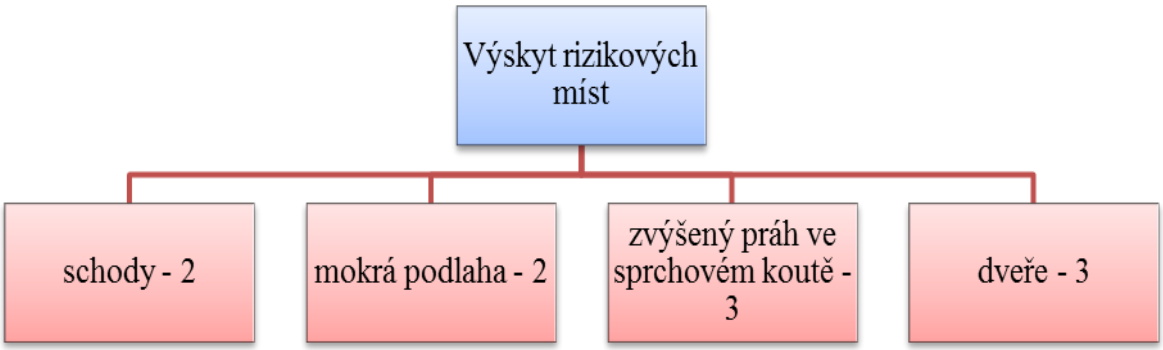


Schéma 3 Zjištění rizika pádu

Všechny sestry, které byly zapojeny do výzkumu, odpověděly, že nejčastějším zjišťováním rizika pádu seniorů je dotazník. S2 popisuje: *„Vyplňuji s ním dotazník hodnocení rizika pádu.“* 1 sestra odpověděla, že si pravidelně kontroluje medikaci. S2 uvádí: *„Kontroluji chronickou medikaci, zejména hypnotika a sedativa, která mohou mít vliv na koordinaci pohybů.“* Všechny sestry klienta sledují a pozorují jeho pohyby a koordinaci. S5 k této otázce se vyjádřila: *„Klienta posuzujeme primárně pohledem, vše konzultujeme s rehabilitační pracovnicí a s rodinou seniora.“* 4 sestry se také zabývají studiem lékařských diagnóz. S1 říká: *„Klienta sledujeme nejenom pohledem, ale také studiem lékařských diagnóz, včetně anamnézy.“* 3 sestry se před nástupem klienta do Domova pro seniory také zajímají o výskyt pádů v minulosti. S4 dodává: *„Zajímáme se o pády v anamnéze, zda již k pádům došlo v minulosti, popřípadě s jakými následky.“*

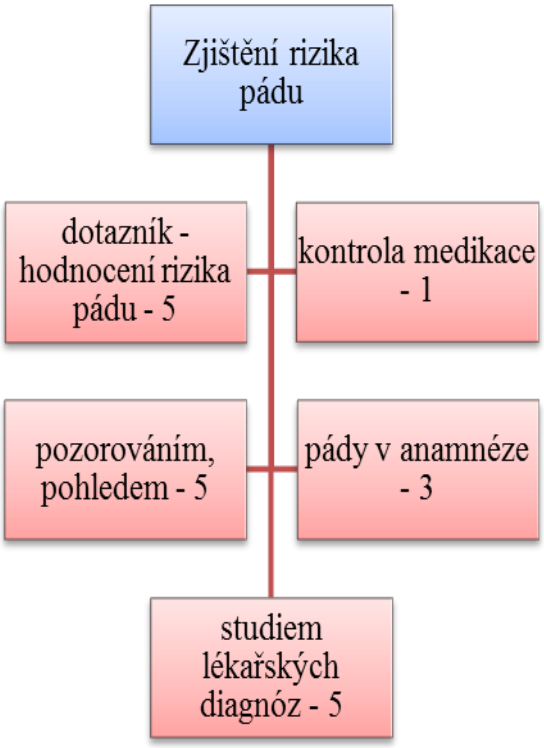


Schéma 4 Informovanost klienta o rizikových faktorech

Zaměřili jsme se na to, jak jsou klienti informováni o svých rizicích, které mohou vést k pádu. 3 sestry klienty o těchto rizicích informují. S2 k tomuto dodává: *„Informuji ho o rizikových místech, které se v Domově pro seniory nacházejí a které by mohli zapříčinit pád klienta.“* 2 sestry se vyjádřily, že pokud mají rizikového klienta, jeho stav konzultují s lékařem, za spolupráce seniora. S4 uvádí: *„Vše konzultujeme s obvodním praktickým lékařem o změně zdravotního stavu, medikace…“* 2 sestry uvádí, že je potřeba odstranit jakékoli překážky, které mohou způsobit pád. S5 říká: „*Odstraňujeme překážky v chůzi a uspořádáme nábytek, tak aby o něj nemohl klient zakopnout.“* Všechny sestry se shodly na doporučování vhodných kompenzačních pomůcek. S4 na tuto otázku odpovídá: *„Doporučujeme ústně a nabízíme dostupné a především vhodné kompenzační pomůcky, které následně řešíme s ošetřujícím lékařem.“* Všechny sestry odpověděly shodně i v doporučení rehabilitace. S2 uvádí: *„Po domluvě s rehabilitační pracovnicí, provádíme fyzioterapii, ošetřovatelskou rehabilitaci, nácvik chůze, posilujeme DK a HK a břišní svaly.“* 1 sestra uvedla, že je nutná také vlastní aktivita klienta. S5 říká: *„Vlastní aktivita klienta je samozřejmostí, za výrazné spolupráce personálu a rehabilitační pracovnice.“* Všechny sestry se shodly na pravidelném cvičení klientů. S2 uvádí: *„Pohyb s pomocí druhé osoby, nácvik chůze s personálem, pro posilování DK, pro lepší stabilitu. V rámci možností pravidelná rehabilitace a cvičení.“* 1 sestra se domnívá, že jsou vhodné aktivity s výlety. S5 říká: *„Aktivní přístup ke klientovi, pořádáním společných aktivit a výletů.“* 1 sestra podotýká, že je nezbytné také včasné řešení zdravotního problému. S5 popisuje: *„Je nutná psychická podpora a včasné řešení zdravotního problému u klienta, který následně může ovlivnit jeho mobilitu.“*

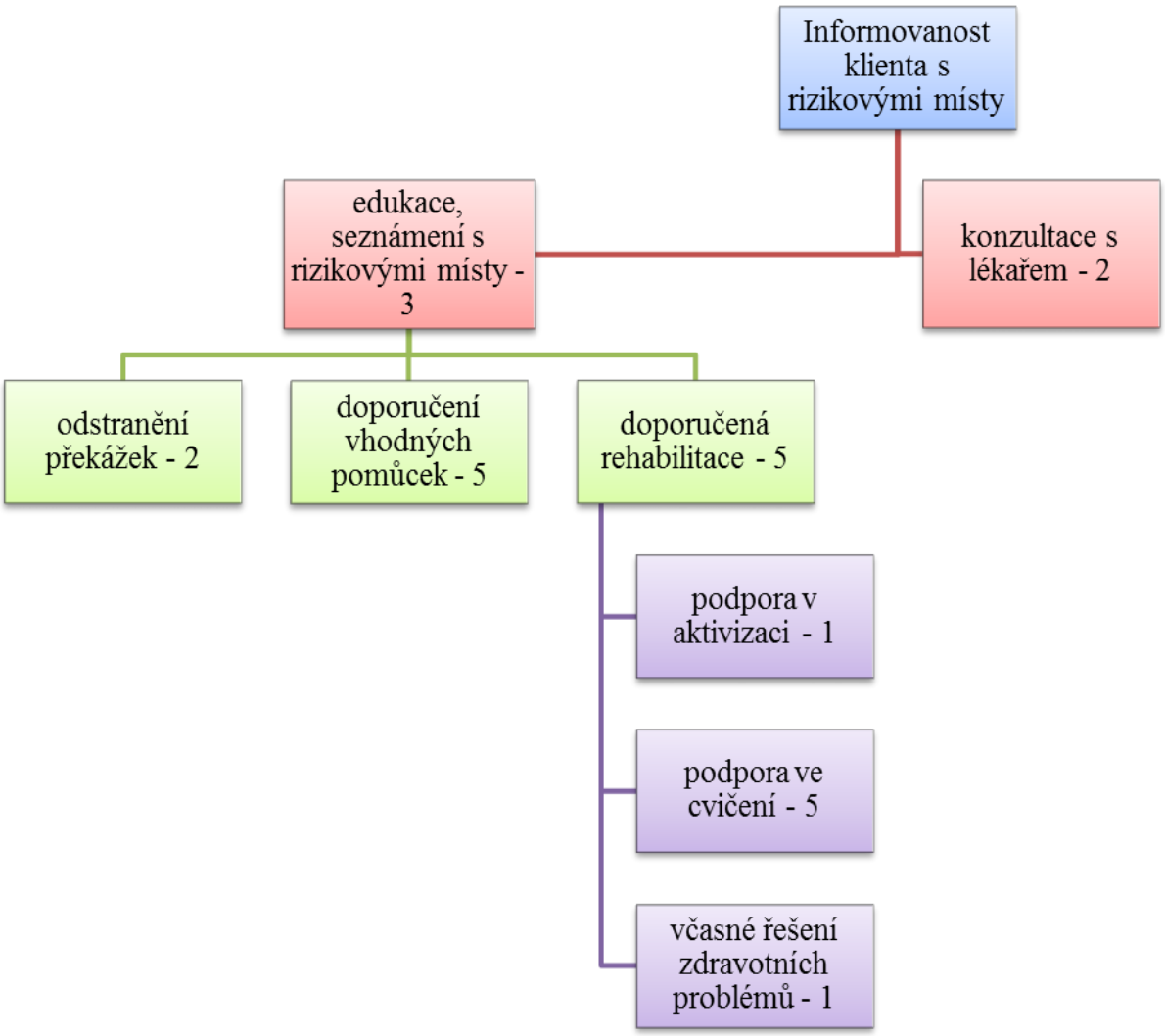

Informovanost klienta s rizikovými místy
edukace, seznámení s rizikovými místy - 3
konzultace s lékařem - 2
odstranění překážek - 2
doporučení vhodných pomůcek - 5
doporučená rehabilitace - 5
podpora v aktivizaci - 1
podpora ve cvičení - 5
včasné řešení zdravotních problémů - 1

Schéma 5 Informovanost personálu o zvýšeném riziku pádu u klientů

Všechny sestry se shodly na tom, že zdravotnický personál se o zvýšeném riziku u konkrétního klienta dozví ze zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace. S1 popsala: *„Klient má tuto informaci uvedenou ve své zdravotní dokumentaci a tato informace je sdílena na pravidelných pracovních schůzkách oddělení, protože je potřeba, aby všichni zaměstnanci byli informováni o případných mimořádných událostech.“* 2 sestry odpověděly, že ostatní personál se o zvýšeném riziku dozví z formulářů, které se zaměřují na riziko pádu u klienta. S5 říká: *„Zapisujeme do formuláře riziko pádu a pokud již k pádu dojde, tak do formuláře protokol o pádu.“* 1 sestra odpovídá, že personál je informován na pravidelných schůzkách. S1 uvádí: *„Informace je sdílena na pravidelných pracovních schůzkách oddělení.“* 2 sestry uvedly, že je možné tuto informaci o klientech také získat z denního hlášení. S4 říká: *„Pravidelné denní záznamy v hlášení jednak sester, ale také pomocného personálu.“*

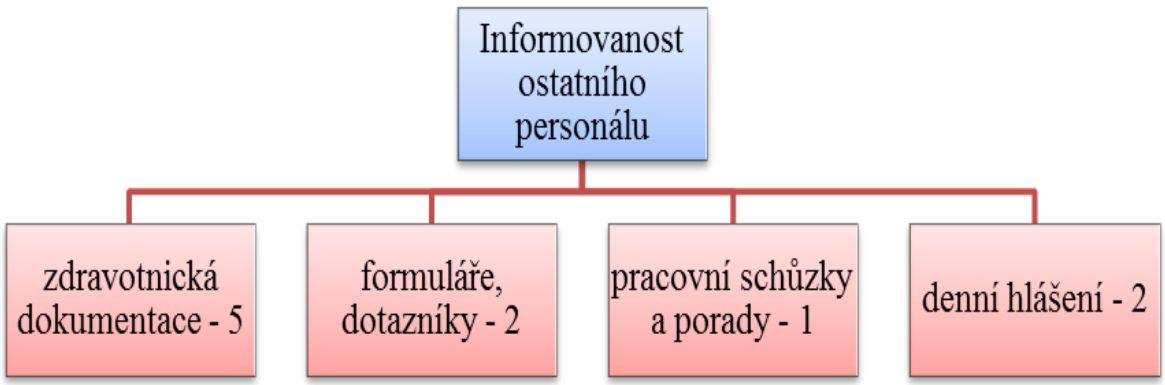


Schéma 6 Kompenzační pomůcky a jejich kontrolovatelnost

Ve schématu 6 byly vytvořeny 2 kategorie. V první kategorii bylo zjištěno, jaké dostupné kompenzační pomůcky se využívají v Domově pro seniory. 4 sestry využívají na svých odděleních chodítka a berle či hole. 3 sestry se domnívají, že je nutné k pomoci invalidní vozík a nezbytná jsou také madla. 2 sestry využívají u klientů WC křesla a sprchové židle. 1 sestra se domnívá, že je důležité signalizační zařízení pro přivolání pomoci a 1 sestra říká, že používají zvedací zařízení u imobilních klientů. V druhé kategorii jsme zjišťovali, zda zdravotnický personál tyto kompenzační pomůcky kontroluje. 4 sestry se shodly, že je nezbytné tyto pomůcky kontrolovat. S4 uvádí: *„Kontrola kompenzačních pomůcek je prováděna minimálně 1x za rok. Při zjištění závady se okamžitě provádí oprava pomůcky.“* 1 sestra odpověděla ne. Dále tuto odpověď nerozvíjela.

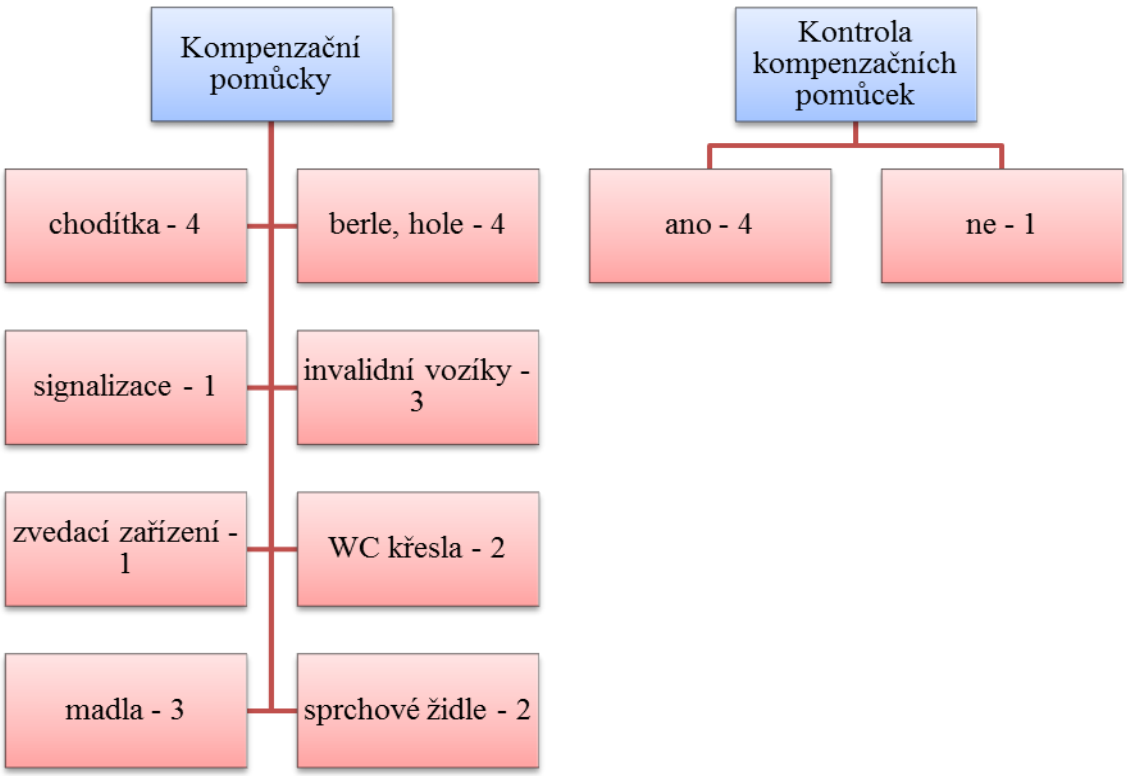


Schéma 7 Kalhotky s výstuhami z pohledu sester

Účelem vytvoření schématu 7 bylo zjištění vhodnosti kalhotek s výstuhami z pohledu pečujícího personálu. Zabývali jsme se nejenom, zda jsou vhodné k běžnému nošení, ale také jak se pracuje a pečuje o klienta, který tyto kalhotky nosí při běžném nošení. Následující otázka byla směřována, zda ošetřující personál se v minulosti s těmito speciálními kalhotky setkal. Byly vytvořeny 3 kategorie. V první kategorii 3 sestry odpověděly kladně. Z toho S4 si myslí: *„Velmi důležitá pomůcka pro prevenci zlomeniny krčku stehenní kosti. Je sice finančně náročnější, ale v porovnání s náklady na léčbu zlomeniny a mnohdy i trvalou invaliditu klienta, jsou náklady na tuto kompenzační pomůcku zcela zanedbatelné.“* 1 sestra S1 uvedla možná ano a 1 sestra S3 odpověděla, že neví. Ve druhé kategorii všechny sestry odpověděly, že se s kalhotkami s výstuhy v kyčelní oblasti pracuje dobře a že je to nijak neomezuje v jejich ošetřovatelské péči o tyto klienty. Ve třetí kategorii 2 sestry odpověděly, že se s touto pomůckou již v minulosti setkaly. S4 říká: *„Ano, v minulosti jsem se s touto pomůckou setkala při prezentaci na semináři, ale v pracovním procesu ještě ne. Po pracovní stránce je tato zkušenost vlastně prvotní.“* 3 sestry se s touto pomůckou ještě nesetkaly.

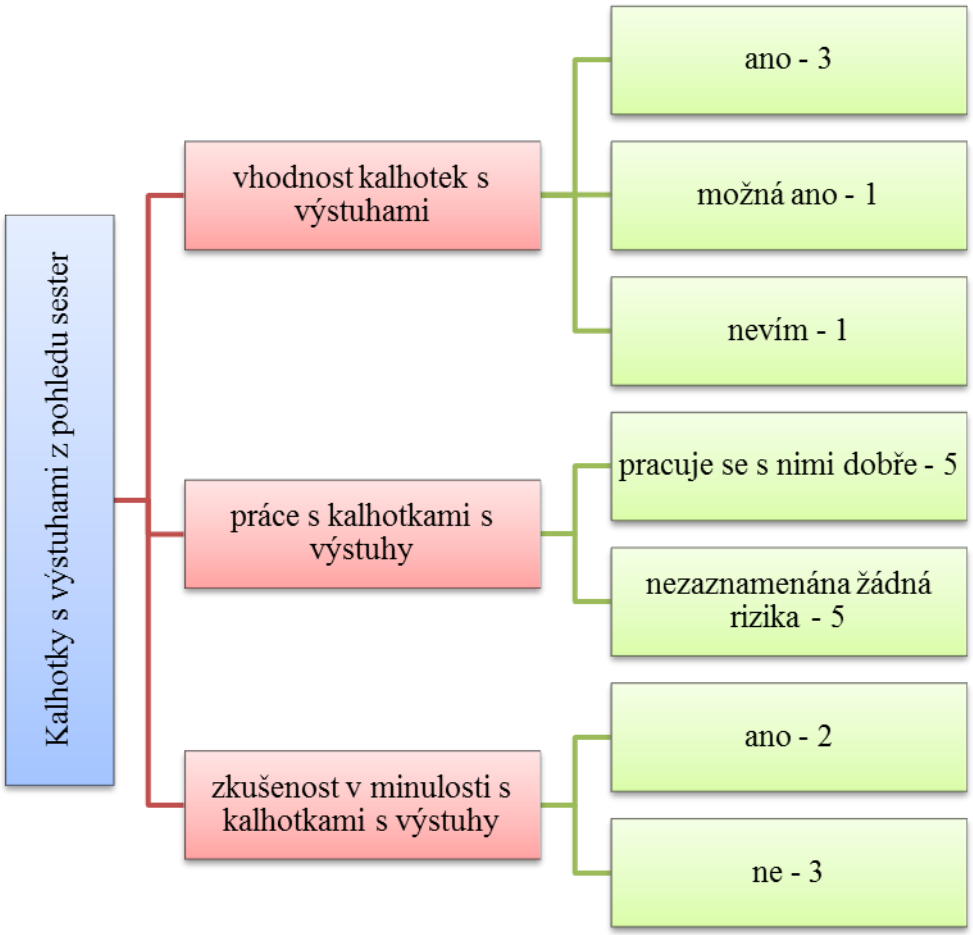

Kalhotky s výstuhami z pohledu sester
vhodnost kalhotek s výstuhami
ano - 3
možná ano - 1
nevím - 1
práce s kalhotkami s výstuhy
pracuje se s nimi dobře - 5
nezaznamenána žádná rizika - 5
zkušenost v minulosti s kalhotkami s výstuhy
ano - 2
ne - 3

Schéma 8 Nejčastější příčiny pádů z pohledu sester

Nejčastější příčiny pádu byly rozčleněny na 4 kategorie. V první kategorii jsme se zabývali nejčastějšími typy pádů. Ze schématu vyplývá, že nejčastějším typem je nestabilita při chůzi. S5 na tuto otázku odpověděla: *„Příčiny a typy pádů v našem zařízení jsou dvojího charakteru. Jednak jsou to příčiny zdravotní, do které patří vertigo, demence, nemoci pohybového aparátu nebo oční onemocnění. A pak jsou to překážky v chůzi – koberce, prahy, mokrá podlaha a nerovnost v terénu.“* Ve druhé kategorii jsme se zabývali tím, zda sestra klientovi dává doporučení ke správnému vstávání z lůžka. 1 sestra odpověděla, že po probuzení je jim doporučován všeobecně pomalý pohyb. 4 sestry popsaly jak edukují v tomto ohledu klienta. S5 k tomuto dodává: *„Klientovi doporučíme se posadit na lůžku, poté spustit nohy dolů z lůžka, chvíli vyčkat a teprve poté vstát z lůžka.“* Ve třetí kategorii nás zajímalo, jestli jsou klienti informováni o nežádoucích účincích léků v jejich chronické medikaci od zdravotního personálu. 3 sestry odpověděly kladně. S1 uvádí: *„Ano, klienti jsou o účincích léků průběžně informováni.“* 2 sestry poukazují pouze na možnost. S4 říká: *„Informujeme s důrazem na možnost nežádoucích účinků.“* 2 sestry si myslí, že informovat o nežádoucích účincích léků může pouze jejich ošetřující lékař. S3 odpovídá: *„Tyto informace by měl v prvé řadě podávat pouze lékař, my se pouze snažíme vysvětlit klientovi, že momentální komplikace mohou být způsobeny například hypnotikem.“* Ze čtvrté kategorie je možné zjistit, jak sestry kontrolují klienty s rizikem pádů v nočních hodinách. Všechny sestry shodně odpověděly, že klienty v nočních hodinách kontrolují. Z toho 2 sestry kontrolují automaticky každé 2 hodiny a 3 sestry kontrolují klienta jen po společné dohodě.

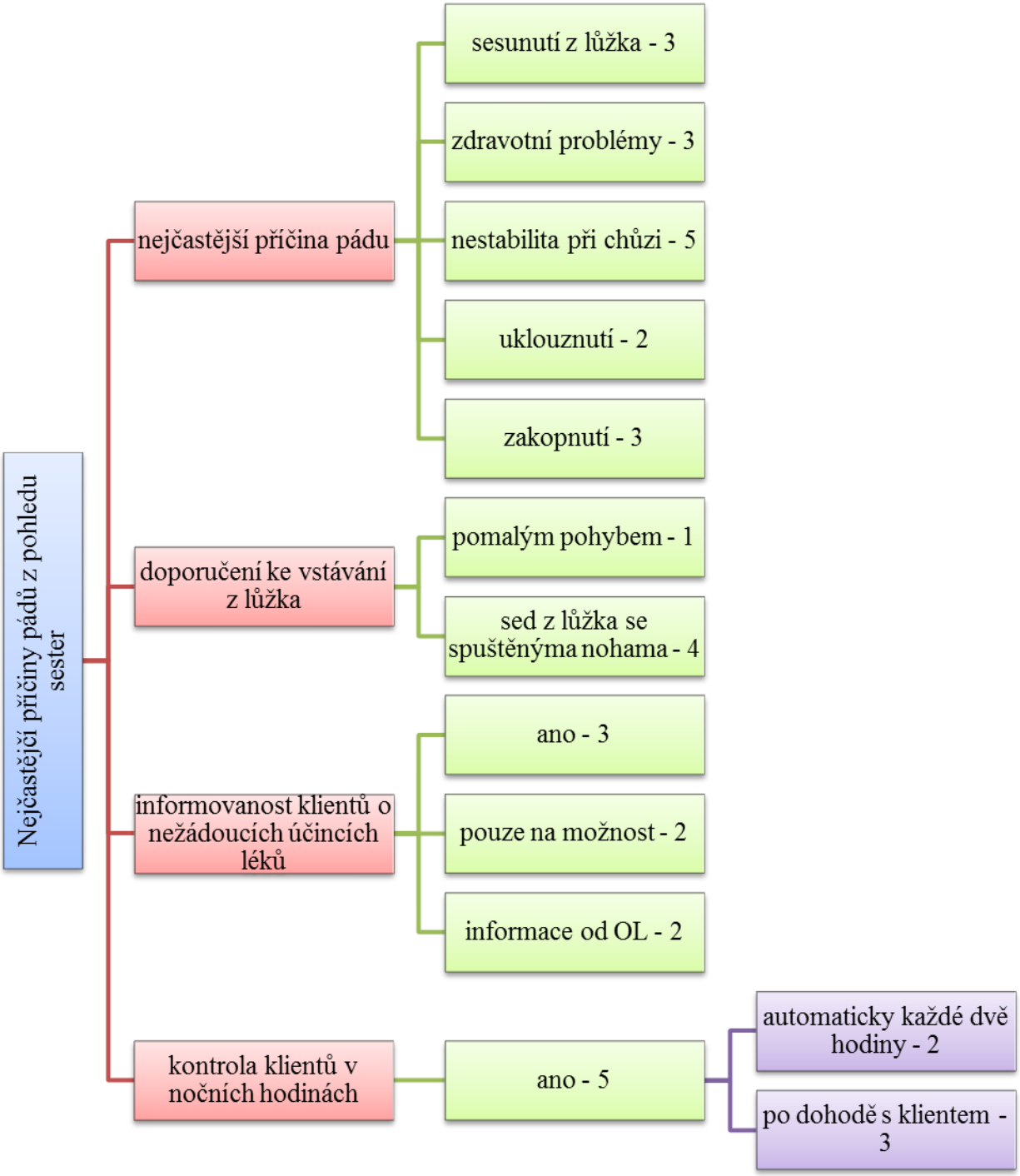

Nejčastější příčiny pádů z pohledu sester
nejčastější příčina pádu
sesunutí z lůžka - 3
zdravotní problémy - 3
nestabilita při chůzi - 5
uklouznutí - 2
zakopnutí - 3
doporučení ke vstávání z lůžka
pomalým pohybem - 1
sed z lůžka se spuštěnýma nohama - 4
informovanost klientů o nežádoucích účincích léků
ano - 3
pouze na možnost - 2
informace od OL - 2
kontrola klientů v nočních hodinách
ano - 5
automaticky každé dvě hodiny - 2
po dohodě s klientem - 3

Schéma 9 Doporučení sester pro větší bezpečnost

Ve schématu 9, kde jsme zjišťovali jaké je doporučení sester pro větší bezpečnost seniorů, si 3 sestry myslí, že by bylo vhodné ještě více edukovat klienty. S4 popisuje: *„Stále opakovat a zdůrazňovat možná rizika a nástrahy, které pak mohou vést k pádu.“* 1 sestra se domnívá, že určitě by bylo vhodné zajistit kalhotky s výstuhami. S2 říká: *„Jednak delší čas na vyzkoušení kalhotek s výstuhami proti zranění kyčelního kloubu a rozhodně více takovýchto kalhotek, pro více klientů.“* 1 sestra S5 si myslí, že je nezbytná ve všech místnostech bezbariérovost. 1 sestra S3 odpovídá, že by možná stačily větší a častější kontroly ze strany personálu. 2 sestry odpověděly, že by postačily dostupné kompenzační pomůcky. S4 říká: *„Klienti by měli více využívat možné dostupné kompenzační pomůcky.“* 1 sestra S4 si myslí, že by navíc také postačila kvalitní pomoc a podpora od personálu.

4.2 Pozorování sester S1 – S5

Sestra (S1) byla pozorována celkem jeden měsíc. Čas, který strávila hodnocením rizik, byl vždy jednu hodinu. Toto hodnocení provádí podle platných metodik zařízení, to znamená při příjmu a dále při změně jakéhokoli zdravotního stavu. Vyplňuje ho v programu CYGNUS a pravidelně sleduje, jak se klient pohybuje a jestli nedochází ke změně.

Pozorováno bylo zajištění bezpečnosti sestrou. Všímá si, jak je pokoj vybaven a jak je uzpůsoben nábytek. Se sociální pracovnicí a vrchní sestrou, které klienta před jeho nástupem do zařízení navštíví a provádí u něj šetření, řeší, jak se klient pohybuje a co ke svému pohybu potřebuje, ještě ve své domácnosti.

S1 se seniory necvičí, to provádí jiní pracovníci v zařízení. Sestra je spíše edukuje a informuje o možných cvicích, které jsou pro seniora vhodné. Tato edukace je opakovaná, dokud sám klient alespoň nějaké cviky nezvládne sám a dokud si je nezapamatuje. Velmi intenzivně sestra věnuje pozornost především edukaci o rizicích, které mohou způsobit pád. Například mokrá podlaha, jelikož se vytírá několikrát denně. Informuje je o obuvi, kterou má klient na sobě, o možných nástrahách, které má klient v bytě. Těmto informacím respondentka věnuje každou vhodnou příležitost a jedná se o opakované informace.

Sestra seznamuje s kompenzačními pomůckami, které klient má. Informuje je o tom, jak fungují u chodítka brzdy. Jedná se vždy o ústní a názornou ukázku. Pokud klient potřebuje poradit, jaká pomůcka je pro něho vhodná, má k dispozici i katalogy s veškerými kompenzačními pomůckami.

Sestra (S2) byla pozorována celkem jeden měsíc. Čas, který strávila hodnocením rizik, byl vždy jeden a půl hodiny. Prováděla hodnocení při jakékoli změně zdravotního stavu a dále při příjmu klienta, jak je tomu v platných metodikách zařízení. Vše zaznamenává do programu v počítači, který je k tomu určen, kde má každý klient svoji složku.

Sestra dokáže připravit pokoj tak, aby byl pro klienta co nejbezpečnější. Řeší s ním různé nástrahy, které by mohly vést k případnému pádu, zejména co se týká uzpůsobení sprchového koutu a především výstupku v něm, který se zde nachází.

S2 pravidelně prováděla skupinové cvičení, kde senioři sedí na židlích a procvičují a posilují zejména horní a dolní končetiny. Cvičí s nimi pravidelně každý všední den. Někdy se střídá s fyzioterapeutkou.

Poskytuje informace o rizicích pádu, opakovaně, protože senioři zapomínají. Edukuje je o vhodné obuvi, o mokré podlaze, o výstupku v koupelně, o vhodném oděvu. Informuje klienta kdykoli je s ním v kontaktu, ale je to individuální. Seznamuje je s kompenzačními pomůckami, ve většině případů se jedná o čtyřkolové chodítko a manipulaci s ním, pokud se jedná o ukázku a nácvik chůze s berlemi, přizve si fyzioterapeutku. Vždy se jedná o ústní informace společně s praktickou ukázkou.

Sestra (S3) byla pozorována celkem jeden měsíc. Čas, který strávila hodnocením rizik, byl vždy jednu hodinu. Hodnocením rizik seniora dodržuje standard daný zařízením. Hodnocení prováděla při příjmu klienta a při změně jeho zdravotního stavu. Sleduje, jak se klient pohybuje a vše řeší s fyzioterapeutkou.

Pokoj klienta připravuje tak, aby mu vyhovoval z pohledu bezpečnosti. Sestra neřeší případné nástrahy, jako je mokrá podlaha nebo výstupek v koupelně.

Sestra seniory edukuje o cvičení a sama předvádí druhy cviků, které mohou vést k soběstačnosti klienta. Cvičení je zaměřené především na dolní končetiny. Toto provádí opakovaně i několik týdnů.

Seznamuje klienta s kompenzačními pomůckami, většinou se jedná o chodítka a sedačky do sprchy, informuje je ústně, případně prakticky. Informuje o kalhotkách s výstuhy na kyčelní oblast.

Sestra (S4) byla pozorována celkem jeden měsíc. Čas, který strávila hodnocením rizik, byl vždy dvě hodiny. Hodnocení provádí při příjmu a při změně zdravotního stavu. Při příjmu klienta do zařízení vše řeší s rodinnými příslušníky, kde zjišťuje, jak se

klient pohyboval sám doma a vše společně zaznamenávají do složky klienta. Všímá si pohybu u klienta a vše řeší s fyzioterapeutkou.

Sestra si všímá a sama upravuje pokoj klienta ohledně bezpečnosti. Zajímá se, jaké pomůcky má klient k chůzi, aby měl dostatek místa k pohybu na pokoji a nebyly tam žádné nástrahy, které mohou vést k pádu.

Řídí si cvičení u klientů sama, edukuje nejen samotného seniora, ale především pomocný personál, jak bude u klienta probíhat posilování a protahování dolních i horních končetin. Kompenzační pomůcky sestra prakticky ukazuje a doprovází je i ústními instrukcemi. Vždy k tomu vyžaduje zpětnou vazbu od klientů a kontroluje, zda všemu porozuměli. Pokud něčemu nerozuměli nebo nepochopili, jak kompenzační pomůcka funguje, opakuje svou edukaci. O rizikových místech sestra neinformuje.

Sestra (S5) byla pozorována celkem jeden měsíc. Čas, který strávila hodnocením rizik, byl vždy dvě hodiny. Hodnocení provádí při příjmu klienta do zařízení a při změně zdravotního stavu klienta. Vše zaznamenává do programu a vše konzultuje s fyzioterapeutkou a všímá si veškerého pohybu, který klient udělá.

Sestra klientovi pokoj připravuje a zajímá se, jak je vybaven a uzpůsoben nábytkem. Vše také konzultuje s klientem samotným. Informuje ho o cvicích, které vedou k posilování dolních a horních končetin. Je to individuální. Některé cviky provádí sama a předcvičuje je. Informuje je o rizicích každou vhodnou chvíli, kterou je sestra s klientem. Informace jsou opakující. Ověřuje si klientovu obuv, zda-li je správná. Dále je edukuje o výstupku ve sprchovém koutu, o koberečkách ale i o velkém množství nábytku.

Opakovaně informuje klienta o kompenzačních pomůckách, formou ústní, ale i praktickou ukázkou. Dává k dispozici také katalogy od firem, které se specializují na kompenzační pomůcky a pomůcky usnadňující sebeobsluhu.

4.3 Výsledky kvalitativního šetření seniorů žijících v Domově pro seniory

Tabulka 2 Identifikační údaje seniorů

Respondent	Věk respondentů	Počet let strávených v Domově pro seniory
R1	90 let	22 let
R2	77 let	1 rok
R3	88 let	25 let
R4	86 let	17 let
R5	86 let	2 roky
R6	96 let	3 roky
R7	86 let	2 roky
R8	85 let	4 roky
R9	95 let	20 let
R10	78 let	18 let

Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 respondentů. Celkový věk se pohybuje mezi 77 až 96 lety. Průměrný věk respondentů je necelých 87 let. Počet roků strávených v Domově pro seniory se pohybuje v rozmezí 1 až 25 lety. Průměrný počet let strávených v Domově pro seniory je více než 11 let.

Schéma 10 Prevence z pohledu seniora

Ve schématu 10 byly vytvořeny 2 kategorie. V první kategorii jsme zkoumali, jak si respondenti snaží udržovat svoji bezpečnost. Všichni odpověděli, že ke své chůzi využívají převážně chodítka. 2 respondenti používají madla v koupelně i na WC. R1 tomuto dodává: *„Využívám záchytná madla, která ale bohužel nejsou všude, kde by bylo potřeba.“* 2 respondenti ke své mobilitě používají hole nebo berle. R2 odpověděla: *„ Mám špatnou stabilitu, proto chodím jen s hůlkou, ale to jen na kratší vzdálenost, pokud jdu na delší trasu, tak využívám chodítko.*“ 2 respondenti navíc využívají k přesunům invalidní vozík a 2 respondenti si k udržení soběstačnosti zacvičí. Ve druhé kategorii jsme se zabývali bezpečností v Domově z pohledu seniora. V celém zařízení se cítí bezpečně 8 respondentů, 1 respondent neví, nedokáže říci a 2 respondenti se dobře necítí. R1 dodává: *„Co se týká celého zařízení, tak zejména společenské prostory, v některých jsou ještě prahy a já se tam se svým chodítkem těžko dostávám.“* Na pokoji se cítí bezpečně všech 10 respondentů. R1 odpovídá: *„Ve svém pokoji se cítím bezpečně a dobře. Myslím, že tu mám dostatek místa, nemyslím si, že bych zde upadla.“* V koupelně se 2 respondenti necítí bezpečně. R2 říká: *„Jen v koupelně je takový výstupek a ten mi dělá stále větší problém.“*

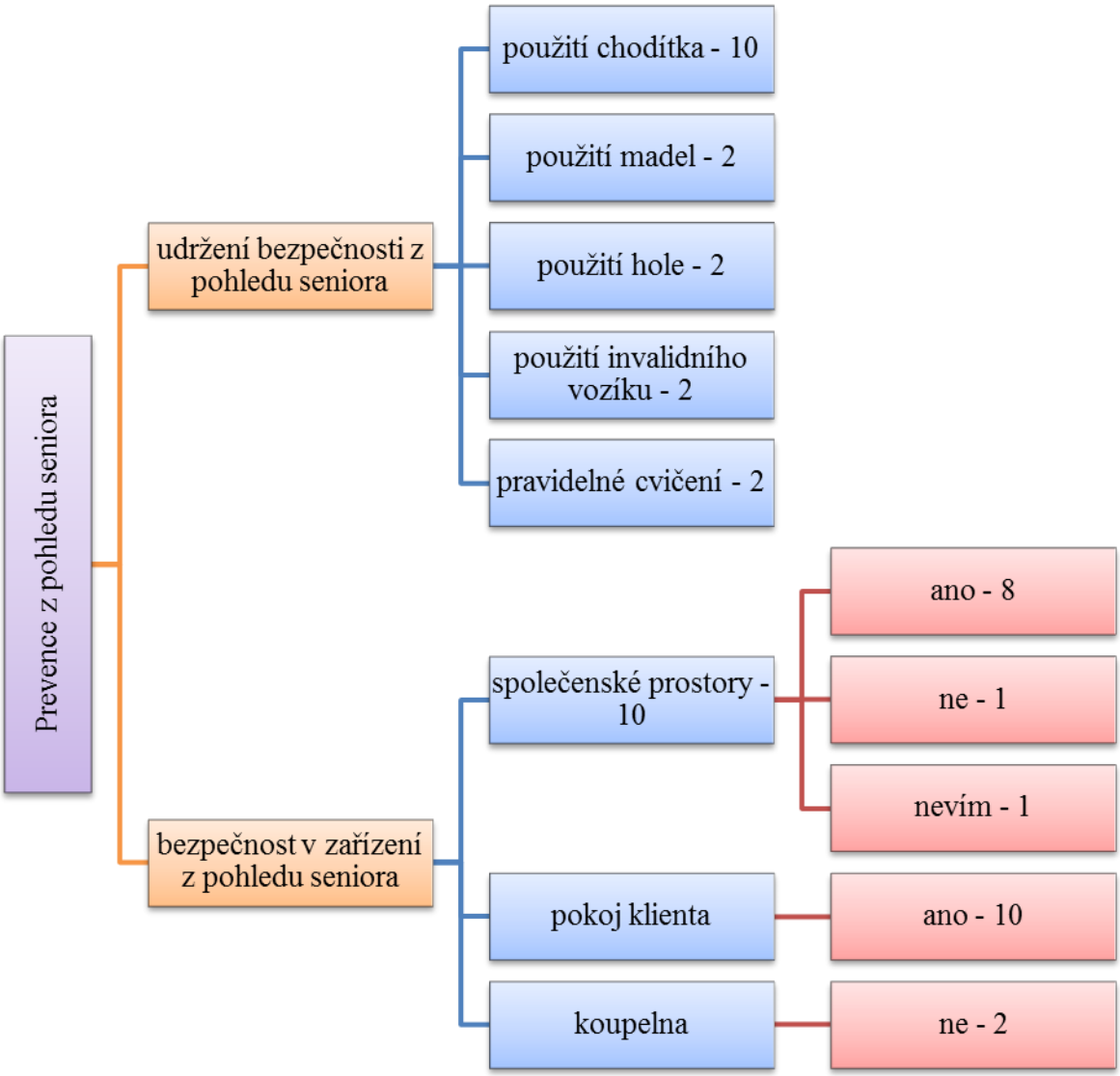

Prevence z pohledu seniora
udržení bezpečnosti z pohledu seniora
použití chodítka - 10
použití madel - 2
použití hole - 2
použití invalidního vozíku - 2
pravidelné cvičení - 2
bezpečnost v zařízení z pohledu seniora
společenské prostory - 10
ano - 8
ne - 1
nevím - 1
pokoj klienta
ano - 10
koupelna
ne - 2

Schéma 11 Příčiny pádů z pohledu seniora

Schéma 11 jsme rozdělili do 2 kategorií. V první kategorii je možné vidět, zda-li respondenti prodělali již nějaký pád. Z výsledků vyplynulo, že všichni respondenti pád již v minulosti prodělali. 3 respondenti neuvádějí zranění v souvislosti s pádem. 2 respondenti při pádu utrpěli zlomeninu a 5 respondentů prodělalo pád se zraněním hlavy. R1 odpovídá: *„Pád jsem zažila celkem 2x a vždy to bohužel bylo se zraněním dost závažným. Skončila jsem v nemocnici se zlomeninou kyčle.“* Ve druhé kategorii 6 respondentů neužívá žádné léky na spaní. 4 respondenti spí celou noc bez vstávání. R5 uvádí: *„Chodím spát celkem v pozdních hodinách, tak kolem půlnoci, kdy si ještě dojdu na WC a pak spím až do rána.“* 6 respondentů vstává 1 – 3x za noc. 8 respondentů odpovědělo, že rituál vstávání ovládá. R2 říká: *„V noci vstávám 2-3x a když vstávám z lůžka tak se nejprve posadím, chvíli sedím s nohama dolu a pokud se mi netočí hlava tak vstanu. Pokud si nejsem i tak jistá, zvoním na sestřičku.“* 2 respondenti nedokázali popsat správné vstávání z lůžka. Z 10 respondentů, dva závratěmi trpí jen přes den.

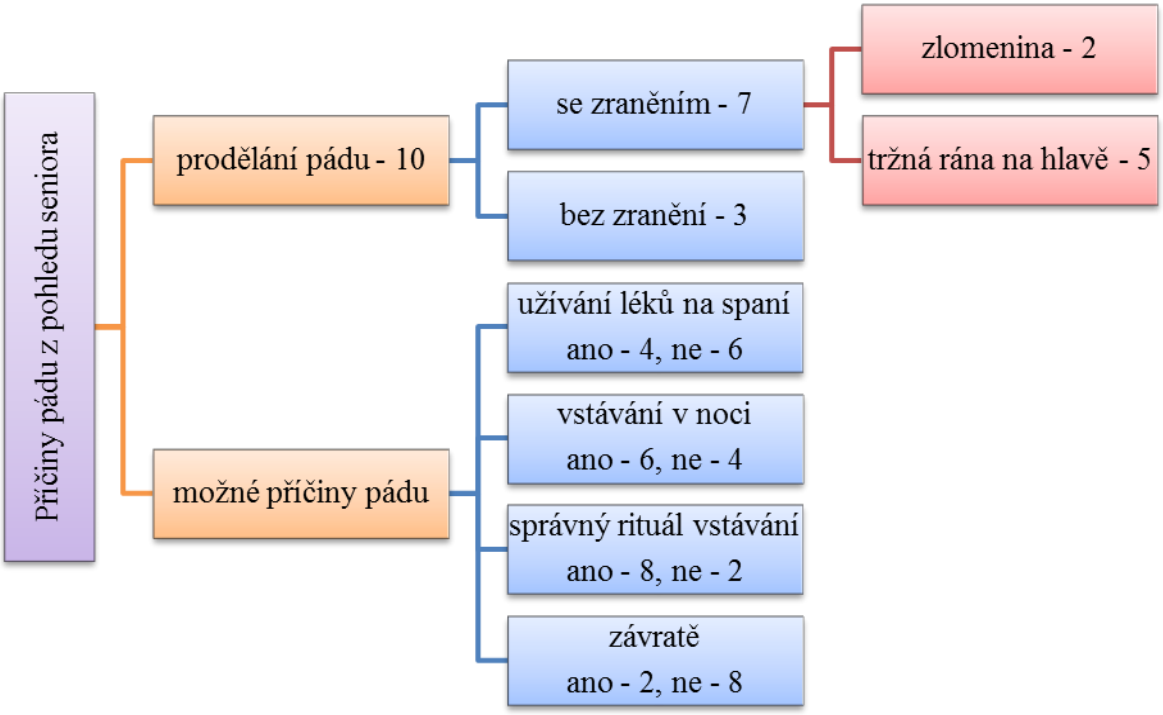

Příčiny pádu z pohledu seniora
prodělání pádu - 10
se zraněním - 7
zlomenina - 2
tržná rána na hlavě - 5
bez zranění - 3
možné příčiny pádu
užívání léků na spaní
ano - 4, ne - 6
vstávání v noci
ano - 6, ne - 4
správný rituál vstávání
ano - 8, ne - 2
závratě
ano - 2, ne - 8

Schéma 12 Riziková místa z pohledu seniora

Schéma 12 znázorňuje, co by senioři doporučili k větší bezpečnosti v Domově pro seniory k prevenci pádu. 4 respondenti by uvítali odstranění výstupku ve sprše. R5 odpovídá: *„Můj pokoj je dobře uzpůsoben, jen ten výklenek ve sprše. Jinak bych nic neměnila.“* 2 respondenti odpověděli, že by odstranili prahy a 5 respondentů by v Domově pro seniory, kde pobývají, neměnilo nic.

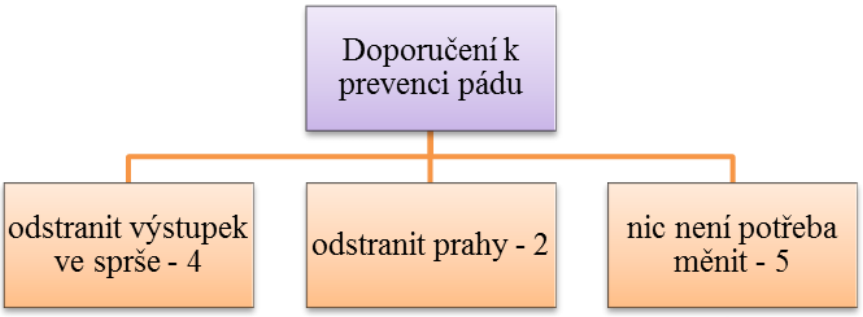


Schéma 13 Znalost kompenzačních pomůcek

Zjišťovali jsme, jaké kompenzační pomůcky respondenti znají. Všichni respondenti znají chodítka. 5 respondentů odpovědělo, že znají kalhotky s výstuhami. 1 respondent zná WC křeslo. 1 respondent používá invalidní vozík. 8 respondentů využívá madla. 5 respondentů zná sprchovou židli a 4 respondenti využívají hole a berle.

Schéma 14 Informovanost o rizicích a kompenzačních pomůckách

Schéma 14 je zaměřeno na informovanost klientů o možných kompenzačních pomůckách. 2 respondenti odpověděli záporně. R1 odpověděl: *„A co se týká informací o těchto pomůckách, tak to mi nikdo nepodal. Jen o kalhotkách vrchní sestra.“*

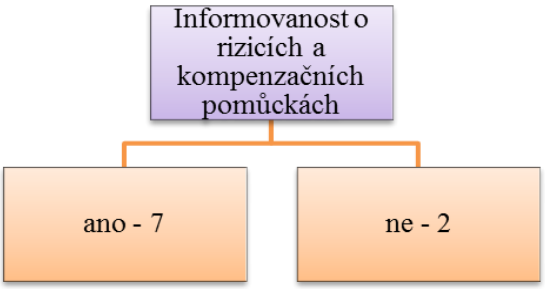


Schéma 15 Zhodnocení aktivity z pohledu seniora

Zaměřili jsme se na zhodnocení soběstačnosti z pohledu seniora. Zajímali jsme se o pohyblivost respondentů. 8 respondentů odpovědělo, že se po ránu cítí velmi dobře. 1 respondent R3 si musí po ránu zacvičit a 1 respondent R4 odpověděl, že po ránu ho bolí klouby. Zaměřili jsme se na udržení kondice. 2 respondenti chodí na pravidelné procházky. R5 odpovídá: *„Chodím na skupinové cvičení a jinak se snažím chodit po chodbě a pokud je venku pěkném počasí, tak také na procházky.“* 5 respondentů navštěvuje skupinové cvičení. R7 na tuto otázku odpovídá: *„Chodím zde v zařízení na skupinové cvičení, je to super, cvičíme na židlích a protahujeme si tam horní i dolní končetiny a také postřeh.“* 3 respondenti cvičí individuálně. R4 uvádí: *„Kondici si udržuji cvičením, sama na pokoji. Právě jak mě bolí klouby, tak je musím po ránu rozcvičit. Po rozcvičení kloubů se cítím lépe.“* 2 respondenti pro svou kondici nic nedělají. R9 říká: *„Nikdy jsem nebyla cvičit tady v zařízení. Jsem spíše zavřená v pokoji a to mi vyhovuje. Ani sama si zde necvičím.“*

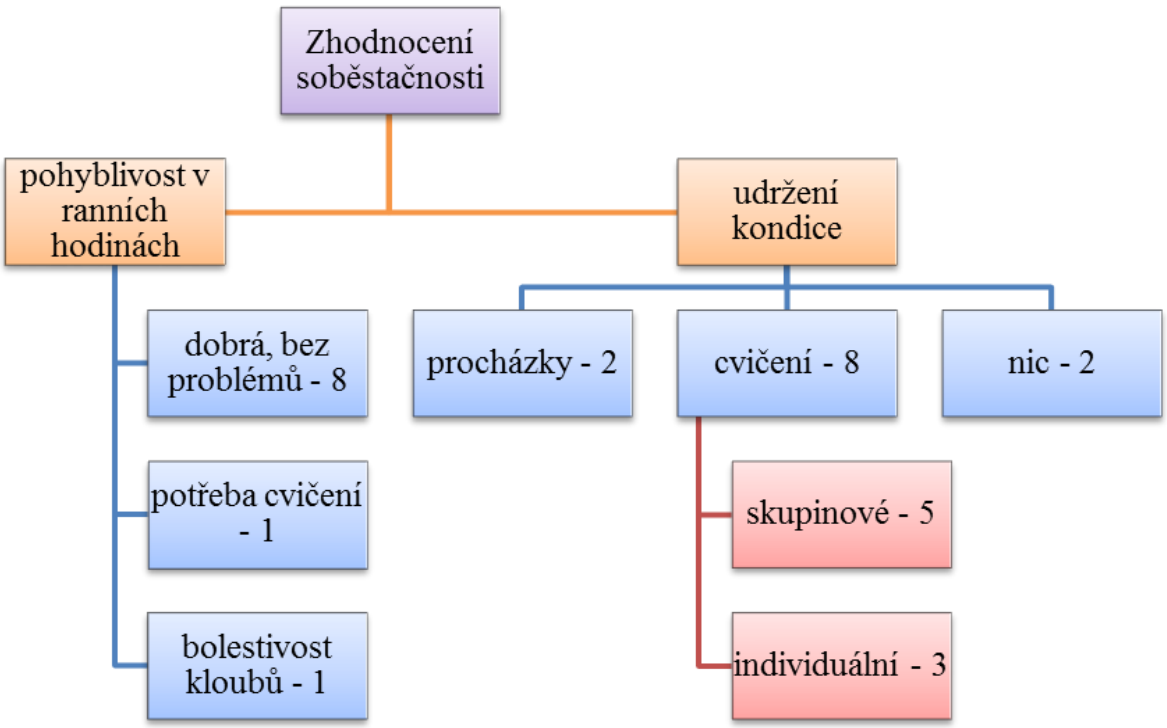
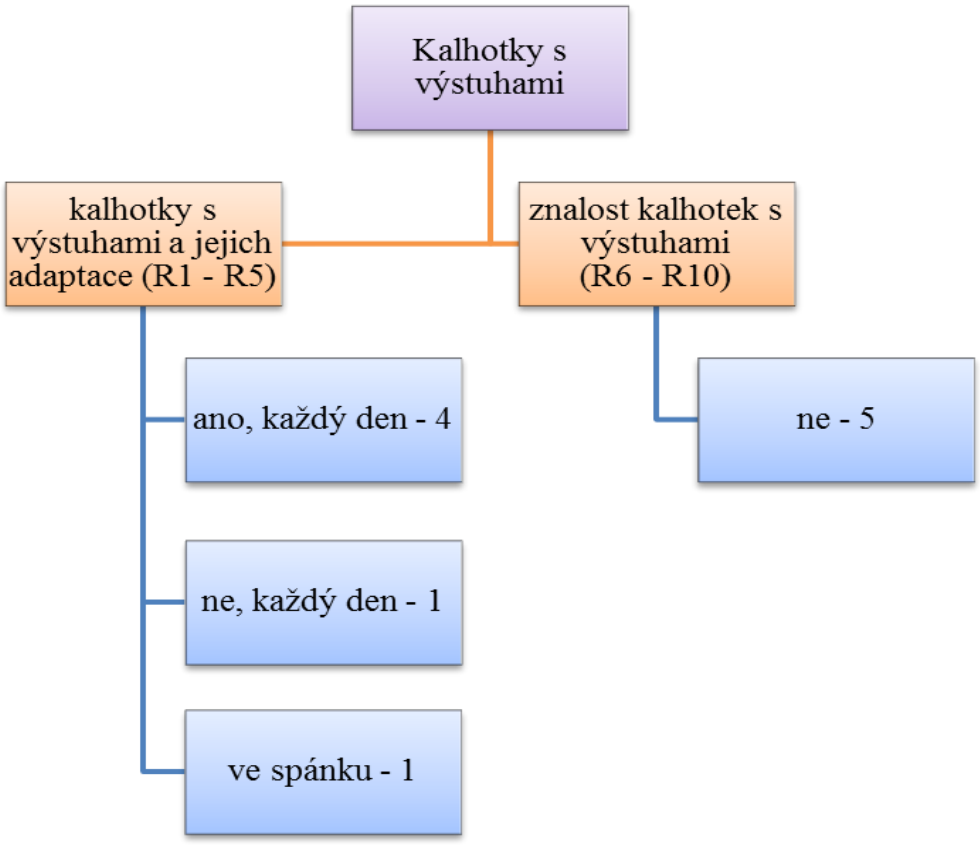


Schéma 16 Kalhotky s výstuhami z pohledu seniorů

Schéma 16 je zaměřeno na to, jak často respondenti nosí kalhotky s výstuhami. Tato otázka byla položena pouze respondentům R1 – R5. 4 respondenti nosili kalhotky každý den. R1 odpovídá: *„Kalhotky nosím každý den poctivě, už jsem si na ně zvykla a nevadí mi. Z počátku jsem si nemohla zvyknout, že mám vlastně na sobě dvoje kalhotky a ještě vložku.“* 1 respondent R4 nenosil kalhotky každý den. R4 odpovídá*: „Kalhotky s výstuhami se přiznám, že nenosím každý den, stalo se mi, že jsem na ně zapomněla, obzvláště ze začátku.“* 1 respondent R2 kalhotky s výstuhami vyzkoušel i ve spánku. R2 říká: *„Přes noc je nemám, ale přes den v nich občas usnu, když odpočívám po obědě. Nevadí mi ani ve spánku, nikde mě netlačily.“* Respondentům (R6 – R10), kteří nebyli vybráni do výzkumu s kalhotkami s výstuhy, byla položena otázka, zda znají tuto pomůcku. Všichni odpověděli, že tuto pomůcku nikde neviděli ani se s ní nikde nesetkali. R7 uvádí: *„Ne, to jsem neslyšela, no bylo by to skvělé, protože k pádu dojde hned a pokud by to mělo zabránit zlomenině kyčle, tok to by bylo super.“*



4.4 Pozorování respondentů R1 – R10

Respondentka (R1) je orientovaná, chůze za pomoci čtyřkolového chodítka, po zlomeninách obou krčků stehenní kosti. Chůzi po schodech nezvládne. Potřebuje pomoci s oblékáním a s koupelí. Stravuje se sama, jen potřebuje dopomoci s doprovodem do jídelny. Lékařské diagnózy – DM na PAD, senilní katarakta, hypertenze, ICHS, gonartróza, spondylóza a močová inkontinence. Respondentka užívá z rizikové medikace – hypnotikum, diuretikum a léky tlumící úzkost a antihypertenziva. Sluch i zrak je v jejím věku fyziologický a před 2 roky prodělala operaci obou kyčlí. Psychický stav v průběhu sledování seniora byl zcela přirozený, nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace, ani deprese. Klientka je orientovaná místem, časem i osobou. Spolupráce respondentky je od samého počátku výzkumu dobrá, klientka je aktivní a ptá se, pokud jí něco není jasné. Závratěmi po dobu sledování netrpěla. Mimo chodítka byly dále zaznamenány madla na WC a ve sprchovém koutu, sprchová židle a signalizační zařízení. Chrániče kyčlí po dobu sledování měla vždy na sobě, jediné kdy je nenosila, byla noc. Klientka se vyprazdňuje přes den sama na pokoji, dojde si na WC s pomocí chodítka, nosí přes den vloženou plenu. Přes noc používá natahovací kalhotky a na WC nechce chodit, protože si vezme vždy tabletu na spaní, která ji zabírá celkem dobře.

Pokoj klientky je uspořádán útulně, nikde nejsou žádné výrazné překážky, které by mohly vést k pádu. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, nočním stolkem s výsuvnou deskou, skříní, stolem, židlí a komodou. Klientka má ještě své křeslo, které je ovšem velmi nízké a těžko z něho vstává. V předsíni má botník a svou lednici – jinak je prostoru dostatek. Z předsíně vedou ještě jedny dveře do sociálního zařízení, kde se nalézá vyvýšené WC, kde jsou po obou stranách madla a sprchový kout, který je sice prostorný, ale s výstupkem.

Cvičení respondentky – klientka odmítá chodit na skupinové cvičení, pořádané zde v zařízení – předcvičují zde pracovnice, které jsou proškolené fyzioterapeutkou. Klientka je spíše samotářský typ, proto se ani moc nedruží, ale jinak je povídavá. Aktivizaci také moc nevyužívá – zde v zařízení je mnoho různých aktivit, ale klientka je

samotářský typ a spíše si vezme knihu a čte si sama ve svém pokoji. V létě se ráda prochází venku se svou kamarádkou. Rituál správného vstávání má respondentka naučený. Fyzioterapeutka k ní nedochází – chodila v době, kdy byla po operacích TEP kyčle a intenzivně s ní cvičila – nyní již ne.

Výsledky testů: Barthelův index → *lehce závislá*; Hodnocení rizika pádu → *značné riziko*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *středně těžce závislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *středně těžce závislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 0; pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 0.

Respondentka (R2) prodělala mozkovou příhodu. Je nejistá při chůzi, používá vycházkovou hůl nebo čtyřkolové chodítko. Z důvodu rizika pádu je nutná častější kontrola i v nočních hodinách. Neorientuje se v předepsané medikaci, proto léky podává zdravotnický personál. Lékařské diagnózy – CMP, hypertenze, stenóza aortální chlopně, fibrilace síní. Respondentka užívá z rizikové medikace – léky, které snižují poruchu rovnováhy (při závratích) a léky při nedostatku Ca a antihypertenziva. Sluch i zrak je v jejím věku fyziologický. Ve sledovaném období nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace a ani deprese. Klientka je orientovaná místem, časem i osobou. Klientka spolupracuje od samého začátku sledování dobře. Závratěmi po dobu sledování netrpěla (léky pravděpodobně dobře zabírají), spíše má problémy se stabilitou chůze (osteoporóza). Mimo chodítka klientka využívá madla na WC a v koupelně ve sprše a signalizační zařízení. Chrániče kyčlí po dobu sledování měla vždy na sobě, jedině v noci je nenosila. Respondentka se vyprazdňuje sama na pokoji – dojde si na WC s pomocí chodítka. Má správně naučený rituál na vstávání, bere také léky na závratě.

Pokoj klientky je uspořádán útulně, nikde nejsou žádné výrazné překážky, které by mohly vést k pádu. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, nočním stolkem s výsuvnou deskou, skříní, stolem, židlí, polohovacím křeslem a komodou. V předsíni má botník a svou lednici – jinak je tam prostoru dostatek. Z předsíně vedou ještě jedny dveře do sociálního zařízení, kde se nalézá vyvýšené WC, kde jsou po obou stranách madla a sprchový kout, který je sice prostorný, ale s překážkou výstupkem.

Cvičení respondentky – klientka chodí na skupinové cvičení, pořádané zde v zařízení – procvičují pracovnice, proškolené fyzioterapeutkou. Individuálně k ní fyzioterapeutka nedochází. Aktivizaci využívá – chodí na trénování paměti, na vyrábění různých výrobků, vždy s nějakou tématikou, která se vztahuje k danému měsíci – to ji velmi baví.

Výsledky testů: Barthelův index → *závislost středního stupně*; Hodnocení rizika pádu → *značné riziko*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *zcela nezávislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *lehce závislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 1 (příčina pádu – uklouznutí); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 0.

Respondentka (R3) je chodící, poměrně soběstačná, chůze pouze pomocí čtyřkolového chodítka. Je po TEP obou kolen a v anamnéze jsou zaznamenány opakované pády – především když vstane, tak necítí nohy. Lékařské diagnózy – ICHS, hypercholesterolemie, hypertenze, CHOPN, neuropatie, hypertenze, břišní kýla. Respondentka užívá z rizikové medikace – antidepresiva, diuretika a léky při nedostatku Ca (na osteoporózu), antihypertenziva. Sluch i zrak je v jejím věku fyziologický. Ve sledovaném období nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace a ani deprese. Klientka je orientovaná místem, časem i osobou. Klientka spolupracuje od samého začátku výzkumu dobře, je aktivní. Je nadšená, že existují i kalhotky, kde je určitá pravděpodobnost zabránění zranění, dokonce je doporučila i své příbuzné. Závratěmi po dobu sledování netrpěla, spíše má problémy se stabilitou chůze (osteoporóza). Je po operaci TEP obou kolen. Dále využívá madla na WC a ve sprchovém koutě, sprchovou židli a signalizační zařízení. Chrániče kyčlí po dobu sledování z počátku nenosila pravidelně, chvíli trvalo, než si na ně zvykla a také ji tlačili na břišní stěnu, kde má břišní kýlu. V noci je na sobě neměla. Klientka se vyprazdňuje sama na pokoji – dojde si na WC s pomocí chodítka. Rituál na vstávání se neshoduje s tím, jak povídá klientka sama. Vstává moc rychlým způsobem.

Pokoj klientky je uspořádán velmi neútulně, jsou zde výrazné překážky, které by mohly vést k pádu, jelikož tato klientka patří mezi bývalé klienty penzionu, kteří ještě

disponují svým nábytkem. Pokoj je vybaven válendou, obývací stěnou, křeslem, kuchyňskou linkou, stolem a židlemi, které jsou uprostřed tohoto pokoje a kobercem po celé ploše. V předsíni má klientka potravinovou skříň, lednici a botník. Vše působí přeplněným dojmem. Je zde velmi málo místa. Klientka může kdykoli upadnout a zranit se o nábytek. Sociální zařízení je stejné jako v ostatních jiných pokojích – jediný problém je ve výstupku, který vede do sprchového koutu.

Cvičení respondentky – klientka chodí na skupinové cvičení, pořádané zde v zařízení – předcvičují zde pracovnice, proškolené fyzioterapeutkou. Cvičí si ještě každý den doma, po ránu – na rozcvičení obou kolen, po ránu je má ztuhlé. Fyzioterapeutka k ní nedochází. Aktivizaci zde v zařízení příliš mnoho nevyužívá, pouze pokud jsou nějaké akce s hudbou, hodně využívá čaje jako za mlada, které jsou v zařízení pořádané každých 14 dnů.

Výsledky testů: Barthelův index → *lehce závislá*; Hodnocení rizika pádu → *značné riziko*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *zcela nezávislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *lehce závislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 4 (příčina pádu – zakopnutí a uklouznutí); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 0.

Respondentka (R4) je chodící, poměrně soběstačná, chůze pouze s pomocí čtyřkolového chodítka. Je diabetička na PAD, ale dietu nedodržuje. Léky si připravuje sama. Trpí velkými bolestmi zad a kloubů. Lékařské diagnózy – hypertenze, koxartróza, DM na PAD. Respondentka užívá z rizikové medikace – antihypertenziva. Sluch i zrak je v jejím věku fyziologický. Ve sledovaném období nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace a ani deprese. Klientka je orientovaná místem, časem i osobou. Klientka spolupracuje dobře, ptá se, zajímají jí věci kolem rizika pádu, je nadšená, zvykla si na kalhotky a chtěla by si je ponechat i po výzkumu, pokud by to bylo možné. Závratěmi netrpěla v průběhu sledování. Využívá ještě madla na WC a ve sprše a signalizační zařízení. Chrániče po dobu sledování měla na sobě, jen ne v noci. Klientka se vyprazdňuje sama na pokoji, na WC si dojde s pomocí chodítka. Má správně naučený rituál na vstávání.

Pokoj klientky je uspořádán velmi neútulně, jsou zde výrazné překážky, které by mohly vést k pádu. Pokoj je vybaven válendou – velmi nízkou – což klientce činí velké potíže při vstávání. Dále je zde málo místa, protože uprostřed tohoto pokoje je stůl se židlemi, obývací stěna s kuchyňskou linkou – celkově to působí velmi chaoticky. V předsíni má klientka potravinovou skříň, lednici a botník. I zde je prostoru velmi málo. Z předsíně vedou ještě jedny dveře do sociálního zařízení, kde se nalézá vyvýšené WC, kde jsou po obou stranách madla a sprchový kout, který je sice prostorný, ale s výstupkem.

Cvičení respondentky – klientka nechodí na skupinové cvičení, pořádané zde v zařízení, zacvičí si sama přes den. Fyzioterapeutka k ní nedochází. Aktivizaci také moc nevyužívá. Jde se raději podívat ven.

Výsledky testů: Barthelův index → *lehce závislá*; Hodnocení rizika pádu → *bez rizika*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *zcela nezávislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *zcela nezávislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 2 (příčina pádu – zakopnutí a ztráta rovnováhy); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 0.

Respondentka (R5) je chodící, poměrně soběstačná, chůze pouze s pomocí čtyřkolového chodítka a berle používá na kratší vzdálenosti. Trpí občasnou dušností, je sledována na plicní ambulanci. Občas zapomíná. Léky připravuje personál. Lékařské diagnózy – hypertenze, CHOPN, DM na dietě, katarakta, gastroezofageální refluxní onemocnění, oboustranná gonartróza, močová inkontinence, TEP obou kyčelních kloubů. Respondentka užívá z rizikové medikace – diuretika a antihypertenziva. Sluch i zrak je v jejím věku fyziologický. Pouze využívá brýle na čtení. Ve sledovaném období nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace a ani deprese. Klientka je orientovaná místem, časem i osobou. Klientka spolupracuje od samého počátku výzkumu dobře, je aktivní, pokud jí není něco jasné. Je ráda, že existují i kalhotky, kde je určitá pravděpodobnost zabránění zranění a říká, že je škoda, že nebyly v době, kdy prodělala pád a musela na operaci kyčelního kloubu. Závratěmi po dobu sledování netrpěla. Dále využívá madla na WC a sprše, sprchovou židli a signalizační zařízení. Chrániče kyčlí po dobu sledování měla vždy na sobě, krom nočních hodin. Klientka se vyprazdňuje sama

na pokoji, dojde si na WC s pomocí berlí nebo chodítka. Má správně naučený rituál vstávání, u ní spíše projevují dýchací potíže.

Pokoj klientky je uspořádán útulně, nikde nejsou žádné výrazné překážky, které by mohly vést k pádu. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, nočním stolkem s výsuvnou deskou, skříní, stolem, židlí, polohovacím křeslem a komodou. Ve svém pokoji má i svůj nábytek, který ale nepůsobí jako překážka v prostoru. V předsíni má botník a svou lednici – jinak je tam prostoru dostatek. Z předsíně vedou ještě jedny dveře do sociálního zařízení, kde se nalézá vyvýšené WC, kde jsou po obou stranách madla a sprchový kout, který je sice prostorný, ale s překážkou v podobě výstupku.

Cvičení respondentky – klientka chodí na skupinové cvičení, pořádané zde v zařízení – předcvičují zde pracovnice, proškolené fyzioterapeutkou. Fyzioterapeutka k ní dochází, má problémy s krční páteří. Aktivizaci využívá – chodí na trénování paměti, na vyrábění různých výrobků, vždy s nějakou tématikou, která se vztahuje k danému měsíci a co ji asi nejvíce baví je vaření a pečení, které probíhá za přítomnosti výchovně nepedagogických pracovníků. Rituál vstávání je správný.

Výsledky testů: Barthelův index → *lehce závislá*; Hodnocení rizika pádu → *bez rizika*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *zcela nezávislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *lehce závislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 1 (příčina pádu – ztráta rovnováhy); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 1 (příčina pádu – ztráta rovnováhy).

Respondentka (R6) je chodící pouze s pomocí čtyřkolového chodítka. Oblékání zvládá sama, jen občas potřebuje dopomoc. Je nutná pomoc s hygienou, zvláště jedná-li se o celkovou koupel. Ve svém pokoji má toaletní židli, takže přes den zvládá WC sama. Na noc je potřeba dávát pleny (močová inkontinence). Je orientovaná, komunikativní. Léky připravují zdravotní sestry. Lékařské diagnózy – hypertenze, DM na PAD, ICHS, koxartróza, gonartróza. Respondentka užívá z rizikové medikace – hypnotika, antihypertenziva, kardiotonika a antidepresiva. Sluch i zrak je v jejím věku

fyziologický. Ve sledovaném období nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace a ani deprese. Klientka je orientovaná místem, časem i osobou. Klientka spolupracuje od samého počátku výzkumu dobře, je aktivní, pokud jí není něco jasné, zeptá se. Závratěmi po dobu sledování netrpěla. Dále využívá WC křeslo a ve sprše má madla a sprchovou židli. Dále má k dispozici signalizační zařízení. Klientka se vyprazdňuje sama na pokoji, kde má toaletní židli, přes den, na noc si raději nechává dávat pleny. Má správně naučený rituál vstávání.

Pokoj klientky je uspořádán útulně, nikde nejsou žádné výrazné překážky, které by mohly vést k pádu. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, nočním stolkem s výsuvnou deskou, skříní, stolem, židlí, polohovacím křeslem a komodou. V předsíni má pouze botník – jinak je tam prostoru dostatek. Z předsíně vedou ještě jedny dveře do sociálního zařízení, kde se nalézá vyvýšené WC, kde jsou po obou stranách madla a sprchový kout se sprchovou židlí, který je sice prostorný, ale s překážkou v podobě výstupku.

Cvičení respondentky – klientka chodí na skupinové cvičení, pořádané zde v zařízení – předcvičují zde pracovnice, proškolené fyzioterapeutkou. Aktivizaci využívá – chodí na trénování paměti, na vyrábění různých výrobků, vždy s nějakou tématikou, která se vztahuje k danému měsíci a co ji asi nejvíce baví je vaření a pečení, které probíhá za přítomnosti výchovně nepedagogických pracovníků.

Výsledky testů: Barthelův index → *vysoce závislá*; Hodnocení rizika pádu → *značné riziko*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *středně těžce závislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *středně těžce závislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 7 (příčina pádu – ztráta rovnováhy a pád z lůžka); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 2 (příčina pádu – ztráta rovnováhy).

Respondentka (R7) chodí s pomocí čtyřkolového chodítka, občas je zhoršená mobilita a je nutné použít invalidní vozík. Je hůře orientovaná časem. Je psychicky labilní, jsou u ní patrné výkyvy nálad, často je úzkostná a plačtivá. Léky podává

zdravotnický personál. Též i hygienickou péči provádí v plné míře zdravotnický personál. Lékařské diagnózy – hypertenze, koxartróza, lumbago s ischiasem. Respondentka užívá z rizikové medikace – antihypertenziva, antidepresiva, léky na úpravu hormonů štítné žlázy a antikoagulancia. Sluch je v jejím věku fyziologický. Používá brýle na čtení a na dálku. Ve sledovaném období byly zaznamenány známky časové dezorientace. Klientka je orientovaná místem i osobou. Klientka spolupracuje od samého počátku výzkumu dobře, je aktivní, pokud jí není něco jasné, zeptá se. U této klientky je nutné časté opakování. Často zapomíná. Závratěmi po dobu sledování netrpěla. Dále využívá WC s madly a ve sprše má madla a sprchovou židli. Dále má k dispozici signalizační zařízení. Klientka se vyprazdňuje sama přes den, na noc si raději nechává dávat pleny. Nemá správně naučený rituál vstávání. Vstává velmi zprudka.

Pokoj klientky je uspořádán útulně, nikde nejsou žádné výrazné překážky, které by mohly vést k pádu. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, nočním stolkem s výsuvnou deskou, skříní, stolem, židlí, polohovacím křeslem a komodou. V předsíni má pouze botník – jinak je tam prostoru dostatek. Z předsíně vedou ještě jedny dveře do sociálního zařízení, kde se nalézá vyvýšené WC, kde jsou po obou stranách madla a sprchový kout se sprchovou židlí, který je sice prostorný, ale s výstupkem.

Cvičení respondentky – klientka chodí na skupinové cvičení, pořádané zde v zařízení – předcvičují zde pracovnice, proškolené fyzioterapeutkou. Aktivizaci využívá – chodí na trénování paměti, na vyrábění různých výrobků, vždy s nějakou tématikou, která se vztahuje k danému měsíci a co ji asi nejvíce baví je vaření a pečení, které probíhá za přítomnosti výchovně nepedagogických pracovníků. Ráda vzpomíná na dobu, kdy sama vařila doma a říká, že ji to velmi chybí.

Výsledky testů: Barthelův index → *vysoce závislá*; Hodnocení rizika pádu → *značné riziko*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *středně těžce závislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *středně těžce závislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini mentál test → *lehká kognitivní porucha*. Pády v anamnéze za

celý rok 2014 → 2 (příčina pádu – zakopnutí a pád z lůžka); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 0.

Respondent (R8) dříve bydlel v Domě s pečovatelskou službou. Ošetřovatelská anamnéza – klient je chodící pouze s pomocí čtyřkolového chodítka. Je velmi obézní, trpí námahovou dušností. Jinak je orientovaný, přesto léky podává ošetřující personál. Potřebuje dopomoc při hygieně a oblékání. Je to diabetik na PAD, ale dietu nedodržuje. Lékařské diagnózy – hypertenze, DM na PAD, obezita, ledvinový kámen. Respondent užívá z rizikové medikace – hypnotika, antihypertenziva, antidiabetika, bronchodilatancia a antitrombotika. Sluch i zrak je v jeho věku fyziologický. Ve sledovaném období nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace a ani deprese. Klient je orientován místem, časem i osobou. Klient spolupracuje od samého počátku výzkumu dobře, je aktivní, pokud mu není něco jasné, zeptá se. Závratěmi po dobu sledování netrpěl. Dále využívá madla ve sprchovém koutě a na WC. Dále má k dispozici signalizační zařízení. Klient se vyprazdňuje sám na pokoji přes den, na noc si raději nechává dávat vložky. Má správně naučený rituál vstávání, ale musí se mu to stále připomínat, aby na toto nezapomínal.

Pokoj klienta je uspořádán velmi neútulně, jsou tam výrazné překážky, které by mohly vést k pádu. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, nočním stolkem s výsuvnou deskou, skříní, stolem, židlí, polohovacím křeslem a komodou. Nicméně klient má v pokoji ještě svůj nábytek. To celkově působí přeplněným dojmem a je i z toho patrno, že je zde velmi málo místa k pohybu. V předsíni má botník, velkou lednici s mrazákem a potravinovou skříň – je zde velmi málo místa. Z předsíně vedou ještě jedny dveře do sociálního zařízení, kde se nalézá vyvýšené WC, kde jsou po obou stranách madla a sprchový kout se sprchovou židlí, který je sice prostorný, ale s překážkou v podobě výstupku.

Cvičení respondenta – klient nechodí na skupinové cvičení, pořádané zde v zařízení – nechce se mu, i když mu to je opakovaně nabízeno a vzhledem ke své nadměrné obezitě by to bylo žádoucí. Aktivizaci nevyužívá – nechce, raději je zavřený u sebe v pokoji. Jediné kam jde, jsou větší akce pořádané v zařízení, ale ty jsou čtyřikrát do roka.

Výsledky testů: Barthelův index → *lehce závislý*; Hodnocení rizika pádu → *značné riziko*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *lehce závislý*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *lehce závislý*; Neuromentální test → *nezávislý*; Mini mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 2 (příčina pádu – ztráta rovnováhy a uklouznutí); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 1 (příčina pádu – ztráta rovnováhy).

Respondentka (R9) v průběhu výzkumu zemřela. Klientka byla chodící pouze s pomocí čtyřkolového chodítka. Oblékání i hygienu zvládala sama. Byla orientovaná a velmi komunikativní. Léky si připravovala sama. Lékařské diagnózy – hypertenze, glaukom, aterosklerotická choroba srdeční, tachykardie, polyartróza, močová inkontinence. Respondentka užívala z rizikové medikace – antihypertenziva, kardiotonika, antitrombotika a choleretika. Sluch i zrak je v jejím věku fyziologický. Ve sledovaném období nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace a ani deprese. Klientka byla orientovaná místem, časem i osobou. Klientka spolupracovala od samého počátku výzkumu dobře, byla aktivní, pokud jí nebylo něco jasné, ptala se. Závratěmi po dobu sledování netrpěla. Dále využívala madla ve sprchovém koutě a na WC. Dále měla k dispozici signalizační zařízení. Klientka se vyprazdňovala sama. Nepotřebovala žádnou pomoc.

Pokoj klientky byl uspořádán velmi neútulně, protože měla stále svůj nábytek. Pokoj byl vybaven nízkou válendou, skříní, stolem, židlí, křeslem, kuchyňskou linkou. Obecně bylo zde málo místa k pohybu. V předsíni měla botník, potravinovou skříň a lednici – prostor k pohybu nebyl skoro žádný. Z předsíně vedou ještě jedny dveře do sociálního zařízení, kde se nalézá vyvýšené WC, kde jsou po obou stranách madla a sprchový kout, který je sice prostorný, ale s výstupkem.

Cvičení respondentky – klientka nechodila na skupinové cvičení, ani necvičila sama doma. Aktivizaci nevyužívala. Spíše byla samotářský typ. Rituál vstávání neměla správně naučený, vstávala rychle.

Výsledky testů: Barthelův index → *lehce závislá*; Hodnocení rizika pádu → *bez rizika*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *lehce závislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *lehce závislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 1 (příčina pádu – zakopnutí); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 1 (příčina pádu – zakopnutí).

Respondentka (R10) je po CMP s hemiparézou vlevo, je mobilní pouze za pomoci vysokého chodítka a druhé osoby jen na krátkou vzdálenost. U respondentky je nutná celodenní péče ošetřujícího personálu. Léky a hygienu zajišťuje zdravotnický personál. Klientka je orientovaná. Lékařské diagnózy – hypertenze, hemiplegie, myopie, gonartróza. Respondentka užívá z rizikové medikace – antihypertenziva, diuretika, analgetika a antidepresiva. Sluch i zrak je v jejím věku fyziologický. Ve sledovaném období nebyly zaznamenány žádné známky dezorientace a ani deprese. Klientka je orientovaná místem, časem i osobou. Klientka spolupracuje od samého počátku výzkumu dobře, je aktivní, pokud jí není něco jasné, tak se zeptá.

Respondentka je ležící, jen s fyzioterapeutkou provádí 2x denně chůzi ve vysokém chodítku. Závratěmi po dobu sledování netrpěla. Dále má k dispozici signalizační zařízení. Klientka se vyprazdňuje pouze do plenkových kalhotek. Se vstáváním ji pomáhá pouze ošetřující personál, sama nevstane.

Pokoj klientky je uspořádán útulně, nikde nejsou žádné výrazné překážky, které by mohly vést k pádu. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, nočním stolkem s výsuvnou deskou, skříní, stolem, židlí, polohovacím křeslem a komodou. V předsíni má pouze botník – jinak je tam prostoru dostatek.

Cvičení respondentky – klientka nemůže chodit na skupinové cvičení. Fyzioterapeutka chodí 2x denně za klientkou. Na aktivizaci chodí výchovně nepedagogický personál k ní na pokoj. Předčítá ji z knih, hrají s klientkou různé hry a vytváří různé výrobky.

Výsledky testů: Barthelův index → *vysoce závislá*; Hodnocení rizika pádu → *bez rizika*; Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby → *těžce závislá*; Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost → *těžce závislá*; Neuromentální test → *nezávislá*; Mini

mentál test → *pásmo normálu*. Pády v anamnéze za celý rok 2014 → 2 (příčina pádu – ztráta rovnováhy); pády v anamnéze v průběhu výzkumu → 0.

5 Diskuze

V diplomové práci jsme se zaměřili na problematiku poranění v souvislosti s pády a jejich prevenci. Tento výzkum jsme provedli u obyvatel Domova pro seniory a byl rozdělen na dvě části, jednak z pohledu ohrožených seniorů a také ze strany ošetřujícího personálu.

Tabulka 1 znázorňuje identifikační údaje všeobecných sester. Jejich průměrná praxe ve zdravotnictví je více než 21 let, přičemž její délka v Domově pro seniory je 8 let.

Tabulka 2 znázorňuje identifikační údaje respondentů, kteří bydlí v Domově pro seniory. Průměrný věk respondentů je necelých 87 let a v Domově pro seniory žijí více než 11 roků. Stejně jako Topinková (2010) uvádí, že až 50 % osob ve věku nad 85 let postihne pád. Lze z toho vyvodit, že zkoumaný vzorek seniorů skutečně patří do rizikové skupiny, která je ohrožená pády.

Pohlová (2015) popisuje, že pády jsou ve stáří časté a jejich výskyt roste s věkem. V Domovech pro seniory i přes omezenou aktivitu upadne 65 % obyvatel minimálně 1x za rok. I podle statistiky, kterou si zpracovává vedení Domova pro seniory, byl výskyt pádů v roce 2014 35% s tím, že minimálně 1 pád prodělalo 50 % seniorů (příloha 11). Vondráček tvrdí, že pád nelze jednoznačně označit za iatrogenní poškození, protože k pádům může dojít nejen vlivem zdravotního stavu pacienta, ale také z nemedicínského hlediska. Příčinou může být například mokrá podlaha nebo špatná obuv seniora (Vondráček, 2007). I tyto příčiny, které uvádí Vondráček, se objevily v odpovědích sester, ve schématu 2. Dvě sestry (S2, S3) uvedly, že *rizikovým místem je především mokrá podlaha*, která dává předpoklad k možnému uklouznutí. Jak vidíme ve schématu 8, uklouznutí patří do nejčastějších příčin pádů v zařízení. Z pozorování je dále patrné, že personál úklidu používá výstražné cedule, které poukazují na možné nebezpečí pádu.

Ošetřující personál, v rámci holistického vnímání, musí dokonale znát seniora. Jedině tak může poskytovat maximální péči, která bude adekvátní nebo-li „šitá přímo na míru“ každého seniora. K tomu pomáhá sestře sběr informací, které získá nejenom od seniora rozhovorem, ale především jeho pozorováním. Jak je patrné ze schématu 3, jsou nejčastějšími hodnotícími kritérii, které využívají všechny sestry, dotazníky hodnocení

rizika pádu, pozorování, pohled na seniora a především také studium lékařských diagnóz. 3 sestry (S1, S4, S5) se dále ještě zajímají o *pády v anamnéze, zda již k pádům v minulosti došlo a případně s jakými následky a co mohlo být jejich příčinou*. Velmi zajímavá byla profesionální odpověď 1 sestry (S2), která si *pravidelně kontroluje i medikaci*. Zejména hypnotika a sedativa, která mohou mít vliv na koordinaci pohybů. Topinková (2010) uvádí, že především hypnotika a benzodiazepiny jsou nadměrně a neindikovaně předepisována, proto je žádoucí chronickou medikaci pravidelně kontrolovat a procházet s ošetřujícím lékařem. Zarážející je, že z pěti sester čtyři (S1, S3, S4, S5) se nezabývají chronickou medikací seniora, přestože průměrný počet užívaných léků se zvyšuje s věkem. Tedy stejně jak to tvrdí Topinková (2010). Dle její statistiky užívá léky až 98 % osob starších 75 let.

Z pozorování vyplynulo, že všechny sestry si zaznamenávají hodnocení již při příjmu seniora do zařízení nebo v průběhu prvního týdne. Stejně jako podle Pohlové (2015), hodnocení rizika pádu a protokol o něm, jsou součástí ošetřovatelské dokumentace. Hodnocení provádějí sestry společně s ostatním ošetřujícím personálem, který poskytne cenné informace získané pozorováním při provádění základní péče. Pokud je to možné, informace také získávají jednak dotazováním samotného seniora, ale i jeho rodiny. Jedna sestra (S4) *řeší anamnézu pádů i s rodinnými příslušníky*. Je dobré mluvit o možných rizicích, mezi které pád patří, právě s nimi. Zejména pokud se senior nachází v riziku. Důvodem je především předejít možným nedorozuměním a také je třeba zjistit, jak časté pády byly v době, kdy senior žil ještě v domácím prostředí. Základním pilířem pro prevenci pádu je získání co nejvíce informací o seniorovi.

Položili jsme si otázku, jak se informace o tom, že je senior v riziku pádu, dostane k dalšímu, tentokrát pomocnému personálu. Jak můžeme vidět ze schématu 5, všechny sestry se shodly v tom, že nejvíce je *zaznamenáno ve zdravotnické a ošetřovatelské dokumentaci*. Jelikož do těchto dokumentů mohou nahlížet pouze zdravotničtí pracovníci, je nutné pomocnému personálu tyto informace podat jiným způsobem. 2 sestry (S4, S5) odpověděly, že *je možné se dozvědět o riziku také z dotazníků a formulářů*. 2 sestry (S3, S4) si myslí, že *postačí denní hlášení* a 1 sestra (S1) zastává názor, že *problém řeší na pravidelných týdenních poradách, na kterých se hodnotí*

rizikovost některých seniorů. Pohlová (2015) popisuje, že všeobecná sestra na podkladě zhodnocených testů, musí předat informace pomocným pracovníkům tak, aby byla zajištěna odpovídajícím způsobem bezpečnost seniora. Zajímavostí je, že 1 sestra (S2) se dále již nevyjádřila, jak se informace o riziku seniora následně dostane k pomocnému personálu.

Při položení výzkumné otázky 1 nás zajímalo, jak dokáží sestry informovat seniory o rizicích pádu a zároveň jak senior tyto informace přijímá. Je patrno ze schématu 4, že 3 sestry (S1, S2, S5) o rizicích, které mohou vést k pádu, seniory edukují. Seznamují je s rizikovými místy, které se v Domově pro seniory nacházejí a které mohou ovlivnit jejich pád. Z tohoto výsledku je zajímavé, že všechny sestry se potýkají s problematikou pádů na svých odděleních, ale edukaci neprovádějí všechny. I z pozorování je patrné, že 2 sestry (S3, S4) seniora neinformují o rizikových místech, která se v zařízení nacházejí. Stáří je typické pro krátkodobou paměť a proto je nutné seniora o možných rizicích a nástrahách informovat opakovaně. Když jsme položili otázku respondentům, jak můžeme vidět ve schématu 14, zda je sestra informuje o riziku a kompenzačních pomůckách, 7 jich *odpovědělo kladně* (R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9). Pouze 2 respondenti *odpověděli záporně* (R1, R3). I tento výsledek je zarážející. Pohlová (2015) tvrdí, že běžnou rutinou je seznámení uživatele již v průběhu příjmu s prostředím v zařízení a s upozorněním na případná rizika. Bohužel nelze jednoznačně říci, že veškerý personál ve zkoumaném zařízení informuje seniory o rizikových místech, které se nacházejí v Domově pro seniory.

V souvislosti s prevencí před pády jsme se dále také zajímali, jak dokáží sestry zabezpečit pokoj tak, aby vyhovoval preventivním opatřením. Touto otázkou jsme se zabývali, protože k pádům dochází nejenom vlivem zdravotního stavu seniorů, ale také příčinou může být nestabilita, uklouznutí, zakopnutí či sesunutí ze židle, případně z lůžka. Ze schématu 8 vyplývá, že *nejčastěji na klienty působí nestabilita chůze* (S1, S2, S3, S4, S5) a různé překážky, které představují například koberce, prahy a nerovnosti v terénu. Výsledky rozhovorů a pozorování se v tomto neliší. Bylo zjištěno, že největší překážkou je výstupek v koupelně klienta a prahy v některých místnostech. Proto je nutné si těchto překážek všímat a pokusit se je, dle možností odstranit co

nejdříve. S tímto tvrzením se také ztotožňuje Pektorová (2006). I sebemenší překážka může mít totiž fatální následky.

Smyslem tohoto výzkumu bylo dále zjistit, jaká je bezpečnost pokojů při srovnání z pohledu sester a samotných seniorů. Ze schématu 1 je patrné, že se 4 sestry (S2, S3, S4, S5) zabývají také vhodnějším rozmístěním nábytku, ale zároveň to musí vyhovovat potřebám klientů. Všechny sestry se zajímají o odstranění koberců a prahů. Tématem bezpečného prostředí se v rámci evropského projektu „Senioři v domácí péči“, zabývala také Dana Jurásková a na základě výsledků ze zjištěných dat, byla navržena pravidla pro technické zabezpečení pokojů (Pohlová, 2015). Dále nás zajímalo, jak se senior v zařízení cítí. Ze schématu 10 je patrné, že 8 respondentů (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9) odpovědělo, že se *cítí v celém zařízení bezpečně a dobře*. 1 respondent (R1) se *bezpečně necítí, a to zejména ve společenských prostorách. Tam se nacházejí ještě prahy* a dotyčný dotázaný se přes tyto překážky těžko dostává se svým chodítkem. Ve svém pokoji se cítí všichni respondenti bezpečně. Jen 2 (R2, R6) se *tak necítí díky výstupku v koupelně*. Je zajímavé, že i když Domov pro seniory před 4 roky prošel komplexní rekonstrukcí, stále se v zařízení nacházejí bariérové překážky. Nejvíce nebezpečné jsou tyto překážky ve všech koupelnách přímo na pokojích seniorů.

Je vždy lepší a z pohledu seniora také šetrnější, řešit preventivní opatření, než následky, které způsobí pozdější pád. Proto jsme se zabývali otázkou, jaké nástroje využívají sestry k eliminaci pádu. Výsledky ze schématu 1 nám přinesly zajímavé zjištění. 4 sestry (S2, S3, S4, S5) využívají postranice. Především v nočních hodinách a na žádost seniora. Domov pro seniory, kde probíhal výzkum, disponuje dělennými postranicemi, které nejsou brány jako restriktivní opatření. Narážíme ale na rozpor oproti výsledkům z pohledu seniorů, jak můžeme vidět ve schématu 10. V těchto výsledcích nebylo zaznamenáno, že by senioři brali postranice jako preventivní možnost k eliminaci pádu.

Naopak. Jako prevenci obě výzkumné skupiny shodně uvedly využití kompenzačních pomůcek. Ze schématu 1 a ze schématu 10, z pohledu obou výzkumných vzorků, je nejvyužívanější kompenzační pomůckou chodítko. Toto tvrzení je možné potvrdit i z pozorování respondentů. Dalšími pomůckami, které se nejvíce

využívají v Domově pro seniory, jsou madla, invalidní vozíky a berle či hole. To můžeme vidět ve schématu 13. Zajímavou otázkou také bylo, jestli a jak často se tyto pomůcky kontrolují v rámci bezpečnosti seniorů. Pektorová (2006) říká, že pokud klienti používají rehabilitační pomůcky, je nutný nejenom jejich správný výběr ve vztahu ke kognitivním schopnostem seniora. Samozřejmostí je také edukace, jak pomůcku používat, aby splňovala funkci, kterou má a jejich pravidelná kontrola. Jak můžeme pozorovat ve schématu 6, velkým překvapením byla odpověď 1 sestry (S1), která *plně nekontroluje funkčnost pomůcek*. Proto je třeba dát důraz i na jejich správnou údržbu. Pokud se nebudou pomůcky udržovat v bezpečné funkčnosti, nebudou splňovat svůj účel. Pak ztrácí svůj hlavní smysl: pomoc seniorům v jejich soběstačnosti.

Zajímavé je, jak často senioři vstávají v nočních hodinách. Za pozornost jistě stojí odpovědi ve schématu 11, kdy 5 respondentů (R2, R3, R4, R8, R9, R10) uvedlo, že *vstává 1-3x za noc*. Následovala otázka, zda-li užívají léky na spaní – hypnotika. Jak můžeme vidět ve schématu 11, výsledky nám přinesly zajímavé odpovědi. 2 respondenti (R4, R8), kteří *vstávají vícekrát za noc*, užívají léky na spaní. Zde může docházet k výraznému nárůstu rizika pádu. Je s podivem, jak můžeme vidět ve schématu 3, že tento dost zásadní problém řeší profesionálně pouze 1 sestra (S2). I Topinková (2010) tvrdí, že benzodiazepiny vedou k sedaci a psychomotorickému útlumu. Když už jsme se zabývali problémem vstávání, položili jsme respondentům otázku, zda mají naučený jeho správný rituál. Ze schématu 11 plyne, že 8 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9) *vstává z lůžka správně*. Tyto výsledky se ale neslučují s přímým pozorováním. Zajímavostí je, že u 2 respondentů (R3, R9), podle přímého pozorování, tomu bylo právě naopak. Jak můžeme vidět ve schématu 8, zjišťovali jsme jaké nejčastější příčiny související s pády se vyskytují v Domově pro seniory. Bylo zaznamenáno, že sestry edukují klienty, jakým způsobem mají vstávat z lůžka. Toto se ovšem neshoduje s pozorováním. Nebyla zaznamenána ani u jedné sestry jakákoli zmínka o správném a především pomalém vstávání z lůžka. Jeho správný způsob popisuje Zdeněk Kalvach (2009).

Ze získaných dat a jejich následné analýzy vyplývá, že kvalita poskytovaných informací zdravotnickým personálem, při preventivní intervenci v souvislosti s pády, je v rámci seznámení s rizikovými místy nedostačující. Dále sestry pečlivě nesledují účinky chronické medikace, které mohou mít vliv na psychomotorický útlum. Zejména v nočních hodinách. Sestry vhodně nabízejí respondentům kompenzační pomůcky, což vnímáme sice pozitivně, ale je nutné v tom i nadále pokračovat. Problémem může být, když se nesleduje správná funkčnost a bezpečnost těchto pomůcek. To uvedla jedna sestra. Problematická je také bezpečnost pokojů, zejména díky výstupků v koupelnách.

V souvislosti s výzkumnou otázkou 2 jsme se zaměřili na celkové zhodnocení soběstačnosti z pohledu seniora. Primární prevence spočívá v udržování přiměřené fyzické kondice, která je zaměřena na posilování svalového aparátu a udržování kloubní hybnosti. Jak radí Pektorová (2006). Ze schématu 15 můžeme vidět, že i naši respondenti si *udržují kondici cvičením*. Ať už se jedná o cvičení soukromé či organizované. Nicméně 2 respondenti (R8, R9) pro svoji kondici nedělají nic. I přes snahu personálu, který jim opakovaně nabízí cvičení a aktivity. Zvláště pak pro respondenta (R8) by cvičení bylo přínosem, vzhledem k jeho nadměrné obezitě. Všechny sestry jak je patrné z pozorování, doporučují cviky na posílení dolních i horních končetin. Samy tyto cviky předcvičují, za spolupráce fyzioterapeutky.

Ze získaných dat a jejich následné analýzy vyplývá, že klienti ochotu ke změně, která má směřovat k prevenci pádů vítají. Nicméně u dvou respondentů se nepodařilo jejich zapojení do aktivit a udržení si kondice v souvislosti s pravidelným cvičením v Domově pro seniory.

V souvislosti s výzkumnou otázkou 4 jsme se zaměřili na vhodnost kalhotek s výstuhami a to z pohledu pečujícího personálu. Ve schématu 7 můžeme vidět, že 1 sestra (S3) na tuto otázku nedokázala odpovědět. 4 sestry (S1, S2, S4, S5) odpověděly, že *je tato pomůcka vhodná*. S4 si myslí, že *pomůcka je velmi důležitá v prevenci zlomeniny krčku stehenní kosti*. Je to ochrana sice finančně náročnější, ale na druhou stranu, v porovnání s náklady na léčbu zlomeniny a mnohdy i trvalou invaliditu klienta, jsou tyto náklady zcela zanedbatelné.

Další problematikou, o kterou jsme se zajímali v souvislosti s výzkumnou otázkou 4 bylo, jak se s kalhotkami s výstuhou na kyčelní oblast pracuje ošetřovatelskému personálu. Ani jedna ze sester, jak můžeme vidět ve schématu 7, *nezaznamenala žádná rizika* při ošetřování seniora v souvislosti s kalhotkami, chránící kyčelní oblast. Podle sester nezpůsobují žádné otlaky nebo opruzeniny. *Bylo by vhodné v tomto výzkumu pokračovat i nadále a zejména s více klienty*, jak také uvádí ve schématu 9 jedna sestra S2. Zajímavé by bylo vyzkoumat tyto kalhotky u imobilních seniorů. Podle studie profesora Minnseho (2003) by se ošetřovatelský personál měl zajímat, v souvislosti s touto pomůckou, o pohodlí, mechanické vlastnosti, tlaky a péči o kůži v oblasti trochanteru. Mnozí pacienti z tohoto důvodu při jeho studii nepokračovali v nošení chrániče. A druhým důvodem bylo, že jim tyto kalhotky byly nepohodlné. To se v našem výzkumu nepotvrdilo. Sice z počátku u jedné respondentky (R3) byly problémy s nošením této pomůcky, kdy důvodem byla konzervativně léčená břišní kýla. Jedna respondentka (R4) z počátku zapomínala si kalhotky s výstuhami vzít. Později si zvykla, jak je patrno ze schématu 16. Bohužel všechny respondentky ochranné kalhotky, chránící kyčelní oblast, nosily pouze ve dne. Přes noc odmítaly, jak můžeme vidět z pozorování. Jejich argumentem byl, že na noční nošení nejsou zvyklé. Ale ve schématu 16 jsme zaznamenali, že 1 respondentka (R2) v nich usnula i přes den bez jakýchkoli problémů. Nabízela se hned otázka, proč to nezkusila i přes noc. Tato otázka zůstala bez odpovědi. Z pozorování lze říci, že respondenti tuto pomůcku využívali celý den. Dokonce v nich i cvičili. To nám dává odpověď na výzkumnou otázku 3. Nebylo zaznamenáno ani z pohledu sester, ani z pohledu seniora žádné omezení. Za zmínku stojí, že ve studii profesora Minnseho (2003) byly zajímavostí také proleženiny vzniklé z těchto chráničů kyčlí. U našich respondentů nebyly žádné zaznamenány. Dá se to vysvětlit také tím, že naši respondenti nosili tuto pomůcku pouze přes den a nejednalo se o imobilní klienty. Také jsme se sester tázali, jestli se s touto pomůckou setkaly již v minulosti. Ve schématu 7 můžeme vidět, že 2 sestry (S4, S5) *odpověděly kladně, ale pouze při prezentaci na semináři*. Nikoli v pracovním procesu. Při hledání zdrojů o této pomůcce, jsme se nesetkali s žádnou studií v České republice, která by probíhala tak,

abychom mohli výsledky porovnat. Je zajímavé, že tato pomůcka je na světovém trhu již od roku 2003, ale v České republice je poměrně neznámým produktem.

Norská Cochranovská studie (2003) došla k závěru, že chrániče kyčlí snižují riziko fraktury kyčle u vybrané skupiny s vysokým rizikem pádů. Smyslem této studie bylo odhadnout, jaký má vliv tato pomůcka na zlomeniny kyčle, pokud jsou tyto chrániče nabízeny jako běžná součást péče pro všechny obyvatele pečovatelských domů (Forsén, 2003). Jak je patrno ze schématu 11, během výzkumu u respondentů (R1 – R5) došlo k pádu pouze v jednom případě (R5). Tento pád neskončil žádným zraněním. Jednoznačně tedy nelze říci, že náš výzkum s pomůckou, která chrání kyčelní oblast, snižuje riziko fraktury kyčle. Bylo by jistě vhodné pokračovat nejenom v započatém výzkumu, ale rozhodně by bylo dobré zapojit do něho více seniorů.

Bohužel se zatím tato pomůcka nedá zajistit přes zdravotní pojišťovnu a proto je hrazena v plné výši pouze pacientem. Největší problém vidíme ve spolupráci. Aby se senioři či rodinní příslušníci podíleli na finanční stránce těchto ochranných kalhotek. Tyto pomůcky do našeho výzkumu byly pořízeny v rámci Domova pro seniory. Bylo pořízeno celkem 10 ks za necelých 20 000,- Kč. Pokud bychom chtěli zapojit více seniorů do nošení této pomůcky, bylo by nutné, aby si tyto kalhotky pořídili klienti sami. Bylo by potřeba provést edukaci v souvislosti s financemi na tuto pomůcku a to nejenom u seniorů, ale především v rodině. Chtěli bychom jim tak vysvětlit, že je to nejlepší cesta jak předejít daleko větším komplikacím už v rámci prevence.

Navíc byli dotázáni také respondenti (R6 – R10), kteří nebyli zapojeni do výzkumu na ochranu kyčelní oblasti, zda o této pomůcce již někdy slyšeli. Ze schématu 16 můžeme vidět, že všichni respondenti *odpověděli stejně. Neví, že by existovala taková pomůcka na trhu. Nikdy o ničem podobném neslyšeli*.

Ze získaných dat a jejich následné analýzy vyplývá, že komfort klienta při používání speciálních pomůcek, které zabraňují zranění kyčelního kloubu při pádu, není nijak omezen. Z výsledků dále vyplynulo, že zdravotnický personál nepociťoval žádné omezení v práci se seniory, kteří využívali tuto pomůcku.

Nakonec jsme sestrám položily otázku, co by doporučily pro větší bezpečnost, a to nejenom v Domově pro seniory, ale také co se týká klientů samotných. Touto otázkou

jsme se zamýšleli nad tím, jak ještě více eliminovat případná zranění v souvislosti s pády. Ze schématu 9 vyplývá, že 3 sestry (S2, S4, S5) *doporučují stále opakovat a zdůrazňovat seniorům možná rizika a nástrahy*, které pak mohou vést k pádu. 1 sestra (S2) si myslí, že *by bylo vhodné zajistit více chráničů kyčelní oblasti pro daleko více klientů. Velkou nutností je i samotná bezbariérovost, která se bohužel v některých místech v areálu zařízení nenachází*. To si myslí 1 sestra (S5). Výsledky z pozorování i z rozhovorů sester (S2, S3, S4) se nijak výrazně nelišily. Jedná se nejenom o výstupky ve všech koupelnách v pokojích seniorů, ale také o těžké dveře na chodbách. Jak můžeme vidět ve schématu 2. Dveře se bohužel samy neotevírají a senioři tak mají velký problém si je otevřít. Zvláště používají-li k chůzi kompenzační pomůcky.

Stejná otázka byla položena také seniorům. Co by senioři doporučili k prevenci pádu. Ze schématu 12 vyplývá, že polovina respondentů *by neměnila nic*. Pro 4 respondenty *je velkým problémem výstupek ve sprše, který by doporučili k odstranění*. Stejné výsledky byly také vypozorovány.

6 Závěr

Tato diplomová práce se zabývá problematikou prevence poranění v souvislosti s pády u obyvatel Domova pro seniory. Jednak z pohledu sester a jednak z pohledu seniorů. Pro účely práce byly vymezeny tři cíle a k nim se vztahující čtyři výzkumné otázky.

Prvním cílem bylo zjistit míru informovanosti o rizicích pádů u klientů. Druhým cílem bylo zjištění, jaký dyskomfort přináší používání speciální pomůcky, která zabraňuje zranění kyčelního kloubu při pádu v běžných denních aktivitách života seniorů. Třetím cílem bylo zjištění, jak se zdravotnickému personálu pracuje s klienty, kteří používají speciální pomůcky zabraňující zranění kyčelního kloubu. V návaznosti na tyto tři cíle vznikly čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1 zněla: Jaká je kvalita poskytovaných informací zdravotnickým personálem při preventivní intervenci v souvislosti s pády? Výzkumná otázka 2 zněla: Jaká je ochota klientů ke změně, která by vedla k prevenci pádů? Výzkumná otázka 3 zněla: Do jaké míry je ovlivněn komfort klienta při používání speciálních pomůcek, které zabraňují zranění kyčelního kloubu při pádu? Výzkumná otázka 4 zněla: Do jaké míry je ovlivněna práce zdravotnického personálu s klientem, který používá pomůcky zabraňující zranění kyčelního kloubu při pádu?

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor se seniory i se sestrami. Rozhovory vedené s oběma výzkumnými soubory byly zapsány na záznamový arch a poté doslovně přepsány. Odpovědi byly shromážděny do přehledných schémat a kategorií, které jsou pak stručně popsány. Další použitou technikou bylo pozorování. Výzkumný soubor seniorů byl pozorován přímo a zúčastněně a výzkumný soubor sester byl sledován nepřímo a zúčastněně. Celé sledování bylo zaznamenáno na záznamový arch. Po rozhovorech probíhala podrobná analýza dokumentace, která zahrnovala rozbor chorobopisů seniorů se zaměřením na: lékařské diagnózy, na chronickou medikaci a na zpracování rizika pádu a jeho hodnocení. Při analýze jsme se především zaměřili na faktory ovlivňující pády.

Z výsledků kvalitativního šetření vyplynulo, že úroveň poskytovaných informací zdravotnickým personálem při preventivní intervenci v souvislosti s pády, je v rámci seznámení s rizikovými místy nedostačující. Především se ukázalo, že sestry dostatečně nesledují účinky chronické medikace, které mohou mít vliv na psychomotorický útlum seniora. Zejména v nočních hodinách. Kompenzační pomůcky sestry dostatečně a vhodně nabízejí respondentům, což vnímáme pozitivně. A je nutné v tom i nadále pokračovat. S bezpečností je ovšem také spojená funkčnost těchto pomůcek, což může být problémem. Zvláště v případě, když se bezpečnost pravidelně nesleduje. Sestry prokázaly velmi dobrou znalost veškerých kompenzačních pomůcek, které mohou usnadnit seniorům soběstačnost. Problematická je také bezpečnost pokojů, zejména co se týká nejrůznějších výstupků a nerovností v koupelnách. Tento problém musí vyřešit vedení Domova pro seniory. Výsledky nepotvrdily, že by klienti ochotu ke změně, která má směřovat k prevenci pádů, nevítali. Nicméně dva respondenty se nepodařilo zapojit do aktivit k udržení si kondice v souvislosti s pravidelným cvičením v Domově pro seniory. Výsledky dále nepotvrdily, že by komfort klienta při používání speciálních pomůcek, které zabraňují zranění kyčelního kloubu při pádu, byl nějak omezen. Dále z výsledků vyplynulo, že zdravotnický personál nepociťoval žádné omezení v práci se seniory, kteří využívají tuto pomůcku.

Doporučení pro praxi. Zjištěné výsledky výzkumného šetření budou použity k opakovanému sezení se seniory, ale také se sestrami. To bude základem pro prevenci úrazů a jejich následků. Vedení Domova pro seniory společně se zdravotnickým personálem vytváří edukační materiál, ve kterém jsou zaznamenána riziková místa, která mohou vést k případnému pádu seniora. Tyto výsledky by mohly sloužit i pro jiná zařízení, kde se zdravotnický personál setkává s péčí o seniory. A v neposlední řadě také pro zdravotní pojišťovny, které by mohly, v rámci primární prevence, poskytovat tuto speciální pomůcku za alespoň částečnou úhradu. Vzhledem k nárůstu počtu seniorů se bude zároveň zvyšovat i finanční nákladnost na tuto část populace. V porovnání s finančními náklady na léčbu, například zlomenin a mnohdy úrazů vedoucích i k trvalé invaliditě seniora, jsou náklady na speciální pomůcku zanedbatelné. Bylo by jistě

vhodné dlouhodobé sledování efektivnosti a funkčnosti této speciální pomůcky, která zabraňuje zranění kyčelního kloubu.

7 Seznam použitých zdrojů

APOS BRNO. Bezpečnost, mobilita, evakuace: *Chrániče krčku stehenní kosti* [on-line] 2015. [citace 2015. 03. 29]. Dostupné z: http://aposbrno.cz/katalog.php?kategorie=Bezpe%C4%8Dnost,%20mobilita,%20evakuace&id_kat=28&podkategorie=chr%C3%A1ni%C4%8De%20kr%C4%8Dku%20stehenn%C3%AD%20kosti&id_podkat=178.

BERKOVÁ, Marie, 2013. Problematika seniorského věku: Stařecká křehkost, sarkopenie a disabilita. *Practikus*, roč. 12, 2/2013, s. 13-17. ISSN 1213-8711.

BUKÁČKOVÁ, Jitka, 2012. Stáří v kontextu lidského života. *Ošetřovatelská péče*, roč. II., 1/2012, s. 4 – 6. ISSN 2336-1603.

ČESKÁ REPUBLIKA. *Listina základních práv a svobod*. [on-line]. In: Sbírka zákonů České republiky. 1993, roč. 1993, č. 2, 1/1993. [citace 2015. 03. 03]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2.

ČESKÁ REPUBLIKA. *Ministerstvo zdravotnictví*. Dokument Zdraví 21. Cíl č. 5: Zdravé stárnutí do roku 2020 [on-line]. [citace 2015. 02. 23]. Dostupné z: http:/www.khsolc.cz/files/091zdravi_21_cil1_9.pdf.

ČESKÁ REPUBLIKA. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci* [on-line]. In: Sbírka zákonů České republiky. 2012, roč. 2012, č. 39. 98/2012. [citace 2015. 01. 03]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-39.

ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o zdravotnických službách* [on-line]. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, roč. 2011, č. 131. 372/2011. [citace 2015. 01. 03]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-131.

ČERVENKOVÁ, Hana, 2010. Úrazy seniorů. *Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta a.s., roč. LIX, 8/2010, s. 10-11. ISSN 1805-2355.

ČEVELA, Rostislav a kolektiv, 2014. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-4544-2.

DMA. Kompenzační pomůcky [on-line] 2015. [citace 2015. 03. 29]. Dostupné z: http://www.dmapraha.cz/.

DOSTÁLOVÁ, Barbora a Helena, NAHODILOVÁ, 2011. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s., roč. XXI, 1/2011, s. 31-32. ISSN 1210-0404.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FORSÉN, Lisa a kol., 2003. Prevention of hip fracture by external hip protectors: an intervention in 17 nursing homes in two municipalities in Norway: *Taylor& Francis,* s. 261-266. ISSN 0301-7311.

GRIVNA, Michal, 2003. Epidemiologie a prevence úrazů seniorů. In: BENEŠOVÁ, Veronika et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, s. 17-28. ISBN 80-239-2104-5.

HASARA, Roman, 2012. Pády a úrazy u starších nemocných. *Ošetřovatelská péče*, roč. II., 3/2012, s. 22 – 23. ISSN 2336-1603.

HAŠKOVCOCÁ, Helena, 2006. *České ošetřovatelství 10 – Manuálek sociální gerontologie – praktická příručka pro sestry*. Brno: NCO – NZO. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

HEBÍKOVÁ, KUBÁTOVÁ, Lenka. 2014. *Vnitřní pravidla pro nástup nového uživatele do Domova pro seniory*. Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar, DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-4697-5.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar, DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila, MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-4772-9.

HUDÁKOVÁ, Anna, ONDRIOVÁ, Iveta, NEMÉTH, František a Ľudmila, MAJERNÍKOVÁ, 2014. Prevence pádů a disability. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s., roč. XXIV, 5/2014, s. 30 – 32. ISSN 1210-0404.

JEDLINSKÁ, Martina, 2013. Funkční hodnocení seniorů, teorie a praxe. *Geriatrie a Gerontologie*, roč. II, 3/2013, s. 134-137. ISSN 1805-4684.

Journal of the American Medical Directors Association – september/october [on-line] 2003. [citace 2015. 01. 05]. Dostupné z: http://www.hipsaver.ca

JURÁSKOVÁ, Dana, 2007. Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR. *Česká geriatrická revue*, 5/2007, s. 33-40. ISSN 1214-0732.

JURÁŠKOVÁ, Božena a Iva, HOLMEROVÁ, 2010. Pohled na geriatrického pacienta. *Practikus*, roč. IX, 2/2010, s. 8-11. ISSN 1213-8711.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALVACH, Zdeněk a Alice, ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi – příloha periodika Florence*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2008, *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada a.s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk. 2009, *Pečujeme doma – příručka pro laické pečující*. Brno. [on-line] 2015. [citace 2015. 03. 29]. Dostupné z: http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/pecujeme-doma-z-kalvach/?adion=fd.

KLÁN, Jan a Eva, TOPINKOVÁ, 2003. Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. *Česká geriatrická revue*, 2/2003, s. 38-43. ISSN 1214-0732.

KREJČÍ, Milada, 2011. *Strategie výuky duševní hygieny: výchova ke zdraví ve škole*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-262-5.

LARSON, Link a Thomas F. BERGMANN, 2008. Taking on the fall: The eiology and prevention of falls in the eldery. *Clinical Chiropractic*. Roč. XI, 3/2008, s. 148-154. DOI: 10.1016/j. clch. 2008. 06. 001.

LELKEŠOVÁ, Silvia a Ingrid, JUHÁSOVÁ, 2012. Dóstojny prístup sestier km pacientovi v Domovech sociálnych služieb. *Ošetřovatelství a porodní asistence*, roč. III, 4/2012, s. 484-489. ISSN 1804-2740.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MEYRA. Usnadníme lidem život: *Vozíky a rehabilitační prostředky pro děti a dospělé* [on-line] 2015. [citace 2015. 03. 29]. Dostupné z: http://www.meyra.cz/.

MINNS, Julian, 2003. How safe are hip protectors?

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-3872-7.

NEŠPOROVÁ, Olga a kolektiv, 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-87007-96-9.

ONDRIOVÁ, Iveta a Terézia, FERTAĹOVÁ, 2013. Senioři versus zdravé stárnutí. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s., roč. XXIII, 4/2013, s. 50. ISSN 1210-0404.

ORTOSERVIS. Prodej zdravotních pomůcek [on-line] 2015. [citace 2015. 03. 29]. Dostupné z: http://www.ortoservis.cz/index.php.

POHLOVÁ, Lucie, 2015. Pády u seniorů. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR., roč. 17, 4/2015, s. 24 – 25. ISSN 1803-7348.

PEKTOROVÁ, Radomíra, 2006. Pády ve zdravotnických zařízeních, domovech důchodců a domácnostech: *Florence*, roč. II, 4/2006, s. 42-43. ISSN 1801-464X.

PIKOLA, Pavel. *Vybraná problematika stáří v ČR* [on-line] 2010 [citace 2015. 03. 03]. ISSN 1801-3678. Dostupné z: http//časopis.vsehrd.cz/2010/06/vybrana-problematika-stari-v-cr/.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, Andrea a kolektiv, 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii – hodnotící nástroje*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÝ, Vladimír, a kol., 2002. Traumatologie. Praha: Triton. ISBN 80-7254-277-X.

RESOURCES, COMMISSION, Joint, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-1715-9.

SCHULER, Mattjias a Peter, OSTER, 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SVOBODOVÁ, Dita. Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení, *Česká asociace sester, o.s*. [on-line] 2007. [citace 2015. 01. 29]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas pp 2007 003.pdf.

SVOBODOVÁ, Dita, 2013. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011 – 2012. *Florence*, roč. IX., 6/2013, s. 23 – 32. ISSN 1801-464X.

ŠTAINEROVÁ, Michaela. 2012. *Pády klientů v Domovech pro seniory.* Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

TOPINKOVÁ, Eva. 2010. *Geriatrie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

TOPINKOVÁ, Eva, 2014. *Posouzení soběstačnosti, sebeobsluhy a funkční zdatnosti seniora.* Prezentace PowerPoint, přednáška pro zdravotní sestry interního modulu, Praha: Geriatrická klinika 1. Lékařské fakulty. 7. 11. 2014.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VONDRÁČEK, Jan, 2007. Pád pacienta očima právníka: *Florence*, roč. III, 12/2007, s. 513. ISSN 1801-464X.

VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2011. Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ. *Sestra*, roč. XXI., 4/2011. S. 44-45. ISSN 1210-0404.

8 Klíčová slova

Všeobecná sestra

Senior

Prevence

Pády

Ošetřovatelská dokumentace

Stárnutí

9 Seznam příloh

Příloha 1 → HipSaver
Příloha 2 → Hodnocení rizika pádů
Příloha 3 → ADL Barthelův index
Příloha 4 → Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost
Příloha 5 → Vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby
Příloha 6 → MMSE – Mini Mental test
Příloha 7 → Neuromentální index
Příloha 8 → Ošetřovatelská anamnéza
Příloha 9 → IADL – rozšířený Barthelův index
Příloha 10 → Edukační záznam
Příloha 11 → Graf pádů 2014 v CSS Staroměstská
Příloha 12 → pozorovací arch seniorů
Příloha 13 → otázky k rozhovorům se seniory
Příloha 14 → pozorovací arch všeobecné sestry
Příloha 15 → otázky k rozhovorům se všeobecnými sestrami
Příloha 16 → ukázka kódování (papír + tužka)

Příloha 1

HipSaver - STANDARD FIX s všitými bočními chrániči

Chrániče snižují riziko zlomeniny krčku stehenní kosti při bočním pádu. Jedná se o speciální spodní prádlo s kapsami na obou bocích, do kterých jsou všity boční chrániče z lehké viskoelastické měkké pěny tlumící náraz a absorbující kinetickou energii. Boční chrániče jsou certifikovány podle CE/DIN/EN 1621-1 pro protektory kloubů (např. pro motocyklisty).

Zdroj: http://aposbrno.cz/STANDARD FIX s všitými bočními chrániči

Příloha 2

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

1. Úroveň vědomí/duševní stav		
2. Výskyt pádů (v posledních 3 měsících)		
3. Chůze (samostatnost)		
4. Vizus		
5. Chůze – rovnováha		
6. Systolický krevní tlak		
7. Léky		
8. Predispoziční faktory pádů (závratě, hypotenze, CMP, M.P., ztráta končetiny, záchvaty, artritida, fraktury, osteoporóza)		
CELKEM BODŮ		

Formulář vy\tvořil/a: Podpis registrované sestry:

Dne:

VYHODNOCENÍ:	
0 – 10 bodů	bez rizika
11 a více bodů	značné riziko pádu

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 3

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

BARTHELŮV INDEX – ADL (*Activities of Daily Living*)
test základních všedních činností

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

	Činnost	**Provedení činnosti**	**Bodové skóre**
1.	Najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
	Celkem		

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

VYHODNOCENÍ:		
ADL 4	0 – 40 bodů	vysoce závislý
ADL 3	45 – 60 bodů	závislost středního stupně
ADL 2	65 – 95 bodů	lehká závislost
ADL 1	100 bodů	nezávislý

Formulář vy\tvořil/a: Podpis registrované sestry:

Dne:

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 4

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

POSOUZENÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU A SOBĚSTAČNOST

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

Posouzení péče o vlastní osobu

Příprava stravy	
Podávání, porcování stravy	
Přijímání stravy, dodržování pitného režimu	
Mytí těla	
Koupání nebo sprchování	
Péče o ústa, vlasy, nehty, holení	
Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	
Vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	
Sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě	
Stání, schopnost vydržet stát	
Přemísťování předmětů denní potřeby	
Chůze po rovině	
Chůze po schodech nahoru a dolů	
Výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení	
Oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	
Orientace v přirozeném prostředí	
Provedení si jednoduchého ošetření	
Dodržování léčebného režimu	
Počet úkonů v péči o vlastní osobu, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá:	

Posouzení soběstačnosti

Komunikace slovní, písemná, neverbální	
Orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí	
Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi	
Obstarávání osobních záležitostí	
Uspořádání času, plánování života	
Zapojení do aktivit odpovídající věku	
Obstarávání si potravin a běžných předmětů (nákupy)	
Vaření, ohřívání jednoduchého jídla	
Mytí nádobí	
Běžný úklid v domácnosti	
Péče o prádlo	

Přepírání drobného prádla	
Péče o lůžko	
Obsluha běžných domácích spotřebičů	
Manipulace s kohouty a vypínači	
Manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří	
Udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady	
Další úkony spojené s chodem a údržbou domácnosti	
Počet úkonů v posouzení soběstačnosti, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá:	

Počet úkonů, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá celkem:

VYHODNOCENÍ:		
STUPEŇ 0	zcela nezávislý	nezvládne maximálně 12 úkonů
STUPEŇ I.	lehká závislost	nezvládne 13 – 18 úkonů
STUPEŇ II.	středně těžká závislost	nezvládne 19 – 24 úkonů
STUPEŇ III.	těžká závislost	nezvládne 25 – 30 úkonů
STUPEŇ IV.	úplná závislost	nezvládne 31 a více úkonů

Formulář vy\tvořil/a: Podpis registrované sestry:

Dne:

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 5

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

VYMEZENÍ SCHOPNOSTÍ KLIENTA ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

Základní životní potřeby	Aktivity základní životní potřeby	Zvládá, nezvládá
Mobilita	Osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bezbariérových.	
Orientace	Osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem i sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.	
Komunikace	Osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.	
Stravování	Osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.	
Oblékání a obouvání	Osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat, svlékat se a zouvat, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.	
Tělesná hygiena	Osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.	
Výkon fyziologické potřeby	Osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.	

Péče o zdraví	Osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetřovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky. (Schopnost zvládat základní životní potřebu se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem).	
Osobní aktivity	Osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své náležitosti.	
Péče o domácnost	Osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.	

Počet základních životních potřeb, které klient není schopen zvládat:

	zcela nezávislý	Osoba není schopna zvládat maximálně 2 základní životní potřeby.
STUPEŇ I.	lehká závislost	Osoba není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby.
STUPEŇ II.	středně těžká závislost	Osoba není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb.
STUPEŇ III.	těžká závislost	Osoba není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb.
STUPEŇ IV.	úplná závislost	Osoba není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb.

Formulář vytvořil/a: Podpis registrující sestry:

Dne:

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

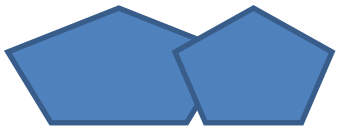
Příloha 6

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ – MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

Oblast hodnocení	**Max. skóre**
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek *Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod* - Který je nyní rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve kterém jsme kraji? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje toto zařízení? - Ve kterém se nacházíme poschodí?	 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – například židle, okno, tužka) a vyzve klienta, aby je opakoval. *Za každou správnou odpověď je 1 bod.*	 3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. *Za každou správnou odpověď je 1 bod.*	 5
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty (viz bod 2)	 3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopbnosti *Správná odpověď nebo splnění úkolů – 1 bod.* Ukažte klientovi 2 předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval Vyzvěte klienta, aby po vás opakoval: - Žádná, ale… Jestliže… Kdyby… Dejte klientovi třístupňový příkaz: „***Vezměte*** papír do pravé ruky, ***přeložte*** ho na půl a ***položte*** jej na podlahu.“ Dejte klientovi přečíst papír s nápisem „***Zavřete oči***“. Vyzvěte klienta, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl).	 2 1 1 1

Vyzvěte klienta, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 	1 1

Formulář vy\tvořil/a: Podpis registrované sestry:

Dne:

VYHODNOCENÍ:	
00 – 10 bodů	těžká kognitivní porucha
11 – 20 bodů	středně těžká kognitivní porucha
21 – 23 bodů	lehká kognitivní porucha
24 bodů	**pásmo normálu**

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 7

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

NEUROMENTÁLNÍ INDEX

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

1. Vědomí		
2. Schopnost kontaktu		
3. Orientace (čas, místo, osoba, situace)		
4. Paměť		
5. Emoce		
6. Chování/pravidla		
7. Komunikace		
8. Vnímání		
9. Řešení problému		
10. Noční klid		
CELKEM BODŮ		

Formulář vy\tvořil/a: Podpis registrované sestry:

Dne:

VYHODNOCENÍ:	
0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	**nezávislý**

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 8

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

Základní údaje

Zdroj informací:
Zdravotní stav:
Lékařská diagnóza:
Aktuální seznam léků:

Fyziologické funkce

Krevní tlak:
Puls:
Dýchání bez potíží:
Kuřák:

Vnímání – poznávání

Kvalita vědomí – zachována:
Vnímání zdravotního stavu:
Zná své onemocnění:
Celkový vzhled – upravený, čistý:
Orientace
- místem:
- osobou:
- časem:
- situací:

Pohyb mimo areál zařízení:
Manipulace s léky:
Poruchy paměti:
Koncentrace/pozornost:
Čtení:
Psaní:
Počítání:
Zná hodnotu peněz:
Umí hospodařit s určitou částkou:
Nákupy zvládá:
Cestování dopravními prostředky:
Chování:

Bolest
Lokalizace:

Kde	Intenzita	Léčba

Výživa
Hmotnost:
Dieta:
Forma stravy:
Poruchy polykání:
Výška:
Tekutiny:
BMI:

Soběstačnost – aktivita
Hygienická péče:
Oblékání/svlékání:
Výživa/její se:
Použití WC:
Udržovat pořádek:
Chodí:
Chůze po schodech:
Sedí:
Leží:
Mobilní pomocí chodítka, invalidního vozíku:
Riziko pádů:

Vylučování moči
Vylučování moči:
Potřebuje inkontinentní pomůcky:
Močový katétr:
Barva:
Zápach:

Vylučování stolice
Vylučování stolice:
Frekvence:
Konzistence:
Barva:

Spánek – odpočinek
Spánek ve dne:
Hypnotika:
Noční děsy:

Komunikace
Problém:
Reakce v komunikaci:
Poruchy řeči (rozumí, ale komunikuje):
Komunikace neverbální porušena:
Oční kontakt:
Řeč:

Mezilidské vztahy
Bydlel:
Udržuje kontakt s rodinou:
Vyjadřuje vlastní přání, postoje:
Stres zvládá:
Stres vyvolává:

Volný čas – zájmy
Dřívější zaměstnání:
Zájem na účasti na společenských aktivitách:
Hobby – zájmy:
Co ho motivuje k činnosti:
Trávení volného času:

Sexualita – reprodukční schopnost
Menstruace:
Antikoncepce:
Klimaktérium:
Problémy s prostatou:

Formulář vytvořil/a: Podpis registrované sestry:

Dne:

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 9

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

IADL (Instrumental aktivity of daily living)
test instrumentálních všedních činností

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

	Činnost	**Hodnocení**	**Body**
1.	Telefonování	Vyhledá samostatně číslo a vytočí jej Zná několik čísel, odpovídá na zavolání Nedokáže použít telefon	10 5 0
2.	Transport	Cestuje samostatně dopravným prostředkem Cestuje s doprovodem jiné osoby Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	10 5 0
3.	Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby Neschopný nakoupit bez podstatné pomoci	10 5 0
4.	Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo Jídlo si ohřeje Jídlo musí připravit jiná osoba	10 5 0
5.	Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	10 5 0
6.	Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně Vykonává pod dohledem Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	10 5 0
7.	Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté Léky musí podávat jiná osoba	10 5 0
8.	Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	10 5 0

VYHODNOCENÍ:		
IADL 3	0 – 40 bodů	závislý
IADL 2	41 – 75 bodů	částečně závislý
IADL 1	76 – 80 bodů	nezávislý

Formulář vy\tvořil/a: Podpis registrované sestry:

Dne:

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 10

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Příjmení a jméno: **Nástup k pobytu:**
Rodné číslo: **Datum narození:**
Oddělení: **Pokoj:**

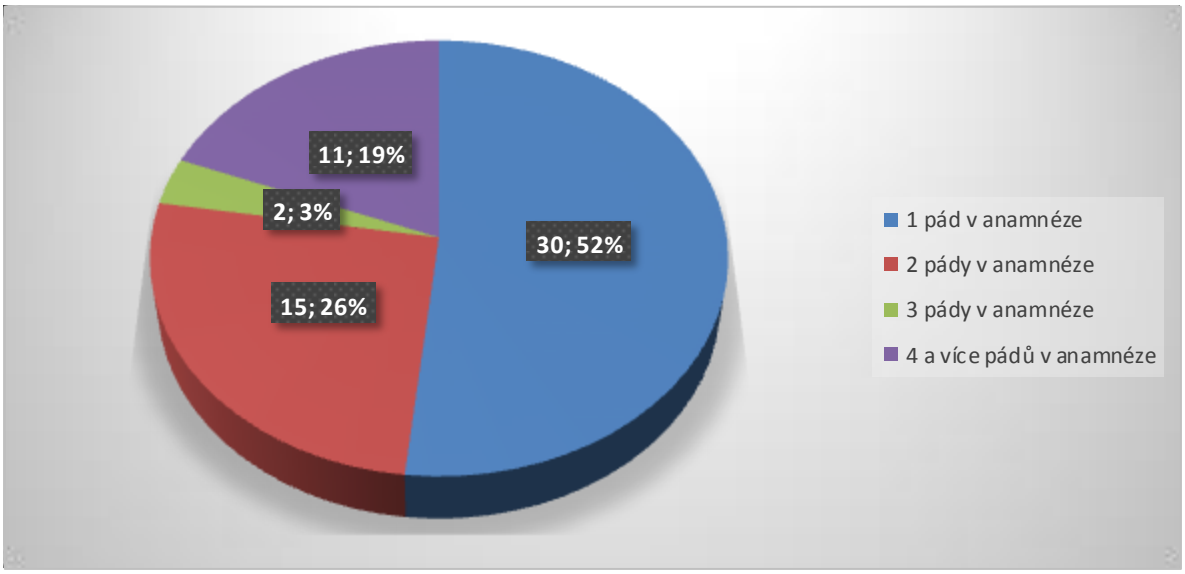
Ošetřovatelský problém	Cíl	Intervence	Hodnocení, podpis registrované sestry

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 11

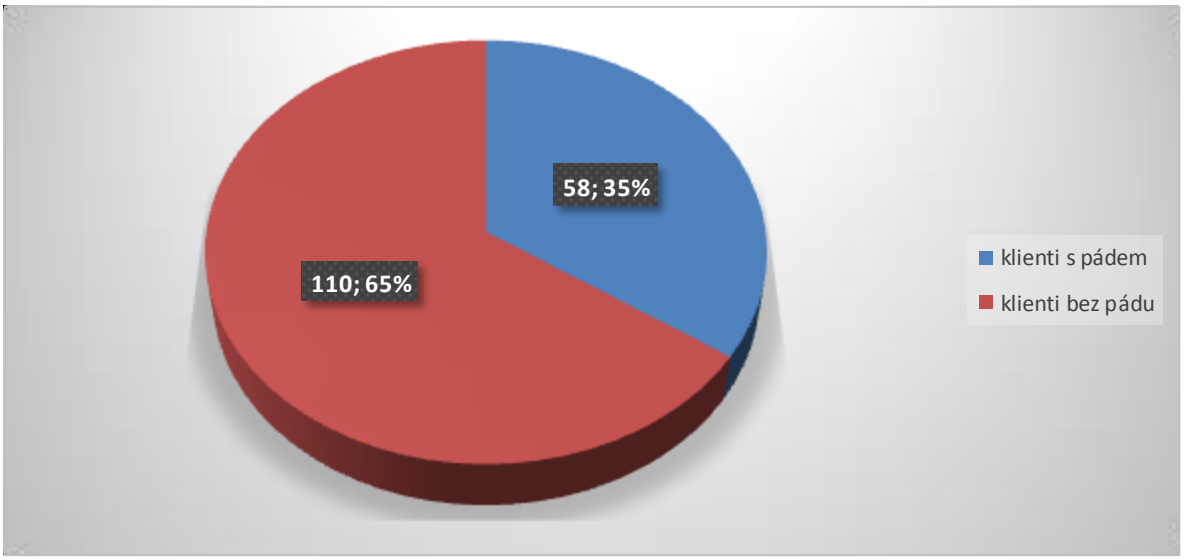
Vyhodnocení pádů za rok 2014 v Centru sociálních služeb Staroměstská

Graf 1 Počet pádů u jednotlivých klientů



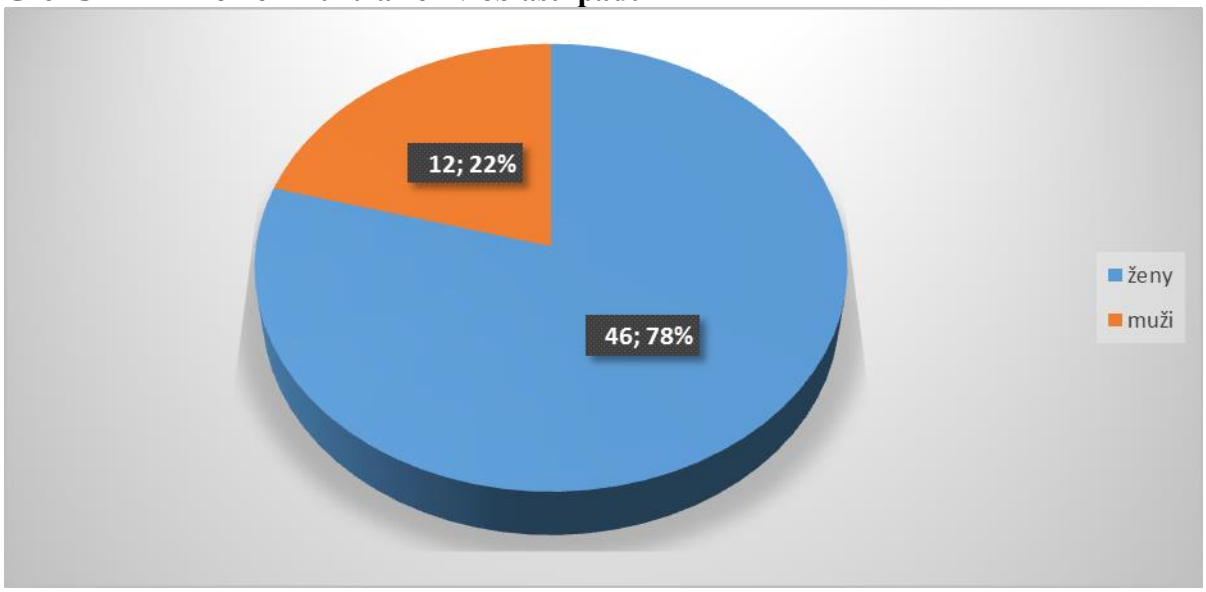
Graf 1 znázorňuje, kolik pádů mají v anamnéze jednotliví klienti. Z celkového počtu 58 klientů prodělalo 1 pád 30 (52 %) klientů; 2 pády prodělalo 15 (26 %) klientů; 3 pády prodělali 2 (3 %) klienti a 4 a více pádů prodělalo 11 (19 %) klientů.

Graf 2 Poměr pádů v roce 2014



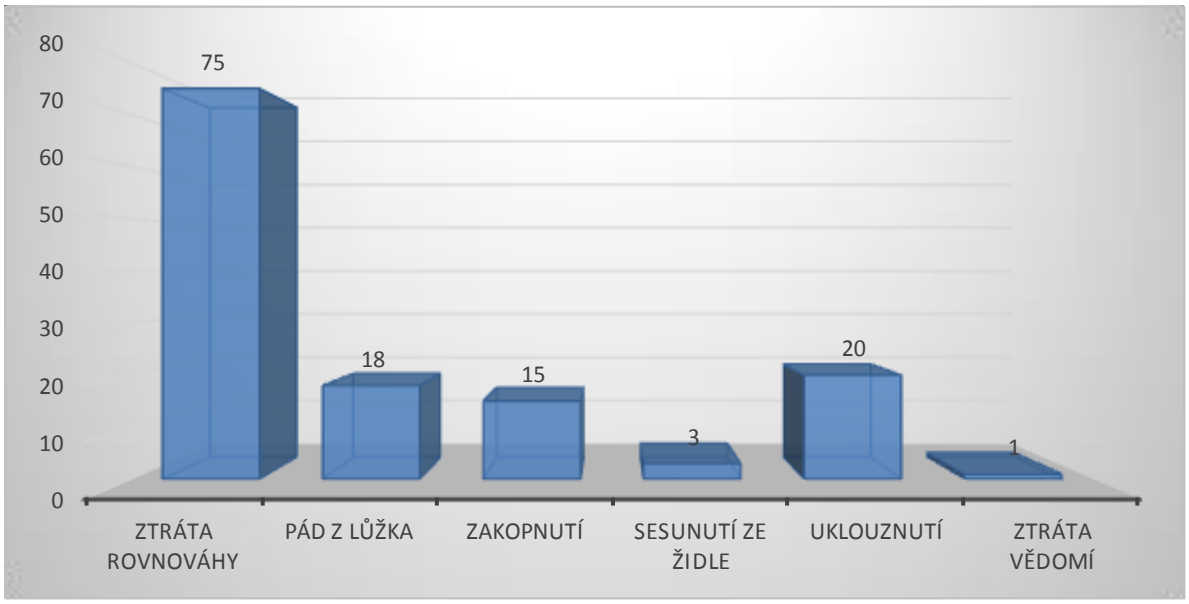
Graf 2 znázorňuje poměr klientů s pádem a klientů bez pádu v roce 2014. Z celkového počtu 168 klientů prodělalo pád 58 (35 %) klientů. A z celkového počtu 168 klientů žádný pád neprodělalo 110 (65 %) klientů.

Graf 3 Poměr mužů a žen v oblasti pádu



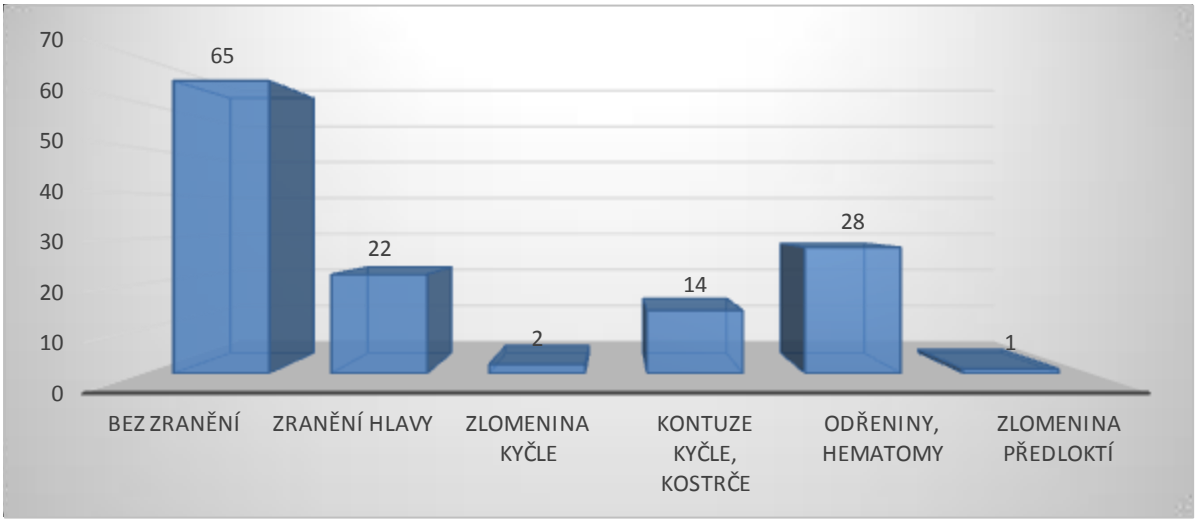
Graf 3 znázorňuje poměr mužů a žen v oblasti pádu. Z celkového počtu 58 klientů, kteří prodělali v roce 2014 pád, bylo 12 mužů (22 %) a 46 žen (78 %).

Graf 4 Příčina pádu



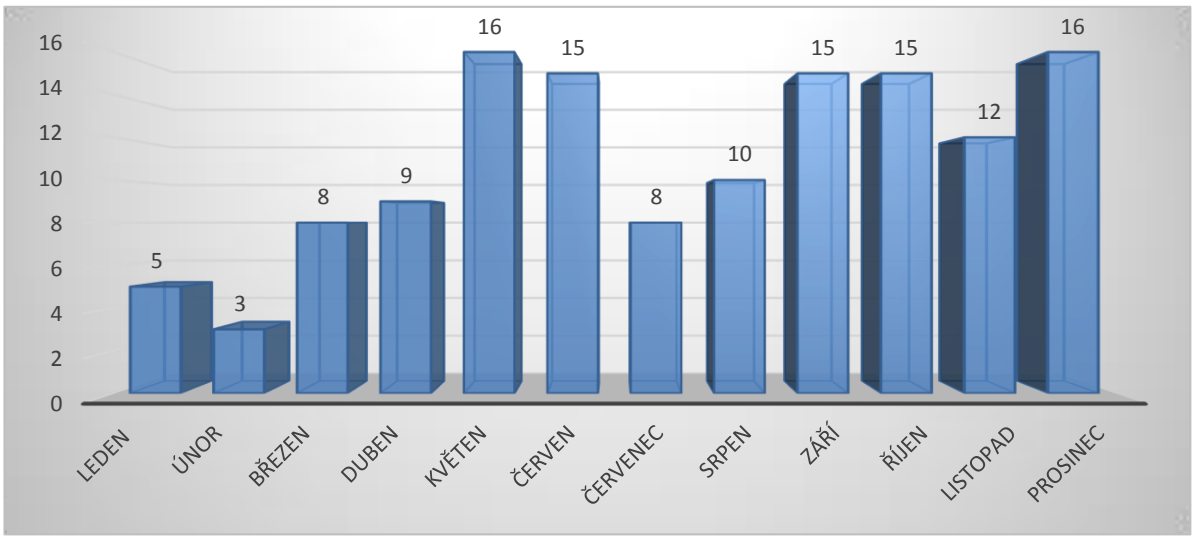
Graf 4 znázorňuje nejčastější příčinu pádu. Z celkového počtu 132 pádů bylo 75 (57 %) pádů, u kterých byla příčina ztráta rovnováhy. U 18 (14 %) pádů bylo příčinou pád z lůžka. U 15 (11 %) pádů bylo příčinou zakopnutí. U 3 (2 %) pádů byla příčina sesunutí z vozíku. U 10 (15 %) pádů byla příčina uklouznutí. U 1 (1 %) byla příčina náhlá ztráta vědomí.

Graf 5 Zranění při pádu



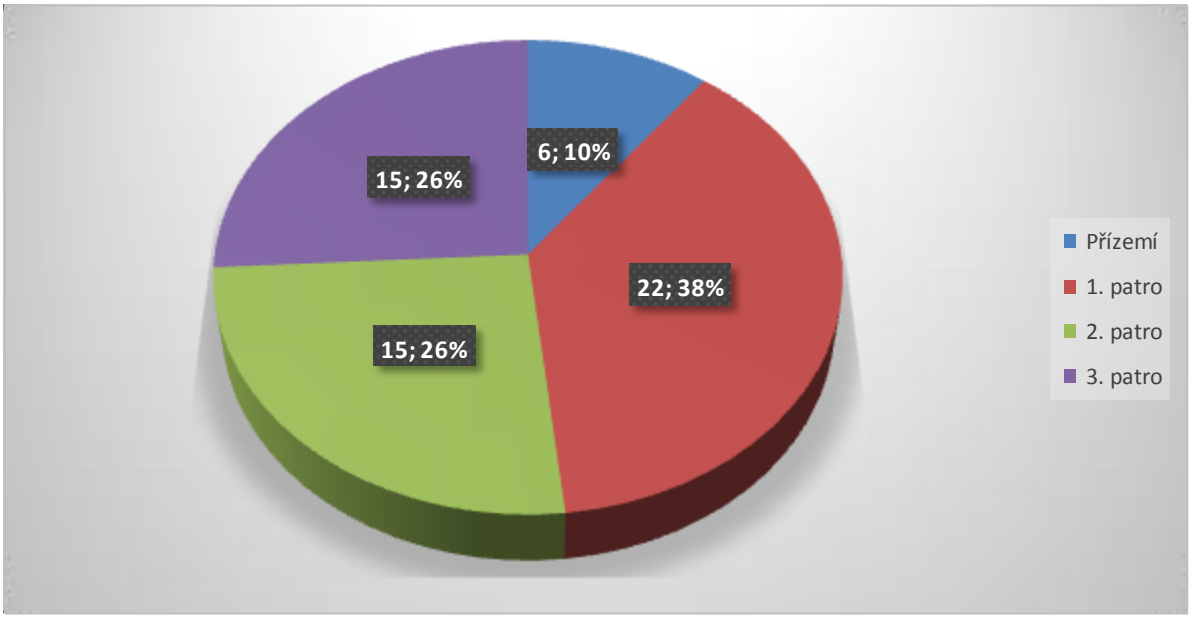
Graf 5 znázorňuje, k jakému došlo zranění při pádu z celkového počtu 132 pádů. 65 (49 %) pádů bylo bez zranění. U 22 (17 %) pádů došlo ke zranění hlavy. U 2 (1 %) pádů došlo ke zlomenině kyčle. U 14 (11 %) pádů došlo ke kontuzi kyčle a kostrče. U 28 (21 %) pádů došlo k odřeninám a hematomům a u 1 (1 %) pádu došlo ke zlomenině předloktí.

Graf 6 Pády v jednotlivých měsících



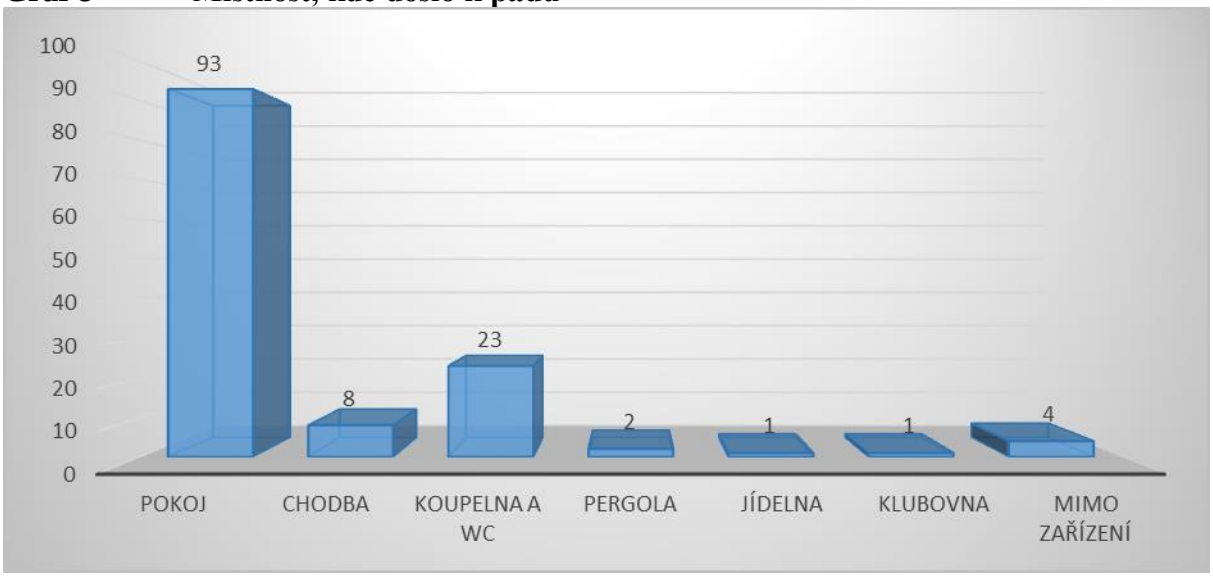
Graf 6 znázorňuje pády v jednotlivých měsících roku 2014 z celkového počtu 132 pádů. K 5 (4 %) pádům došlo v leden. K 3 (2 %) pádům došlo v měsíci únor. K 8 (6 %) pádům došlo v měsíci březen. K 9 (7 %) pádům došlo v měsíci duben. K 16 (12 %) pádům došlo v měsíci květen. K 15 (12 %) pádům došlo v měsíci červen. K 8 (6 %) pádům došlo v měsíci červenec. K 10 (8 %) pádům došlo v měsíci srpen. K 15 (11 %) pádům došlo v měsíci září. K 15 (11 %) pádům došlo v měsíci říjen. Ke 12 (9 %) pádům došlo v měsíci listopad a k 16 (12 %) pádům došlo v měsíci prosinec.

Graf 7 Pády na jednotlivých stanicích



Graf 7 znázorňuje pády na jednotlivých stanicích z celkového počtu 58 klientů. Na oddělení v přízemí došlo v průběhu roku 2014 k pádům u 6 (10 %) klientů. Na oddělení 1. patra došlo v průběhu roku 2014 k pádům u 22 (38 %) klientů. Na oddělení 2. patra došlo v průběhu roku 2014 k pádům u 15 (26 %) klientů a na oddělení 3. patra došlo v průběhu roku 2014 k pádům též u 15 (26 %) klientů.

Graf 8 Místnost, kde došlo k pádu



Graf 8 znázorňuje místnosti, kde nejčastěji došlo k pádům. Z grafu je možné vyčíst, že nejčastěji k pádům došlo na pokojích klientů a to u 93 (70 %). Druhou nejvíce zastoupenou místností a to s 23 (17 %) klienty je koupelna. Na chodbě došlo k 8 (6 %) pádům, mimo zařízení k 4 (3 %) pádům, v pergole došlo ke 2 (2 %) pádům a v jídelně a klubovně došlo shodně k 1 (1 %) pádu během roku 2014.

Závěr a doporučení do praxe

Celkový počet pádů v roce 2014 v Centru sociálních služeb Staroměstská České Budějovice, příspěvkové organizaci bylo 132 u 58 klientů.

Nejčastější příčinou pádu byla zjištěna ztráta rovnováhy, což bylo u více jak poloviny z celkového počtu pádů. Dalšími příčinami byly zaznamenány pády z lůžka, zakopnutí a uklouznutí. U některých klientů jsou v pokojích koberečky, které nejsou zrovna vhodné pro stabilitu chůze. Ve sprchových koutech je asi 6 cm stupínek, který může být také příčinou pádu. Zrovna tak je potřeba upozorňovat klienty na vytřenou podlahu. Do zařízení byly zakoupeny koncem roku 2014 upozorňovací cedule na nebezpečí pádu u mokré podlahy, které využívají uklízečky při vytírání.

Do zařízení byly také zakoupeny kalhotky s vycpávkami v oblasti kyčelního kloubu. Těchto kalhotek je 10 ks. Byli vybráni rizikoví klienti, kteří tyto kalhotky mají a denně je využívají.

Je nutné klienty opakovaně upozorňovat na možná rizika, která vedou k pádu ze stran ošetřujícího personálu. V pokojích by bylo vhodné lepší rozmístění nábytku, což je u mnoha klientů velkým problémem, jelikož disponují stále svým nábytkem ještě z dob bývalého penzionu. Proto také nejvíce pádů, 70 % je na pokojích.

Dopomáhat klientům do sprchových koutů, eventuálně vyřešit vhodné nájezdy ke sprchovým koutům, které jsou velkou příčinou pádu, jak je patrno z grafu č. 8.

Zdroj: Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích

Příloha 12

Pozorovací záznamový arch – senioři

V průběhu sledování dezorientace, deprese [ano/ne]	
Kompenzační pomůcky [ano/ne] (jaké)	
Riziková medikace [ano/ne] (jaká)	
Způsob vyprazdňování Nucení na WC v noci [ano/ne]	
Závratě [ano/ne]	
Spolupráce respondenta	
Smyslové poruchy [ano/ne] (jaké)	
Bezpečnost bytu [ano/ne] (co nevyhovuje)	
Cvičení respondenta, které vede k soběstačnosti [ano/ne]	
Aktivizace respondenta během dne [ano/ne] (jaká)	
Chrániče kyčlí HipSavers [ano/ne]	

Zdroj: vlastní

Příloha 13

Otázky k rozhovorům se seniory

1. Bezpečnost z pohledu seniora
    - co děláte pro svoji bezpečnost v oblasti pádu
    - cítíte se v zařízení bezpečně
2. Pády seniorů
    - zažil/a jste někdy pád, byl s nějakým zraněním
3. Chronická medikace seniorů
    - užíváte nějaké léky na spaní a jaké další léky užíváte
4. Vstávání z lůžka
    - jak často v noci vstáváte a můžete mi pospat rituál vašeho vstávání
5. Závratě u seniorů
    - trpíte závratěmi a máte spíše problémy se závratěmi přes den nebo v noci
6. Prevence pádu
    - co byste doporučili k větší bezpečnosti v prevenci pádu
7. Zhodnocení sebe sama
    - jak se cítíte po ránu nebo v ranních hodinách
    - jak si udržujete kondici
    - s čím vším se léčíte
8. Prevence rizik
    - znáte nějaké pomůcky, které zabraňují pádu a které z nich využíváte a kdo vám podává o nich informace
    - jen pro respondenty R1 – R5 → jak často nosíte kalhotky s výstuhami a jaké jsou při nošení?
    - jen pro respondenty R6 – R10 → slyšel/a jste někdy o kalhotkách s výstuhami, které mají zabránit zranění kyčelního kloubu a co si o nich myslíte

Zdroj: vlastní

Příloha 14

Pozorovací záznamový arch – sestry

Hodnocení rizik pádu [ano/ne] Čas strávený hodnocením rizik pádu	
Hodnocení rizik pádu [kdy]	
Posuzování rizik [jak]	
Bezpečnost z pohledu sestry	
Cvičení se seniorem (druh, pravidelnost [ano/ne]	
Informace o rizicích pádu (jednorázové, opakované) [ano/ne]	
Čas, který věnuje upozorněním o rizicích pádu	
Spolupráce s příbuznými klienta (jednorázové, opakované) [ano/ne]	
Podílí se příbuzní klienta na odstraňování rizik pádu [jak]	
Seznamuje klienta s kompenzačními pomůckami [ano/ne]	
Jak seznamuje klienta s kompenzačními pomůckami (způsoby – tiskopis, ústně, prakticky)	

Zdroj: vlastní

Příloha 15

Otázky k rozhovorům se všeobecnými sestrami

1. Bezpečnost u klientů s rizikem pádů
    - co děláte pro větší bezpečnost u klientů s rizikem pádu
2. Riziková místa v zařízení
    - vyskytují se v zařízení riziková místa pro seniory
3. Zjištěné zvýšené riziko pádu u seniora
    - co s tím děláte, když zjistíte, že je u seniora zvýšené riziko pádu
4. Posuzování seniora
    - jak seniora posuzujete – pohledem nebo využíváte i jiné metody
    - jak často posuzujete seniora
    - pokud je senior v riziku pádu, kam to zapisujete a proč
5. Informovanost seniorů o rizicích pádů
    - podáváte informace o rizicích pádů seniorům a jak
    - jak seniora upozorníte, co mu doporučíte, jaké pomůcky, rehabilitaci
6. Využitelnost kompenzačních pomůcek jako prevence pádu
    - jaké pomůcky využíváte ve vašem zařízení, jako prevenci pádu
7. Kontrolovatelnost kompenzačních pomůcek
    - kontrolujete pravidelně tyto pomůcky
8. Prevence pádu podporované fyzickou aktivitou
    - jak podporujete fyzickou aktivitu u seniorů, aby se předešlo pádu
9. Speciální pomůcky, zabraňující zranění kyčelního kloubu
    - setkali jste se s kalhotkami s výstuhami už někdy v minulosti
    - co si myslíte o kalhotkách s výstuhami v oblasti kyčle
    - jak se vám s kalhotkami s výstuhami pracuje a vidíte v nich nějaká rizika nebo omezení ve vaší práci
10. Seznámení seniora se zařízením při příjmu
    - seznamujete seniora při příjmu s rizikovými místy v zařízení a jak
11. Nejčastější příčiny pádu

- jaké jsou nejčastěji příčiny pádů u vás v zařízení

12. Informovanost seniorů o nežádoucích účincích léků
    - pokud senioři užívají na spaní hypnotika, informujete je o nežádoucích účincích, které mohou právě způsobit ospalost nebo závratě s následkem pádu
13. Informovanost seniora o vstávání z lůžka
    - jak doporučíte u seniora vstávání z lůžka
14. Zvýšený dohled seniorů v nočních hodinách
    - provádíte u seniorů se zvýšeným rizikem pádu, zvýšený dohled v nočních hodinách, a pokud ano, jak často
15. Bezpečnost vedoucí k prevenci pádů
    - co byste doporučily k větší bezpečnosti k prevenci pádu

Zdroj: vlastní

Příloha 16

Ukázka kódování (papír + tužka)

Co děláte pro větší bezpečnost u klientů s rizikem pádu?

Sestra 1: „Klienti jsou vybaveny rolátory a chodítky a u imobilních klientů je pod lůžkem připravena matrace“.

Sestra 2: „Varování před překážkami, před mokrou podlahou a podobně. Dopomoc při chůzi, při přesunu, když se jim motá hlava, potřebují to. Vyplňování dotazníků ke zjištění rizika pádu“.

Sestra 3: „Zvýšená kontrola s odstraněním koberců a správným rozmístěním nábytku“.

Sestra 4: „Zvýšená kontrola klientů. Opakovaná edukace v oblasti rizika pádu. Využití všech dostupných kompenzačních pomůcek. Odstranění bariér v pokoji klienta“.

Sestra 5: „U klientů provádíme pravidelnou kontrolu. Odstraňování různých nástrah vedoucích k pádu a provádění preventivní osvěty u klientů. Sledování zdravotního stavu, při změnách doporučení na odborné vyšetření (například oční – když hůře vidí). Seznámit klienta s rizikem úrazu a doporučit vhodnou obuv a oděv. Seznámit klienta se správným používáním kompenzačních pomůcek“.

Zdroj: vlastní