

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Bc. Dana Straková



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Prevence úrazů seniorů v domovech pro seniory

Vypracovala: Bc. Dana Straková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2014



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

MASTER THESIS

Prevention of injuries of elderly clients in retirements homes

Author: Bc. Dana Straková

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Jméno a příjmení autora: Bc. Dana Straková

Název diplomové práce: Prevence úrazů seniorů v domovech pro seniory

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2014

Abstrakt:

V diplomové práci je proveden rozbor literatury k charakteristice stárnutí a stáří, k domovu pro seniory, k prevenci a úrazům u seniorů. Cílem diplomové práce je zjistit, zda ve vybraných domovech pro seniory existují opatření ve vztahu k prevenci úrazů. V teoretické části se zaměřím na možná rizika úrazů a dále pak na opatření, které je nutné přijmout v rámci prevence úrazů. K danému tématu práce je zvolen kvalitativní výzkum, založený na rozhovoru, zúčastněném pozorování. V praktické části jsou prezentovány výsledky. Výzkumem je zjištěno, že v domovech existují opatření, která snižují rizika úrazů. Práce může sloužit k edukaci a zvýšení informovanosti personálu domovů pro seniory.

Klíčová slova: prevence, úrazy, senior, stárnutí a stáří, domovy pro seniory

Name and Surname: Dana Straková

Title of Master Thesis: Prevention of injuries of elderly clients in retirements homes.

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract:

This diploma thesis focuses on the characteristics of aging process and old age, it deals with the prevention of injuries of elderly clients in retirement houses. While dealing with these problems the secondary literature is properly researched and analysed. The main aim of this thesis is to find out whether proper measures for prevention of injuries are taken in the selected retirement houses. The theoretical part of thesis focuses firstly on possible risks of injuries, secondary on the measures needed within the scope of prevention of injuries. Regarding the methodology the qualitative research is being used and it is based on interviews and observation of the researcher himself. In the practical part of the thesis the outcomes of the research are discussed. As the result there are proper measures taken by the retirement houses to lower the risks of injuries. This diploma thesis might be used for education and enhancement of awareness of the staff in the retirement houses.

Keywords: prevention, injuries, elderly, retirement houses

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 jejích 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.

dne 30. 4. 2014

Bc. Dana Straková

Poděkování:

Děkuji Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování diplomové práce.

OBSAH

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | ÚVOD..... | 11 |
| 2 | ROZBOR LITERATURY | 12 |
| 2.1 | Stárnutí a stáří | 12 |
| 2.1.1 | Obecná charakteristika stárnutí a stáří..... | 12 |
| 2.1.2 | Geriatrická diagnostika | 14 |
| 2.2 | Domovy pro seniory..... | 17 |
| 2.2.1 | Obecná charakteristika domovů pro seniory | 17 |
| 2.2.2 | Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory | 18 |
| 2.2.3 | Softwarový systém v domovech pro seniory | 19 |
| 2.3 | Úrazy | 20 |
| 2.3.1 | Rizikové faktory úrazů..... | 20 |
| 2.3.2 | Rozdělení úrazů | 21 |
| 2.4 | Prevence úrazů | 33 |
| 2.4.1 | Primární prevence úrazů | 38 |
| 2.4.2 | Sekundární prevence úrazů..... | 40 |
| 2.4.3 | Terciární prevence úrazů | 41 |
| 2.4.4 | Bezpečný domov pro seniory a vliv prostředí | 42 |
| 2.4.5 | Preventivní opatření předcházející vzniku pádu..... | 45 |
| 2.4.6 | Preventivní opatření předcházející dopravním nehodám..... | 46 |
| 2.4.7 | Preventivní opatření předcházející popáleninám | 48 |
| 2.4.8 | Preventivní opatření předcházející otravám a intoxikaci léky..... | 48 |
| 2.4.9 | Preventivní opatření předcházející sebevraždám..... | 49 |
| 3 | CÍLE A ÚKOLY | 50 |
| 3.1 | Cíl práce | 50 |
| 3.2 | Úkoly práce | 51 |
| 4 | PRAKTICKÁ ČÁST | 52 |
| 4.1 | Metodika výzkumu..... | 52 |
| 4.2 | Charakteristika souboru | 52 |
| 4.3 | Organizace experimentálního šetření..... | 53 |
| 5 | VÝSLEDKY A DISKUSE | 54 |
| 5.1 | Popis místa a zhodnocení prostředí..... | 54 |
| 5.2 | Výsledky pozorování daného prostředí..... | 57 |
| 5.3 | Výsledky dotazování a analýza dat | 59 |
| 5.4 | Shrnutí zásadních informací z rozhovorů | 63 |
| 5.5 | Diskuse | 69 |

| | | |
|----|------------------------------------|----|
| 6 | ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 83 |
| 7 | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 85 |
| 8 | SEZNAM ZKRATEK | 93 |
| 9 | SEZNAM TABULEK | 94 |
| 10 | PŘÍLOHY | 95 |

1 ÚVOD

Stáří je završujícím procesem ontogeneze. Každý z nás by chtěl prožít plnohodnotný život ve zdraví, s láskou a přáteli. Během lidského života však nastávají situace, se kterými se musíme vyrovnávat. Jako příklad by se dala uvést ztráta zaměstnání, nemoc, zdravotní postižení, samota nebo invalidita. Některé situace můžeme vyřešit sami, nebo s pomocí svých blízkých. Je vhodné hledat východiska, která by umožňovala seniorům žít kvalitní, smysluplný život. Pokud starší člověk nemůže prožít stáří v domácím prostředí, existuje péče ústavní, např. domovy pro seniory. V těchto domovech zaměstnanci vytváří příznivé prostředí s pozitivní atmosférou a je-li to možné, zapojují do spolupráce i rodinu seniora. Je důležité se zaměřit na opatření, která by umožňovala seniorům žít kvalitní a smysluplný život. Výuka ke zdravému stárnutí musí obsahovat i poučení o prevenci úrazů. Téma, týkající se úrazů u seniorů, jsem si zvolila z důvodu aktuálnosti dané problematiky. Stáří není nemoc a pokles fyzické výkonnosti je u seniorů individuální.

Cílem diplomové práce je zjistit, zda ve vybraných domovech pro seniory existují opatření ve vztahu k prevenci úrazů. V teoretické části se zaměřím na možná rizika úrazů a dále pak na opatření, které je nutné přijmout v rámci prevence úrazů. Pro práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum by nám měl pomoci rozumět pozorované realitě.

Touto diplomovou prací bych chtěla zaměstnance motivovat k zamyšlení, co by se dalo zlepšit pro důstojný život seniorů. Každý úraz má své příčiny a nestává se náhodou. Úrazu vždy předchází riziková situace, kterou ne vždy můžeme rozpoznat a vyhnout se jí. Prostřednictvím prevence můžeme výrazně změnit kvalitu života a jeho délku.

2 ROZBOR LITERATURY

2.1 Stárnutí a stáří

2.1.1 Obecná charakteristika stárnutí a stáří

Stárnutí je přirozený, nepřetržitý a v neposlední řadě biologický proces, který začíná vznikem zárodku až do smrti člověka. Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života (Kalvach, 2004). Stárnutí je procesem, při kterém dochází k postupné ztrátě fyzických a psychických schopností organismu. Tento proces doprovází výrazný růst rizika onemocnění, smrti a také mnohdy sociální problémy. Rychlost stárnutí jedince je geneticky zakódována – předpokládá se multifaktoriální typ dědičnosti. Maximální možná délka života u člověka by se pohybovala kolem 110 až 120 let pouze v ideálním prostředí (Weber, 2000).

Stárnutí provázejí změny morfologické a funkční. S přibývajícím věkem člověka podléhají orgány jeho těla různým změnám na úrovni buněk a tkání (Hrozenská, 2013). Ve stáří dochází ke zhoršenému vnímání signálů z okolí prostřednictvím smyslových orgánů, ke zpomalení psychomotorického tempa, vedení nervových vzruchů a úbytku nervových buněk. U seniorů se zhoršuje zrak a sluch. Snižují se hmatové, chuťové a čichové schopnosti. Ubývá receptorů, jimiž jsme schopni vnímat sílu, tlak, teplo a chlad. Z těchto skutečností pramení mnoho úrazů (Pidrman, 2005).

Stárnutí doprovází změny tělesné. Mezi tyto změny řadíme například změny vzhledu, úbytek aktivní svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, kardiopulmonální změny, změny v trávicím systému, změny vylučování moči a změny sexuální aktivity. Dochází ke ztrátě vápníku z kostí a zmnožení tuku (Venglářová, 2007). Za případné dispozice k dlouhověkosti jsou odpovědny vnitřní faktory a zevní faktory. Tyto faktory jsou modifikovány zdravotními vlivy, vlivy prostředí, sociálně-ekonomickými a psychickými vlivy včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role a v neposlední řadě i životním stylem. Výsledkem tohoto procesu stárnutí je stáří. Stáří lze rozdělit do tří rovin na kalendářní, sociální a biologické (Kalvach, 2004).

První rovinou je *stáří kalendářní*, dané datem narození a je vymezeno dosažením určitého věku. Je odvozeno dle demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu (Kalvach, 2004).

Kelnárová (2010) uvádí, že kalendářní stáří dělíme podle World Health Organization (dále jen WHO) na:

Období raného stáří, což je věk 60 – 74 let. Tohoto období se týká problematika penzionování, volného času, aktivit a seberealizace. Jeho hlavním vývojovým úkolem je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života jako celku a pochopení jeho smyslu.

Období vlastního (pravého) stáří, což je věk 75 – 89 let. Starý člověk je v tomto věku ohrožen zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Mezi zátěžové situace se řadí nemoc a úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu, úbytek tělesných i psychických schopností spojené se ztrátou soběstačnosti, ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu, která bývá způsobena hospitalizací, nebo přemístěním do domova pro seniory.

Dlouhověkosti, což jsou senioři starší 90 ti let, se dožívá stále více lidí. U těchto lidí záleží na jejich aktivitě a vnitřních pocitech jednotlivce. Někteří se pohybují pomalu a jsou soběstační. Jiní jsou již upoutáni na lůžko a poté nastává problém s jejich soběstačností a zabezpečením péče o ně (Kelnárová, 2010).

Druhou rovinou je *stáří sociální*, které postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, ekonomického zajištění i životního stylu. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životní smysluplnosti a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace. Obecně je vznik nároku na starobní důchod nebo skutečný nástup penze považován za počátek sociálního stáří (Kalvach, 2004).

Mimo to může vzniknout orientační handicap, jímž je omezená schopnost orientovat se ve vztazích k prostředí, handicap sociální intergrace ve smyslu znevýhodnění jedince podílet se přiměřeným způsobem na obvyklých sociálních vztazích a handicap ekonomické soběstačnosti (Pacovský, 1997).

Třetí rovinou je *stáří biologické*, které označuje konkrétní míru involučních změn daného jedince. Každý člověk stárne jinak, a proto vznikají velké individuální rozdíly. Musí se především hodnotit kondice, výkonnost a funkční stav. Starší lidé jsou více ohroženi nemocí, náhlou změnou zdravotního stavu a ztrátou soběstatečnosti. Je tudíž důležité zajistit pro tyto lidi dostatečný odpočinek, spánek a klid (Kalvach, 2004).

2.1.2 Geriatrická diagnostika

Průvodním projevem ve stáří je běžný výskyt více chorob, tzv. polymorbidita. Zdravotním a funkčním stavem seniorů se zabývá gerontologie klinická, tzv. geriatrie. Jde o specializační obor vycházející z vnitřního lékařství (Kalvach, 2004).

Geriatrická diagnostika zahrnuje vedle hodnocení zdravotního stavu i hodnocení fyzických, mentálních a psychosociálních funkcí seniora. Podle Topinkové (2005) se jedná o tyto okruhy:

- zdravotní stav, zdravotní rizika a komorbidita – komplexní klinické vyšetření včetně screeningu rizikových faktorů (smyslové postižení – zrak, sluch, inkontinence, poruchy rovnováhy a chůze, malnutrice). Kontroluje se imunizace a soulad s doporučenými preventivními opatřeními. Hodnotí se užívaná medikace z pohledu účelnosti a bezpečnosti,
- fyzická výkonnost a soběstačnost – hodnotí se fyzická výkonnost a zdatnost (schopnost sebeobsluhy). U fyzicky zdatných seniorů se zkoumá ergometrie, spirometrie a dynamometrie. Posuzuje se rehabilitační potenciál a stupeň zdravotního postižení na základě testů instrumentálních a všedních činností či testem základních sebeobslužných činností,
- duševní zdraví a psychická pohoda – vyšetření psychických funkcí slouží k odhalení častých psychopatologií ve stáří, především kognitivní poruchy (demence) nebo poruchy afektu (deprese),
- sociální stres a ekonomické zajištění – sledují se sociální kontakty pacienta a pomoc pečovatелů, poskytované sociální služby, hodnotí se rizika bydlení a ekonomické zabezpečení seniora.

Geriatrickí senioři jsou ohroženi disabilitou v provádění běžných činností, nesoběstačností, pády, zlomeninami, inkontinencí a nepříznivým vývojem zdravotního stavu v následujících letech. Akutní dekompenzace vedou k opakovaným hospitalizacím, zvyšují potřebu zdravotních a sociálních služeb i dlouhodobé péče (Kalvach, 2004; Topinková, 2005; Kalvach, Onderková, 2006).

Kalvach (2004) zmiňuje, že disabilita znamená omezení či ztrátu schopnosti provádět na základě poruchy či v reakci na ni určitou činnost. U seniorů existuje disabilita v oblékání, v chůzi do schodů, v poznávání barev. Klíčové činnosti z hlediska soběstačnosti a svébytnosti se označují jako aktivity každodenního života. V průběhu stárnutí totiž mizí pružná ladnost pohybů, chůze se zpomaluje a zhoršuje se rovnováha.

Projevuje se ztuhlost trupu a končetin, vyvine se ohnuté držení, zkrácení kroku a mírné rozšíření opěrného postavení dolních končetin. Senior si obvykle stěžuje na nejistotu, zpomalení chůze, nestabilitu, případně na pády, a to by mělo být hlavním důvodem vyšetření poruchy stoje a chůze. Do vyšetření řadíme:

- základní neurologické vyšetření, včetně zjištění konfigurace dolních končetin, rozsahu aktivního a pasivního pohybu, svalového tonu a síly,
- vstávání z lehu do sedu, ze sedu do stoje – odhalení případné svalové slabosti, poruch pohybové koordinace,
- spontánní stoj – držení trupu a končetin,
- manévry ve stoji – stoj spojný (paty a špičky nohou těsně u sebe), stoj spojný se zavřením očí, zatažení za ramena nazad,
- spontánní chůze – kontrola délky kroku, plynulost pohybů, odchylky ve směru, zastavení, otáčení na místě a při chůzi, průchod zúženým místem, překračování a vyhýbání se překážkám v dráze,
- manévry při chůzi – tandemová chůze, kdy chodidla se kladou těsně za sebe, chůze se zavřenými očima, chůze pozpátku, chůze po patách a špičkách.

Topinková (2005) uvádí, že z hlediska výskytu i vysokých nákladů, patří mezi společensky nejvýznamnější problémy poruchy mobility a pády s rizikem fraktur a dále demence. Diagnostikování funkčních schopností je důležité pro lékaře při posuzování účinku léčby, návrhu rehabilitačních postupů a intenzity rehabilitace, doporučení vhodných rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, pro návrh sociálních dávek pro bezmocnost, pro indikaci domácí ošetrovatelské péče, pečovatelské služby a při umístění do dlouhodobé ústavní péče. Také se posuzuje funkční zdatnost seniorů a posuzují se schopnosti absolvovat fyzicky náročné výkony a sportovní aktivity v rámci aktivního životního stylu u preventivních programů.

Geriatrické pacienty můžeme z ošetrovatelského hlediska rozdělit podle Kalvacha, Onderkové (2006) na seniory:

- zdatné – senioři, kteří si bez ohledu na svůj věk udržují velmi dobrou zdatnost, vykonávají fyzicky náročné činnosti a zvládají dobře i náročnější zdravotnické úkony,
- nezávislé – senioři, kteří dobře zvládají aktivity každodenního života a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější podporu rodiny, sousedů ani

pečovatelské služby. Tito lidé však selhávají ve vypjatých situacích přinášejících neobvyklou zátěž,

- křehké (frail) – senioři, kteří jsou ve zvýšené míře ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu, např. srdečního selhání či po pádu. Nevládají zátěžové situace a potřebují trvalou pomoc při náročnějších činnostech,
- závislé – senioři, kteří zčásti, či zcela nevládají ani běžné sebeobslužné základní aktivity denního života, a kteří z tělesných či duševních důvodů vyžadují pomoc při jídle, mytí, oblékání, při používání toalety a při přesouvání z lůžka do křesla a zpět,
- zcela závislé – senioři, kteří jsou dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžko, popřípadě mají hrubé kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí, takže vyžadují aktivní zajištění antidekubitálního režimu, hydratace a výživy,
- umírající – senioři, kteří mají specifické potřeby komplexní paliativní péče.

Stařecká křehkost je způsobena jak fyziologickým poklesem výkonnosti kosterního svalstva, tak zejména úbytkem svalové hmoty v důsledku zhoršené kondice tzv. sarkopenie, úbytkem kostní hmoty a sníženou pevností kosti, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, popřípadě i poruchou imunity a kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti (Topinková, 2005; Berková, 2013). Mezi rizikové faktory sarkopenie můžeme u seniorů zařadit fyzickou neaktivitu, což znamená sedavý způsob života a pokles fyzické aktivity ve stáří v důsledku přidružených chorob – osteoartrózy, kardiovaskulárních a bronchopulmonálních onemocnění (Lee, 2007; Kortebein, 2008).

Úbytek svalové hmoty způsobuje zhoršenou mobilitu, pády a fraktury, disabilitu, ztrátu soběstačnosti. Jako důsledek stařecké křehkosti se jeví zvýšené riziko hospitalizace, institucionalizace a mortality (Cawthon, 2007; Rolland, 2008; Topinková, 2008).

2.2 Domovy pro seniory

2.2.1 Obecná charakteristika domovů pro seniory

Domovy pro seniory jsou určeny dle § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o sociálních službách“) a v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb., vyhlášky, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V tomto případě se jedná o domovy pro osoby se zdravotním postižením. Dle § 49 zákona o sociálních službách potom slouží domovy pro seniory osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dle § 44 jsou poskytovány odlehčovací služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit fyzické osobě nezbytný odpočinek (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky¹ 2013, on line).

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob. Jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale současně jsou natolik nesoběstačné, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby fungují v pobytových zařízeních sociálních služeb, nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče, poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb, podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění. Klienti jsou informováni o volnočasových aktivitách a spektru činností, konaných v domově pro seniory. Poskytovaná péče klientům probíhá každodenně a je vysoce individualizována, se snahou zapojit klienta do aktivní spoluúčasti na péči. Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Jen malá část klientů je mobilních, tedy chodících zcela samostatně. V domovech pro seniory převažují senioři částečně, nebo úplně nesoběstační. Většina klientů trpí inkontinencí moči a stolice a jsou nuceni používat inkontinenční pomůcky. Zdravotní stav klientů domova bývá nestabilní. Mnozí z nich trpí geriatrickými syndromy a velkou

¹ Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky – dále již MPSV.

část klientů tvoří senioři s demencí. Pro tuto část klientů má řada domovů pro seniory vytvořeno oddělení se zvláštním režimem (Svědíková, Menclová, 2008; Pokorná, 2010; MPSV, 2013, on line).

Pozice sester v domově pro seniory je celkově náročná. Sestry v domovech pro seniory vykonávají i řadu neoborných, nekvalifikovaných činností a úkonů a nemohou se tak soustředit pouze na realizaci ošetrovatelské péče (Pokorná, 2010).

2.2.2 Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory

Pro seniora nastává přijetím do domova pro seniory nová, významná etapa života. Každý senior se s touto změnou vyrovnává jinak a odlišně tuto změnu toleruje. Z tohoto důvodu je jedním z hlavních cílů domova pro seniory vytvořit co nejlepší podmínky pro plynulý přechod z původního sociálního prostředí seniora a usnadnit mu adaptaci na nové prostředí a nový způsob života. Život klientů domova pro seniory je většinou výrazně odlišný od jejich předchozího způsobu života. Klienti musí získat dostatek informací o chodu zařízení, aby mohli vyjádřit své požadavky, projednat jejich realizaci a konkrétní provedení. Péče o klienta musí naplňovat individuální požadavky klienta a co nejvíce přiblížit klientovi jeho běžný způsob života (Svědíková, Menclová, 2008; Malíková, 2011).

Při přijetí klienta do domova pro seniory, edukuje přítomná sestra klienta o konkrétních podmínkách poskytované zdravotní péče, poskytuje mu informace o smluvním lékaři a podobně. Sestra provádí taktéž vstupní rozhovor. Na základě rozhovoru vyplní formulář ošetrovatelské anamnézy a informuje klienta o plánovaných ošetrovatelských postupech. Všechny ošetrovatelské úkony provádí kvalifikovaný personál, sestra, dle platných ošetrovatelských standardů. Sestra aktivně a cíleně poskytuje klientům, na základě holistického přístupu, individualizovanou péči podle současného pojetí ošetrovatelství, pomocí ošetrovatelského procesu. Mimo jiné vede sestra ošetrovatelskou dokumentaci klientů a dodržuje platné hygienické normy.

Na základě pokynu lékaře provádí výkony, například aplikuje léky či provádí odběry materiálu. Plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči. Sestra v domově pro seniory provádí základní aktivní i pasivní rehabilitační ošetrování klientů, nácvik dechové rehabilitace, nácvik soběstačnosti, chůze a mobilizace. Sleduje všechny projevy seniora, tedy celkový tělesný, duševní a emocionální stav klienta. Ošetrovatelská péče sestry také zahrnuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, například pomoc

při oblékání a svlékání včetně manipulace se speciálními pomůckami, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík. Dále do této péče spadá pomoc při vstávání z lůžka, uléhání a změny polohy nebo pomoc a podpora při podávání jídla a pití. Také pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a podpora při dalších aktivitách, které podporují sociální začleňování osob. Služba se poskytuje za úplatu (MPSV, 2013, on line). V neposlední řadě sestra analyzuje případné změny stavu klienta, předpokládá možné komplikace a včas na ně reaguje (Malíková, 2011).

2.2.3 Softwarový systém v domovech pro seniory

Poskytovatelé sociálních služeb v Domovech pro seniory používají, jako nástroj, informační systém. Jedním z programů je softwarový systém Cygnus nebo Preus. Tyto systémy umožňují komplexně a přitom zcela jednoduše evidovat všechny potřebné informace o klientech zařízení sociálních služeb, jako jsou základní údaje, adresa, kontaktní osoby. Lze vytvářet formuláře dokumentace, sestavovat a hodnotit individuální plán, sestavovat a realizovat plán péče, plán rizik a ošetřovatelský plán, sledovat příjem stravy. Programy také umožňují vykazování zdravotních výkonů zdravotním pojišťovnám a vykazování statistických dat (Cygnus, 2013, on-line).

2.3 Úrazy

Úraz je definován jako poškození zdraví, které vzniká většinou náhle, působením vnější síly, která přesahuje svou intenzitou adaptační možnosti lidského organismu. Senioři, tj. osoby nad 65 let věku, jsou z hlediska úrazů velmi početnou rizikovou skupinou. Nejčastější příčinou vzniku úrazu seniorů je neopatrnost a nepředvídatost, špatné technické zařízení jejich domova nebo nebezpečné a nesprávné chování. S přibývajícím věkem riziko vzniku úrazu roste, a pokud k němu dojde, může významně zkomplikovat život (Benešová, 2003; Kalvach, 2004).

2.3.1 Rizikové faktory úrazů

Grivna (2003) uvádí, že úrazy vznikají spolupůsobením čtyř faktorů, a to **hostitele**, **činitele**, **přenašeče** a **prostředí**. **Hostitelem** se rozumí člověk, postižený úrazem. Hostitel (senior) má řadu vlastností, například věk, vzdělání, schopnosti, fyzickou zdatnost. Nachází se v určitém psychickém stavu, může požívat alkohol či drogy, popřípadě se u něho může vyskytovat jiné rizikové chování, které u něho vytváří dispozice k určitým druhům úrazů. Příkladem takové dispozice jsou pády, které jsou u seniorů časté. Pády jsou důsledkem zejména **hostitelských faktorů**. Je zhoršena vizuální a prostorová percepce a motorická koordinace.

Činitelé jsou různé druhy a formy přenosu energie. Činitelem je přenos abnormálního množství energie (mechanické, tepelné, chemické, elektrické, radiační) a ovlivňuje epidemiologii úrazovosti. **Přenašečem** je vektor – osoba anebo věc, která působí svojí silou, přenáší energii nebo zabraňuje přenosu. Přenašečem je design výrobků, který může zásadním způsobem ovlivnit přenos energie. Jako příklad můžeme uvést cyklistickou přilbu, rychlovarnou konvici. Také schody a vysoké prahy bývají pro seniory velice rizikové.

V neposlední řadě je faktorem úrazů **prostředí**. Faktory prostředí Grivna (2003) rozděluje do dvou kategorií, a to na sociálně ekonomické a fyzikální. Mezi sociálně ekonomické řadíme akceptaci požití alkoholu, užívání drog, akceptaci násilí. Fyzikálními faktory jsou místa úrazu, počasí, teplota, denní doba, roční období. Nejúčinnější ochranou před úrazem seniorů zůstává bezpečné prostředí.

2.3.2 Rozdělení úrazů

2.3.2.1 Pády

Pády jsou hlavní příčinou úrazů. Pády u seniora v mnoha případech snižují soběstačnost seniora a zvyšují riziko předčasného úmrtí. K pádům dochází především tam, kde senioři tráví nejvíce času. Bývá to doma, nebo v ústavní péči. Ve stáří patří pády k nejvýznamnějším příčinám mortality a morbidity. Vedle osob trpících poruchami lokomočního aparátu či nervové soustavy postihuje i zdravé jedince (onemocnění pohybového a nervového systému). Na jejich vzniku se podílejí různé faktory, spojené s různými vzorci abnormální chůze. Chůzi může ovlivnit i řada dalších věkově podmíněných změn, jako jsou poruchy zraku a vestibulární funkce ve spojení s kloubními změnami dolních končetin a s oslabením svalů (Kalvach, 2003; Mlýnková, 2011).

Definice pádů nebyla zatím obecně přijata, proto zůstávají pády v literatuře definovány různým způsobem. Pád je to neplánované a nezamýšlené poklesnutí, kdy se člověk ocitne na podlaze, zemi, anebo na nižším povrchu. Pád není způsoben žádným záměrným pohybem či jinou příčinou, jakými jsou cévní mozkové příhody, mdloby, epileptické záchvaty nebo událost, která vyústí v nezamýšleném a neplánovaném spočinutí osoby nebo části jejího těla na zemi, podložce, nebo úrovni, která je níže než pacient (Joint Commision Resources², 2007).

Topinková (2005) uvádí, že pády postihují 20 – 30 % osob ve věku od 65 - 69 let a až 50 % osob nad 85 let.

Pády můžeme rozdělit na náhodné, fyziologicky nepředvídané a fyziologicky předvídané:

- náhodné – neúmyslné upadnutí pacienta. Člověk může zakopnout, uklouznout díky faktorům prostředí, což může být například rozlitá tekutina na podlaze nebo v důsledku selhání pomůcek,
- fyziologicky nepředvídané pády jsou takové pády, kdy fyzická příčina pádu není součástí rizikového faktoru pro pád. Pád je způsoben fyzickým stavem, který nemohl být předvídan do doby pádu. Například se může jednat o mdlobu, epileptický záchvat nebo patologickou zlomeninu krčku,

²Joint Commision Resources – dále již JCR.

- předvídané pády se stávají lidem, kteří mají zhoršenou chůzi, užívají pomůcky při chůzi. Dále to může být porucha duševních funkcí, porucha rovnováhy a hybnosti, problémy ve výživě, porucha kognitivních funkcí (JCR , 2007; Mlýnková, 2011).

K upřesnění mechanismu a příčiny pádů napomáhá dělení podle fenomenologického obrazu (Kalvach, 2004; Kalvach a kol., 2008).

Pády zhroucením

Při chůzi nebo ve stoji dojde náhle ke ztrátě svalového tonusu a k poklesu k zemi. Příčiny lze rozdělit na cerebrální (mozkové) a extracerebrální (mimomozkové). Mezi cerebrální patří kataplexie (náhlý nástup svalové slabosti, který je vyvolaný rozrušením či emocemi), epilepsie (onemocnění ze skupiny poruch funkcí mozku, které je charakterizováno opakovanými záchvaty s náhlým začátkem), tranzitní ischemická ataka (následek přechodného přerušení krevního zásobení části mozku, způsobeného embolií, trombózou mozkové tepny nebo spazmem cévní stěny. Příznaky se podobají cévní mozkové příhodě, ale do 24 hodin vymizí) a náhlý vzestup nitrolebního tlaku. Mezi příčiny extracerebrální patří ortostatická hypotenze (dočasně nízký tlak po náhlé změně polohy z horizontální na vertikální) a kardiální synkopa (krátkodobá ztráta vědomí, která je vázána na srdeční postižení). Někdy se pro tento typ pádu používá výraz „*drop attack*“, jehož obsah ale není přesně definován. Původ pádu je již zjevný z anamnézy, jindy nezbyvá než postupně monitorovat EKG (technika záznamu elektrické činnosti srdce), EEG (technika záznamu elektrické aktivity různých částí mozku) a krevní tlak (Kalvach, 2004; Kalvach a kol., 2008).

Pády skácením

Základem tohoto typu pádu je těžká porucha rovnováhy. Člověk padne k zemi naráz, obvykle bez jakýchkoliv obranných reflexů. Často dochází při pádu ke zranění. Může se jednat o přechodné stavy nerovnováhy, kdy je normální chůze narušena občasným pádem. Tyto typy pádů lze pozorovat u řady chorobných stavů, které narušují propriocepci (koordinace činnosti svalů) u vestibulárních lézí a u mozkových postižení působících poruchy integrace prostorové informace (Kalvach, 2004; Kalvach a kol., 2008).

Pády zakopnutím

Při tomto typu pádu směřuje člověk vždy dopředu a obvykle padá na předpažené ruce. K pádu dochází následkem zakopnutí o překážku, kterou se nepodařilo překročit, nebo o povrch podlahy, zpravidla palcem nebo špičkou boty. Příčinou tohoto typu pádu může být onemocnění nervového systému, svalové slabosti nohy. Dalšími příčinami může být Parkinsonova choroba nebo frontální apraxie chůze (neschopnost vykonávat přesně složitější pohyby), která se vyznačuje šoupáním nohama, které je způsobeno nedostatečným oddálením chodidla od podlahy. Tím dojde k zadrhnutí chodidla nohy i o sebemenší nerovnost povrchu (Kalvach, 2004; Kalvach a kol., 2008).

Pády zamrznutím

Podobně, jako při zakopnutí, směřuje tělo při tomto pádu dopředu. Člověk padá v průběhu chůze z tzv. důvodu zárazu dolní končetiny. Jedná se o stav, kdy noha zůstává tzv. přilepena k podlaze a tělo pokračuje v pohybu dopředu, a přitom nedojde ke kompenzačnímu vykročení. Festinace (postupné zrychlování kroků) je varianta, kdy se člověk při zárazu dolních končetin naklání dopředu, dostává se na špičky nohou a krátkými krůčky se snaží vyrovnat těžiště ubíhající vpřed, až dojde k pádu (Kalvach, 2004; Kalvach a kol., 2008).

Nediferencované pády

V některých případech se nepodaří pády fenomenologicky zařadit pro jejich atypický ráz. Základem takového pádu může být nepozornost, nepřizpůsobení stylu chůze stavu povrchu, případně překážkám v cestě. Tato chyba v reaktivitě (míra připravenosti reagovat) je typická pro osoby s demencí, s ložiskovými lézemi frontálních nebo parientálních (temenních) laloků, s věkem vázanými poruchami sensorických funkcí a stavu lokomočního aparátu (Kalvach a kol., 2008; Svobodová, 2008).

Pád může být důsledkem různých faktorů. Ty lze rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní rizikové faktory souvisí ve většině případů s vyšším věkem a nemocí. Jedná se většinou o choroby vyššího věku (Topinková, 2005; JCR, 2007). Pro větší přehlednost jsou vnitřní faktory uvedeny v tabulce č. 1 a vnější faktory jsou v tabulce č. 2.

Tabulka č. 1 Vnitřní rizikové faktory

| | |
|---|---|
| Poruchy chůze a stability, nejistá chůze. | |
| Pád v anamnéze | předchozí pád je označován jako důležitý faktor spojený s vyšší pravděpodobností pádu |
| Duševní stav | deprese, zmatenost, úzkost, dezorientace, poruchy kognitivních funkcí a demence (chronická a trvalá porucha chování a vyšších intelektuálních funkcí, způsobená organickým onemocněním mozku, vyznačuje se poruchami paměti, změnou osobnosti, poruchou sebeděče, poruchou rozumových schopností a dezorientací) |
| Poruchy zraku | např. snížení prostorového vnímání, snížení zrakové ostrosti, katarakta (šedý zákal, zákal čočky v oku způsobující rozmazané vidění), glaukom (zelený zákal, postupná ztráta zraku, způsobená zvýšením nitroočního tlaku) |
| Onemocnění pohybového aparátu | osteoporóza – metabolické kostní onemocnění, charakterizované zvýšeným rizikem kostních fraktur, v důsledku úbytku kostní hmoty. Kromě snižující se hladiny pohlavních hormonů dochází s věkem k mírnému zvyšování hladiny parathormonu, klesá příjem vápníku potravou a klesá hladina vitamínu D (nedostatek slunění, nutrice, renální onemocnění). Všechny tyto faktory vedou k úbytku kostní hmoty o cca 1 % ročně, v období postmenopauzy činí pokles u žen 3 - 5 % ročně |
| | osteoartróza je onemocnění kloubní chrupavky, charakterizované metabolickou dysregulací chrupavky kloubu, vedoucí ke změně jejich mechanických vlastností a následně k její destrukci. Mezi postižené klouby řadíme kyčel, koleno, páteř, ruku myopatie (svalová ochablost), revmatoidní artritida (onemocnění synoviální výstelky kloubů), svalová atrofie (úbytek svalové tkáně), amputace, ochrnutí po cévní mozkové příhodě |
| Synkopa (náhlá krátkodobá ztráta vědomí) | |

| | |
|----------------------|--|
| Akutní onemocnění | např. horečka, cévní mozková příhoda, infarkt myokardu (odumření části srdečního svalu, způsobené přerušением krevního zásobení), ortostatická hypotenze (dočasně abnormálně nízký krevní tlak po náhlé změně polohy z horizontální na vertikální) |
| Chronická onemocnění | např. srdeční selhávání, hypertenze (vysoký krevní tlak), diabetes mellitus (cukrovka), Parkinsonova choroba (neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy související s úbytkem nervových buněk v mozku produkujících dopamin, který zajišťuje přenos signálů mezi nervovými buňkami; postupná ztráta schopnosti ovládat nebo kontrolovat svůj pohyb) |

Zdroj: Topinková, 2005; Jurásková, 2007; JCR, 2007; Svobodová, 2008

Vnější rizikové faktory jsou spjaty s vlastnostmi prostředí a s farmakoterapií. Rizikovým faktorem bývá věk, porucha chůze, kognitivní poruchy, polypragmazie, léky.

Tabulka č. 2 Vnější rizikové faktory

| | |
|------------------|--|
| Farmakoterapie | léky snižující krevní tlak a ovlivňující centrální nervový systém (včetně léků na spaní), nadměrné užívání léků, chybné užívání léků |
| Nábytek | nevhodné rozmístění, nevhodná výška lůžka a židlí, nestabilní nábytek |
| Osvětlení | riziko pádů se zvyšuje při nedostatečném osvětlení nebo ve tmě, nebezpečné zakopnutí, nebezpečný povrch – kluzký a mokrá povrch, porušený povrch podlahové krytiny, volně položené koberce a předložky |
| Překážky v cestě | schody, prahy, elektrické kabely |
| Koupelna | nevhodně řešená koupelna, WC, vana, mokrá a kluzký povrch, nevhodně umístěné pomůcky denní potřeby |
| Obuv | nevhodná obuv (velikost, tvar), sešlápnutá pata, nevyhovující podrážka, vysoké podpatky, rozvázané tkaničky, volné pantofle |

| | |
|---------------------|--|
| Nevhodné oblečení | |
| Nebezpečná aktivita | práce na stoličce nebo na štaflích |
| Kompenzační pomůcky | nevhodně použitá chodítka, berle, hole apod. |
| Alkohol | nevhodná kombinace užití léků společně s alkoholem, chronický alkoholismus |

Zdroj: Topinková, 2005; Jurásková, 2007; JCR, 2007; Svobodová, 2008

Změny ve stáří vedou k odlišnému přístupu k situaci po pádu. Vyznačuje se tzv. opatrnou chůzí – zpomalením a zkrácením kroků. Mnohdy se tato opatrná chůze vyvine náhle, například po pádu i v případech, kdy pád nebyl spojen se zraněním. Přesto senior následně ztrácí důvěru ve svoje schopnosti chodit a udržovat rovnováhu. Vzniká potřeba přidržovat se stěn, nábytku nebo průvodce. Podobně se může vyvíjet strach z chůze ve venkovním a otevřeném prostoru, přičemž senior zůstává schopen pohybovat se po místnosti. U některých seniorů se v důsledku nepřiměřeného strachu z pádu zcela vytrácí schopnost chůze i přesto, že tento stav neodpovídá stupni jejich motorickému a senzorickému deficitu (Jurásková, 2007).

Kalvach (2003) uvádí, že nejzávažnější úrazové důsledky pádů jsou poranění, a to: zlomeniny krčku femuru stehenní kosti, Colesova fraktura předloktí, komprese obratlů. Dále je to kontuze měkkých tkání, kraniocerebrální poranění, rabdomyolýza (rozpad buněk kosterní svaloviny) při dlouhém ležení ve vynucené poloze a prochladnutí. Samotná nemožnost se postavit na nohy není projevem vystupňované funkční nezdatnosti. Ani soběstačný senior nemusí být v mnoha případech schopen vstát po náhodném pádu. Vstávání je náročné na pohybovou koordinaci a svalovou zdatnost. Zvláště obtížná může být situace po pádu pro osoby s výraznou svalovou slabostí, obezitou a těžkou osteoartrózou. Rizikové jsou pády na tvrdý podklad, případně na hranu. Kachexie, malnutrice a nízká hmotnost se opakovaně ukazují jako rizikové faktory jak pádů, tak zlomenin. Příčinou bývá svalová slabost s následnou nestabilitou, poruchou chůze a zvýšeným rizikem pádu. Pro možnost snížení závažnosti pádů, může být aplikace mechanických zevních chráničů kyčle u osob s opakovanými pády, dále pak instalace madel k usnadnění chůze a vstávání. Absorpce energie je jedna z neúčinnějších preventivních strategií. Pomáhá také signalizační zařízení k přivolání pomoci.

Pro realizaci opatření, zaměřených na prevenci pádu, lze použít níže uvedený screeningový test, kdy při výsledku skóre vyšší než 3 je důležité toto opatření realizovat.

Tabulka č. 3 Screeningový test na určení rizika pádu

| Aktivita | | Skóre |
|------------------|--|-------|
| Pohyb | Neomezen | 0 |
| | Používá pomůcky | 1 |
| | Nepotřebuje pomoc při pohybu | 1 |
| | Neschopný posunu | 1 |
| Vyprazdňování | Nevyžaduje pomoc | 0 |
| | Trpí nyktúrií/inkontinencí | 1 |
| | Vyžaduje pomoc | 1 |
| Medikace | Neužívá rizikové léky | 0 |
| | Užívá léky ze skupin: diuretik, antiparkinsonik, antihypertenziv psychotropné léky či benzodiazepiny | 1 |
| Smyslové poruchy | Bez poruch | 0 |
| | Smyslový deficit | 1 |
| Mentální stav | Orientovaný | 0 |
| | Občasná noční desorientace | 1 |
| | Trvající desorientace | 1 |
| Věk | 18 – 75 | 0 |
| | 75 a více | 1 |

Zdroj: ose.zshk.cz 2013, on line

2.3.2.2 Dopravní nehody

Dopravní nehody se řadí na druhé místo v úrazovosti seniorů. Seniori patří prokazatelně mezi nejzranitelnější a nejrizikovější účastníky silničního provozu, ať se pohybují jako chodci, cyklisté, jsou řidiči motorových vozidel nebo cestují ve veřejných dopravních prostředcích. Četnost úrazů seniorů, jako cestujících v hromadné dopravě osob, se děje při prudkém brzdění nebo akceleraci. Dále jsou to pády při nastupování a vystupování z prostředku hromadné dopravy. Senior jako chodec má zhoršenou reakci na měnící se dopravní situaci. Z postupné ztráty fyzických i psychických schopností se v dopravním prostředí hůře orientují, pohybují a přizpůsobují se mu (Hořín, 2003). V neposlední řadě sem patří i nerespektování nižší rychlosti bezohlednými řidiči v místech častého přecházení seniorů.

Mezi hlavní příčiny nehod seniorů – chodců řadíme:

- pomalou chůzi, kam spadá například obtížné překonávání terénních nerovností (výmoly, obrubníky). Časy na světelně řízených přechodech neodpovídají rychlosti chůze, obzvláště u velmi starých seniorů. Tento čas bývá ve většině případů nižší, než je chůze vypočtena,
- poruchu zraku a sluchu s nezaregistrováním příjíždějícího vozidla. U seniorů se zhoršuje odhad vzdálenosti a odhad rychlosti příjíždějícího vozidla. Je zhoršeno periferní a prostorové vidění,
- demenci a delirantní stavy s poruchami chování. Příčiny dopravních nehod tohoto typu chodců jsou zhoršeny kognitivní funkcí, koncentrací, odhadem dopravní situace a sníženou schopností rychlé a účelné reakce na tuto změnu, což má za následek například nečekané vkročení do vozovky, (Kalvach, 2008).

Seniori – řidiči jsou spíše účastníky dopravních nehod na křižovatkách. Mají problémy při změně směru jízdy a při vjezdu na komunikaci, kde mají dát přednost v jízdě. Seniori někdy až přehnaně dodržují dopravní předpisy, rychlost jejich jízdy je nižší a také se vyhýbají jízdě v dopravních špičkách (Hořín, 2003).

Mezi hlavní příčiny nehod seniorů – řidičů řadíme:

- dřívější únavu řidiče seniora, prodlouženou reakční dobu,

- zhoršení adaptace na střídající se světlo a tmu, příkladem je vjezd a výjezd do tunelu
s nebezpečím oslnění a zužování zorného pole, zejména v nočních hodinách,
- dalším problémem je posuzování zdravotní a mentální způsobilosti k řízení motorového vozidla (Kalvach, 2008).

Senioři – cyklisté také v mnoha případech používají jízdní kolo, které neodpovídá jak současným předpisům po technické stránce, tak i vybavením. Problémem je i jízda pod vlivem alkoholu (Hořín, 2003).

Mezi hlavní příčiny dopravních nehod seniorů – cyklistů patří:

- poruchy zraku a sluchu,
- nestabilita a závratě u seniora, ke kterým dochází zvláště při otočení hlavy,
- různě zavěšené tašky na řídítkách,
- nerespektování pravidel silničního provozu na pozemních komunikacích,
- mnohdy i jízda pod vlivem alkoholu (Policie ČR, 2013, on-line).

2.3.2.3 Otravy

Další příčinou úrazů bývá intoxikace seniorů léky. Rakovcová (2003) uvádí, že příčin je několik. Léky jsou v dnešní době snadno dostupné a téměř každý starší člověk užívá pravidelně nějaké léky, kterými si doma utvořil zásobu. Senioři trpí chronickými chorobami a výsledkem je užívání několika druhů léků denně. Více jak 80 % geriatrických pacientů užívá 3 až 4 druhy léků denně, někteří dokonce i 10 pilulek. U seniorů dochází ke zvýšení výskytu onemocnění, která svou podstatou zvyšují pravděpodobnost sebevražedného pokusu (deprese, poruchy spánku, neztížitelné bolesti) a zároveň senioři disponují léky, které se při předávkování vyznačují vysokou toxicitou. Ve stáří dochází u seniora k fyziologickým změnám a tím je vznik lékové otravy u seniora snadnější a daleko pravděpodobnější než u mladšího jedince.

S přibývajícím věkem také klesají funkce jednotlivých orgánů a tkání a tím vznikají změny v účincích podaných léků a zvýšení možnosti poškození orgánů. Tyto změny jsou doprovázeny zvýšeným pH žaludeční šťávy a zpomalením vyprazdňování žaludku a vzniku nežádoucích účinků. Snížení průtoku krve játry a snížení jejich metabolické aktivity má za následek snadný vznik toxických hladin léků, které jsou játry

eliminovány. Ledvinové funkce klesají o 40 % a tím snadno dojde ke zvýšení hladin léků eliminovaných ledvinami. To má dopad na další fyziologické změny, jejichž následkem je zvýšení biologické hladiny léku a tedy i účinku. Dochází k dehydrataci organismu, poklesu svalové hmoty a zároveň vzestupu tělesného tuku. Změny v podílu tělesného tuku mají za následek prodloužení účinků léků, rozpustných v tucích. Druhou nejčastější příčinou otrav seniorů jsou nehody s přípravky s obsahem leptavých látek. Jde především o odstraňovače usazenin v odpadech, čisticí prostředky, odstraňovače vodního kamene, odstraňovače skvrn, bělící, avivážní a desinfekční prostředky.

Poměrně často u seniorů dochází také k otravám jedovatými houbami. Je to způsobeno tím, že sběr hub je u seniorů značně oblíbený a představuje optimální fyzickou aktivitu. V mnoha případech dojde k záměně hub a následně k žaludečním potížím nebo k otravě (Rakovcová, 2003).

2.3.2.4 Popáleniny

Popáleninový (termický) úraz řadíme mezi závažné úrazy. Závažnost popáleninového úrazu je dána těmito faktory:

- mechanismem úrazu. Tepelná zranění mohou být způsobena působením vysokých teplot horkou vodou nebo párou, plamenem, kontaktem s horkým tělesem, chemikáliemi a radičním zářením, třením nebo elektrickým proudem. Tepelná zranění mohou být způsobena i působením nízkých teplot, pak vznikají omrzliny,
- rozsahem postižení. U dospělých je zranění kritické popálením nad 40 % povrchu těla, kdy kritériem je plocha ruky, která představuje 1 % plochy těla,
- hloubkou a lokalizací postižení. Stanovení těchto faktorů postižení je důležité z hlediska určení způsobu léčby. Popálení obličeje, rukou a genitálu je velice závažné z hlediska kosmetických a funkčních změn a popálení dýchacích cest může dokonce postiženého přímo ohrozit na životě,
- věkem. Rizikové jsou osoby nad 60 let,
- jakékoliv přidružené onemocnění, např. diabetes, kardiovaskulární poruchy či onemocnění jater (Brož, 2003).

Velký počet úrazů je spojen s koupáním, kdy dojde k záměně teplé a studené vody. Omylem spuštěná vařící voda může způsobit zazmatkování seniora, který si mnohdy

při pokusu o únik z dosahu stříkající horké vody, způsobí další zranění. Postižený pak může několik hodin ležet bezmocně ve vaně a čekat na záchranu (Brož, 2003).

2.3.2.5 Násilí

Senioři jsou lidé často osamocení, nemocní, zesláblí, bezradní, vystrašení, lítostiví, nedůvěřiví nebo naopak velmi důvěřiví, a proto jsou lehce ovladatelní (Policie ČR, 2013, on-line).

Násilí páchané na seniorech v rodině

Někteří staří lidé jsou vystaveni násilnému chování ze strany členů vlastní rodiny. Takové jednání začíná většinou mírnějšími projevy, jako je okřikování, ponižování, omezování a příkazování. Takovéto chování se může pomalu, ale jistě proměnit ve větší násilí, a proto je třeba takovéto jednání vůči seniorovi zastavit v samém počátku i za cenu, že své blízké nebudou vídat (Policie ČR, 2013, on-line).

Velmi často dochází k loupežným přepadením osamělých seniorů, při nichž stoupá míra agrese. Často se může jednat i o rodinné příslušníky, kteří se snaží tímto způsobem obstarat prostředky například na alkohol, drogy a podobné závislosti (Kramářová, 2000).

Násilí páchané na seniorech mimo rodinu

Násilí páchané na seniorech někdy probíhá i mimo rodinu jako forma nedostatečné přiměřené aktivity, vyskytující se tam, kde je očekávána s důvěrou, což způsobuje bezpráví, poškození, zranění, bolest či strach starších lidí. Jedná se o domovy důchodců, seniorské domy nebo penziony či lůžková zařízení se zdravotní péčí. Personál, který necitlivým přístupem zanedbává úmyslně či z nedbalosti péči o seniory, se tak dostává do roviny pachatele (Policie ČR, 2013, on-line).

2.3.2.6 Sebevražedné jednání

Boleslav (2003) upozorňuje, že v seniorské populaci se nedějí sebevraždy příliš často. U starších lidí dochází daleko častěji ke společné sebevraždě manželů či partnerů. Sebevraždy u seniorů bývají spojeny s depresí a faktory, které mohou depresi způsobovat. Příkladem zhoršení fyzického stavu, chronická nemoc, dlouhodobá bolest, ztráta blízkých či potomků, osamělost, sociální izolace a alkoholismus.

Nejrizikovější skupinou, z pohledu sebevražednosti a motivace k sebevraždě, jsou osamělí muži, vdovci a rozvedení senioři věkové kategorie starší 65 let. U těchto mužů se vyskytují opakované deprese, sebevražedné pokusy, sklony k požívání alkoholu nebo jiných látek a mnohdy trpí nějakou závažnou tělesnou chorobou nebo vrozenou vadou. Hlavní motivací, vedoucí seniora k sebevraždě je osamělý způsob života, odchod ze zaměstnání, ztráta smyslu života, nečinnost a v neposlední řadě onemocnění a smrt partnerky (Ministerstvo vnitra České Republiky³, 2007, on-line). Sebevražedné myšlenky je nutné brát vždy vážně. Mohou totiž signalizovat volání o pomoc ve chvíli, kdy se s touto situací senior neumí sám vyrovnat (Kramářová, 2000).

Boleslav (2003) předkládá tato varovná znamení, vedoucí k sebevraždě:

- ztráta zájmu o zájmové činnosti,
- omezení veškerých kontaktů,
- vynechávání medikace a porušování dietního režimu,
- stížnosti na bolest,
- zpomalení řeči a pohybu,
- ztráta chuti,
- podrážděnost, smutek, změny nálad,
- očekávání ztráty blízké osoby,
- beznaděj či bezmoc,
- provádí nečekané změny v poslední vůli,
- hromadění léků nebo jiných prostředků, kterými by si dotyčný mohl ublížit.

³ Ministerstvo vnitra České Republiky – dále již MVČR.

2.4 Prevence úrazů

Krejčí (2011) upozorňuje, že prevence může být účinná tehdy, vychází-li z analýzy stavu a příčin daných jevů. Pojem prevence je odvozen z latinského slova „*praevenise*“, což znamená původně „*předejít, předstihnout*“.

Topinková (2005) zmiňuje, že preventivní strategie ve stáří zahrnuje jak primární, tak sekundární a terciární prevenci. U osob nad 65 – 70 let se doporučuje zaměřit se především na snížení rizika vzniku onemocnění, úrazů, poranění a udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti. Blíže se práce bude zabývat prevencí v podkapitole 2.4.1 a následující.

Bencko (2013) uvádí, že „*Jednou ze strategických výzev medicíny 21. století je předcházení nemocem, tedy jejich primární prevence jako zásadní příspěvek ke zlepšení života nás i dalších nastupujících generací. Při nezbytné restrukturalizaci zdravotnictví nesmíme dopustit, aby preventivní snahy v oblasti medicíny byly obětovány honbě po maximalizaci zisku.*“

V dokumentu „*Zdraví 21*“ WHO je cílem snížit úmrtnost a nemocnost, prostředkem k tomu je pokrok v prevenci příčin a rizik nemocí. Prevence nemoci a podpora zdraví je výraznou součástí celého programu. Prevence, která povede k trvalému snižování úrazovosti u seniorů, plně koresponduje s dokumentem *Zdraví 21*. (Ministerstvo zdravotnictví České Republiky⁴, 2008, on-line):

„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.

Dílčí úkol č. 5.1.

Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65 letých osob alespoň o 20 %.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.1.1: Snížit prevalenci funkčně závažných projevů chorob kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních – důsledná kontrola projevů a rizikových faktorů aterogeneze ve středním věku (zvláště u mužů), především účelná kontrola:

- *arteriální hypertenze,*

⁴ Ministerstvo zdravotnictví České Republiky – dále již MZČR.

- *poruch lipidového metabolismu,*
- *prevence a kompenzace diabetes mellitus (především II. typu),*
- *metabolicky významné obezity,*
- *nikotinizmu,*
- *prokrvení rozhodujících orgánů (mozek, srdce, event. ledviny a dolní končetiny)*

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.1.2: Snížit prevalenci funkčně významných úrazů a jejich důsledků, především zlomenin se zaměřením na:

- *snížení prevalence osteoporózy u žen,*
- *zdravotně výchovné programy,*
- *zvyšování bezpečnosti prostředí (domácnosti, veřejná prostranství, doprava),*
- *zlepšení dostupnosti a účelnosti využití kompenzačních pomůcek,*
- *rekondiční a fyzioterapeutické programy pro osoby s poruchami stability a chůze, zdravý životní styl.*

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.1.3: Zlepšit účinnost a účelnost zdravotnických služeb pro seniory (geriatrická modifikace stávajících služeb) s funkční optimalizací výstupů zdravotnických výkonů, především rozpracování metodiky:

- *intervenčních geriatrických přístupů (rychlá diagnostika a залéčení atypicky probíhajících dekompenzujících onemocnění),*
- *prevence komplikací ústavní péče (geriatrického hospitalismu),*
- *komplexního geriatrického hodnocení (comprehensive geriatric assessment) a zkvalitnění propouštěcího procesu hospitalizovaných křehkých geriatrických pacientů,*
- *rozvoje ústavní i komunitní rehabilitace (ergoterapie i fyzioterapie), včetně účinnějšího snižování náročnosti domácího prostředí s odstraňováním*

handicapujících situací, prevence vlivu nežádoucích účinků léčiv v důsledku lékových interakcí.

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.1.4: Podporovat programy občanských sdružení v oblasti tělovýchovy, zaměřené na podporu pohybových aktivit stárnoucí populace.

Odpovědnost: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Termíny: průběžně

5.1.5: Dopracovat metodiku sběru a hodnocení podkladových údajů pro výpočet HALE (střední délka života bez zdravotního postižení):

- úprava zdravotnického výkaznictví (sledování parametrů nejen podle místa výkonu, ale také podle místa bydliště ke sledování regionální equity),*
- zapojení do projektu Evropské unie The study of Ageing, health and retirement in Europe (AGIR) a využití jeho výstupů v České republice.*

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- střední délka života prožitého ve zdraví (HALE),*
- počty hospitalizovaných na vybrané choroby (zlomeniny krčku stehenní kosti, arteriální hypertenze, diabetes mellitus aj.)*

Dílčí úkol č. 5.2.

Nejméně o 50 % zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.2.1: Vypracovat metodiku k získání validní vstupní informace a k průběžnému sledování funkčního stavu, zabezpečení a spokojenosti rizikových seniorů

v domácím prostředí (adaptace některé z mezinárodních metod hodnocení kvality života pro potřeby společnosti v České republice).

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: 2003 - metodika

2005 - sledování

5.2.2: Rozpracovat koncept „rizikového seniora“ (kromě jiného věk nad 80 let) především na komunitní úrovni, zejména:

- metodika identifikace rizikového seniora,
- způsob dispenzarizace zdravotního a funkčního stavu,
- koordinace poskytovaných služeb, včetně propojení péče zdravotní a sociální,
- problematika domácího násilí, zanedbávání a týrání seniorů,
- metodika zabránění lékových interakcí v důsledku polyfarmacie.

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: 2003 - návrh

2005 - zavedení do praxe

5.2.3: Rozpracovat metodiku komplexního geriatrického hodnocení a zavést ho do praxe.

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: 2003 - metodika

2005 - zavedení do praxe

5.2.4: Vytvořit předpoklady pro rozvoj služeb zlepšujících funkční potenciál rizikových seniorů v pokročilém stáří, zejména:

- aktivity prevence (primární i sekundární),
- ergoterapie,
- fyzioterapie,
- rekondiční programy,
- hodnocení a zlepšování výživy,
- komunitní a poradenské programy.

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: průběžný - 2005, 2010

konečný - 2020

5.2.5: Vytvořit předpoklady pro kompenzaci handicapů prostředí, pro zvyšování jeho bezpečnosti a pro optimalizaci domácí ošetrovatelské péče, zejména:

- *bezbariérové úpravy,*
- *komunikační, signalizační a telemonitorovací systémy, účelné poskytování kompenzačních a zdravotních pomůcek,*
- *optimalizace domácích sociálních služeb,*
- *kvalitní výchova pracovníků pro domácí péči, schopných zajistit životní standard seniorů, odkázaných na cizí pomoc i v domácích podmínkách.*

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo pro místní rozvoj

Termíny: průběžné - 2005, 2007

konečný - 2010

5.2.6: Vytvořit podmínky pro rozvoj důstojného, autonomního chráněného bydlení pro seniory (standardizace zabezpečení klientů s ohledem na jejich funkční a zdravotní stav), zejména koordinace zdravotních a sociálních služeb.

Odpovědnost: Ministerstvo pro místní rozvoj

Termíny: průběžné - 2005, 2007

konečný - 2010

5.2.7: Vytvořit podmínky pro respitní spolupráci s rodinou, pro intenzifikované programy aktivizační či rehabilitační (ošetrovatelsko rehabilitační centra) a pro rozvoj domácích zdravotně sociálních služeb.

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.2.8: Vytvořit podmínky pro rozvoj svépomocného a dobrovolnického hnutí a pro jejich účelné využití v geriatrických a zdravotně sociálních službách.

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.2.9: Vypracovat metodiku pro hodnocení komunitních služeb a následné zdravotní péče.

Odpovědnost: Ministerstvo zdravotnictví

Termíny: metodika - 2003

průběžný - 2005, 2010

konečný - 2020

2.4.1 Primární prevence úrazů

WHO poukazuje na včasnou primární prevenci. Smysluplná, tedy včasná primární prevence se orientuje na to, co člověk ke svému dobrému zdravotnímu stavu potřebuje (Krejčí, 2011).

Primární prevence je zaměřená na to, aby k události vůbec nedošlo, anebo aby tato událost nevedla ke vzniku úrazu (GRIVNA, 2003). Prevenci primární u všech dospělých osob, tudíž i seniorů, provádí praktický lékař pro dospělé. Jedná se o preventivní prohlídku jedenkrát za dva roky (Topinková, 2005).

Obsahem preventivní prohlídky, hrazené ze zdravotního pojištění, je kontrola očkování, doplnění anamnézy včetně anamnézy sociální, se zaměřením na její změny, rizikové faktory, kompletní fyzikální vyšetření včetně změřením krevního tlaku, zjištění tělesné hmotnosti a orientačního vyšetření zraku a sluchu, vyšetření moči diagnostickým papírkem, laboratorní vyšetření koncentrace cholesterolu, triacylglycerolů, laboratorní vyšetření glykémie, vyšetření EKG, stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku a u žen od 45 let věku mamografické vyšetření (MZČR, 2013, on-line). Geriatrickým pacientům a diagnostice se práce blíže věnuje v podkapitole 2.1.2.

Jako možnosti obecných preventivních opatření Topinková (2005) jmenuje:

- fyzickou aktivitu a cvičení – jako minimum 3-5x týdně 30 minut chůze, udržování rozsahu pohybu v kloubech (denní procvičování, strečink, cvičení zaměřená na stabilitu a rovnováhu),
- nekuřáctví,

- vhodné stravovací návyky – bílkoviny 0,6 – 1,0 g/kg/den, omezení tuku, vláknina, ovoce a zelenina, kalcium 1000-1500 mg/den u žen, vitamín D,
- přiměřená hmotnost – měření BMI 1x ročně,
- prevence úrazů – dopravní úrazy, snížení rizik v domácnosti, prevence pádů,
- imunizace – tetanus 1x za 10 let, pneumokok 1x v 65 letech, influenza 1x ročně,
- onkologický screening,
- zrak,
- sluch,
- krevní tlak,
- screening diabetu,
- kognitivní screening,
- kostní denzita,
- orální zdraví,
- lipidogram.

Důležité je odstraňovat základní příčiny úrazů. V institucionální péči je důležitá komunikace mezi pracovníky. Špatná komunikace mezi spolupracovníky v podobě nedostatečného předání další směně a nezapsání změny zdravotního stavu do dokumentace, vede ke zvyšování úrazovosti. Vstupní hodnocení seniora při příjmu do domova pro seniory musí správně identifikovat úroveň kognitivních funkcí, svalovou sílu, bolest, urgentní nebo častou potřebu dojít si na toaletu, schopnost zvládat běžné denní úkoly. Může docházet k mylným závěrům ohledně statutu pacienta a tím se mohou zvýšit i rizika jeho pádu. K pádům může dojít, pokud nefungují alarmy, signalizující opuštění lůžka, židle či hlasová výstražná zařízení. Pád může zapříčinit i špatný stav pomůcek, například invalidního vozíku, chodítka, hole. Také je potřeba dbát, aby nebyly rozlité tekutiny na podlaze, nebo aby nebyla kluzká podlaha. Nebezpečné jsou i předměty na chodbách (JCR, 2007).

Zajímavý výzkum přístupu samotných seniorů k pádům a jejich prevenci provedli Elizabeth McInnes, Kate Seers a Liz Tutton (2011). Identifikovaly díky tomu 6 konceptů

a zjišťovaly, jak se právě sami senioři zhodnotili v jejich schopnosti pádu zamezit.

Jednou z možností, jak zkoumat pády seniorů a dospět k různým formám prevence pádů, je provést výzkum u těch, kteří těmto pádům čelí, pády u samotných seniorů. Tato

otázka však není předmětem této práce, proto lze pouze odkázat na výzkumy, které se touto otázkou zabývají.

2.4.2 Sekundární prevence úrazů

Sekundární prevence pádů je zvláště vhodná především u populace vyššího věku, jelikož senioři často nevyhledají lékaře ani v případě léčitelných potíží. U seniorů s poruchami hybnosti a s pády v anamnéze je třeba se zaměřit na zevní i vnitřní faktory. Musí se léčit všechny patologické stavy a choroby, které mohou mít kauzální souvislost s pádem (Klán, Topinková, 2003).

Součástí sekundární prevence je podle Grivny (2003) kvalitní záchranný systém. Přispívá ke zkrácení léčby, a tím i snížení nákladů, snížení dopadu úrazu a urychlení návratu k plnému zdraví. Taktéž se tím předchází trvalým následkům a invaliditě. Do sekundární prevence zahrnujeme i podporu fyzické kondice u seniorů.

Podpora fyzické kondice u seniorů

Stárnutí se vyznačuje postihem celého pohybového aparátu. Zprvu dochází k omezení kloubní hybnosti, následuje pokles obratnosti a rychlosti a nakonec i vytrvalosti a v neposlední řadě síly. Jednou z příčin je úbytek svalové hmoty a snížení rychlosti svalové kontrakce (Štilec, 2004). Pohybové aktivity, zvláště lokomoční nebo se zátěží, mohou navíc příznivě ovlivnit i vznik osteoporózy (Kalvach, 2004). Prevence spočívá v udržování přiměřené fyzické kondice a klade důraz na výkonnost, zdatnost a odolnost k zátěži. Nejlepší prevencí a léčbou sarkopenie je silové cvičení, aby nedocházelo ke svalovým atrofiím a k závažnému úbytku síly. U seniorů se mění pohybová schémata a kloubní vory. Dochází k přetěžování některých kloubních struktur, což vede k rozvoji artrózy. Ochabnutí břišních svalů mění vyklenutí a statiku páteře a spolu s ochablostí zádových svalů, přispívá výrazně k jedněm z nejčastějších zdravotních problémů stáří, a to jsou bolesti a bloky páteře (Berková, 2013; Státní zdravotní ústav⁵, 2008, on-line).

Pohybově-relaxační programy seniorů snižují nežádoucí pasivní prostor, který je zdrojem depresivních myšlenek a nálad, ovlivňujících jednání člověka. Nabídka aktivit, k celostnímu zatěžování organismu, pozitivně ovlivňuje psychiku, posiluje sebedůvěru ve své schopnosti a dovednosti. Vhodnými formami pohybu seniorů jsou zvláště

⁵Státní zdravotní ústav – dále již SZU

pomalé, vědomě klidné a soustředěně prováděné pohyby. Esteticky působící pohyb, který vyvolává pozitivní vnitřní odezvu, a má tedy i psychicky kladný vliv. Vhodná a doporučovaná dynamická fyzická aktivita pro seniory je chůze, procházky, nordic walking, plavání, rehabilitační cvičení, masáže a automasáže, jóga, tanec. Velmi účinné a oblíbené jsou cviky s prsty na ruku nebo na nohu, cvičení mimických svalů, očí a jazyka. Pohybová cvičení pomáhají zvláště u starších lidí, kteří se chtějí zbavit strachu a naopak je utvrzují v pocitu povinnosti, starat se o své zdraví. Mezi doporučovanou silovou aktivitu můžeme zařadit posilování s činkami nebo na speciálních trenažérech (Berková, 2013; Štílec, 2004).

K nejzákladnějším pravidlům patří pohybová aktivita alespoň 3 x týdně po dobu 15 – 20 minut a to intenzitou, která navodí doporučenou tepovou frekvenci – asi 120 tepů za minutu. Součástí cvičení by měly být cviky na udržení stability a rovnováhy, avšak důležité je necvičit přes bolest (Berková, 2013; SZU, 2008, on-line).

2.4.3 Terciární prevence úrazů

Terciární prevence se zabývá zařazováním trvale poškozených osob do běžného života a má preventivní roli (Grivna, 2003). Do terciární prevence úrazů můžeme dále zařadit rehabilitační a kompenzační pomůcky a jejich používání. V příloze č. 1 jsou umístěny fotografie některých z pomůcek.

- Pomůcky k chůzi – hole (dřevěné, duralové, skládací), berle (předloketní, podpažní), chodítka (chodítka trojkolky, čtyřkolky).
- Pomůcky pro vybavení koupelny – sedačky na nebo do vany, sedačky do sprchových koutů a nejrůznější typy madel.
- Klozetová křesla – pevná, pojízdná a nastavitelná.
- Pomůcky pro vybavení WC – nástavce, podpěry a madla.
- Pomůcky domácí péče – antidekubitní program (proti proleženinám), podavače zdviže a stolky k lůžkům.
- Mechanické vozíky pro děti i dospělé.
- Elektrické vozíky.
- Skútry.
- Elastické a neoprenové bandáže (Ortoservis, 2013, on-line).

Rehabilitační, ortopedickou nebo kompenzační pomůcku lze buď koupit, nebo si ji nechat předepsat od lékaře (internista, neurolog, ortoped, rehabilitační lékař) na „*Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku*“. V případě potřeby je pro souhlas revizního lékaře nutná „*Žádanka o zvýšení náhrady*“, kterou taktéž vyplní lékař. Na jeden poukaz lze napsat vždy pouze jednu položku – pomůcku. Tyto pomůcky jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou buď plně, nebo částečně, přičemž rozdíl v ceně doplácí pacient. Pomůcky zdravotních pojišťoven se hradí za účelem pokračování léčebného procesu, pro podporu zlepšení zdravotního stavu, vyloučení zhoršení tohoto stavu a jako prevence úrazů, dále jako kompenzace handicapu (Benešová, 2003). Také existují pomůcky, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, ale klient má možnost si je nechat kompenzovat přes úřad práce – sociální odbor. Pamatuje na to Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně související zákonů č. 329/2011. – příspěvek na zvláštní pomůcku.

2.4.4 Bezpečný domov pro seniory a vliv prostředí

Benešová (2003) uvádí, že mezi nejčastější místo úrazu patří domov. Jednak tam senioři tráví většinu času, a také z důvodu, že své navyklé způsoby neradi mění. Některá domácí rizika jsou dána technickým stavem domova, nebo vznikají jako důsledek nesprávného chování. **Rizikové činnosti** jsou vaření, manipulace s horkými tekutinami, pohyb v koupelně po mokré podlaze. Dalšími rizikovými činnostmi jsou opravy přístrojů a montážní práce, práce ve výšce s použitím žebříku, židle, topení, kouření v posteli.

Haškovcová (2012) uvádí, že v nemocnicích i v dalších institucích je bezpečnost nezbytným předpokladem kvalitní léčby, péče či pobytu. Na bezpečnost je soustředěna značná pozornost. V pobytových zařízeních je zdůrazňována tzv. kultura bezpečí. Riziko úrazu či nehody by mělo být pro každého seniora zhruba takové, jako je v jeho domácím prostředí. To se týká i běžných činností, které se ale snadno mohou stát rizikovými. Například pohyb po pokoji i v celé instituci, používání varných konvic, vlasových féňů či holících přístrojů. V domovech pro seniory bývá zaveden poplašný systém, který kontroluje vstupy (dveře, okna), ale i případné poruchy na elektrickém a plynovém vedení. Zřizovatelé dbají na funkční systém kontroly, jsou schopní včas odhalit také omyly, kterých se mohou při poskytování služeb dopustit i chybní pracovníci. **Rizikové skupiny** seniorů jsou osamělí lidé nebo členové domácnosti

s mnoha členy, epileptici, psychiatricky léčení lidé, lidé s organickým poškozením mozku, alkoholici, osoby léčené farmaky, které ovlivňují pozornost nebo s nevyváženým příjmem léků a drogově závislí. **Riziková místa** v domácnosti jsou schody, dílna, garáž, koupelna, kuchyně a místa, kde se zachází s hořlavinami a topením.

Koupelna – pády při uklouznutí na mokřém povrchu, ve vaně, sprše nebo na dlažbě. Pomáhají protiskluzné podložky a koupelnové koberce. Při používání vany nebo sprchy jsou vhodná držadla a madla. Tato jsou vhodná i při použití toalety. Zvláštní pozornost je třeba věnovat umístění madla tak, aby senior při přechodu ze stoje do sedu, a naopak nemusel použít takzvané přehmátnutí. Sprchový kout je vhodné volit s dostatečným prostorem pro umístění stoličky. Podlaha ve sprše by neměla být kluzká. Přiměřenou teplotu vody zajišťuje termostatická baterie, aby nedocházelo k opaření. Elektrospotřebiče a plynové karmy je nutné pravidelně kontrolovat, nebo nechat projít pravidelnou revizí (Benešová, 2003; JCR, 2007).

Kuchyně – je oblíbeným místem pro pobyt. Má být i bezpečným pracovním prostorem, účelně a prakticky zařízená. Pracovní plocha musí poskytovat dostatek prostoru pro všechny činnosti a je třeba hlavně dobré osvětlení. Závěsné skříňky na uložení nádobí, pomůcek a potravin, by měly být umístěny tak, aby byly dosažitelné bez použití stupňů. Zapříčinit úraz mohou tupé nože, poškozené elektrospotřebiče a volně položené elektrické kabely, nepořádek a nepřehlednost a v neposlední řadě také kluzká podlaha. Aby nemohlo dojít k záměně za potravinu, je nezbytné, aby chemické čisticí prostředky měly vždy originální obal nebo byly čitelně označeny. Pro domácnost seniora je nejvhodnější elektrický sporák, a pokud je používán plynový, má mít pojistku. V blízkosti sporáku nelze také nechávat chňapky a utěrky a z důvodu hrozícího opaření není možné je používat mokré, k uchopení horkých nádob. Pro práci u kuchyňské linky dobře slouží i vyšší židle (Benešová, 2003).

Ložnice – v okolí lůžka má být dostatek prostoru bez překážek pro volný průchod, zvláště při nočním vstávání a cestě na toaletu. Orientaci zvýší takzvané noční světlo, nebo baterka na dosah. Stabilitu zvýší pomalejší přechod z lehu do sedu a následně do stoje. K usnadnění vstávání pomáhá i vyvýšená postel. Koberce a předložky před lůžkem mají být podloženy gumovým protiskluzným materiálem a musí být

zajištěny proti posunu. Telefon u lůžka dává seniorovi pocit bezpečí a toto umístění je i praktické pro rychlé přivolání pomoci (Benešová, 2003).

Obývací pokoj – nábytek v pokoji má být stabilní. Má usnadňovat vstávání a sedání, židle a křesla mají být opatřeny opěrkami pro ruce a je taktéž vhodná větší výška sedáku. Běžné trasy v pokoji by měly zůstat volné, bez překážek. Nábytek má být umístěn tak, aby mohl sloužit jako opěra. Koberce nemají mít ohrnuté okraje a mají být zabezpečeny proti pohybu. Úroveň osvětlení by měla být dostatečná, aby usnadnila orientaci (Benešová, 2003).

Chodby a schody – základem pro bezpečný pohyb na schodech a chodbách je kvalitní osvětlení. To platí zvláště pro osoby se zhoršeným zrakem, protože mohou snadno schod nebo okraj schodu přehlédnout. Řešením je výrazný pruh světlého nátěru nebo nalepované barevné pásy. První a poslední schod by měl být takto výrazně odlišen od okolní podlahy. Nebezpečné pro chůzi po schodech je především položení nefixovaných rohožek nebo koberců a vhodná je protiskluzná úprava schodů. Schodiště má být opatřeno po celé délce zábradlím, nejlépe po obou stranách a ve výši 85 cm od schodů. Zábradlí nemá sloužit pro odkládání předmětů, které omezují možnost zachycení. Pro snadnější pohyb je možno odstranit prahy mezi místnostmi (Benešová, 2003; JCR, 2007).

Dílna a zahrada – základem prevence úrazů v dílně je přehledné uložení náradí, pravidelná údržba tohoto náradí a používání jen bezpečných strojů, ze kterých nejsou odmontovány ochranné prvky. Také chemické prostředky proti škůdcům a pro ochranu rostlin musí být správně označeny a uloženy tak, aby nemohlo dojít k záměně nebo náhodnému rozlití. Pracovní ochranné brýle zabrání úrazům očí. Pro dosažení výše uložených věcí, slouží přenosné schůdky se zábradlíčkem (Benešová, 2003).

Bytové zařízení – všechny úložné prostory by měly být dosažitelné bez použití schůdků. Bezpečnost při pohybu v domácím prostředí zvyšují vyhovující brýle na čtení (Benešová, 2003).

Dr. Haddon rozpracoval metodiku prevence úrazů a 10 efektivních strategií.

Tabulka č. 4 Deset efektivních strategií pro prevenci úrazů

| |
|--|
| 1. Zábрана vzniku nebezpečí – zákaz prodeje nebezpečných výrobků |
| 2. Snížení množství rizika – snížení rychlosti |
| 3. Prevence nevhodného uvolnění rizikového činitele (pojistky u zbraní) |
| 4. Změna distribuce rizika v prostoru – bezpečnostní pásy |
| 5. Oddělení uvolnění rizika v čase a prostoru – cyklistické stezky, uskladnění léků |
| 6. Oddělení nebezpečí a člověka bariérou – zábradlí u teras a schodů |
| 7. Změna základní podstaty rizika – odstranění prahů |
| 8. Zvýšení obrany proti riziku – léčba epilepsie k zabránění záchvatům a následnému vzniku úrazu |
| 9. Pokud došlo k úrazu, ihned čelit následkům – první pomoc |
| 10. Stabilizace, definitivní péče, rehabilitace |

Zdroj: Benešová, 2003

2.4.5 Preventivní opatření předcházející vzniku pádu

Preventivním opatřením předcházejícím vzniku pádu, je co nejvíce snížit riziko pádu, ale současně příliš neomezit mobilitu a soběstačnost. Proto je důležité u seniorů zhodnotit riziko pádů jedenkrát ročně při preventivním ošetření. Při preventivním ošetření se u seniorů posuzuje závrať a nestabilita. Závrať je pocit pohybu vlastního těla nebo okolí. Vzniká při neadekvátních signálech z periferních receptorů (vestibulární aparát, zrak, sluch, propiocepce) (Topinková, 2005).

JCR (2007) uvádí, že počet pádů i zranění může být snížen pomocí efektivního programu. Měl by to být postup, vedoucí ke snížení četnosti a následků pádů. Postup by měl identifikovat a analyzovat všechny případy pádů uživatelů domova pro seniory, stanovit postupy ke snižování četnosti pádů a monitorovat efektivitu programu, včetně dodržení postupů personálem. V institucionální péči může systematický a organizovaný přístup ke snižování pádu pomoci ke koncentraci zdrojů na ty klienty, kteří jsou vystaveni největšímu riziku pádu.

2.4.6 Preventivní opatření předcházející dopravním nehodám

Mezi preventivní opatření, předcházející dopravním nehodám seniorů – chodců, patří:

- úpravy světelné signalizace odpovídající potřebám seniorů, například montáž zvukového zařízení pro chodce,
- snížení výšky obrubníků chodníků,
- snížení rychlostních limitů a zvýraznění rizikových zón (okolí poliklinik, nákupních center, hřbitovů atd.),
- zlepšení světelných podmínek u přechodů pro chodce, například zlepšení veřejného osvětlení,
- dále zlepšení dostupnosti a kvality hromadné dopravy zařazením nízkopodlažních tramvají a autobusů, s ohledem na sníženou mobilitu seniorů (HOŘÍN, 2003),
- dbaní na zvýšenou viditelnost – nosit při snížené viditelnosti oblečení jasné barvy, opatřit svoje oblečení reflexními prvky a doplňky, které ve světlech projíždějících vozidel výrazně září,
- vozovku přecházet na přehledném místě,
- při přecházení přes vozovku využívat pokud možno přechody pro chodce se světelnou signalizací a vyznačené přechody,
- přecházet pouze na zelenou,
- pokud v blízkosti přechod není, přecházet pouze tam, kde je dobrá viditelnost,
- nikdy nepřecházet v zatáčce, mezi stojícími automobily,
- pozor na přednost v jízdě tramvaje a vozidel s právem předností jízdy (hasiči, PČR, záchranka atd.), žádný řidič nedokáže zastavit své vozidlo, pokud mu někdo náhle vstoupí do vozovky (Policie ČR, 2013, on-line).

Mezi preventivní opatření, předcházející dopravním nehodám seniorů – cyklistů, patří:

- vytvořit fyzicky oddělené cyklistické stezky, používat stabilizační kolečka a nosiče zavazadel a bezpečnostní cyklistickou přilbu,
- za snížené viditelnosti nezapomenout včas rozsvítit světlo,
- oblékat si barevné a světlo odrážející oblečení,

- pro jízdu na kole se rozhodovat vždy s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav. Senior by měl přihlídnout také k hustotě provozu a momentálním podmínkám na silnici,
- před každou jízdou na kole (i během jízdy) dbát zákazu požívání alkoholických nápojů jako při řízení motorových vozidel,
- pravidelně ošetřovat své jízdní kolo a dbát zejména na to, aby bylo řádně vybaveno a mělo v pořádku všechny součásti, které umožňují bezpečnou jízdu,
- v každém případě mít reflexní doplňky, které zvyšují bezpečnost cyklistů na silnicích (Policie ČR, 2013, on-line).

Mezi preventivní opatření, předcházející dopravním nehodám seniorů – řidičů, patří:

- vyhybat se jízdě ve tmě či jinak snížené viditelnosti v dopravní špičce a v koloně a za jinak ztížených podmínek,
- dodržovat pravidelné přestávky při delších jízdách,
- absolvovat kondiční kursy pro řidiče seniory s ohledem na seznámení se s novými předpisy, s dopravními značkami k překonání strachu z nových podmínek provozu,
- zlepšit jak svislé, tak i vodorovné dopravní značení, odstranit nadbytečné dopravní značky a zařízení, zlepšit informačního systému na pozemních komunikacích a zrušit reklamní poutače a jiná zařízení, která odvádějí pozornost řidiče,
- upozorňovat seniory – řidiče, aby nedocházelo k přeceňování jejich schopností ve vztahu k rychlostem na jednotlivých typech komunikací,
- použít k jízdě jen takové vozidlo, které splňuje technické podmínky stanovené zvláštním právním předpisem a vždy dodržovat pravidla silničního provozu,
- kontrolovat průběžně technický stav svého vozidla,
- být vždy připoután bezpečnostním pásem,
- přizpůsobit rychlost jízdy všem okolnostem silničního provozu,
- dát přednost chodcům na vyznačeném přechodu pro chodce,
- nesesat za volant, pokud se necítím dobře a řízení raději odložit na pozdější dobu,

- nezapomínat na pravidelné zdravotní prohlídky, které zákon přikazuje řidičům od věku 60 let, a které potvrdí jeho způsobilost k řízení (Policie ČR, 2013, online).

2.4.7 Preventivní opatření předcházející popáleninám

Mezi preventivní opatření, předcházející popáleninám, můžeme zařadit:

- montáž termostatických baterií,
- stálá kontrola domova seniora, zaměřená na odstraňování hořlavin z dosahu topidel a otevřeného ohně,
- při vaření používat výhradně zadní ploténky/hořáky,
- používat dostatečně osvětlenou pracovní plochu vedle sporáku (Brož, 2003).

2.4.8 Preventivní opatření předcházející otravám a intoxikaci léky

Ošetřující lékař by měl před zvolením určitého léku pro daného pacienta vědět, jaká jsou možná rizika pro daný věk a stav pacienta. Měl by znát celkový aktuální zdravotní stav, včetně laboratorních nálezů. Měl by respektovat kontraindikaci u ordinovaného léku (Rakovcová, 2003).

Pro prevenci je důležité:

- aby se u lidí, trpících poruchami paměti, o každou dávku léků postaral pečující jedinec. Léky by měly být uschovány před nemocným člověkem,
- aby lékař předepisoval léky po důkladné úvaze, aby nemohl senior střídat preparáty a tvořil si zásoby, neměl by podléhat přáním pacienta vypisováním receptů dopředu,
- aby pokyny lékaře k užívání léků byly jasné, stručné a výstižné. Mohou být písemné, s opticky názorným vyznačením jednotlivých dávek,
- aby při péči o zmateného seniora byly všechny léky pod zámkem a nemohlo dojít k náhodnému požití. Dávky léků by měl senior dostávat pouze pod dohledem. Je nutné zajistit, aby na nočním stolku nebylo nic, co by vedlo k mylnému požití (například kapky do nosu, do očí, spreje, dezinfekční a čisticí roztoky),
- nepřelévat čisticí prostředky do neoriginálních obalů,

- je nutné netvořit zásoby chemických prostředků v bytě, kde je členem domácnosti starší senior a je třeba zajistit zamezení snadného přístupu k těmto chemikáliím,
- nikdy nesbírat žádné houby, které nemůžeme správně identifikovat a při podezření, dopravit vždy postiženého do nemocnice (Rakovcová, 2003; Kolektiv autorů centra úrazové prevence, 2004).

2.4.9 Preventivní opatření předcházející sebevraždám

Lékaři by měli věnovat velkou pozornost diagnostice depresivního onemocnění seniora a jejímu adekvátnímu léčení a při pozorování seniora nepodceňovat sklony k sebevraždě a oznámit to ošetřujícímu lékaři. Sociální pracovníce by se měly snažit seniorovi pomoci při zajišťování důstojných životních podmínek, sociální jistoty a u osamělých i ke společenskému vyžití. Lékaři by měli předepisovat léky po zralé úvaze a nepodléhat přáním seniora. Část zdravotních problémů by se dala řešit například fyzikální terapií, rehabilitací. V případě, že má senior sebevražedné sklony, je nezbytné podniknout intervenci během jednotlivých fází sebevražedného pokusu. Jako intervenující osoba v takovém případě přichází v úvahu psycholog, psychiatr nebo sociální pracovník. Psychiatr navíc může předepsat vhodné medikamenty pro odstranění problémů. Intervence by mohla spočívat mimo jiné ve vzdělávání veřejnosti, zdravotních sester o příznacích deprese, o možnostech zvládnutí bolesti, o varovných znameních sebevraždy (Boleslav, 2003).

3 CÍLE A ÚKOLY

3.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, zda ve vybraných domovech pro seniory existují opatření ve vztahu k prevenci úrazů a podrobněji se na daná opatření zaměřit. Na základě zjištěných skutečností z pozorování, z dotazování a ze sekundární analýzy dat by mělo vyplynout, jaká opatření již existují, jaká opatření zatím nejsou praktikována a dále, co by se dalo vylepšit pro prevenci úrazů. K naplnění cíle by mělo posloužit dotazování zdravotnického personálu, pozorování jednak rizikového prostředí, jednak dvou náhodně vybraných klientů v každém domově. Na základě stanoveného cíle jsou vybraným pracovníkům v domovech položeny následující otázky:

Hlavní otázka: Jaká opatření existují ve Vašem domově pro seniory ve vztahu k prevenci úrazů? (*Otevřená otázka se širokou odpovědí se strukturou vymezenou*)

Podotázky:

- Co děláte pro pravidelnou kontrolu pomůcek proti pádu? (*Otevřená otázka se širokou odpovědí se strukturou danou konvencí*)
- Pokud existuje ve Vašem domově pro seniory rizikový plán, jakým způsobem jsou senioři o plánu prevencí informováni? (*Otevřená otázka se širokou odpovědí*)
- Kolik úrazů jste řešili v posledních třech letech a jakého typu?
- Jak a v jakém časovém intervalu provádíte pravidelné hodnocení klientů o fyzickém a psychickém stavu? Hodnocení se provádí v nějakém počítačovém programu? (*Otevřené otázky se širokou odpovědí se strukturou danou konvencí*)
- Jak podporujete fyzickou kondici u seniorů, aby se předcházelo pádům? Uveďte alespoň tři typy. Dále je stručně popište. (*Otevřená otázka se širokou odpovědí se strukturou vymezenou*)

3.2 Úkoly práce

Z výše uvedeného cíle vyplývají následující úkoly.

1. Vyhledání literárních pramenů. Obsahová analýza české a zahraniční odborné knižní literatury a ověřených internetových zdrojů vztahující se k tématu.
2. Na základě obsahové analýzy stanovení klíčových slov, cíle práce a úkolů, cílové skupiny, metodiky.
3. Navázání spolupráce se třemi domovy pro seniory.
4. Realizace polořízeného rozhovoru s vybraným personálem v domovech pro seniory, realizace pozorování rizikového prostředí ve vybraných domovech pro seniory.
5. Celý průběh shromažďovaných dat konzultovat s vedoucí práce.
6. Zpracování a vyhodnocení získaných výsledků.
7. Provedení diskuse.
8. Definování závěrů z provedeného základního výzkumu.
9. Uvedení společenského přínosu výzkumu.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Metodika výzkumu

Pro dané téma práce jsem zvolila kvalitativní výzkum fenomenologicky zaměřený. Zajímalo mě, jak v domovech pro seniory dbají na preventivní opatření, co pro ně znamenají. Kvalitativní výzkum by nám měl pomoci rozumět pozorované realitě. Jedná se o induktivní metodu, která začíná zúčastněným pozorováním a dále pokračuje sběrem dat. Výzkumné otázky v kvalitativním výzkumu mají být dostatečně široké. Detailně zkoumají to, jak je nějaký jev vnímán a prožíván lidmi, kteří se jej účastní (Disman, 2000). Jako technika sběru dat je zvolen polořízený rozhovor s vybraným personálem v domovech pro seniory, který obsahuje hlavní otázku související s opatřeními proti úrazu a dále pět podotázek. Hlavní otázka je otevřená se širokou odpovědí se strukturou vymezenou. Tři podotázky jsou otevřené se širokou odpovědí se strukturou danou konvencí, jedna taktéž otevřená se širokou odpovědí se strukturou vymezenou a jedna podotázka je uzavřená. Před pozorováním prostředí si nejdříve zmapuji místa, která by mohla být riziková. Pro lepší přehled je zpracována tabulka č. 5 v počítačovém programu Excel, do které se vypíše odpovědi.

Hlavní otázka je podána dostatečně široce, otevřeně, aby se pracovníci mohli k dané otázce vyjádřit. K tomu bude sloužit i pět podotázek. Počítač je pro kvalitativní výzkum nesmírně významnou pomůckou. Nejen kvůli statistické analýze dat, ale pro záznam a organizaci dat. Jednou z výzkumných metod, se kterými je dále pracováno, je sekundární analýza a interpretace dat.

4.2 Charakteristika souboru

Pro svůj výzkum jsem si vybrala tři domovy pro seniory. Základním souborem jsou domovy pro seniory. Prvním souborem je Domov pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích. Druhým souborem je Centrum sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích. Třetím souborem je Senior – dům Soběslav v Soběslavi.

Výběrovým souborem jsou odpovědné pracovnice (vrchní sestry) v Domově pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích, v Centru sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích i v Senior – domě Soběslav v Soběslavi.

Cílovým souborem jsou senioři v daných domovech při pozorování.

4.3 Organizace experimentálního šetření

Realizační fáze

Realizace výzkumu je uskutečněna v Domově pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích, dále v Centru sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích a v Senior domě v Soběslavi. Proces dotazování a pozorování probíhal od 1. 11. 2013 – 20. 12. 2013.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

5.1 Popis místa a zhodnocení prostředí

Domov pro seniory Hvízdal, České Budějovice (dále jen DpS) se nachází na okraji Českých Budějovic. Na západní straně budovy je přírodní rezervace Vrbenské rybníky s dobrou přístupovou cestou, a tudíž možností vycházek v pěkné přírodě. Směrem na východ, asi 10 minut chůze, je velké obchodní centrum Globus. Je zde i dostupnost městské hromadné dopravy. Kapacita zařízení je 270 uživatelů. Jsou to dvě vzájemně propojené, šesti patrové budovy, které mají jeden hlavní vchod s recepcí s bezbariérovým přístupem. V budově se nachází vlastní stravovací provoz s jídelnou, technické zázemí s prádelnou a údržbou. Klientům je k dispozici bufet, služby rehabilitace, pedikérka a kadeřnice (domovproseniory-hvizdal.cz, 2010, on-line).

Posláním domova je zajistit kvalitní pobytové služby s celodenním stravováním, odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, s možností výběru ze tří druhů jídel po vzájemné dohodě s lékařem. Dále DpS poskytuje 24 hodinovou péči osobám, které z důvodu věku či zdravotního stavu nemohou již pobývat ve svém domácím prostředí. Dalším z hlavních cílů je jednak poskytování kvalitní ošetrovatelské a zdravotní péče, jednak uspokojování potřeb klientů po stránce aktivního života, jako je například kulturní vyžití, provozování koníčků klientů, ale i fyzické aktivity. DpS dbá na respektování uživatelů jako jednotlivců, zajištění soukromí, důstojnosti, individuality, práv, odpovědnosti a podpoře soběstačnosti. Zaměstnanci DpS pomáhají uživatelům při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně a při činnostech, spojených s ubytováním. Jedná se o úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla, ošacení a žehlení.

Pracovníci sociální péče se zabývají psychosociálními potřebami uživatelů a jejich volnočasovými aktivitami. V hale zařízení jsou pořádány různé společenské a kulturní akce – večerní taneční zábavy několikrát do roka s živou hudbou, vystoupení dětí mateřských škol, základních škol, hudební školy, tanečních kroužků, folklórních souborů, umělců z Jihočeského divadla. Taky spolupracuje s Dětským domovem Boršov nad Vltavou (domovproseniory-hvizdal.cz, 2010, on-line).

Centrum sociálních služeb Staroměstská se nachází v klidové zóně města České Budějovice nedaleko kostela Sv. Prokopa ve Staroměstské ulici. Jedná se o čtyřpodlažní

objekt, který tvoří jižní a severní trakt, spojený komunikačním jádrem a s vlastním stravovacím provozem. Kapacita zařízení je 143 uživatelů. V přízemí a 1. patře je k dispozici centrální koupelna, vybavená hydraulickou vanou a zvedacím zařízením pro imobilní uživatele. Ve 2. a 3. patře je centrální koupelna vybavená sedací vanou, kterou je možné použít i jako sprchový kout. Ošetrovatelská péče je zajišťována v domově pro seniory po celých 24 hodin. O klienty se starají registrované zdravotní sestry a přímou obslužnou péči zajišťují pracovníci v sociálních službách. Tým pracovníků poskytuje komplexní péči k zajištění bio-psycho-sociálních potřeb s důrazem na citlivý přístup a respekt k jedinečnosti každého klienta. Součástí ošetrovatelské péče je i péče rehabilitační, kterou zabezpečují dva kvalifikovaní pracovníci. Tito pracovníci zajišťují léčebně tělesnou výchovu, masáže a vodoléčbu. Místnost pro vodoléčbu je vybavena vanou s perličkovými a podvodními masážemi, v místnosti pro léčebný tělocvik jsou žíněnky, žebřiny a rotoped. Cílem rehabilitační péče je udržet mobilní, ale i imobilní uživatele co nejdéle v co nejlepší možné fyzické kondici. Péči o imobilní uživatele se soustřeďuje na léčebnou tělesnou výchovu proti svalovým kontrakturám a na dechová cvičení pro zlepšenou ventilaci plic. Uživatelé mají možnost polohovacích lůžek, doplněných antidekubitní matrací. V zařízení jsou pořádány různé společenské a kulturní akce – večerní taneční zábavy několikrát do roka s živou hudbou, vystoupení dětí mateřských škol, základních škol, hudební školy (staromestka, 2013, on-line).

Senior – dům Soběslav se nachází v ulici Mrázkova 745/III, Soběslav. Je to čtyřpodlažní objekt s přízemní přístavbou přímo ve městě. Přístavba je propojena s hlavní budovou přízemním krčkem (chodba, ve které je sociální zázemí pro strážníky, včetně bezbariérového WC). Do prvního podlaží je umístěno kompletní technické zázemí. Například se zde nachází recepce, administrativa (ředitel, vrchní sestra, sociální pracovnice, ekonomický úsek), rehabilitace (elektro a vodoléčba, parafín), pedikúra, bufet, prádelna, šatny a sociální zázemí personálu, údržba, plynová kotelna, sklady a také místnost pro zemělélé.

Ve druhém podlaží se nachází sesterna, společenská místnost (s knihovnou, počítačem pro uživatele, kuchyňskou linkou a elektrickým sporákem a s troubou), společnou koupelnu (hydraulická vana, sprchový kout a WC), kaplí (pravidelné bohoslužby jednou týdně), skladem zdravotnického materiálu a pokoje pro seniory. Ve druhém podlaží lze vstoupit na rozsáhlou terasu, kde se pořádají různé

společenské a kulturní akce. Ve třetím a čtvrtém podlaží jsou pokoje pro seniory, taktéž s kuchyňskou linkou s elektrickým sporákem a troubou, společnou koupelnou a kuřárnou, skladem pro uklízení potřeby. Senior – dům Soběslav nabízí celkem 76 lůžek, z toho 18 jednolůžkových a 29 dvoulůžkových pokojů. Některé pokoje mají balkón. Všechny prostory v zařízení jsou bezbariérové. Pouze přechody na balkon mají prážek, který je pro vozíčkáře vyřešen mobilním přejezdem. Dveře na pokojích, chodbách, společenských místnostech a sociálních zázemím mají bezpečnostní zařízení proti zamknutí zevnitř. Na všech pokojích, společenských místnostech, sociálních zázemích a společných sprchách je instalována signalizace pro případ nouze. Na chodbách a schodištích jsou instalována madla. Ta jsou též ve sprchách a na WC. Sprchy jsou společné na každém podlaží. Senioři mají na pokojích pouze umyvadlo a WC.

Do zařízení mohou být přijati senioři, kteří jsou zcela nebo částečně soběstační při pohybu a sebeobsluze, nebo jsou zcela nesoběstační při pohybu a sebeobsluze, zdravotně postižení, senioři trpící demencí, kardiovaskulárními chorobami, inkontinencí jakéhokoliv druhu a stupně, s tonií (močovým nebo střevním vývodem). Dále ti, kteří nepotřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nepřetržitou lékařskou péči, ale pouze občasnou, zajišťovanou externě smluvním lékařem nebo jiným zdravotnickým zařízením a dokáží přijímat potravu (tuhou, kašovitou, mixovanou) přirozenou cestou nebo sondou (seniorsobeslav, 2010, on-line).

5.2 Výsledky pozorování daného prostředí

V každém domově jsem pozorovala dva klienty a dále prostředí, ve kterém se klienti pohybují. Pro přehlednost jsem dala výsledky do tabulky.

Tabulka č. 5 Výsledky z pozorování

| | Domov pro seniory Hvízdal Č. Budějovice | Centrum Staroměstská Č. Budějovice | Senior dům Soběslav |
|--|---|------------------------------------|---------------------|
| Pozorování klientů vybraných zařízení: | | | |
| 1. bezpečná, pevná, dobře nazovatelná obuv | ano | ano | ano |
| 2. používání hole či jiných pomůcek pro nestabilní osoby (chodítka, trojnožky) | chodítka | chodítka | chodítka |
| 3. gumové koncovky k holím a u chodítek | ano | ano | ano |
| Pozorování vybavenosti vybraného zařízení: | | | |
| 4. společné místnosti označené symboly | ano | ne | ano |
| 5. křesla nebo židle k odpočinku na chodbách | ano | ano | ano |
| 6. vyhrazená místnost pro kuřáky | ano | ne | ano |
| 7. kluzká podlaha | ne | ne | ne |
| 8. úklid bez leštění podlah | ano | ano | ano |
| 9. tísňová volání na pokoji | ano | ano | ano |
| 10. bezbariérové úpravy s odstraněním prahů | ano | některé pokoje | ano |
| 11. koberce malé, nebo ty, které nejsou „ode zdi ke zdi“ | nejsou | nejsou | nejsou |
| 12. volně položené přípojné elektrické kabely | ne | ano | ne |
| 13. neosvětlená schodiště | ne | ne | ne |
| 14. úzké schody | ne | ne | ne |
| 15. reflexní nátěry prvního a posledního schodu | ano | ano | ano |
| 16. snadno dostupný výtah | ano | ano | ano |

| | | | |
|---|---|---|------------------------|
| 17. ve výtahu židle nebo sedátko | ano | jen v nákladním | ne |
| 18. snadné překonávání poschodí | ano | ano | ano |
| 19. vhodně uskladněné léky | ano | ano | ano |
| 20. vhodně označené léky | ano | ano | ano |
| 21. vhodně uskladněné chemikálie | uzamčeny | uzamčeny | uzamčeny |
| 22. označené chemikálie | ano | ano | ano |
| 23. ostré rohy | odstraněny u klientů, kde je riziko | ano | ano |
| | Domov pro seniory Hvízdal Č.Budějovice | Centrum Staroměstská Č.Budějovice | Senior dům Soběslav |
| Pozorování vybavenosti koupelny a WC vybraných zařízení: | | | |
| 24. madla a úchytky v koupelnách | ano, nerezové | ano, nerezové | ano, nerezové |
| 25. musí klient zvedat nohy při vstupu do sprchového koutu | ne | ano | ne |
| 26. sedátko ve vaně / sprchovém koutu | ano | ne, jen na požádání židle | ano |
| 27. mokrá podlaha | ano | ano | ne |
| 28. protiskluzové podložky v koupelně, ve vaně (sprchovém koutě) | ano | ano | ne |
| 29. tísňová volání v koupelně | ne | zvoneček mají s sebou | ano |
| 30. termostatické baterie | ne | ne | ne |
| 31. tísňová volání na WC | ano | ano | ano |
| 32. celonoční osvětlení na WC | ne | ano | ano |

Zdroj: vlastní výzkum

5.3 Výsledky dotazování a analýza dat

Odpovědi na otázky:

Jaká opatření existují ve Vašem domově pro seniory ve vztahu k prevenci úrazů?

| |
|--|
| Respondent č. 1 – vrchní sestra Domova pro seniory Hvízdal |
| <p>„V prvopočátku, když přijde klient do zařízení, musí se vyhodnotit jeho riziko pádu. Máme tabulku pro rizika pádu, které vyhodnocujeme. Každá stanice si vede přesný přehled klientů, senioři jsou neustále edukováni. Seniorům pomáhá edukace našich pracovníků. Snažíme se o úpravy pokojů, jako jsou nájezdy na prážky ve dveřích, odstraňování ostrých rohů u klientů, kde je riziko. V koupelnách mají madla a nerezové úchyty. Při vstupu do sprchového koutu mají protiskluzové podložky a dále nemusí zvedat nohy. Ve vaně, ale i ve sprchovém koutu je sedátko. Při koupání je vždy přítomna zdravotní sestra. Máme pro klienty dva výtahy, v každém z nich je sedátko. Na prvním a posledním schodu jsou reflexní nátěry. Schody i chodby jsou dostatečně široké a mají nainstalovaná madla. Klienti používají při chůzi chodítka, vozíčky. Hole moc používat nechtějí, připadají si pak staří. Klienti nemají na pokojích žádné koberce. Na pokojích mají přizpůsobeno zařízení u lůžka tak, aby když vstávají, se nemohli opřít o noční stolek při podávání stravy z důvodu, že by následně došlo k pádu. Proto mají stolek otočen tak, aby se nemohl zvrtnout. Dbáme na to, aby při uklízení uklízečka dávala výstražné kužele. Uklízí se jen vždy půlka chodby, aby lidé mohli chodit a nepodklouzlo jim to. Dbá se na to, aby měli řádnou obuv. Většinou přijdou z domova a mají vyšmandlané boty nebo pletené pantofle z chemlonu. Boty sice nejsou povinně dané, ale při šetření jsou na to upozornění. Sociální pracovníce, které je navštíví ještě před nástupem do zařízení, jim to říkají. Dále se hlídají léky, někteří klienti mají multichoroby. Léky mají buď u sebe, nebo jim je podávají zdravotnice. Léky jsou označené. Na spaní mají klienti na požádání postranice u lůžka. Sami si o ně řeknou, pokud ví, že mají neklidné spaní. Senioři si chválí chodítka, hole. Dělají se úpravy chodníků v okolí DpS, aby se klientům lépe chodilo.“</p> |
| Respondent č. 2 – vrchní sestra Centrum sociálních služeb Staroměstská |
| <p>„Na pokojích má každý klient zvoneček, který je vyvedený do sesterny, takže sestra vidí pokoj, kde zvoneček zvoní. Zvoneček je přenositelný a je na baterky. Ti klienti, kteří zvoneček neovládají, musí kontrolovat pracovníci zařízení. Toto se děje tak cca</p> |

po 30 minutách až jedné hodiny a v noci po dvou hodinách. Zábrany u postelí máme jen u lidí, kteří to vyžadují, ale spíš proto, že se pomocí zábrany přitahují, aby se mohli otočit. Také je možnost dát na podlahu matrace, která taky tlumí pád, ale to je spíše výjimka. K chůzi používají klienti chodítka, čtyřkolky. Trojkolky mají spíš soběstační klienti, jelikož stabilita je tam menší. To jim vyhovuje. U čtyřkolek mají i sedátko na odpočínutí. Po seniorovi požadujeme pevnou obuv. Na pokojích nejsou koberce ani předložky, jednak z hygienických důvodů, a taky, aby klienti o kobereček nezakopli a nebyly zbytečné pády. To bývalo velkým zdrojem úrazu. Prázky nejsou uvnitř pokojů. Prázky jsou odstraněny jen u vchodových dveří do některých pokojů. Prázky jsou u kluboven, budeme chtít nakoupit nájezdy. Každý pokoj má svůj sprchový kout s malým soklem, tak 5 cm vysokým a toaletu s madly. Jinak máme centrální koupelnu s vanou se zvedacím zařízením. Ve sprchovém koutu má senior sedátko a protiskluzovou předložku. Léky pro seniory máme uloženy na sesterně z 90 %. Zbýlých 10 % seniorů má léky u sebe, jelikož jsou soběstační. Chodba se uklízí jen z poloviny, ale zátarasý se nedávají.“

Respondent č. 3 – vrchní sestra Senior dům Soběslav

„U lůžek klientů máme postranice a s jejich souhlasem je používáme. Dále požadujeme pevnou obuv. Aby se zamezilo pádům, tak senioři používají hole, chodítka. V koupelnách jsou pro opěru namontována madla. V celém objektu máme bezbariérové přístupy. Velkým plusem jsou nižší schody, takže senior, pokud jde po schodech, nemusí zvedat vysoko nohy. Signalizační zařízení má klient u lůžka. Léky jsou uloženy v sesterně.“

Co děláte pro pravidelnou kontrolu pomůcek proti pádu?

Respondent č. 1 – vrchní sestra Domova pro seniory Hvízdal

„Revize provádí technik, který není zaměstnancem, ale dojíždí. Kontroluje vozíky, zvedací zařízení. Kontrola se provádí jednou ročně. Pozvání technika má na starosti hospodářka.“

Respondent č. 2 – vrchní sestra Centrum sociálních služeb Staroměstská

„U klientů se provádí kontrola zvonků a výměna baterií asi tak jednou za měsíc. Děláme statistiky výměny baterií. Provozní má zásobu baterií. Domov zaměstnává dva údržbáře, kteří například opravují povolená madla v koupelnách. Údržba u vozíků, chodítek, čtyřkolek se nedělá. Menší opravy u vozíků, chodítek se řeší

| |
|---|
| s opravářem. Stalo se nám, že zvonek měl poruchu, museli jsme ho dát do opravy, tak jsme to řešili tím, že sestra chodila častěji na kontrolu, anebo se půjčí zvonek od klienta, který je více soběstačný.“ |
| Respondent č. 3 – vrchní sestra Senior dům Soběslav |
| „Kontrola se dělá průběžně. Při nalezení nedostatku je informován údržbář.“ |

Pokud existuje ve Vašem domově pro seniory rizikový plán, jakým způsobem jsou senioři o plánu prevencí informováni?

| |
|---|
| Respondent č. 1 – vrchní sestra Domova pro seniory Hvízdal |
| „Plán prevencí existuje. Úseková sestra nebo klíčový pracovník vyhodnocuje s klientem možná rizika pádu, upozorňuje ho na správnou obuv, orientaci v prostoru.“ |
| Respondent č. 2 – vrchní sestra Centrum sociálních služeb Staroměstská |
| „Rizikový plán nemáme sepsaný. Fyzioterapeutka klienty informuje slovně, jak se mají chovat k jednotlivé pomůcce, jak se chodí s berličkami, s chodítkem.“ |
| Respondent č. 3 – vrchní sestra Senior dům Soběslav |
| „Starší lidé jsou průběžně pod dozorem celý den, ale nemůžeme však být všude a stále. Rizikový plán není.“ |

Kolik úrazů jste řešili v posledních třech letech a jakého typu?

| |
|---|
| Respondent č. 1 – vrchní sestra Domova pro seniory Hvízdal |
| „Všechny úrazy jsou v souvislosti s pády. Například klienti, co jsou na oddělení se zvláštním režimem (například mají nemoc Alzheimer), tak jeden druhému vleze do postele, dají si po hlavě a úraz je na světě. Většinou drobné poranění ošetřujeme přímo v domově. Úrazy, které vozíme do nemocnice, jsou krčky, zlomené ruce, odřeniny. V domově se řešily jen pády se zraněním. Dále se do pádového protokolu vypisuje příčina pádu, jak byl pád následně edukován, jak byl ošetřen pád.“ |
| Respondent č. 2 – vrchní sestra Centrum sociálních služeb Staroměstská |
| „V domově jsme řešili úrazy v souvislosti s pádem. 75 % pádů jsou odřeniny a 25 % jsou zlomeniny. Svým způsobem je to taky alarmující, ale jiné úrazy nejsou. Úrazy nemají klesající tendenci, jelikož klienti nám stále přibývají z důvodu přetransformování. Předtím jsme byli penzion pro seniory. Máme tu režim celodenní a režim, kde bydlí senioři samostatně (penzion). Po pádu se vypisuje protokol o pádu |

| |
|---|
| a ten se zakládá do složek klienta.“ |
| Respondent č. 3 – vrchní sestra Senior dům Soběslav |
| „Nespočetně, většinou pády. Pádů bylo více, ale jsou zaznamenány pouze pády se zraněním.“ |

Jak a v jakém časovém intervalu provádíte pravidelné hodnocení klientů o fyzickém a psychickém stavu? Hodnocení se provádí v nějakém počítačovém programu?

| |
|---|
| Respondent č. 1 – vrchní sestra Domova pro seniory Hvízdal |
| „Pravidelné hodnocení klientů se provádí průběžně každý den – vypisuje se každá změna na PC v sociálním programu Cygnus. Hodnotí se i ústně mezi jednotlivým personálem. Celkový zdravotní stav klientů se hodnotí každý měsíc.“ |
| Respondent č. 2 – vrchní sestra Centrum sociálních služeb Staroměstská |
| „Při příjmu klienta do domova se vypisuje hodnocení a pak po každé hospitalizaci. Hodnocení klientů revidujeme jednou za rok. Pro hodnocení používáme program Cygnus. Vypisují zdravotní sestřičky, pokud není problém. Pokud ano, tak pomáhá i lékař. Hodnocení: posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost, vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby, záznam o průběhu adaptace, neuromentální index, nutriční dotazník, hodnocení rizika pádu, hodnocení rizika vzniku dekubitů.“ |
| Respondent č. 3 – vrchní sestra Senior dům Soběslav |
| „Provádíme Barthelův test – 1x za šest měsíců. Pracujeme v počítačovém programu Preus.“ |

Jak podporujete fyzickou kondici u seniorů, aby se předcházelo pádům? Uveďte alespoň tři typy. Dále je stručně popište.

| |
|--|
| Respondent č. 1 – vrchní sestra Domova pro seniory Hvízdal |
| „Máme aktivizační programy. Například vysazování do křesel, cvičení na lůžku, rehabilitační cvičení, skupinové cvičení. O tato cvičení je mezi seniory zájem.“ |
| Respondent č. 2 – vrchní sestra Centrum sociálních služeb Staroměstská |
| „Klienti mají každý den cvičení v klubovnách od 9 do 10 hodin mimo víkendy. Když to nevydrží, tak je nenutíme. Většinou sedí na židlích. Máme cvičení s míčky na postřeh. Procvičují se horní a dolní končetiny. Dále je to cvičení individuální |

a fyzioterapeutické. Fyzioterapeutka chodí cvičit individuálně. Dělá s klienty individuální svalové testy, co zvládnou a co ne. Cvičení jógy nemáme. Klienti procvičují jemnou motoriku v tom, že rádi vyrábí výrobky.“

Respondent č. 3 – vrchní sestra Senior dům Soběslav

„Fyzickou kondici podporujeme. Dovoluje-li to jejich zdravotní stav, musí senioři chodit do jídelny na obědy a večere. Větší část klientů je spíše pasivní. Jinak se snažíme o podporu samoobsluhy, dále je prováděna rehabilitace.“

5.4 Shrnutí zásadních informací z rozhovorů

Na položenou otázku „Jaká opatření existují ve Vašem domově pro seniory ve vztahu k prevenci úrazů?“ odpovídaly vrchní sestry z Domova pro seniory Hvízdal České Budějovice, z Centra sociálních služeb Staroměstská České Budějovice a ze Seniora domu v Soběslavi (dále jen budu používat název Domov Hvízdal, Centrum Staroměstská a Senior dům) takto:

Tabulka č. 6 Opatření k prevenci úrazů

| DOMOV PRO SENIORY | | | | | |
|---|-----------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <i>Domov pro seniory Hvízdal</i> | | <i>Centrum sociálních služeb Staroměstská</i> | | <i>Senior dům Soběslav</i> | |
| Vyhodnocení rizika pádu při nástupu do DpS | | Fyzioterapeutka popisující fungování pomůcek | | Kontrola seniorů po celý den | |
| Pravidelná edukace seniorů | | Pravidelná kontrola seniorů pracovníky – den 0,5-1 hodiny, noc 1-2 hodiny | | | |
| Úprava sociálního zařízení | madla a nerezové úchyty | Úprava sociálního zařízení | madla a nerezové úchyty | Úprava sociálního zařízení | madla a nerezové úchyty |
| | protiskluzové podložky | | protiskluzové podložky | | protiskluzové podložky |
| | sedátka | | sedátka na požádání | | bezbariérové sprchové kouty |
| | bezbariérové sprchové kouty | | zvedací zařízení v centrální vaně | | bezbariérové sprchové kouty |
| Sedátka ve výtazích | | Signalizační přenositelný zvoneček | | ---- | |
| Přítomnost zdravotnického personálu při denní hygieně | | | | | |
| Chodby a schody | madla | Chodby a schody | uklizení poloviny chodby | Chodby a schody | nižší schody |
| | reflexní nátěry | | reflexní nátěry | | uklizení poloviny chodby |
| | kužele při uklízení | | | | reflexní nátěry |
| | uklizení poloviny chodby | | | | reflexní nátěry |
| Použití pomůcek | chodítka | Použití pomůcek | chodítka | Použití pomůcek | chodítka |
| | vozičky | | vozíky | | hole |
| | | | čtyřkolky | | |
| Přizpůsobení v pokojích | otočení nočního stolku | Přizpůsobení v pokojích | přenositelný zvoneček | Přizpůsobení v pokojích | postranice u postelí |
| | postranice u postelí | | postranice u postelí | | |
| | nájezdy na | | odstranění | | signalizační |

| | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|----------|
| | práčky ve dveřích | | práčky u některých pokojů | | zařízení |
| | odstranění ostrých rohů | | výjimečně matrace na podlaze | | |
| | absence koberců | | | | |
| Kontrola a označení léků | | Kontrola léků a uložení na sesterně | | Uložení léků na sesterně | |
| Řádná obuv | | Řádná obuv | | Řádná obuv | |
| Úpravy chodníků v okolí DS | | | | | |
| | Skupinové cvičení | Cvičení v klubovnách | | fyzioterapie | |

Zdroj: vlastní výzkum

Odovědi na otázku „**Co děláte pro pravidelnou kontrolu pomůcek proti pádu?**“

Tabulka č. 7 Pravidelná kontrola pomůcek

| <i>Domov pro seniory Hvízďal</i> | <i>Centrum sociálních služeb Staroměstská</i> | <i>Senior dům Soběslav</i> |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| Revize externím technikem, 1 ročně | Kontrola zvonků a výměna baterií 1 měsíčně | Průběžná kontrola, údržbář |
| | Dva údržbáři na kontrolu madel | |
| | Opravář na menší opravy chodítek a vozíků | |

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi na otázku „**Pokud existuje ve Vašem domově pro seniory rizikový plán, jakým způsobem jsou senioři o plánu prevencí informováni?**“

Tabulka č. 8 Rizikový plán

| <i>Domov pro seniory Hvízdal</i> | | <i>Centrum sociálních služeb Staroměstská</i> | <i>Senior dům Soběslav</i> |
|--|--------------|---|--------------------------------------|
| Plán prevencí | | Absence rizikového plánu | Absence rizikového plánu |
| Vyhodnocení rizik úsekovou sestrou nebo klíčovým pracovníkem | Správná obuv | Informování o rizicích slovně fyzioterapeutkou | Průběžný dohled nad staršími seniory |

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi na otázku **Kolik úrazů jste řešili v posledních třech letech a jakého typu?**

Tabulka č. 9 Počet a charakter úrazů za poslední 3 roky

| <i>Domov pro seniory Hvízdal</i> | | <i>Centrum sociálních služeb Staroměstská</i> | <i>Senior dům Soběslav</i> |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|
| | | 75 % odřeniny | Není statistika, většinou pády |
| Úrazy do nemocnice | Zlomené krčky, ruce, odřeniny | 25 % zlomeniny | |

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 10 Pády se zraněním

| | <i>Domov pro seniory Hvízdal</i> | <i>Centrum sociálních služeb Staroměstská</i> | <i>Senior dům Soběslav</i> |
|----------|----------------------------------|---|----------------------------|
| Rok 2011 | 278 | 24 | 31 |
| Rok 2012 | 153 | 78 | 29 |
| Rok 2013 | 210 | 135 | 25 |

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 11 Pády za roky 2011 - 2013

| | <i>Domov pro seniory Hvízdal</i> | <i>Centrum sociálních služeb Staroměstská</i> | <i>Senior dům Soběslav</i> |
|-----------------------|----------------------------------|---|----------------------------|
| Pády byly zapříčiněny | | | |
| skácením | - | - | - |
| zhroucením | - | - | - |
| zakopnutím | ano | - | ano |
| zamrznutím | - | - | - |
| nediferencované | - | nestabilita | ano |
| spojené s demencí | ano | - | - |
| přeceňování svých sil | ano | - | ano |

Zdroj: vlastní výzkum

Odovědi na otázku „**Jak a v jakém časovém intervalu provádíte pravidelné hodnocení klientů o fyzickém a psychickém stavu? Hodnocení se provádí v nějakém počítačovém programu?**“

Tabulka č. 12 Časový interval hodnocení stavu a forma

| <i>Domov pro seniory Hvízdal</i> | <i>Centrum sociálních služeb Staroměstská</i> | | <i>Senior dům Soběslav</i> |
|--|---|--|--------------------------------|
| Každý den, celkový měsíčně Viz – formuláře stejně jako u Centra Staroměstská | Hodnocení při příjmu | Posouzení péče o vlastní osobu, soběstačnost, vymezení schopností zvládat základní životní potřeby, záznam o průběhu adaptace, neuromentální index, nutriční dotazník, hodnocení rizika pádu, hodnocení rizika vzniku dekubitů | Bartelův test 1/6 měsíců |
| | Hodnocení po hospitalizaci | | |
| Program CYGNUS | Program CYGNUS | | Program PREUS |

Zdroj: vlastní výzkum

Odovědi na otázku „**Jak podporujete fyzickou kondici u seniorů, aby se předcházelo pádům? Uveďte alespoň tři typy. Dále je stručně popište.**“

Tabulka č. 13 Podpora fyzické kondice a prevence pádů

| <i>Domov pro seniory Hvízda</i> | | <i>Centrum sociálních služeb Staroměstská</i> | <i>Senior dům Soběslav</i> |
|-------------------------------------|-----------------------|--|------------------------------|
| Aktivizační programy | Vysazování do křesel | Individuální cvičení | Návštěva jídelny bez obsluhy |
| | | Procvičování jemné motoriky výrobou výrobků | |
| | Cvičení na lůžku | Cvičení s míčky na postřeh | Rehabilitační cvičení |
| | | Cvičení na horní/dolní končetiny | |
| | Rehabilitační cvičení | Fyzioterapeutické cvičení – individuální svalové testy | Podpora samoobsluhy |
| | Skupinové cvičení | Cvičení v klubovnách | |

Zdroj: vlastní výzkum

5.5 Diskuse

Diplomová práce na téma *Prevence úrazů seniorů v domovech pro seniory* se zabývá problematikou úrazů seniorů v domovech pro seniory. Cílem práce bylo zjistit, zda ve vybraných domovech pro seniory existují opatření ve vztahu k prevenci úrazů a podrobněji se na daná opatření zaměřit. K naplnění cíle vedla tato hlavní otázka: Jaká opatření existují ve Vašem domově pro seniory ve vztahu k prevenci úrazů?

Kalvach, Onderková (2006) uvádí, že křehcí senioři jsou ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu nebo po pádu. Tito senioři nezvládají zátěžové situace a potřebují trvalou pomoc při náročných činnostech. V domovech pro seniory je většina klientů závislých na sociální a zdravotní péči. Rizikovým faktorem je sarkopenie.

Aby senioři zvládali zátěžové situace a náročné činnosti lépe, je důležitá prevence různých úrazů, které se jim mohou v takových situacích a při takových činnostech stát. Prevence, která povede k trvalému snižování úrazovosti u seniorů, plně koresponduje s dokumentem Zdraví 21. Při sběru dat a při pozorování jsem se soustředila na faktory,

kteře ovlivňují možnosti přivodění si úrazu u seniorů v domovech pro seniory. Ve mnou zkoumaných domovech existují různá opatření k prevenci úrazů. Jedno však mají společné. Vždy je dbáno na bezpečnost seniora. Příčin vzniku úrazu může být mnoho. Benešová (2003) uvádí, že mezi úrazy se počítají pády, intoxikace léky, sebevraždy, popáleniny, dopravní nehody a týřání.

V dokumentu Zdraví 21 v cíli 5 a dále v dílčím úkolu 5.2.5 se hovoří o vytvoření podmínek pro rozvoj důstojného autonomního chráněného bydlení pro seniory. Tento úkol byl stanoven do roku 2010. Výzkumem bylo zjištěno, že zkoumané domovy pro seniory prošly rekonstrukcí a odpovídají standardům Evropské unie. Personál se na základě pozorování chová k seniorům s pečlivostí a uctivostí. Nezpozorovala jsem, že by byli senioři ponižováni, osočováni nebo týřáni. Ani v jednom ze zkoumaných domovů pro seniory neřešili za poslední tři roky žádné popáleniny, otravy, dopravní nehody či sebevražedné jednání. Lze se domnívat, že senioři jsou spokojeni, nemají důvod k sebevražednému jednání a neprojevují se u nich sklony k násilí.

Boleslav (2003) uvádí, že sebevraždy seniorů bývají většinou spojeny s depresí, respektive s působením faktorů, které mohou depresi zapříčinit. Pozorováním a popisem místa bylo zjištěno, že ve zkoumaných domovech je připravován a provozován kulturní program, aby senioři nebyli izolováni nebo jen odkázáni na to, být a zdržovat se ve svém pokoji. Sociální a zdravotní pracovnice se starají o zájmové a kulturní vyžití seniorů. Deprese ve vyšším věku, jak uvádí Jiráek (2013), se vyznačuje poruchami pozornosti, snížením psychomotorického tempa a může být způsobená reakcí na nové prostředí. Mezi faktory, které mohou rozvoj deprese zvyšovat, řadí Jiráek (2013) osamělost, nedostatek kontaktu, způsobený nedostatkem mobility a právě přemístěním seniora do zařízení sociální péče. Dále se může projevit agorafobie, což je strach z volného prostoru a z otevřených prostranství. V podstatě jde ale spíše o strach z veřejných prostranství a míst, kde by nebyla rychle dostupná pomoc druhých osob, a situací s tímto spojených. Tyto obavy mohou způsobovat, že osoba trpící agorafobií se bojí opustit bezpečí svého domova. Přitom však může tato osoba například přijímat návštěvy, aniž by se agorafobie projevila. Tato osoba musí ovšem zůstat ve své takzvané bezpečné zóně.

Ve zkoumaných domovech jsem zjistila, že pro bezpečnost seniorů nechávají osvětlené schodiště i chodby. Také schodiště je opatřeno reflexními nátěry na prvním a posledním schodu. Tato opatření se mi jeví jako velice prospěšná.

Dopravní nehody ve zkoumaných domovech nezaznamenali. Hořín (2003) uvádí, že se dopravní nehody stávají tím, že se senioři hůře orientují a pohybují. Také se zmiňuje o tom, že dopravní nehody se řadí na druhé místo v úrazovosti. Lze se domnívat, že ostatní řidiči jsou v místech domovů pro seniory zvyklí jezdit opatrněji, aby nezpůsobili nehodu a nezranili seniora. Pozorováním jsem i zjistila, že v okolí domovů jsou chodníky buď s nájezdy pro vozíčkáře, anebo s nižšími obrubníky, které jsou upraveny tak, aby senioři mohli bezpečně přecházet. Bohužel chodí senioři oblékáni v tmavém, nevýrazném oblečení. Jako opatření bych navrhovala **opatřit svrchní oděv seniora reflexní páskou**. Jako další možné řešení bych spatřovala v různých **reflexních vestách nebo odrazkách** na invalidních vozíčkách, čtyřkolkách a u chodítek. Dnes je na trhu mnoho firem, které nabízejí tyto čtyřkolky, tříkolky a chodítka. Jen některé z těchto pomůcek jsou však opatřené reflexními odrazkami. V příloze č. 1 jsou vyobrazeny některé typy pomůcek usnadňující chůzi.

Rakovcová (2003) uvádí, že ošetřující lékař by měl před zvolením určitého léku vědět, jaká jsou možná rizika pro daný věk a jaký je stav pacienta. Při péči o zmateného seniora by měly být léky uloženy mimo dosah seniora, aby nedošlo k náhodnému požití. Z výpovědí sester vyplynulo, že ve většině případů mají označené léky pro seniory uschovány v sesterně. Je vhodné upozornit na to, že řada léků má nežádoucí účinky. Řada farmak je spojována se zvýšeným rizikem pádů, především je-li nežádoucím příznakem závrať, hypotenze, rozostření vidění nebo poruchy rovnováhy. Jak již bylo uvedeno v předchozích částech této práce, výzkumy v této oblasti prokázaly, že léčba psychoaktivními látkami, diuretiky, antiarytmiky či digoxinem souvisí se zvýšeným rizikem pádů, z hlediska vedlejších účinků těchto léků.

Rakovcová (2003) uvádí, že může dojít i ke vzniku lékové otravy. Proto pokyny lékaře k užívání léků musí být jasné, stručné a výstižné. Dále může dojít k otravám, kdy senior požije čisticí prostředek. Ve výpovědích sester zaznělo a z pozorování vyplynulo, že čisticí prostředky jsou uloženy v samostatné uzamykatelné místnosti. Dané prostředky jsou také označené. V Domově Hvízdal bylo pozorováním zjištěno, že společné místnosti jsou označeny symboly, takže úklidová místnost je označena a také uzamčena. V Centru Staroměstská a v Senior domě nemají společné místnosti označené symboly, ale úklidové místnosti jsou uzamčeny. Jako opatření bych viděla v **obstarání symbolů na dveře**.

Popáleniny jsou dalším typem úrazu. Jako možná preventivní opatření, předcházející popáleninám, Brož (2003) uvádí montáž termostatických baterií,

odstraňování hořlaviny z dosahu topidel a otevřeného ohně. Ve zkoumaných domovech bylo zjištěno, že hořlaviny se nenachází v blízkosti seniorů. Jako možnou příčinu úrazu bych viděla činnosti, spojené s otevřeným ohněm, jelikož někteří senioři kouří, byť ve vyhraněných prostorách. V Domově Hvízdal a v Senior domě mají vyhrazené prostory pro kuřáky. V Centru Staroměstská platí zákaz kouření v celém objektu. Klienti mohou kouřit pouze venku na zahradě na vyhrazeném místě. Pokud se jedná o možnost opaření horkou vodou, tak v koupelnách seniorů nejsou **namontovány termostatické baterie**. Navrhovala bych to jako možné opatření proto, aby úraz popálení horkou vodou nenastal.

Starší věk sám o sobě nutně nevede k pádům, k tomu dochází, jen je-li přítomno více příčin. Bezpečné prostředí přispívá k prevenci pádu. Bezbariérové a jiné bezpečnostní úpravy v obydlí seniorů jsou základem prevence pádů. Pozorováním jsem zjistila, že v Domově Hvízdal a v Senior domě má každý senior svůj pokoj, který je bezbariérový a bez prahů. V Centru Staroměstská nejsou všechny **pokoje bez prahů**. Toto bych považovala za možný krok k nápravným opatřením, aby se předcházelo pádům. Ve zkoumaných domovech bylo dále zjištěno, že z možných úrazů se totiž řeší jenom pády. Nikdo z dotazovaných si nepamatuje, že by na pracovišti řešil jiný úraz. Pády jsou komplexem jevů, dají se chápat jako multidimenzovaný fenomén, který se vyskytuje v souvislosti s akutním onemocněním, chronickou nemocí, rizikovým prostředím nebo vedlejšími účinky léků. Přesto ne každý senior, který má tyto problémy, padá. Ne každý pád je vážný, navíc jen některé rizikové faktory jsou ovlivnitelné. JCR (2007) uvádí obecné principy, platné pro bezpečný pohyb, jako je volnost cesty, stabilní nábytek, vhodné osvětlení, snadný přístup k věcem pravidelně používaným, podlahy v dobrém stavu, chodící pomůcky a pomůcky k přesunu seniora. Obuv by měla podporovat bezpečnou chůzi. Při pozorování klientů jsem zjistila, že používají pevnou, dobře nazouvatelnou obuv. Dále používají hole a chodítka. I vybavení domovů je na dobré úrovni - viz tabulka č. 5. Nábytek v pokojích je stabilní.

Důležitý je proaktivní přístup k redukci pádů. Je potřeba zdůraznit pravidelné bezpečnostní hodnocení obytných místností a chodeb. Tyto prostory jsou a měly by být dostatečně osvětleny. Dobré kontrastní osvětlení by mělo pomoci ukázat detail daného prostoru. Barva místností, a jejich jasnost může být problematická u seniorů s postiženým zrakem. Zároveň však barevné provedení místností nebo chodeb může pomoci vidět jasněji. Ve zkoumaných domovech se pro místnosti používá světlých barev. Z pozorování vyplynulo i to, že **chodby i schodiště jsou osvětleny 24 hodin**.

Osvětlení během dne i noci proto zvyšuje bezpečnost při pohybu po těchto společných prostorách. To souvisí i s povinností zdravotnického personálu, takový bezpečný pohyb po uvedených prostorech umožnit a přijmout příslušná opatření, k zajištění bezpečného pohybu. Dotazované pracovnice mi podrobně vysvětlovaly daná opatření. Z těch nejzákladnějších uváděly **úklid společných prostor**, hlavně chodeb a volnost prostoru na chodbách. Jako velké pozitivum spatřuji v tom, že ve všech třech domovech se uklízí vždy jen polovina chodby a druhá polovina je stále průchozí. V Centru Staroměstská uklízí chodby **bez označení mokré chodby**, oproti tomu v Domově Hvízdal **dávají na mokrou podlahu kužele**. V Senior domě v Soběslavi dávají taktéž kužele.

Myslivcová (2013) v bakalářské práci zjistila, že u seniorů dochází k nejvíce úrazům v souvislosti s používáním kompenzačních pomůcek – berlí, holí – a dále pády pro nezabrzdný vozík a WC křeslo. Dalším důvodem pádu je absence madel a překážka v cestě. Benešová (2003) uvádí, že Hadon rozpracoval metodiku prevence úrazů a efektivní strategii. Za nejdůležitější v jeho strategii bych vyzdvihla zábradlí u teras a schodů, dále odstranění prahů, stabilizaci, rehabilitaci, a pokud došlo k úrazu poskytnutí první pomoci.

U seniorů v domovech pro seniory jsem vyzvedala, že jejich chůze je pomalá a většina ze seniorů používá chodítka, trojkolky a čtyřkolky. Ve zkoumaných domovech jsou čtyřkolky velmi oblíbené, jelikož senior si může na čtyřkolku při únavě sednout. Jako **opatření bych spatřovala kontrolu gumových koncovek k holím a chodítkům**. Pozorováním jsem zjistila, že ve zkoumaných domovech jsou umístěny na chodbách židle a senioři mají hole a chodítka opatřeny gumovými koncovkami. Pro seniory jsou přitom různá chodítka důležitou pomůckou. Z rozhovorů vyplynulo, že zpočátku o tyto chodítka nebyl ze strany seniorů zájem. Je otázka, zda se styděli s touto pomůckou chodit, nebo se necítili tak ohroženi. V současné době používají chodítka ve všech zkoumaných domovech. Grivna (2003) se zmiňuje o zařazování trvale poškozených osob do běžného života právě pomocí kompenzačních pomůcek. Ztotožňuji se s autorem, kompenzační pomůcky usnadňují pohyb, hlavně proto, že přispívají k prevenci pádu. V tomto ohledu tak lze hodnotit přístup všech domovů kladně.

Mezi další opatření bych zařadila montáž **zábradlí podél schodiště a podél chodeb**. V Domově Hvízdal a v Senior domě mají zábradlí jak podél schodiště, tak i podél chodeb. Centrum Staroměstská má zábradlí jen u schodiště. Zde bych viděla prostor pro vylepšení a jako opatření k nápravě.

Glosová (2006) uvádí, že bydlení ve vícelůžkových pokojích přináší výrazné životní zneklidnění, soužití s například povahově odlišnými lidmi. Jak vyplynulo z výpovědi sestry v Domově Hvízdal, právě ve dvoulůžkových pokojích dochází k úrazu. V těchto pokojích bydlí senioři s demencí. Ve chvíli, kdy například senior, který sdílí pokoj s druhou osobou, si vezme omylem nějaký předmět, může dojít ze strany spolubydlícího k napadení a tím i ke zranění nebo k úrazu.

Mnoho pádů se stává v okolí toalet a sprch, jako vhodné opatření bych proto viděla aplikovat **protiskluzové pásy ve vaně a na podlaze koupelen** a dále **používat čisticí prostředky, které zvyšují odpor i za vlhka**. Ochranné pomůcky (madla u toalety, u sprchového koutu) mají ve všech zkoumaných domovech. Při koupání v Domově Hvízdal je vždy přítomna sestra, aby se zabránilo pádu. V Centru Staroměstská se sprchují sami, ale při sobě nosí zvoneček, aby si mohli přivolat pomoc. V Senior domě v Soběslavi se sprchují sami. Z pozorování vyplynulo, že ve zkoumaných domovech používají senioři sedátko ve sprchovém koutu a protiskluzové podložky. Dále pozorováním bylo zjištěno, že ne všechny sprchové kouty v Centru Staroměstská jsou bezbariérové. Senioři tak musejí zvedat nohy, a tím se zvyšuje riziko pádu. Jako vhodné opatření bych uvažovala o další možné **přestavbě na bezbariérové sprchové kouty**.

Komunikace pomocí signalizačního zařízení nebo zvonků, používaných obyvateli domovů pro seniory, ukazuje u seniorů na potřebu pomoci. Pomocí signalizačního zařízení se senioři spoléhají na schopnost obslužného personálu, dostat se ke klientovi včas. Pokud se klient nachází daleko od personálu, obavy jsou adekvátní. Tuto komunikaci ve zkoumaných domovech využívají. V Centru Staroměstská jej používají v podobě zvonečků, které mají všichni klienti při sobě. Nosí je i do koupelny, na toaletu, na vycházku nebo do zahrady. U klientů se provádí kontrola zvonků a výměna baterií asi tak jednou za měsíc. Domov vede i statistiky výměny baterií. Při nefunkčnosti chodí sestra na kontrolu seniora. V Domově Hvízdal i v Senior domě má klient signalizační zařízení u postele.

Dalším opatřením jsou **zábrany u postelí**. Každý senior má výškově nastavitelné lůžko, které je opatřeno boční zábranou proti pádu. Ve výpovědích všech sester zaznělo, že boční zábrany dávají na požádání seniora. Myslím si, že to je vstřícný krok k seniorovi, aby se necítil nesoběstačný. V Centru Staroměstská dávají buď postranice, anebo matrace na podlahu. Myslím si, že pokud jsou postele vybaveny postranicemi, je zcela nadbytečné dávat matrace na zem. Jednak je to práce navíc pro zdravotní personál a jednak se víří prach a nečistoty ve vzduchu. Navíc matrace také nejsou nejlehčí.

Myslím si, že při potřebě použít v noci WC, může matrace překážet, popřípadě při špatném došlapu na měkký povrch matrace může senior ztratit rovnováhu, spadnout a zranit se.

K naplnění cíle práce sloužily i další otázky: Popište, co děláte pro pravidelnou kontrolu pomůcek proti pádu? Pokud existuje ve Vašem domově pro seniory rizikový plán, jakým způsobem jsou senioři o plánu prevencí informováni? Kolik úrazů jste řešili v posledních dvou letech a jakého typu? Popište, jak a v jakém časovém intervalu provádíte pravidelné hodnocení klientů o fyzickém a psychickém stavu? Hodnocení se provádí v PC v nějakém programu? Jak podporujete fyzickou kondici u seniorů, aby se předcházelo pádům? Ze získaných rozhovorů je možné vytěžit i odpovědi na výše položené otázky.

Každý ze zkoumaných domovů má jiný způsob kontroly pomůcek. Podstatné ovšem je, že zaměstnancům a seniorům není lhostejný stav například poškozených a opotřebovaných pomůcek. Senioři dostávají zdravotní pomůcku do pronájmu od své zdravotní pojišťovny, nebo si ji musí zakoupit. Jak uvádím v rozboru literatury, pomůcky mají sloužit k pokračování léčebného procesu a pro podporu zdravotního stavu k prevenci úrazů.

V domovech pro seniory jsou senioři, u kterých se vyskytuje více chorob. Pro vyhodnocení rizika úrazu se u nich provádí geriatrické hodnocení. Myslivcová (2013) v bakalářské práci výzkumem zjistila, že u seniorů nad 80 let se vyskytuje přítomnost chronických onemocnění. Představuje charakteristiku seniora se zvýšenou dispozicí pro úraz. Pád v anamnéze seniora znamená varovný signál pro jeho možné opakování. U seniora se může projevovat strach z pohybu, což se odráží na zvýšené nejistotě a jeho nestabilitě. Proto jsem se zeptala, zda jsou senioři dostatečně informováni o všech rizicích vzniku úrazu. **V Domově Hvízdal existuje plán prevencí.** Úseková sestra nebo klíčový pracovník vyhodnocuje s klientem možná rizika pádu, upozorňuje ho na správnou obuv, orientaci v prostoru.

V Centru Staroměstská nemají rizikový plán seniorů. Fyzioterapeutka klienty informuje slovně, například jak se mají chovat k jednotlivé pomůcce, jak se chodí s berličkami, s chodítkem. Otázkou proto je, nakolik je schopen se senior orientovat v prostoru domova, zda není orientace ztížena. Je proto možné navrhnout kupříkladu krátké „zaškolení“ seniora s ohledem na jednotlivá rizika úrazů při pohybu v domově s ohledem na jeho fyzický a psychický zdravotní stav. Ačkoli toto řešení má negativa v podobě přetěžování zdravotních pracovníků a může být časově náročné, rozhodně je

vhodné zvážit, zda by tento postup nemohl napomoci prevenci. Kromě toho je třeba mít na paměti, že poskytnutí pouze slovní informace o jednotlivých pomůckách je limitováno schopností seniora značné množství informací vnímat a zejména si pamatovat. Vzhledem k tomu, že v Centru Staroměstská se nachází u některých místností zvýšené prahy, zábradlí je pouze u schodiště, absentuje sedátko ve sprchovém koutu a na podlaze u postelí jsou i matrace, to všechno ovlivňuje možnosti a snadnost pohybu seniora po domově právě s kompenzační pomůckou.

V Senior domě jsou starší klienti průběžně pod dozorem celý den. **Rizikový plán** seniorů zde **neexistuje**. V takovém případě se lze tázat, nakolik je pasivní předcházení, nikoli aktivní účelné a vhodné. V tomto ohledu je potřeba zkoumat věkové složení klientů domova a jejich zdravotní problémy, tedy jestli by nebylo vhodnější intervenovat ve prospěch aktivního zapojení seniora do jeho bezpečnosti. S tím však souvisí i stavební rozložení jednotlivých prostor a jejich vybavení, proto i pasivní prevence může postačovat.

V dokumentu Zdraví 21 v cíli 5 a dále v dílčím úkolu 5.1.3 se píše o intervenčních geriatrických přístupech a komplexním geriatrickém hodnocení. Dále v dokumentu Zdraví 21 v cíli 5 a dále v dílčím úkolu 5.2.2 se píše o rozpracování konceptu rizikového seniora (kromě věku nad 80 let). Je důležitá role Evropské komise, aby poskytovala podporu pro výměnu výsledků výzkumů a intervenční praxi (Rogmans, 2001).

Výzkumem bylo zjištěno, že v Domově Hvízdal a v Centru Staroměstská používají počítačový program Cygnus, který dokumentuje zdravotní a sociální stav seniora. V Senior domě používají počítačový program Preus, který taktéž dokumentuje zdravotní a sociální stav seniora. Dokumentaci zdravotního stavu seniora zdůrazňuje i Topinková (2005). Autorka se zmiňuje o tom, že hodnocení by mělo být prováděno při nástupu do domova pro seniory a dále pak jednou za rok a měla by se hodnotit fyzická výkonnost a soběstačnost v schopnosti sebeobsluhy. U fyzicky zdatných seniorů se zkoumá ergometrie, spirometrie a dynamometrie. Dostatečné informace o všech rizicích vzniku úrazu by měli senioři získat též u praktického lékaře, a proto jsem se zeptala, zda jsou senioři dostatečně informováni o všech rizicích vzniku úrazu.

V Domově pro seniory Hvízdal se posuzuje celkový zdravotní stav seniorů jednou za měsíc. V Centru Staroměstská se vypisuje hodnocení při příjmu do domova a dále se reviduje jedenkrát ročně a v Senior domě jednou za šest měsíců. Myslivcová (2013) píše o důsledném zpracování hodnocení v rizikovém plánu, který je cennou součástí

anamnézy každého seniora. Tento plán je nutný pravidelně revidovat a ptát se samotných seniorů, jak se osvědčil naplánovaný postup. Myslivcová se ale nezmiňuje, jak často by se mělo hodnocení provádět. Ve mnou zkoumaných domovech provádí hodnocení každý jinak. Víceméně se moje zkoumané Domovy shodují v časovém sledování u seniorů po stránce fyzické kondice, ba dokonce i častěji. Dle zákona o zdravotním pojištění má dospělý nárok na preventivní prohlídku jednou za dva roky, což si myslím, že u seniorů je málo. Ztotožňuji se s praxí Senior domu, jelikož u seniorů se může rychleji měnit zdravotní stav. Topinková (2005) uvádí, že se posuzuje rehabilitační potenciál a stupeň zdravotního postižení na základě testů instrumentálních a všedních činností (viz příloha č. 2). Při použití počítačového programu Preus se provádí Barthelův test. V příloze č. 3 je uveden tento test a dále formuláře z programu Cygnus – posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost (příloha č. 4), vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby (příloha č. 5), záznam o průběhu adaptace (příloha č. 6), hodnocení rizika pádu (příloha č. 7), hodnocení rizika vzniku dekubitů (příloha č. 8), neuromentální index (příloha č. 9), nutriční dotazník (příloha č. 10). Díky zodpovězené otázce lze usoudit, že zdejší pracovníci si díky zkušenostem z praxe a ucelenému nastavení preventivních opatření v rámci domova v zásadě vědí rady s postupy a eliminací úrazových rizik. Důležitou roli hraje tým pracovníků a **předávání informací o klientech písemnou i ústní formou v dokumentaci**. Toto považuji za důležité opatření k prevenci úrazů.

V dokumentu Zdraví 21 je v cíli 5 v dílčím úkolu 5.1.2. cíl snížit prevalenci funkčně významných úrazů a jejich důsledků, především zlomenin, se zaměřením na zlepšení dostupnosti a účelnosti využití kompenzačních pomůcek, fyzioterapeutické programy. Jednou z výzkumných podotázek bylo zjistit počet pádů za poslední tři roky. Z rozhovorů vyplynulo, že nejvíce pádů v Domově Hvízdal a v Senior domě je zakopnutím a přeceňováním sil. Naproti tomu v Centru Staroměstská jsou to pády spojené s demencí. Pro srovnání jsem pro získané údaje vytvořila tabulku č. 14.

Tabulka č. 14 Porovnání pádů

| | | Rok 2011 | Rok 2012 | Rok 2013 |
|---|-----------------|---------------------------------|----------|----------|
| | Počet uživatelů | Počet úrazů | | |
| | | Vyjádřeno v % k počtu uživatelů | | |
| Domov pro seniory Hvízdal | 270 | 278 | 153 | 210 |
| | | 102,96 % | 56,66 % | 77,77 % |
| Centrum sociálních služeb Staroměstská | 143 | 24 | 78 | 135 |
| | | 16,78 % | 54,54 % | 94,40 % |
| Senior dům Soběslav | 76 | 31 | 29 | 25 |
| | | 40,78 % | 38,15 % | 32,89 % |

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že ke snižování pádů dochází v Senior domě Soběslav. V Domově pro seniory Hvízdal je tendence kolísající. Oproti tomu v Centru Staroměstská dochází ke zvyšování pádů. Dá se předpokládat, že záleží nejen na věkovém rozložení. Sestra vypověděla, že z důvodu přetransformování z penzionu na domov pro seniory, klienti stále přibývají. Tím, že rizikový plán v Centru Staroměstská neexistuje, lze se domnívat, že právě edukace v půlročních intervalech by mohla pomoci snížit riziko pádů. I z výpovědi sestry vyplynulo, že hodnocení klientů provádí jednou ročně, což není zcela adekvátní hodnocení rizik, zejména s ohledem na zvyšování rizik úrazů úměrně vysokému věku. Beze sporu však vytvoření rizikového plánu je do budoucna zcela nezbytné, a současný stav tak z hlediska socioekonomického neudržitelný. Jestliže se musí zdravotnický personál věnovat více seniorovi, který si přivodil úraz, může to mít vliv na péči o další klienty a může vzniknout potřeba zaměstnat o to více zdravotnického personálu. Tím se však neřeší příčina vzniku pádu, ale důsledek. Jak již bylo uvedeno v předchozích odstavcích, v Centru Staroměstská absentují některá důležitá opatření, jako již několikrát zmiňovaná sedátka ve sprše a celkový bezbariérový přístup do sprchového koutu, aby se zamezilo pádům uklouznutím, nedostatečné zajištění bezpečnosti na schodištích, prahy u některých místností, čímž se zvyšuje riziko pádu zakopnutím. V tomto ohledu by měl zdravotnický personál analyzovat poměry různých způsobů pádu a podle toho zvážit,

kteřá opatření s ohledem na jejich ekonomickou náročnost a údržbu je třeba přijmout co nejdříve, aby se rizika pádů snížila.

Mezi nejčastější příčiny pádu související s klientem, tedy s jeho zdravotním stavem, je možné zařadit svalovou slabost, problematickou chůzi, nesprávné používání chodítek a holí, nevhodnou obuv. Mezi příčiny související s prostředím, patří mokrá podlaha, špatné osvětlení, nesprávná výška lůžka, nestabilní křesla, nedostatek madel a zábradlí, sedátko ve výtahu. Myslivcová (2013) v bakalářské práci uvádí, že pád v anamnéze znamená varovný signál pro možné opakování. Tudíž je logické, že i senior má větší strach z pohybu, což se může odrazit na jeho nestabilitě a zvýšené nejistotě. Jako opatření proti pádům se v domovech pro seniory v hojně míře užívají **chodítka, trojkolky, čtyřkolky a další kompenzační pomůcky**. V Domově Hvízdal jsou senioři s chodítky moc spokojeni, využívají je i k nákupům v nedalekém nákupním středisku Globus. V Senior domě jsou tato chodítka využívána jen sporadicky. To samozřejmě souvisí opět s věkem a zdravotním stavem jednotlivých seniorů. Během rozhovorů zazněla i otázka, jak je postaráno o dané kompenzační pomůcky. Výzkumem bylo zjištěno, že každý domov má jiný způsob kontroly pomůcek. V Domově Hvízdal si na opravu a údržbu sjednávají technika. V Centru Staroměstská a v Senior domě zaměstnávají údržbáře, který má na starosti i opravu daných kompenzačních pomůcek. Otázkou je, zda je možné považovat údržbáře za natolik kvalifikovaného, aby prováděl opravy, popřípadě úpravy jednotlivých pomůcek. Proto je důležité zkoumat i to, o jaké opravy se jedná, respektive zda jsou to pouze dílčí opravy kupříkladu uvolněných šroubků, či náročnější opravy. Vzhledem k tomu, že se jedná zjevně o dlouhodobou praxi, tak otázka kvalifikace nejspíš nebude na místě. Podstatné proto je, že se o pomůcky starají. Zaměstnancům není lhostejný opotřebovaný (poškozený) stav pomůcek. Právě pomůcky patří mezi opatření terciální prevence úrazů.

V dokumentu Zdraví 21 v cíli 5 a dále v dílčím úkolu 5.2.4 se hovoří o tom, že by se měly vytvořit předpoklady pro rozvoj služeb, které zlepší funkční potenciál rizikových seniorů v pokročilém stáří, zejména aktivity prevence ergoterapie, fyzioterapie, rekondiční programy. Zahraniční autoři se zmiňují o tzv. sarkopenii, mezi jejíž rizikové faktory můžeme zařadit fyzickou neaktivitu či sedavý způsob života u seniorů v důsledku přidružených chorob. Jednou z podotázek bylo: Jak podporujete fyzickou kondici u seniorů, aby se předcházelo pádům? Cvičení zlepšuje rovnováhu, pohyblivost a ohebnost seniora i v případě, že je ze zdravotního hlediska senior ve velmi křehkém stavu. Ve všech třech domovech se proto snaží o **ranní cvičení**, tedy

o aktivizaci seniorů. Pomáhá tomu i fyzioterapie. Odborné rehabilitační služby bývají doplněny lékařskou prohlídkou. Fyzioterapeutky v domovech poradí i v oblasti používání pomůcek např. chodítka, hole, čtyřkolky. Rehabilitační péče se soustředí na programy chůze, rozsah pohybu, cvičení kloubů a ostatní aktivity, které udržují funkci a předcházejí nepříznivým komplikacím, jako je imobilizace.

Po diskusi bych chtěla navrhnout opatření pro jednotlivé domovy pro seniory. V Senior domě by měly nechat do výtahů namontovat sedátka. Dále by měla častěji probíhat edukace seniorů o možných rizicích úrazů.

V Centru Staroměstská by se měly místnosti označit symboly. Všechny pokoje by v rámci přestavby měly být bezbariérové. Dále by bylo vhodné do budoucna přestavět sprchové kouty tak, aby senior nemusel zvedat nohy. Přípojné elektrické kabely by se měly dát odborným pracovníkem instalovat chrániče elektrického proudu. Na chodbu lze případně pořídit madla se správnou výškou a designem a dále nechat zřídit místnost pro kuřáky. Kuřáci musí chodit kouřit ven, což v zimním období není určitě příjemné a hrozí riziko uklouznutí na namrzlém povrchu. Také by úseková sestra měla edukovat seniory o možných rizicích pádu, upozornit je na správnou obuv a napomoci orientaci v prostoru.

V Domově Hvízdal bych doporučovala umístit pohybové senzory pro celonoční osvětlení na WC. Jinak zde mají odpovídající opatření ke snižování rizika úrazů.

Pro zkoumané domovy pro seniory, ale i všeobecně bych jako opatření spatřovala, aby osvětlení společných prostor a pokojů seniorů bylo odpovídající. V určitých místech, jako je okolí lůžka, cesta z lůžka do koupelny a na toaletu, by bylo vhodné umístit pohybový senzor pro osvětlení. Na chodbách by neměly být umísťovány zbytečné věci. Jako příklad bych uvedla vozíky s prádlem, jídlem nebo léky. Pro seniory, kteří nemají chodítka, lze pak umístit židle na chodbách, jelikož se mohou unavit chůzí dlouhou chodbou. Lůžka seniorů by se mohla nechat v nejnižší poloze. Matrace by měly být dostatečně pevné, aby umožňovaly bezpečné přesouvání na lůžko. Při pořizování nákupu lůžek je také nezbytné dbát na to, aby nová lůžka měla postranice, dobrý systém brzd koleček u lůžek, jako je kombinace brzdy pohybu i natáčení kolečka. Vhodné by také byly protiskluzové pásky, umístěné pod kolečka lůžka. Domovy by mohly pořizovat takové výstražné systémy k lůžkům seniorů, které budou dostatečně hlasité, budou mít zabudované časové zpoždění a budou jednoduché na používání. Do koupelen seniorů by se měly nainstalovat termostatické baterie. Vedoucí pracovníci by měli identifikovat a klasifikovat problémy, poskytovat

relevantní informace podřízeným zaměstnancům, jak mohou poznat nebezpečné zařízení a pomůcky a jak se chovat při takovém zjištění. Je důležité předávat informace o klientech písemnou i ústní formou v dokumentaci. Sestry by měly pravidelně kontrolovat vhodnou obuv seniorů a pomůcky používané seniory a upozorňovat údržbu na případné nedostatky.

Co se týče problémů snížení mobility seniorů, v rámci různých fyzioterapeutických cvičení by jistě přispělo ke zvýšení pohyblivosti jednotlivých seniorů používání rehabilitačních gymnastických pomůcek, jako jsou gymnastické míče, balanční čocky, či bosu. Dále by bylo možné zvážit cvičení SM systému k podpoře aktivizace páteře a svalové hmoty u seniorů v méně pokročilém věku.

Jak vyplývá z výše uvedených odstavců, každý domov pro seniory může jistě vylepšit bezpečnost ve prospěch snižování rizika úrazů. Domnívám se, že jako další vhodný krok ke zlepšení opatření ke snižování rizika úrazů seniorů by proto byla participace na výměně zkušeností mezi jednotlivými domovy pro seniory. Z tohoto hlediska by bylo vhodné zjišťovat, nakolik se jednotlivá, již používaná opatření osvědčila, nakolik byla taková opatření úspěšná k prevenci, zda by bylo možné opatření, používaná v jednom domově, aplikovat v domově druhém a naopak. Samozřejmě by bylo nezbytné při takové činnosti mít na paměti, pro jaké klienty domovy preventivní opatření přijímají. Nelze paušalizovat účinnost jednotlivých preventivních opatření pouze s ohledem na četnost pádů, do úvahy proto musí přijít věk klienta, zdravotní komplikace, jimiž trpí a která se mohou s přibývajícím věkem vyvinout s ohledem na jeho fyzickou kondici, ale také psychický stav. Realizace různých setkávání je však problematická, zejména s ohledem na přetíženost zdravotních pracovníků v domovech pro seniory a neustálou kontrolu a připravenost zakročit v případě, že se zdravotní stav zhorší. Jednou z možností by byly různé semináře, pořádané v souvislosti s obdobnými výzkumy, jako je tento. Jejich cílem by bylo právě seznámení zdravotního personálu s vývojem preventivních opatření, jejich vhodností, přednostmi a nedostatky a celkově s praxí obdobných institucí, poskytujících služby pro seniory, tedy domovů pro seniory.

Dalším faktorem, který může prevenci úrazů ovlivňovat, je ekonomické hledisko. Tedy z jakých zdrojů a kolik finančních prostředků mají domovy k dispozici, z nichž mohou čerpat dané prostředky. Vliv na to má počet a druh zdravotních pomůcek, které domovy potřebují pro jednotlivé klienty a také, které pomůcky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, popřípadě jak vysoký příspěvek je možné získat pro jejich pořízení. Zdravotní pomůcky však představují pouze určité procento prostředků

k zabránění pádu. Jak bylo již uvedeno několikrát dříve, důležitá jsou různá madla, odstraňování prahů, sedátka a podobně. Proto jsem toho názoru, že výsledky mého výzkumu mohou nepřímo ovlivňovat rozpočet jednotlivých domovů na hrazení nákladů, které vznikají při implementaci preventivních opatření k zabránění pádů. Možným důvodem může být i otázka, kdo, respektive která organizační jednotka státu či jiná právnická osoba je zřizovatelem domova. Z tohoto důvodu by bylo vhodné přistupovat k hodnocení jejich postupů s ohledem na taková specifika. Tato otázka sice není předmětem výzkumu, přesto by se na ni nemělo zapomínat, zejména proto, že může způsobit negativní korelace výsledků výzkumu.

6 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda ve vybraných domovech pro seniory existují opatření ve vztahu k prevenci úrazů. V teoretické části jsem se zaměřila na možná rizika úrazů a dále pak na opatření, která je nutná přijmout v rámci prevence úrazů. Na základě nastudované literatury jsem si vytvořila přehled možných úrazů.

Cíl diplomové práce byl splněn. Výzkumem bylo zjištěno, že v domovech existují opatření ve vztahu k prevenci úrazů. Mezi nejvíce rizikové úrazy v domovech pro seniory patřily pády. Výzkumem bylo zjištěno, že v domovech pro seniory žádné jiné možné úrazy neřešili. Pády se staly z různých příčin. Nejvíce uváděné byly pády zakopnutím, přeceňováním svých sil, pády spojené s demencí a nestabilitou seniora. Mezi nejdůležitější opatření patří v rámci primární a sekundární prevence edukace seniorů při příjmu do domova pro seniory a pak vždy po pádu seniora. Dále jsou seniorovi poskytnuty kompenzační pomůcky v rámci terciární prevence. Výzkumem bylo zjištěno, že domovy pro seniory přijímají mnoho opatření proti úrazům. Z hlavních a nejdůležitějších opatření bych zmínila úklid společných prostor, bezbariérové úpravy pokojů, zábradlí podél schodiště, dostupné výtahy se sedátkem uvnitř, madla a úchytky v koupelnách a WC, osvětlená schodiště a chodby, signalizační zařízení u lůžek klientů. Dále lze za pozitivní pokládat i starání se o údržbu tolik potřebných kompenzačních pomůcek. Ve zkoumaných domovech se nezaměřují jen na prevenci proti pádu, ale i na prevenci proti otravám jak léky, tak chemikáliemi a dále na prevenci proti vzniku depresí.

V souladu s dokumentem Zdraví 21 bylo přijato mnoho opatření, která se promítla kladně do života seniorů v domovech pro seniory. Domovy pro seniory prošly modernizací včetně vnitřního vybavení. Na zlepšení podmínek má určitě vliv i personál v domovech pro seniory. Zaměstnanci přistupují k seniorům profesionálně, což se projevuje ve schopnosti správně a včas provádět preventivní opatření a tím i eliminovat úrazy.

I když v naší společnosti jsou ekonomické podmínky limitujícím faktorem při zavádění jakýchkoliv změn v sociální péči, zřizovatelé domovů pro seniory vycházejí vstřícně požadavkům a potřebám lidí v seniorském věku a snaží se vylepšovat životní prostředí pro klienty těchto domovů pro seniory.

Jako doporučení pro praxi bych přesto chtěla zmínit, aby se i nadále vylepšovalo bydlení seniorů včetně bezbariérových úprav v okolí domovů. Je důležité, aby

zaměstnanci komunikovali mezi sebou a předávali si informace o měnícím se zdravotním stavu seniorů. Snažit se i nadále udržovat mobilitu seniorů pomocí fyzioterapie, pomocí aktivizačních programů je taktéž velmi důležité. Pro lepší bezpečnost na přechodu pro chodce, ale i na chodníku bych doporučila nákup reflexních pásek na rukávy seniorů. Také by byla vhodná spolupráce a informovanost mezi domovy pro seniory. Měly by si předávat zkušenosti a přinášet nové podněty ke zlepšení prevence.

Z výsledků výzkumu jsem dospěla k závěru, že společenským přínosem mé práce je porovnání jednotlivých domovů se zaměřením na přístup domovů k opatřením pro prevenci úrazů, jejich vybavení, informovanost klientů domovů o opatřeních a soustavná práce s klienty. Dále bych v této práci viděla přínos pro jednotlivé domovy s ohledem na to, jakým způsobem probíhají jednotlivá opatření, jak jsou tato opatření naplňována a jakým způsobem se informují a edukují klienti domovů. Jednotlivé domovy mohou využít práci pro aplikaci vhodných opatření ve svých domovech a poučení se z případných chyb nebo nedokonalostí ve svých zařízeních. Dále jako doporučení bych ve všech domovech prosazovala po každém úrazu klienta seznámit s tímto úrazem všechny seniory v domově, aby si tito senioři opětovně uvědomili případná rizika a tím se neustále upozorňovali na možnosti vzniku těchto úrazů. Samozřejmě by mělo být seznámení klientů s průběhem a způsobem, jak došlo ke vzniku úrazu nebo pádu.

Možností, jak zkoumat úrazy seniorů a dospět k různým formám prevence úrazů, je provést výzkum u těch, kteří těmto úrazům čelili, právě u samotných seniorů. Formy prevence úrazů lze zkoumat komplexně s ohledem na to, jak byli senioři poučeni personálem domova, jaké byly výsledky s programem Cygnus nebo Preus a dále, jak se výsledky promítly do následných preventivních opatření. **Závěrem kvalitativního výzkumu je možné formulovat tuto hypotézu: v případě, že se seniorovi stane určitý úraz, se po přijetí opatření sekundární a terciární prevence riziko opakování tohoto úrazu minimalizuje natolik, že se stejný úraz nebude již opakovat.**

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Monografie

BENEŠOVÁ, Veronika et al., 2003. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 84 s. ISBN 80-239-2104-5.

BOLESLAV, Jiří, 2003. Problematika sebevražd v seniorské populaci. In: BENEŠOVÁ, V et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, s. 59 - 61. ISBN 80-239-2104-5.

BROŽ, Ludomír, 2003. Popáleninový úraz u seniorů. In: BENEŠOVÁ, V et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, s. 55 - 58. ISBN 80-239-2104-5.

DISMAN, Miroslav, 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

GLOSOVÁ, Dagmar, 2006. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: ERA. ISBN 80-7366-057-1.

GRIVNA, Michal, 2003. Epidemiologie a prevence úrazů seniorů. In: BENEŠOVÁ, Veronika et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, s. 17 - 28. ISBN 80-239-2104-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOŘÍN, Jaroslav, 2003. Starší člověk v silniční dopravě. In BENEŠOVÁ, V et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, s. 33 - 40. ISBN 80-239-2104-5.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK et al., Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5

JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-1715-9.

JURÁSKOVÁ, Dana, 2007. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. Praha: EuroProfis, 44 s. ISBN 978-80-239-8838-3.

KALVACH, Zdeněk et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. a.s. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Jaroslav, 2003. Úrazy ve stáří. In: BENEŠOVÁ, V et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, s. 9 - 16. ISBN 80-239-2104-5.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2008. Úvod do gerontologie a geriatric: Integrovaný text pro interdisciplinární studium I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 194 s. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KELNÁROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2010. *Psychologie 1. díl*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. a.s, 168 s. ISBN 978-80-247-3270-1.

KRAMÁŘOVÁ, Naděžda, 2000. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 46 s. ISBN 80-7040-442-6.

KREJČÍ, Milada, 2011. *Strategie výuky duševní hygieny: výchova ke zdraví ve škole*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, 256 s. ISBN 978-80-7394-262-5.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1997. *Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 124 s. ISBN 80-718-4486-1.

PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ, 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 189 s. ISBN 80-7262-363-X.

RAKOVCOVÁ, Helena, 2003. *Otravy seniorů a možnosti prevence*. In: BENEŠOVÁ, V et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, s. 46 - 54. ISBN 80-239-2104-5.

SVOBODOVÁ, Dita, 2008. *Prevence pádů a zranění pacienta/ klienta a jeho řešení*. 1. vyd. Praha: Česká asociace sester: Galén, 44 s. ISBN 978-80-7262-585-7.

ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 135 s. ISBN 80-717-8920-8.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

WEBER, Petr, 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 151s. ISBN 80-7013-314-7.

Článek v časopise

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

KORTEBEIN, P, Tb SYMONS a A, FERRANDO, 2008. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J.Gerontol.*, 63A, 10, 1076-1081.

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

Kolektiv autorů centra úrazové prevence, 2004. Úrazy seniorů, Aktuality v prevenci úrazů, Praha, č.1.s.1-5. ISSN 1213-2179.

Lee, JS, Aueung TW a Kwok T., 2007. Associated factors and health impact of sarcopenia in older chinese men and women. *A cross-sectional study: Gerontology*. 53/6, 166-172.

MERHAUTOVÁ, I., 2007. Ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Sestra*. Praha: roč. 17, č. 3 s. 11 ISSN 1210-0404.

POKORNÁ, A., 2010. Stereotypizace ve vnímání seniorů. *Ošetrovatelská péče*. Brno: č. 2, str. 5 ISSN 1213-2330.

Rolland, Y, Abellan Van Kan G a A Benetos, 2008. Frailty: osteoporosis and hip fracture. *J. Nutr Health Aging*. roč. 12, 319-330.

SVĚDÍKOVÁ, M., MENCLOVÁ, K., 2008. Komplexní péče o klienta v pobytovém zařízení sociálních služeb. *Sestra*. Praha: roč. 18, č. 4, s. 33 ISSN 1210-0404.

Tempus medicorum: Bencko. Olomouc: Česká lékařská komora, 2013, roč. 22, 4/2013. ISSN 1214-7524.

Informační letáky

JIHOČESKÝ KRAJ, *Pobytové sociální služby*. České Budějovice: Herbia s.r.o., 2008. 78 s.

Diplomové práce

MYSLIVCOVÁ, Markéta, 2013. *Rizikový plán v souvislosti s prevencí úrazů u klientů Domova Sv. Alžběty*, České Budějovice, Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Zimmelová Petra, PhD.

STRAKOVÁ, Dana, 2011. *Výživa a možnost výběru diety v domově pro seniory*. České Budějovice, Bakalářská práce. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Vojtová Petra, PhD.

Elektronické zdroje

Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO (01 0197). www.citace.com [online]. 2011, [cit. 2013-09-02]. Dostupné z: <http://www.citace.com/dokumenty.php>.

CAWTHON, PM a LM MARSHALL, 2007. Frailty in older men: prevalence, progression, and relationship with mortality. *J Am Geriatr Soc*. DOI: 55: 1216-23.

Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice p.o. [Http://www.staromestska.cz/](http://www.staromestska.cz/) [online]. České Budějovice, CSS Staroměstská © 2013 [cit. 2013-11-24]. Dostupné z: <http://www.staromestska.cz/>.

Cygnus. [Iscygnus.cz](http://www.iscygnus.cz) [online]. 2013. vyd. Brno, 2013 [cit. 2013-11-07]. Dostupné z: <http://www.iscygnus.cz/>.

Domov pro seniory Hvízdal. *Domovproseniory-hvizdal* [online]. 1. 1. 2007. 2007, 2013 [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: <http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/index.htm>.

LARSON, Link a Thomas F. BERGMANN, 2008. Taking on the fall: The etiology and prevention of falls in the elderly. *Clinical Chiropractic*. roč. 11, č. 3, s. 148-154. DOI: 10.1016/j.clch.2008.06.001.

LEE, JS, AUEUNG TW a KWOK T., 2007. Associated factors and health impact of sarcopenia in older chinese men and women. *A cross-sectional study: Gerontology*, 53/6, 166-172.

MCINNES, Elizabeth, Kate SEERS a Liz TUTTON, 2011. Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. roč. 67, č. 12, s. 2525-2536. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05707.x.

Ministerstvo práce a sociálních věcí: MPSV. *www.mpsv.cz: mpsv* [online]. 1. vyd. MPSV ČR, 2011, 14. 1 .2011 [cit. 2013-09-28]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

Mzcr. *Mzcr* [online]. 2013, Poslední úprava: 23. 07. 2013 [cit. 2013-09-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_8092_2956_1.html.

Ortoservis. *Ortoservis* [online]. 2005 [cit. 2013-09-02]. Dostupné z: http://www.ortoservis.cz/http://www.ortoservis.cz/pages/o_nas/o_nas.php.

Policie ČR. *Policie ČR* [<http://www.policie.cz/clanek/cyklisti-653047.aspx>]. 2010, 2010 [cit. 2013-10-06]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/cyklisti-653047.aspx>.

Policie ČR. *Policie ČR* [<http://www.policie.cz/clanek/rady-policie-cr-a-inf>]. 2010, 2010 [cit. 2013-10-06]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/rady-policie-cr-a-informace-o-prevenci-143872.aspx>.

Policie ČR. *Policie ČR* [<http://www.policie.cz/clanek/ridici-622097.aspx>]. 2010, 2010 [cit. 2013-10-06]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/ridici-622097.aspx>.

Prezentace statistických dat o násilí pачaném na starých lidech v ČR [oline]. Poslední aktualizace 22. 1. 2001 [cit. 2013-09-5]. Dostupné

z:http://www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/2001/01_01/senior.html.

Program ZDRAVÍ 21. *Mzcr* [online]. 20. vyd. 2008, Poslední úprava: 20. 01. 2008, 14:04 [cit. 2013-09-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

ROGMANS, Wim., 2001. Prevention of fall injuries among senior citizens in the European Union. *Injury Control & Safety Promotion*. roč. 8, č. 2, s. 99-106.

ROLLAND, Y, ABELLAN VAN KAN G a A BENETOS, 2008. Frailty: osteoporosis and hip fracture. *J. Nutr Health Aging*. roč. 12, 319-330.

ROLLAND, Y, R CZERWINSKI a ABELLAN VAN KAN G., 2008. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. *J. Nutr Health Aging*. roč. 12, 433-50.

Senior dům Soběslav. [Http://www.seniorsobeslav.cz/](http://www.seniorsobeslav.cz/) [online]. © 2010 Senior dům Soběslav, 2010 [cit. 2013-11-24]. Dostupné z: <http://www.seniorsobeslav.cz/>.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [Http://www.mpsv.cz/cs/9](http://www.mpsv.cz/cs/9) [online]. 2011, Poslední aktualizace: 14. 1. 2011 [cit. 2013-09-01]. Dostupné z: [mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).

Státní zdravotní ústav. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha, 2012, 7. leden 2012 [cit. 2013-10-06]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace>.

TOPINKOVÁ, Eva, 2008. Aging: disability and frailty. *Ann Nutr. Metab.* 52 (Suppl 1), s. 6-11.

Trauma ve stáří [online]. Poslední aktualizace 10. 6. 2001 [citováno 8. 1. 2007]. Dostupné z: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0501/med0516.html>.

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové:

www.zshk.cz [online]. 2013. vyd. Hradec Králové, 2013, 2013-10-06 [cit. 2013-10-06].

Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>.

8 SEZNAM ZKRATEK

BMI – body mass index

DpS - domov pro seniory

EEG - elektroencefalografie

EKG – elektrokardografie

g – gram

JCR - Joint Commission Resources

kg – kilogram

mg – miligram

MPSVČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České Republiky

MVČR – Ministerstvo vnitra České Republiky

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České Republiky

SZU - Státní zdravotní ústav

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

9 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Vnitřní rizikové faktory

Tabulka č. 2 Vnější rizikové faktory

Tabulka č. 3 Screeningový test na určení rizika pádu

Tabulka č. 4 Deset efektivních strategií pro prevenci úrazů

Tabulka č. 5 Výsledky z pozorování

Tabulka č. 6 Opatření k prevenci úrazů

Tabulka č. 7 Pravidelná kontrola pomůcek

Tabulka č. 8 Rizikový plán

Tabulka č. 9 Počet a charakter úrazů za poslední 3 roky

Tabulka č. 10 Pády se zraněním

Tabulka č. 11 Pády za roky 2011 - 2013

Tabulka č. 12 Časový interval hodnocení stavu a forma

Tabulka č. 13 Podpora fyzické kondice a prevence pádů

Tabulka č. 14 Porovnání pádů

10 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Pomůcky kompenzační a rehabilitační

Příloha č. 2 – Test instrumentálních a všedních činností

Příloha č. 3 – Barthelův test

Příloha č. 4 – Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost

Příloha č. 5 – Vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby

Příloha č. 6 – Záznam o průběhu adaptace

Příloha č. 7 – Hodnocení rizika pádu

Příloha č. 8 – Hodnocení rizika dekubitů

Příloha č. 9 - Neuromentální index

Příloha č. 10 – Nutriční dotazník



Chodítko PEVNÉ

Jednoduchá a pevná konstrukce. Chodítko určené zejména pro pohyb v interiéru. Chodítko je vybaveno pryžovými protiskluzovými násadci na nožkách a jeho výšku lze nastavit dle potřeb uživatele v rozsahu 78 – 96 cm. Chodítko je skládací.

Chodítko tříkolové IDEÁL

Skládací tříkolové chodítko s brzdami s možností aretace v zabržděné poloze. Je doplněno praktickou odnímatelnou nákupní taškou. Madla jsou výškově stavitelná v rozsahu 82 až 98 cm. Pro přepravu lze chodítko jednoduše složit. Chodítko je možno použít v interiéru i exteriéru.



Chodítko čtyřkolové ROLLATOR

Chodítko je vybaveno brzdami s možností aretace v zabržděné poloze, sedákem s odnímatelným transportním táckem a nákupním košíkem. Zabržděné chodítko lze použít k odpočinku. Chodítko je skládací a rukojeti jsou výškově stavitelné v rozsahu 79 až 100 cm.

Příloha č. 1



Chodítko STABILO

Chodítko s podpurnou deskou, vhodné pro nácvič chůze, ale především pro pohyb osob se sníženou stabilitou. Chodítko je možno použít nejen v interiéru, ale i na kvalitním povrchu venku. Podpurná deska je výškově stavitelná v rozmezí 90 až 142 cm. Délkově nastavitelné jsou také rukojeti s madly.

Berle předloketní FD 93

Berle i hole slouží k odlehčení zátěže dolních končetin, případně ke zvýšení stability uživatele. Hůl postačí k zajištění stability u osob, které mají dostatečnou sílu v zápěstí.



Protiskluzový násadec

Násadce zajišťující lepší adhezi berle nebo hole na sněhu a ledu. Lze jej nainstalovat na jakoukoliv berli či hůl. Má 5 kovových hrotů. V případě nepotřeby jej lze přiklopit vzhůru podél berle.

Zdroj: ortoservis, on line