

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Rizikové faktory ohrožující člověka v období sénia

Bakalářská práce

Vedoucí práce
PhDr. Šatrová Helena

2009

Autor
Petra Tesařová

Abstract:**Risk factors endangering a man in his old age**

The old age is the last developmental stage of the human life. Nevertheless, it represents also a period of life in which the all-round development of the human personality should continue. The old age time is close-knit with the presence of various pathological findings and illnesses. An ill old human being can be handicapped both physically and mentally, but besides that even in the social and economical sphere. The senior then gradually loses his self-sufficiency and becomes dependant on some other person.

In my work, I concentrated myself on risk factors endangering the man in his old age time. I divided these risk factors in physical, mental, social, economical risks and in a special risk of falls. The aim of my work was to find out what kind of risk factors the seniors feel as heavy and how the dynamics disorders affect the life of seniors. In my work, I determined three hypotheses. The first hypothesis is that the seniors feel the physical factors as heavy, the second hypothesis was that the dynamics disorders cause subsequently their isolation from the society, and the third one was that the seniors are not sufficiently informed about the precaution of falls and possible following complications.

For working out my bachelor work, I used the method of questioning investigation and concentrated myself especially on investigation of risks and circumstances of falls. 118 respondents - seniors of the town of Písek made the enquiry team. I evaluated the data collected through the questioning investigation from the point of view of their frequency and determined their percentage. Subsequently, I worked these data into graphs. The results of the investigation confirmed the first and the second stated hypothesis. ("Seniors feel physical risk factors as heavy"). The third hypothesis ("Seniors are not enough informed about the precaution of falls and possible complications") could not be either overcome nor confirmed. Though by this investigation it was found out, that a slight majority of seniors is informed about the precaution of falls and following complications, nevertheless, from the results of the

investigation it followed, that the seniors are interested in these information only after they themselves have made a negative experience with a fall.

The investigation I have realized inspires and motivates me to be engaged in these problems also in the future and to use the gained results in my everyday work. Following up with the realized investigation, I am prepared to analyze some further connections with the falls of seniors in detail. I will organize professional seminars for workers in this branch and meetings with seniors aiming at the problems of the precaution of falls. Thus I would like to contribute to the improvement of seniors' life in their far from easy period of time.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Rizikové faktory ohrožující člověka v období senia*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.5.2009

.....
podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Šatrové Heleně za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při psaní této práce. Ráda bych také poděkovala své rodině za trpělivost, kterou se mnou měla. Zvláštní poděkování patří všem seniorům za ochotu zúčastnit se průzkumu, čímž umožnili, aby tato práce vůbec vznikla.

Obsah

Úvod	5
1. Současný stav	6
1.1 Demografická situace	6
1.1.1 Definice stáří	6
1.1.2 Stáří a nemoc	7
1.1.3 Rozdělení stáří	7
1.1.4 Funkční různorodost seniorů	8
1.2 Somatické rizikové faktory ve stáří	9
1.2.1 Změny pohybového systému ve stáří	9
1.2.1.1 Osteoporóza	10
1.2.2 Změny kardiopulmonálního systému ve stáří	10
1.2.3 Změny trávicího systému ve stáří	11
1.2.4 Změny pohlavních orgánů a vylučovacího systému ve stáří	12
1.2.5 Změny kožního systému ve stáří	12
1.2.6 Změny nervového systému ve stáří	12
1.2.7 Změny smyslových orgánů ve stáří	13
1.2.8 Specifická somatická rizika ve stáří	13
1.2.8.1 Poruchy výživy ve stáří	13
1.2.8.2 Dehydratace	14
1.2.8.3 Dekubitus, proleženiny, otlaky	15
1.2.8.4 Bolest u seniorů	16

1.2.8.5 Riziko imobilizačního syndromu	17
1.3 Psychické rizikové faktory ve stáří	17
1.3.1 Fyziologické změny psychiky	18
1.3.2 Psychické poruchy ve stáří	18
1.3.2.1 Porucha nálady	18
1.3.2.2 Strach ze smrti	19
1.3.2.3 Poruchy spánku	19
1.3.3 Delirium	19
1.3.4 Syndrom demence	20
1.3.5 Smysluplnost života	20
1.4 Sociální rizikové faktory ve stáří	21
1.4.1 Vztah senior a rodina	21
1.4.2 Osamělí senioři	21
1.4.3 Pobyt seniora v nemocnici	22
1.4.4 Modernizace a senior	22
1.4.5 Nalézání nových vztahů	23
1.4.6 Problematika špatného zacházení se seniory	23
1.4.7 Sociální izolace	24
1.5 Ekonomické rizikové faktory ve stáří	24
1.5.1 Zdravotní péče	25
1.5.2 Důchodové zabezpečení	25
1.5.3 Pomoc obcí	25
1.5.4 Příspěvek na péči	26

1.5.5 Nájemné a výdaje za domácnost	26
1.5.6 Zajištění kompenzačních pomůcek	26
1.5.7 Vybavení bytů seniorů	27
1.5.8 Problematika regulačních poplatků	27
1.6 Pády jako specifický ohrožující faktor	28
1.6.1 Pády z vnitřních příčin	29
1.6.2 Pády ze zevních a situačních příčin	29
1.6.3 Somatické následky pádu	29
1.6.4 Psychické následky pádu	30
1.6.5 Sociální důsledky pádu	30
1.6.6 Ekonomické dopady pádu	31
1.6.7 Identifikace rizikových faktorů pádů	32
1.6.8 Prevence pádu	32
1.6.9 Ošetřovatelská intervence při pádu	33
1.7 Společnost při snižování rizik spojených se stárnutím	33
1.7.1 Programy přípravy na stárnutí	34
1.7.2 Zákon o sociálních službách	34
2. Cíle práce a hypotézy	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Hypotézy	36
3. Metodika	37
3.1 Použité metody	37
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	37

4. Výsledky	38
5. Diskuse	53
6. Závěr	62
7. Seznam použitých zdrojů	63
8. Klíčová slova	66
9. Přílohy	67

Úvod

O délce a kvalitě lidského života rozhoduje mnoho faktorů. Rozhodující je genetická výbava, ale také způsob života. Zatímco genetickou výbavu ovlivnit nemůžeme, způsob života lze vhodně uspořádat, a to jak individuálně, tak celospolečensky, abychom pozitivně ovlivnili délku lidského života a kvalitu ve stáří. Není pochyb o tom, že světová populace stárne. Lidé se dožívají vyššího věku a současně klesá počet narozených dětí. V České republice do skupiny seniorů patří asi 1,5 milionu obyvatel. Výhled do roku 2030 je 2,5 milionu a v roce 2050 by měl počet seniorů překročit hranici 3 milionů.

V souvislosti se stárnoucí populací je možné hovořit o celospolečenské starosti o to, jak zajistit každému starému člověku základní a důstojné materiální předpoklady pro kvalitní dožívání stáří a jak zajistit dostupnou a kvalitní péči o nemocné a nesoběstačné seniory.

Období sénia je těsně spjata s přítomností nejrozumnějších patologických nálezů a chorob. Nemocný starý člověk může být postižen tělesně, duševně, ale také v sociální a ekonomické sféře. S věkem dochází fyziologicky také ke změnám, které mohou zvyšovat náchylnost k pádům. Úlohou sestry či pečujících osob je pomáhat člověku se ve všech těchto oblastech orientovat.

Pracuji již devět let jako sestra v Prácheňském sanatoriu - sanatoriu pro seniory, nejprve jako vrchní sestra, nyní jako metodik ošetrovatelské péče. Ze své zkušenosti vím, že staří lidé jsou různorodí a každý potřebuje individuální přístup. Co mají všichni společné je potřeba a právo být milován, informován, vyslechnut a respektován stejně jako kdokoliv jiný. Pro seniory je velmi důležitý pocit bezpečí, užitečnosti, ale mají také potřebu někomu něco dát, potřebu se seberealizovat a rozvíjet vlastní osobnost. Starý člověk potřebuje mít smysl života.

A toto byl také důvod k vybrání tématu mé bakalářské práce. Zajímalo mě, jaké rizikové faktory vnímají senioři jako závažné a jakým způsobem ovlivňují poruchy hybnosti život seniorů.

1. Současný stav

*„Nikdo není tak starý, aby nemohl beze studu doufat ještě v jeden den“
(L.A.Seneca)*

1.1 Demografická situace

Podíl stárnoucí generace má trvale vzestupnou tendenci. V současnosti tvoří staří lidé 15-20 % evropské populace a tento počet se má ještě zvýšit během příštích padesáti let na 25-30 %. V české republice do skupiny seniorů patří asi 1,5 milionu obyvatel. Výhled do roku 2030 je 2,5 milionu a v roce 2050 by měl počet seniorů překročit hranici 3 milionů. Snižuje se celková úmrtnost, dochází k prodlužování lidského věku. Starých lidí přibývá rychleji, než přibývá celkové populace.(6)

1.1.1 Definice stáří

Samo stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, poklesových, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Z medicínského hlediska hovoříme o involučním úbytku potenciálu zdraví. Často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností, mírou involuce). Mnozí jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým (progerickým) dojmem. (5)

V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Často se však o věku 65-74 let (někdy dokonce 65-79 let) hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75-80 let. Za dlouhověkost se považuje věk 90 a více let, i zde však dochází k posunu až k hranici 100 let. Příčinou posouvání hranic stáří do vyššího věku je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu.(5)

1.1.2 Stáří a nemoc

Pojmy stáří a choroba nelze v žádném případě ztotožňovat. Zdraví není pouze stavem bez obtěžující nemoci, ale ve stáří k němu neodlučně patří i soběstačnost, nebo naopak závislost, a věku přiměřená fyzická, psychická i sociální aktivita. S tím těsně souvisí pocit subjektivní spokojenosti se sebou samým. (26)

Přirozené stáří je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí, které na jedince působí v průběhu celého života. Stáří se týká sféry somatické, psychologické, sociální i ekonomické. Všechny tyto oblasti se prolínají, vzájemně ovlivňují a vytváří celkový obraz stáří člověka.(21)

1.1.3 Rozdělení stáří

Stáří lze rozdělit na stáří kalendářní, sociální a biologické. **Kalendářní** stáří je jednoznačně vymezitelné, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. V 18.století rozčlenil A.Haller, zakladatel novodobé fyziologie, lidský život na 9 fází, v němž stáří bylo od 63 let a výše.E.B.Hurlocková v polovině 20 století označila stáří za 60 a více let.Tuto hranici akceptovala i v 60 letech Světová zdravotnická organizace či OSN. Stárnutí, časně stáří, senescence 60-74 let, 75-89 let vlastní stáří, kmetství, senium, 90 a více let dlouhověkost, patriarchium.V kontextu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu ve stáří navrhla v 60.letech B.L.Neugartenová pojmy mladí senioři pro věk 55-74 let a starší senioři pro 75 a více let.

Současné orientační členění je odvozeno od B.L.Neugartenové. Mladí senioři 65-74 let, problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace. Staří senioři 75-84 let, problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti. Velmi staří senioři 85 let a více, problematika soběstačnosti a zabezpečení.

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace.

Stáří **biologické** je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince.(4)

1.1.4 Funkční různorodost seniorů

Heterogenita seniorské populace je velmi výrazná, týká se i funkční zdatnosti. Je velmi důležité, že uspokojivá kvalita života, autonomie, smysluplnost i další priority souvisejí s vyššími úrovněmi výkonnosti. V ošetrovatelském procesu je proto třeba bránit poklesu pacienta na nižší úroveň funkční zdatnosti a naopak důsledně usilovat o její zachování či zlepšení rehabilitačními a rekondičními postupy. Z ošetrovatelského hlediska je užitečné rozlišovat kategorie seniorů.(5)

Zdatní (fit) seniori jsou ti, kteří si bez ohledu na svůj věk udržují velmi dobrou zdatnost, vykonávají fyzicky náročné činnosti a zvládají dobře i náročnější zdravotnické výkony, např.rehabilitace po operacích na pohybovém aparátu u nich probíhá rychle při potřebné svalové síle.

Nezávislí seniori zvládají dobře aktivity každodenního života a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější podporu rodiny, sousedů ani pečovatelské služby (zvládají nákupy, vedení domácnosti atd) Tito lidé však selhávají při situacích přinášejících neobvyklou zátěž (těžší horečnatá onemocnění, pooperační stavy). V domácím prostředí vyžadují intervenci v období mimořádné zátěže, při ústavním ošetřování zvláštní opatření nevyžadují. (6)

Křehcí (frail) seniori jsou zvýšeně ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu (např. recidivy srdečního selhání) či funkčního stavu (pády), náhlou nezabezpečeností (neschopnost vstát po pádu, neschopnost zajistit nákup), kteří nevládají zátěžové situace (např. rozvoj delirantního stavu při akutním onemocnění či při změně prostředí), kteří potřebují trvalou pomoc při náročnějších činnostech každodenního života. V domácím prostředí vyžadují ošetrovatelskou dispenzarizaci s intervencemi, často monitorování pomocí systémů tísňové péče, v ústavní péči zvýšený dohled s prevencí a zvládáním imobilizačního syndromu či delirantních stavů,

při propuštění do domácího prostředí obvykle aktivizaci terénních služeb či instruování rodiny.(26)

Závislí senioři zčásti či zcela nezvládají ani běžné sebeobslužné činnosti, kteří z tělesných či duševních důvodů vyžadují pomoc při jedení, mytí, oblékání, při používání toalety, při přesouvání z lůžka do křesla a zpět.

Zcela závislí senioři jsou dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžku, popř. mají hrubé kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí, takže vyžadují aktivní zajištění antidekubitálního režimu, hydratace, výživy. U těchto nemocných hrozí rozvoj imobilizačního syndromu.

Umírající senioři mají specifické potřeby komplexní paliativní péče (5,6,26)

1.2 Somatické rizikové faktory ve stáří

Biologické stárnutí označuje změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Změny postihují tělesné tkáně a orgány, avšak neprobíhají u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem. Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí a pokles biologickým adaptačních mechanismů. (4)

1.2.1 Změny pohybového systému ve stáří

Výška těla se snižuje, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají, ubývá kostní hmoty. Vazivo se stává méně pružné, chrupavky tuhnou, zejména v kloubech. Ubývá svalové hmoty a dochází k poklesu svalové síly. Zpomaluje se rychlost nervových vzruchů a to způsobuje zhoršení řízení svalové práce. Pohyby starých lidí jsou pomalejší, kosti řídnou a stávají se křehčími, přibývá riziko úrazu a následně fraktur. Páteř se více ohýbá a starý člověk se hrbí, to je způsobeno především atrofií meziobratlových plotének a ochabováním kosterních svalů. Klesá tak jejich pružnost, rychlost a síla svalových stažení.

Naproti tomu činnost hladkých svalů, které jsou převážně součástí vnitřních orgánů, plní svou funkci až do vysokého věku. Není tomu tak u hladkého svalstva cév, to se věkem rapidně nemění, ale ke změnám přispívá především životní styl stravování a pohybu. V cévách dochází k ukládání tukových látek a vápníku. Postupně dochází k jejich zužování s následnou nedokrevností příslušné části organismu. Nejvíce jsou postiženy věčité tepny dolních končetin a mozkové tepny. (4,7)

1.2.1.1 Osteoporóza

Senilní osteoporóza je systémové kostní onemocnění charakterizované nízkou kostní hmotou a poruchou kostní tkáně, která vede ke zvýšení lomivosti kostí a tím rizika kostní zlomeniny. Výskyt osteoporózy vzrůstá věkem. Vlivem stárnutí dochází ke snížení pohlavních hormonů, k mírnému zvyšování hladiny parathormonu, klesá příjem vápníku potravou a klesá hladina vitamínu D. Všechny tyto faktory vedou k úbytku kostní hmoty. Obecné rizikové faktory pro rozvoj osteoporózy je věk, ženské pohlaví, nízká hmotnost, pozitivní rodinná anamnéza, časná menopauza, nízká fyzická aktivita, nízký příjem kalcia, kouření, etylismus.

Základním vyšetřením na stanovení diagnózy je anamnéza, fyzikální vyšetření, RTG skeletu, biochemické vyšetření a vyšetření kostních markerů. Jako další je vyšetření kostní denzity pomocí denziometrie. Toto vyšetření je doporučováno všude tam, kde výsledky mohou ovlivnit léčbu. Mělo by být prováděno jako preventivní vyšetření u žen v 65 letech a u žen s rizikovými faktory již v 60 letech. Průběh senilní osteoporózy může být různý. Může probíhat bez příznaků a naopak může být provázena nesnesitelnými bolestmi, které velmi ovlivňují kvalitu života seniora. (4,23)

1.2.2 Změny kardiopulmonálního systému ve stáří

Funkce plic se snižuje, starý člověk přijímá z prostředí méně kyslíku, protože pohyby hrudního koše jsou menší. Klesá vitální kapacita plic. Srdce přečerpává menší množství krve, a tím dochází ke sníženému průtoku krve ostatními důležitými orgány,

nejvíce se to projevuje v ledvinách. Stěna cév se stává nepružnou a je tenčí, dochází ke kornatění cév s důsledky na celý organismus. Výrazné je snížení elasticity tkání, s tím jsou spojeny změny množství kolagenu. Ve stáří často dochází k plicnímu emfyzému. To má za následek zvětšení alveolárních prostorů. (3)

Dalším problémem v cévním řečišti je snížení elasticity cév. Hovoří se o pružnickové hypertenzi, která je charakterizována vyšším systolickým tlakem, hodnota tlaku diastolického je normální. Tepny se zvětšují a prodlužují, ale klesá jejich pružnost, a tím je narušena regulace krevního tlaku. Levá srdeční komora má menší výkonnost a dochází k levostrannému srdečnímu selhávání při zvýšené zátěži. Srdce nedokáže zvládnout stávající nápor, a tak se zhoršuje stávající výkonnost, která se neprojevuje na zvýšené tepové frekvenci, ale na plicní dušnosti, kterou mnozí jedinci přisuzují zhoršování výkonnosti plic. Klesá také výkonnost řasinkového epitelu v plicních cestách, která způsobuje častější výskyt infekcí dýchacích cest. Srdeční chlopně neplní svou funkci, ochabují a nedokážou se adaptovat na zvýšenou zátěž. Člověk začíná být při zvýšené námaze dušný a neví proč. (4,7)

Převodní srdeční systém, speciální buňky srdeční svaloviny, které jsou schopny tvorby vzruchů a jejich vedení, byl vždy připraven regulovat změny vnějšího prostředí, ve stáří zaniká. Tento systém je ovlivňován vegetativním nervstem, sympatikus srdeční rytmus zrychluje, parasympatikus zpomaluje. Srdeční chlopně zaznamenávají změny, které způsobují ukládání vápníku do chlopní, a tím zamezují kvalitnímu průtoku krve.(4)

1.2.3 Změny trávicího systému ve stáří

Snižuje se množství trávicích šťáv, potrava se pomaleji rozkládá a vstřebává. Játra a slinivka břišní jsou méně výkonné. Snížená svalová síla zapříčiňuje pokles tlustého střeva, což se projevuje chronickou zácpou a bývá to i příčinou bolesti v bederní oblasti páteře. (6)

1.2.4 Změny pohlavních orgánů a vylučovacího systému ve stáří

Velmi častá je močová inkontinence, která může mít řadu příčin. Může být příznakem vážnější nemoci, rakoviny, diabetu, mozkové příhody, Parkinsonovy nemoci, nebo překážka v odtoku moče, či pouze infekce. U mužů se takto může ohlásit zvětšení prostaty nebo jiná její porucha. V každém případě by o inkontinenci měl být informován lékař. Mnoho lidí se za tuto poruchu stydí. Někteří si myslí, že potíže, které mají, jsou nevyhnutelnými průvodními jevy stárnutí. To zdaleka není pravda. Léčení může být jednoduché, užívání antibiotik k likvidaci infekce nebo nácvik cvičení k posílení svalů, které ovládají močení. Léčba může být i operační, ale existuje také mnoho kompenzačních pomůcek, v případě, že léčba nebyla zcela úspěšná. (3)

1.2.5 Změny kožního systému ve stáří

Kůže ztrácí pružnost a ztenčuje se. Tvoří se vrásky, vlasy šedivějí a řídnou. Kožní turgor je snížený. Objevuje se zvýšená pigmentace, kožní barvivo se ukládá do určitých okrsků kůže a způsobuje zhnědnutí, nebo naopak pigmentace v určitých částech chybí. (4)

1.2.6 Změny nervového systému ve stáří

Snižuje se rovnoměrně počet neuronů. Výrazný projev stárnutí je v ukládání lipofusinu, nahnědlého pigmentu, který vzniká z tuků. Hromadí se hlavně v nervových buňkách, ale také v játrech a svalech. Dochází k biochemickým změnám v neuronech, které mají vliv na rychlost vedení vzruchů. Vznikají senilní plaky na obalech neuronů, které mohou způsobit demenci. Změny hlubokého cití se projevují poruchami chůze a rovnováhy. Klesá tvorba hormonů a obranného mechanismu. Zpomalují se regulační mechanismy, a tím se snižuje odolnost k zátěži a neschopnost adaptace na nové životní podmínky. Přibývají poruchy spánku, především délka a kvalita spánku. Hovoříme o

spánkové inverzi, kdy přes den senioři spí a v noci se budí, špatně usínají, mají pocity mělkého spánku a nevyspání. (23)

1.2.7 Změny smyslových orgánů ve stáří

Dochází ke zhoršenému vnímání signálů z okolí prostřednictvím smyslových orgánů. Zhoršuje se nejenom zrak a sluch, ale snižují se i chuťové, čichové a hmatové schopnosti. Ubývá i receptorů, které nám umožňují vnímat polohu a pohyb našeho těla, pocity síly, tlaku, tepla a chladu. To může mít za následek problém odhadnout vzdálenosti a teplotu předmětů v prostoru kolem nás. (3)

1.2.8 Specifická somatická rizika ve stáří

Velký zájem a soustředění při hodnocení zdravotního stavu seniorů se zabývá převážně chorobami ve stáří, jako jsou ateroskleróza, ischemické postižení mozku, osteoporóza, ischemická choroba srdeční, nebo Alzheimerova demence. Bohužel menší zájem je sledování jiných a také velmi častých zdravotních problémů, jakými jsou např. porucha výživy, proleženiny, dehydratace, bolest nebo imobilizační syndrom.

1.2.8.1 Poruchy výživy ve stáří

Poruchy výživy ve stáří jsou velmi časté. Podvýživa je významnější než obezita. Podvýživa (malnutrice) je stav, k němuž dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jejich spotřeba. Dochází k mylnému názoru, že senioři nepotřebují takový energetický příjem. Nemocný člověk vyšší věkové kategorie musí vyvinout daleko větší úsilí na námi běžné úkony a tím dochází k většímu energetickému výdeji. Příčiny malnutrice mohou být různé. Může to být jen defektem

chrupu, onemocnění dutiny ústní, kdy člověk není schopen přijímat potravu, psychickými poruchami, depresí, demencí, sníženou chutí k jídlu, či omezená hybnost.

Důsledek malnutrice může vést k letálnímu konci. V případě těžkého onemocnění převládá zvýšený katabolismus bílkovin, z buněk je vyplavován draslík, fosfor, hořčík, sodík je zadržován, zvyšuje se propustnost kapilár pro bílkoviny a objevují se otoky. Důsledkem malnutrice je poškození funkce řady orgánů. Typický vzhled podvyživeného člověka je vyhublý a zimomřivý. (4,26)

Existuje celá řada ukazatelů stavů výživy. Nejjednodušším ukazatelem je nutriční screening, kde se zjišťuje váhový úbytek za určité období, chuť k jídlu, množství přijímané stravy a jiné. V péči o výživu ve stáří je velmi důležitá spolupráce rodiny, ošetrovatelského týmu, lékařů. Nutriční podpora může probíhat nejprve formou sippingu, popíjení různých energetických doplňkových výživ, enterální výživou, nebo totální parenterální výživou, která vyžaduje již nemocniční pobyt.

Nemůže-li se senior najíst sám, je potřeba mu pomoci, dohlédnout na to, jak jí, nachystat jídlo, talíř, příbor či lžící tak, aby mohl lépe jíst sám, eventuálně jej krmit. Není-li schopen sníst celou porci najednou, je nutné ji rozdělit a podávat po částech. Strava by měla být chutná, přiměřené konzistence, přiměřeně teplá a esteticky upravená, podávaná v kulturním prostředí s respektováním zvyklostí a preferencí jednotlivých seniorů. (4,6)

1.2.8.2 Dehydratace

Ve stáří je dehydratace velmi častá. Průměrná denní spotřeba vody u zdravého jedince je 1,5-2,5 l. Toto stačí k náhradě ztrát vody, které činí celkem 2l-2,5 l. Ve stáří je organismus na změny vodního hospodářství mnohem citlivější, k dehydrataci dochází velmi snadno a rychle. Napomáhat tomu mohou některé léky. Nejčastější příčinou dehydratace u starých lidí je snížený pocit žízně a také strach z většího přísunu tekutin z obav z inkontinence, což souvisí s poruchou hybnosti. Známe několik druhů dehydratace. Literatury popisují dehydrataci hypertonickou, izotonickou a hypotonickou.(26)

K hypertonické dehydrataci dochází při nedostatku přísunu čisté vody, přičemž příjem sodíku je normální. Tato situace může nastat při zvracení, průjemce, horečce, nebo onemocnění ledvin. Terapie spočívá v podání tekutin chudých na elektrolyty.

Izotonická dehydratace znamená ztrátu vody i sodíku, při zachování normální osmolarity. Příčina může být také zvracení, ale i pítštle a vliv diuretik. Dochází tak k tachykardiím, nízkému tlaku a kolapsovým stavům. Terapeuticky je podáváno dostatek vody a soli.(6)

Při hypotonické dehydrataci dochází ke ztrátám vody a sodíky, ale ztráta sodíku převládá. Příčinou může být chronické onemocnění ledvin, dekompenzovaná cukrovka, nebo při velkých dávkách diuretik. Projevy jsou skoro stejné, jako u předešlých typů. Nemocní mají pít po malých dávkách a častěji.

Dehydratace se všeobecně projevuje v klinickém obraze oschlým jazykem, sníženým kožním turgorem i v laboratorním nálezu zvýšením hematokritu a močoviny v séru. Dále se projevuje například změnou psychického stavu, apatií, únavou či ospalostí. V některých případech může dojít k dezorientaci. Pacienti mívají bolesti hlavy, nestabilitu, časté pády a zhoršení základního onemocnění.

Důsledky dehydratace jsou mnohočetné. Malé množství moče při dehydrataci a malý průtok moče močovými cestami může způsobovat rozvoj infekce a vznik močových kamenů. Může docházet k zácpě, zhoršení cévního zásobení mozku a přímým důsledkem dehydratace může být i plicní embolizace. (3,6)

1.2.8.3 Dekubitus, proleženiny, otlaky

Jde o ischemické poškození tkáně vzniklé působením tlaku. Postihuje kůži, podkoží i hlubší vrstvy. Dekubitus se může vytvořit již za několik hodin. Na rozvoji dekubitů se podílejí vnější faktory, jako je tlak, vlhkost, tření a vnitřní jako je výživa, věk a omezená pohyblivost. (26)

Většina dekubitů se nachází zejména v dolní polovině těla, obvykle tam, kde je kůže nejtenčí. Nejčastěji nad křížovou kostí, kostrčí a na patách. Následně nad velkým trochanterem stehenní kosti, nad kotníky a nad pánevními prominencemi. V horní

polovině těla se vyskytují nejčastěji nad lopatkou, na rameni, nad kyfotickou páteří. Při nedostatečné péči mohou vznikat i na ušním boltci.

Samotným problémem, který nesouvisí s imobilitou, jsou dekubity na sliznicích např. při nasogastrické sondě, při zavedeném permanentním katéttru, nebo jen při nesprávné zubní protéze. Subjektivním příznakem počínajícího dekubitu je zejména bolest a místní znecitlivění. Rozlišujeme 4 stupně poškození kůže. (3,12)

Starší lidé jsou samozřejmě k tvorbě dekubitů nej náchylnější. Je to způsobené sníženou hybností, velmi často špatným stavem výživy, horším prokrvením a samozřejmě místními faktory jako jsou nedostatečná hygiena a vlhko. Dekubity mohou vznikat v terminálních stavech jako důsledek metabolického rozvratu, kdy jsou vyčerpány veškeré rezervy organismu. Jinak by dekubity vzniknout neměly. To znamená, že vznik dekubitů je vždy považován za nedostatečnou ošetrovatelskou péči. Proto je nejdůležitější prevence, která zahrnuje správnou výživu, dostatečnou hydrataci, včasnou mobilizaci, pravidelné polohování, udržování upraveného lůžka, správné hygieny a péče o inkontinenci. (12,26)

1.2.8.4 Bolest u seniorů

Bolest, zejména chronická je ve stáří velmi častá. Nejčastější příčinou bolesti bývají zlomeniny po prodělaném pádu, porušená kůže, osteoartritida, iktus, diabetická neuropatie, bolesti hlavy. Neléčená bolest může mít velký vliv na stav seniora a může způsobovat deprese, úzkost, nespavost, poruchy mobility, poruchy kognitivních funkcí a mnoho dalších potíží.

Bolest ale není normální součástí stárnutí. Hodnocení bolesti, či nalezení příčiny bolesti bývá mnohdy velmi složité a liší se od hodnocení bolesti mladších lidí. Obvykle je člověk schopen o své bolesti podat informace, ale pokud má poruchu kognitivních funkcí, může to být problém. Ve většině případů jsou lidé schopni popsat intenzitu bolesti pomocí speciálně vytvořené hodnotící škály. Člověk v těžkých stádiích demence a tehdy, pokud nedokáže sdělit své potřeby, ale potřebuje jiný přístup. Je nutné sledovat známky bolesti jako je pláč, sténání, křik, agresivitu, změny chování,

bolestivý výraz tváře i mračení. I když podávání analgetik je hlavní pilíř léčby bolesti, nefarmakologické intervence pomáhají snižovat psychologickou složku bolesti a tím zlepšují kvalitu jeho života.(8)

1.2.8.5 Riziko imobilizačního syndromu

Senioři, pokud jsou upoutáni k lůžku a nejsou schopni nebo se nemohou samostatně pohybovat, jsou ve větší míře vystaveni riziku imobilizačního syndromu. Jedná se o fyziologickou odpověď organismu na imobilitu a projevuje se různými poruchami řady orgánů. (22)

Staří lidé jsou v důsledku imobilizace ohroženi rychlým úbytkem svalové, ale i kostní hmoty, velmi snadno vznikají proleženiny. Dochází k zpomalení krevního oběhu se všemi důsledky včetně rizika trombózy a embolie. Dále je zhoršená mobilita zažívacího traktu, lidé trpí nechutenstvím a vzniká úporná zácpa. Může dojít k retenci moči a následnému zánětu močových cest, který mnohdy bývá pro seniory velmi závažný. V dýchacích cestách se působením dlouhodobého ležení hromadí sekret, který senior nemůže dostatečně odkašlávat a následně vzniká zápal plic. Proto je nutné seniory včas mobilizovat a co nejvíce aktivizovat k pohybu mimo lůžko. (4)

1.3 Psychické rizikové faktory ve stáří

Ideální stáří v relativně tělesném zdraví a při zachování duševní svěžesti, radosti a čilosti je dopřáno stále menšímu počtu jedinců. K závažnému problému patří duševní poruchy s úpadkem intelektu a paměti doprovázené nejrozličnějšími psychickými poruchami.(18)

Senior s duševním onemocněním je především člověk. Nikdy bychom neměli na něho pohlížet jako na diagnózu, nebo problém. Jeho potíže se vyskytují v některých oblastech jeho psychických funkcí a jsou pro něho a jeho okolí velkou zátěží.(10)

1.3.1 Fyziologické změny psychiky

Stáří je typické zpomalením osobního tempa a snížením intenzity reakcí. V emoční oblasti dochází naopak ke zvýšení lability a citlivosti, ke snížení emoční tolerance vůči různým podnětům, které často bývají jimi prožívány jako rušivé či ohrožující. Snižuje se vyrovnanost emočního prožívání, ale citové vztahy k lidem bývají hluboké a trvalé, nové se už tak snadno nenavazují.(24)

1.3.2 Psychické poruchy ve stáří

Poruchy chování ve stáří se většinou rozvíjí společně s poruchami kognitivních funkcí, respektivě s poruchami osobnosti. Mnohdy bývají poruchy chování nenápadné, ale jsou prvním příznakem, který budí pozornost. Mezi poruchy chování patří bludy, halucinace, úzkost.(18)

Psychiatrické onemocnění má významný sociální dopad. Mění sociální postavení člověka, dochází k invalidizaci, předčasné institucionalizaci, ztrátě soběstačnosti a nezávislosti na druhých, neschopnosti samostatného žití a bydlení. (17)

1.3.2.1 Porucha nálady

Člověk, u kterého se objeví porucha nálady, zejména deprese, mívá často již v anamnéze výskyt depresivních či subdepresivních epizod. Diagnóza depresivní nálady není vždy jednoduchá. Nemocný bývá často negativistický, obtížně komunikuje, odmítá stravu a tekutiny. Mnohdy bývá laiky považován za člověka unaveného, nebo trpícího nějakou tělesnou nemocí. Často bývá deprese přehlížena, ale toto onemocnění nám mohou signalizovat některé symptomy jako je lítost, únava, smutek, ztráta zájmu o jídlo, zhoršení spánku, narušení cirkadiálního rytmu, agitovanost, mohou se objevit také paranoidní příznaky. Depresivní člověk bývá nenápadný, velmi málo si stěžuje. Často zůstává deprese nerozpoznána a neléčena. (17)

1.3.2.2 Strach ze smrti

Umírání a smrt je jedno velké téma, ale především úděl člověka. Pro staré lidi je to jedna velká nejistota a obava. Mají strach, aby nebyli nikomu na obtíž, aby se netrápily, neměli bolesti a touží po něžné smrti ve spánku. Šťastně a spokojeně usnout, nic netušit, večer si lehnout a ráno už se neprobudit. Často si i na svůj pohřeb šetří, aby nepřidělali svým dětem starosti s placením pohřbu a byli důstojně pohřbeni. Se smrtí se v jejich věku setkávají velmi často. Odchází jim jejich vrstevníci a tak čekají a bojí se, kdy přijde řada taky na ně. Zatím co mladí lidé se obávají o život, že skončí příliš brzy, staří lidé se hlavně bojí způsobu smrti.

Smrt může být různá, smutná, tragická, tichá nebo dramatická. Ať je umírání a smrt jakákoliv, měla by být respektována jako sociální akt, jako velká událost, která se už se netýká jen zemřelého, ale také pozůstalých. (2)

1.3.2.3 Poruchy spánku

Poruchy spánku u seniorů bývají velmi časté. Nespavost neboli insomnie je definována jako subjektivně vnímaný relativní úbytek kvality nebo délky spánku. O nespavosti chronické mluvíme tehdy, pokud se tato porucha vyskytuje 3x a vícekrát týdně, a to po dobu několika týdnů. Příčiny mohou být somatické (bolest, dušnost, nykturie, kašel, syndrom neklidných nohou), psychogenní (konflikty, stres, úzkost, deprese, demence, psychotropní látky) dále nedostatek fyzické aktivity během dne, nevhodné prostředí, ale i vliv kofeinu a některých druhů léku. (23)

1.3.3 Delirium

Delirium je kvalitativní porucha vědomí ve smyslu jeho zastření či zúžení se zhoršenou schopností vnímat podněty ze zevního prostředí. Projevuje se dezorientací, iluzemi, halucinacemi, neschopností se soustředit, narušením spánkového rytmu a

změněnou psychomotorickou aktivitou. Senior nedokáže rozpoznat nevhodnost nebo nebezpečnost svého jednání a hrozí mu tím i poranění. Obvykle mívají amnézii.

Příčin vzniku deliria je mnoho. Nejčastěji to bývá z poruch vnitřního prostředí (dehydratace, selhání ledvin, porucha glukózové tolerance) onemocnění CNS (demence, trauma hlavy, CMP, TIA) akutní somatická onemocnění (šok, arytmie, srdeční selhání) somatický dyskomfort (bolestivé stavy, retence moče) psychogenní faktory (ztráta partnera, týrání, hospitalizace) ale i zdánlivě nevinné infekce (močových cest, pneumonie, kožního aparátu). (4)

1.3.4 Syndrom demence

Syndrom demence je jedna z nejzávažnějších a nejčastějších duševních poruch ve stáří. Být starý ale neznamená být dementní, jak si mnohdy lidé mylně představují. Syndrom demence postihuje poznávací funkce, intelekt, pozornost, poruchy myšlení a emotivity, poruchy chování, orientace, narušení spánku a může dojít až k výrazné degradaci osobnosti. Se ztrátou paměti ztrácí vše, co tvoří kontinuitu jejich osobnosti. To vše má za následek až úplnou ztrátu soběstačnosti a neschopnosti vykonávat běžné denní činnosti. Pokud je ovšem včas demence diagnostikována a léčena, lze průběh nemoci zpomalit. (11)

1.3.5 Smysluplnost života

Život lze smysluplně žít uskutečňováním hodnot v daném okamžiku. Uvědomme si, že úspěch a prožívání smysluplnosti života na straně jedné a na straně druhé neúspěch a zoufalství, nejsou vždy přímo úměrné. Existují lidé, kteří dosáhli toho, čeho si předsevzali, mají spoustu peněz, mají úspěch a obdiv, ale přesto nejsou šťastní. Naopak jsou lidé, kteří jsou dle společenské normy úplně neschopní, neúspěšní, a přesto jim radost září z očí a oni skutečně žijí maximálně smysluplným životem. (9,20)

1.4 Sociální rizikové faktory ve stáří

Aby člověk plně žil a rozvíjel svoje fyzické i psychické schopnosti, potřebuje nutně komunikaci s okolním světem. Rozhodující je také společenské klima, morálka, etické normy, společenské i rodinné tradice, podpora legislativní i ekonomická.(27)

1.4.1 Vztah senior a rodina

Nejbližším odrazem okolního světa je pro každého jedince vlastní rodina, poskytuje bezpečí a ochranu v každém věku. V případě nesoběstačnosti starého člověka znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina by měla zprostředkovávat starému nepohyblivému a nesoběstačnému člověku kontakt s okolním světem a bránit tak sociální izolaci. (21)

V současnosti se vytrácí ochota, ale i možnost se o seniora doma postarat. Rodinní příslušníci v dnešní době preferují soběstačnost, nezávislost a ekonomický zisk. Je snadnější zajistit svým rodičům domov důchodců nebo léčebnu dlouhodobě nemocných, než se každodenně starat o své rodiče a přizpůsobit život jim. Ale najdou se i ti, kteří se o své rodiče chtějí postarat, ale buď k tomu nemají dostatek finančních prostředků, nebo spíše nejsou schopni poskytnout odbornou péči. Jako například pečovat o seniora s demencí je opravdu hodně náročné a vyčerpávající. Taková rodina potřebuje pomoc a podporu společnosti. Existují zařízení, které umožní krátkodobý pobyt po dobu odpočinku, aby mohl načerpat sílu. Jsou i zařízení, tzv.denní stacionáře, kam lze své rodiče ráno přivést a odpoledne odvést. Problém ovšem je, že stále není dostatek takovýchto zařízení a hlavně je to prioritou spíše větších měst.(22,27)

1.4.2 Osamělí senioři

Starých osamělých lidí je stále více. Často se stává, že ani nechtějí nikam jít, chtějí do posledních chvil zůstat ve svém dosavadním bydlišti a nejsou schopni se sami

o sebe postarat. Mají problém v základních denních činnostech, jako je provedení osobní hygieny, oblékání, dojít si k lékaři, nejsou schopni si nakoupit, uvařit ani uklidit.

V tomto případě je velmi důležitá pomoc profesionálních agentur, které poskytují jak zdravotní, tak sociální péči. Neméně důležité je najít si svůj druhý denní program, aby netrpěli osamělostí a izolací. (1)

1.4.3 Pobyť seniora v nemocnici

Pobyť starého člověka v nemocnici je složitější než u člověka mladého. Rizika jsou ve stáří větší. Nese sebou rizika citová, smyslová, a psychická. Na jedné straně čeká pomoc a na druhé straně má strach z neznáma, z vyšetřování a kontaktu s mnoha cizími lidmi a hlavně má strach, že už se domů nikdy nevrátí. Pokud se člověk nemůže vyrovnat s nutnou hospitalizací, může se u něj projevit hospitalizmus.

Často ale dochází u starých osamělých lidí během hospitalizace k infantilizaci, závislosti na druhých, pasivitě, lítosti, neochotě se o sebe postarat a nechut' se vrátit do normálního předešlého života. Plně se hospitalizmus rozvíjí u člověka, kterému vyhovuje, že je o něj dobře postaráno. Později odmítá propuštění domů, akutně se zhorší jeho zdravotní stav a odchodu domů se obává. Buď s pohodlnosti, nebo z nejistoty, že to doma nezvládne. Nemocnice se pro něho stává domovem. (22)

1.4.4 Modernizace a senior

Na život starých lidí začínají působit velmi rychle technické změny a modernizace, na které nebyli zvyklí. Jsou to pro nás zdánlivé maličkosti, jako je používání platebních karet, mobilních telefonů, nakupování v supermarketech a používání počítačových systémů. Další je například vyplňování různých složitých tiskopisů a žádostí na úřadech, které dělají mnohdy problém i nám mladým. Často se stávají bezradní, vyřazení a opravdu nepoužitelní. (21)

1.4.5 Nalézání nových vztahů

Fáze životního osíření je konečnou vývojovou etapou manželství a závěru života. Člověk se na sklonku svého života ohlíží zpět a bilancuje ve vzpomínkách období radostných let i promarněných šancí. Vznikají i nové vztahy, pro mnoho lidí nepochopitelné a neschválené, ale přinášející nádherné dny plánování budoucnosti těm, kteří mají odvahu znovu tvořit. Vzpomínky na mládí sbližují prarodiče s vnoučaty. Krystalizují povahové rysy, objevují se jiné nároky na soužití. Převážná část starých lidí svůj pozitivní vztah k životu opírá jen o drobné radosti a malá sociální pohlazení.

Staří lidé sledují spěchající běh života a úspěchanost svých dětí a netroufají si je zdržovat. Prarodiče to odsuzuje k pocitu opuštěnosti a vede je to k myšlenkám, že stáří je k ničemu. Mladá generace by neměla zapomínat, že stáří čeká i je a že v této oblasti rodinných vztahů dávají svým dětem identifikační vzor. Nejde tolik o délku věnovaného času, ale o jeho kvalitu pro vytváření skutečných lidských vztahů, kde má místo láska, důvěra a trpělivost.(8)

1.4.6 Problematika špatného zacházení se seniory

Často se setkáváme v médiích s otázkou špatného zacházení s dětmi, ale málo se hovoří o tom, že fenomén špatného zacházení se netýká jen dětí. Opačný pól života je také obdobím citlivým, kdy člověk je závislý na pomoci a lásce ostatních. Většinou se za to staří lidé stydí a nechtějí to přiznat. Fakt, že se k němu děti nechovají tak jak by měly je jedním z největších debaklů jeho života. Je to selhání jeho snažení, cílů, představ a výchovy. Před ostatními se to často snaží utajit.

V literatuře se popisuje několik forem špatného zacházení se starými lidmi. Nejnapadnější forma je fyzické ubližování. Měli bychom na něj vždy pomýšlet při nevysvětlitelných pádech, poraněních, ranách na kůži, podlitinách, odřeninách či popáleninách. Znamky starých a nových poranění najednou by nám měly signalizovat, že je něco v nepořádku. (3)

K psychickému ubližování by nás mělo vést to, že si rodina nepřije a brání nám v rozhovoru se seniorem hlavně v soukromí. Starý člověk je jakoby stažený do sebe, úzkostný, depresivní. Je napadán slovně, vyhrožováním ale také ignorováním, zesměšňováním či podceňováním.

K ekonomické zneužívání dochází nejrůznějšími způsoby. Okrádáním o majetek či peníze. Většinou jsou to situace, že návštěva rodiny probíhá vždy v období, kdy dotyčný pobírá důchod. Na cenných předmětech své domácnosti staří lidé hodně lpí a je pozoruhodné, pokud tyto předměty ubývají.

Není bohužel také výjimkou, že dochází i sexuálnímu zneužívání, které prakticky postihuje výhradně ženy. Nejbanálnější, ale nejčastější forma špatného zacházení je zanedbávání. Může začínat jen nedostatkem pozornosti a dojít až k odepírání základních hygienických potřeb, potravy, tekutin i léků. Je to však pohled jednostranný. Péče o blízkého bývá někdy tak náročná, že je jen obtížné udržet příznivé klima v rodině, ale ke špatnému zacházení se seniorem by nikdy nemělo dojít. (1,3)

1.4.7 Sociální izolace

Sociální izolace je ztráta kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije. Senior je velmi závislý na společnosti, ve které žije a pro svůj život potřebuje společenské kontakty. Ztráta těchto kontaktů je velkým stresujícím faktorem a může vést dokonce až ke smrti. Do sociální izolace se může dostat osamocený starý člověk, ale i manželská dvojice, pokud žijí sami a neudrží kontakty s rodinou a okolím. Tato skupina lidí je velmi riziková a musí být pod trvalým dohledem zdravotnických či sociálních pracovníků. (2,7)

1.5 Ekonomické rizikové faktory ve stáří

V současné době je na prvním místě téma zdražování potravin, elektřiny, plynu, vody, surovin (uhlí), služeb, nájmu bytu, ve kterém senior bydlí. Nepředpokládané

výdaje – např. za různé opravy domácích spotřebičů. KOMPENZACE / VALORIZACE důchodu není vždy v takové míře (%-procentuální), jako je celkové zvýšení cen.

1.5.1 Zdravotní péče

V souvislosti se stářím je často řešeno téma zvýšených nákladů a problémů s financováním léčby seniorů. Převažuje myšlenka, že finance, které směřují ke starším občanům, jsou vysoké a zatěžují zdravotní pojišťovny. Zákonem je zaručena svobodná volba lékaře, zdravotnického zařízení a pojišťovny. Zdravotní péče je poskytována na základě povinného zdravotního pojištění. Za seniory zdravotní péči platí stát a tím garantuje právo na péči hrazenou pojišťovnou. (27)

1.5.2 Důchodové zabezpečení

Podle listiny základních práv a svobod mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří. Převážná většina osob vyššího věku je zabezpečena pobíráním starobního důchodu. Základní výměra je pevnou částkou, stejnou pro všechny důchody, procentní výměra, její výše je závislá na počtu let pojištění a výši příjmu. Nelze opomenout penzijní pojištění, ke kterému k současné době přistupují i mladší věkové kategorie.(27)

1.5.3 Pomoc obcí

Obce mohou poskytovat jednorázové peněžité dávky na úpravu bytu, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na zřízení telefonní stanice. Vše je ovšem závislé na stupni bezmocnosti.(27)

1.5.4 Příspěvek na péči

Na městském úřadě v místě trvalého bydliště na odboru sociálních věcí si může senior požádat o příspěvek na péči, z kterého lze hradit sociální pomoc, pokud ji vyžaduje. Příspěvek na péči náleží právnické nebo fyzické osobě, která žadateli poskytuje pomoc. O výši příspěvku na péči rozhoduje posudkový lékař na základě lékařské zprávy praktického lékaře žadatele a na základě šetření sociální pracovníce v místě bydliště žadatele. Výše příspěvku je stanovena podle stupně závislosti.

1.5.5 Nájemné a výdaje za domácnost

Rozdíl mezi platy a důchody se trvale zvyšuje a v nejbližších letech by mohlo dojít u domácností seniorů bydlících v bytech s regulovaným nájemným k dalšímu růstu nákladů na bydlení v rozsahu, který výrazně převyšuje valorizaci důchodů. Nejsou dosud jasná pravidla a rozsah zvýšení příspěvků na bydlení pro seniory, bydlící v nájemních bytech. Do problémů se dostává i část důchodců, kteří zprivatizovali komunální byty, neboť nedokáží pokrýt investice do rekonstrukce domů. (14)

Čeští senioři na tom nejsou ve srovnání s normální českou populací nijak dramaticky špatně a že vzhledem k oficiální hranici chudoby chudí nejsou. Staří lidé neinvestují velké prostředky do poměrně solidně vybavených domácností, necítí takovou potřebu jako mladí lidé kupovat nové věci. Pouze mizivé procento se stěhuje do ekonomicky dostupnějších bytů. Senioři jsou nadále podstatným zdrojem zejména dětem a také vnoučatům. Právě prarodiče se mnohdy finančně podílejí na vysokém životním standardu svých vnoučat. (14)

1.5.6 Zajištění kompenzačních pomůcek

Kompenzační pomůcky jsou takové prostředky, které kompenzují ztracené schopnosti, nebo dovednosti člověka. Kompenzační pomůcky jsou v každodenním životě používány lidmi, kteří pozbyli částečně nebo zcela dosavadní soběstačnost, a to z důvodu věku, nemoci nebo úrazu.

Některé pomůcky, především pro hygienu, lze předepsat a hradí je pojišťovna (např. nástavec na klozetovou mísu, zvedák do vany). Jsou uvedeny v číselníku VZP jako skupina 12 (spolu s pomůckami pro chůzi). Pomůcky pro chůzi zajišťují větší stabilitu, šetří klouby dolních končetin a při jejich ochrnutí přenášejí aktivitu na končetiny horní. Do této skupiny patří především hole, berle, chodítka. Kompenzační pomůcky pro zrakově a sluchově postižené (uvedené v číselníku jako skupina 14 a 15) zesilují informace přicházející přes postižený zrak nebo sluch anebo je nahrazují informací prostřednictvím jiného smyslu. Jiné pomůcky, které také slouží k základní soběstačnosti a sebeobsluze již hrazené nejsou, nebo nejsou schváleny zdravotní pojišťovnou. Proto si je musí senioři hradit v plné výši.

Málo kdo ví, že v případě, že pomůcka není hrazena zdravotními pojišťovnami, nebo je-li vysoký doplatek, můžete požádat na sociálním odboru městského úřadu v místě trvalého bydliště, nebo prostřednictvím nadace o jednorázový příspěvek na pořízení pomůcky, nebo úhrady doplatku. Neuspějete-li ani u nadací, můžete zkusit najít sponzora. Ten si může dar odečíst z daní. Jenže, málo který senior je schopen takovýchto kroků. (4)

1.5.7 Vybavení bytů seniorů

Při vybavení bytů se jedná o použití technických přístupů k dosažení rehabilitačních cílů, ať už jde o speciální nábytek nebo vlastní vybavení a úpravy bytu. Mnohdy byty neodpovídají požadavkům seniora, ať už se jedná o nevyhovující podlahovou krytinu, nebo nevyhovující sociální zařízení. Úprava bývá velmi nákladná a byt se může bez úpravy stát pro něho velmi nebezpečný.(14)

1.5.8 Problematika regulačních poplatků

Regulační poplatky byly zavedeny v roce 2007 novelizací zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dále proběhla novelizace k 1.8.2008 a k 1.4.2009. Z počátku byly

regulační poplatky vnímány velmi negativně a postupem času se zjistilo, že je nutná úprava jednotlivých částí zákona.

Senioři platí regulační poplatky ve výši 30 Kč při návštěvě praktického, ženského a zubního lékaře, dále u klinického psychologa a logopeda. Dále také za předepsaný lék na receptu. Částka 90 Kč je placena, pokud využijí pohotovostní služby poskytnuté zdravotnickým zařízením. Za každý den hospitalizace v nemocnici hradí 60 Kč.

Senior nemusí hradit tyto poplatky, pokud je nařízeno ochranné karanténní léčení z důvodu ochrany veřejného zdraví. Dále senior, kterému jsou poskytovány sociální služby v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, pokud u tohoto seniora po úhradě ubytování a stravování činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč, nebo pokud nemá žádný příjem.(28)

Změnu na úrovni krajů zaregistrovali senioři z Písku v tom, pokud v lékárnách a u lékaře podepíší darovací smlouvu, nemusí platit ani tam. Což si myslím, že se velmi ulevilo hlavně seniorům umístěným v zařízeních sociální péče, kde jim z důchodu zbývá po zaplacení ubytování stravování jen 15% důchodu ze zákona. Z toho by si měli platit za léky, návštěvy u lékaře a ještě další služby, které nejsou zahrnuty v ceně ubytování, jako je nutné oblečení, nebo základní hygienické potřeby.

1.6 Pády jako specifický ohrožující faktor

Problematika pádů je těsně spjata s poruchou hybnosti a představuje ve stáří veliký zdravotnický problém, který má závažné medicínské, sociální i ekonomické důsledky. Jejich příčina ve vyšším věku je převážně multifaktoriální v souvislosti s četnými vnitřními i zevními faktory. S věkem se zhoršuje funkce senzorického, centrálního i efektorového systému. Tyto fyziologické změny stárnutí orgánů přispívají ke vzniku pádů v případě dalších orgánových onemocnění nebo při nadměrných nárocích zevního prostředí.

Jako pád je definována změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí, může být doprovázena poruchou vědomí a zraněním. Pády jsou ve stáří časté a věkem jejich výskyt narůstá. (23)

1.6.1 Pády z vnitřních příčin

Pády z vnitřních příčin jsou zapříčiněné onemocněním vnitřních orgánů. Jedná se zejména o postižení kardiovaskulární jako je synkopa, ortostatická hypotenze. Neuromotorické poruchy způsobují poruchu chůze, svalovou slabost, Parkinsonovu chorobu. Z psychiatrických onemocnění zejména desorientace při demenci nebo depresivní syndrom. Osteoporóza, artróza patří do onemocnění pohybového aparátu a neméně časté jsou pády při poruše sluchu, vestibulárních funkcí i poruše vizu. (6)

1.6.2 Pády ze zevních a situačních příčin

Nevhodné vybavení bytu, špatné osvětlení, nevhodná kluzká podlaha, nebezpečí zakopnutí, špatně vybavená koupelna, nevhodná obuv, nevhodné oblečení, chybění vhodných pomůcek pro zlepšení bezpečnosti chůze. Část pádů vzniká při nebezpečných aktivitách, jako jsou práce ve výškách atd. – (6)

1.6.3 Somatické následky pádu

Somatické následky obzvláště opakovaných pádů mohou být velmi závažné. Může dojít k poranění, které se pro seniora stává velmi závažné a ohrožující. Mezi nejčastější poranění řadíme zlomeniny krčku stehenní kosti, Collesova zlomenina předloktí, nebo kompresivní zlomeniny obratlů. Může docházet i k popáleninám či opařeninám při pádu na nějaký tepelný zdroj, nebo polití horkou vodou. Velmi obávaný je subdurální hematom při pádu na hlavu, kde léčba bývá dlouhá a často komplikovaná. Jako podceňovaná a nevýznamná je brána kontuze měkkých tkání, je však velmi bolestivá a může být příčinou přechodné ztráty soběstačnosti.

Pokud zůstane senior ležet delší dobu v zaklíněné poloze a nemá sílu vstát, může mu také hrozit až kompartmentový syndrom či renální selhání. Mnohdy i starý soběstačný člověk není schopen vstát po náhodném pádu, je to velmi náročné na svalovou sílu a koordinaci. Zvláště ohrožené jsou obézní osoby, osoby s osteoartrózou nebo výraznou svalovou slabostí. (6)

Nejčastějším důvodem k hospitalizaci seniorů na úrazových odděleních bývají zlomeniny horního konce kosti stehenní. Tyto úrazy mnohem častěji postihují ženy, což je způsobeno postmenopauzální osteoporózou. Lékař, do jehož ordinace je zraněný dopraven, se nezdává dostávat do složité situace. Nelze se soustředit jen na samotný úraz, ale zranění starého člověka často vytváří komplexní problém, kde nemusí být na první pohled jasné, zda prvotní příčina patologického stavu je samo zranění nebo zda k němu došlo následkem jiného závažného onemocnění, jehož залечení musí dostat z hlediska přežití pacienta přednost. (16)

1.6.4 Psychické následky pádu

Nesmíme opomenout psychické trauma, úzkost a depresi člověka, který leží delší dobu, nemůže vstát a ani si přivolat pomoc.

Pacienti senioři vyžadují intenzivní ošetrovatelskou péči. Bývají nejen méně fyzicky zdatní a samostatní v sebeobsluze, ale také mnohem hůře snášející změnu prostředí a mají tendence ztrácet smysl života. Cítí se neužiteční, rezignují a očekávají konec života. (25)

1.6.5 Sociální důsledky pádu

Zvláště při opakovaných pádech omezují senioři své aktivity, nechtějí nikam chodit, raději zůstávají ve svém známém prostředí a sociálně se izolují. Strach z pádů ale předchází dalším pádům v budoucnosti. Opakované pády patří k nejčastějším příčinám umístění starého člověka v dlouhodobé, mnohdy trvalé ústavní péči.

Důležitá je spolupráce s rodinou, aby nedocházelo k sociální izolaci. Sestra zastává funkci jakéhosi poradce pacientů a příbuzných. Podává informace o možnostech další léčby a RHB, zajištění vhodných kompenzačních pomůcek, zajištění kontaktu se sociální pracovníci. Ošetřování starých lidí vyžaduje větší trpělivost, znalosti a zkušenosti po stránce péče psychické i fyzické.(26)

1.6.6 Ekonomické dopady pádu

Bezpečnosti pacienta a pádům je v nemocnicích a zařízeních věnována čím dál větší pozornost. Není divu, jejich výskyt je totiž jedním z indikátorů kvality péče. Sledování a prevence pádů je například jedním z kritérií požadovaných při získání akreditace v nemocnicích i v sociálních zařízeních.

Nejde jen o dobrou pověst zařízení. Pády pacientů totiž značně prodražují léčbu. To dokázala ve své studii „Pády pacientů – indikátor kvality péče“ Mgr. Dana Jurásková, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze. Z jejího projektu, který probíhal v letech 2002–2003 a 2005, vyplynulo, že ekonomické následky pádů dosahují astronomických výšek. Vyšetření a léčba pacienta zraněného při pádu vyjde nemocnici v průměru na 10 tisíc korun. Celkové náklady na provedení RTG a srdeční a mozkové činnosti po pádu a ošetření a šití ran včetně prodlouženého pobytu v nemocnici se podle ní vyšplhaly až na částku 4,3 milionu korun. (16).

Terapeutická rozvaha musí být důkladnější a zodpovědnější a brát v úvahu přidružené choroby, biologický věk, fyzickou a psychickou zdatnost. Léčení bývá zpravidla delší a vleklejší. Organismus pacienta nereaguje hbitě na danou terapii, nastávají komplikace, recidivy, mnohdy přechází do chronického stádia a tím je vynakládáno větší množství finančních prostředků na léčbu.

1.6.7 Identifikace rizikových faktorů pádů

Východisko je v identifikaci rizikových skupin seniorů, stanovení rizikových činností a rizikových míst, které by mohly způsobovat pády. Pacienti jsou potom poučeni a více sledováni.

Riziková skupina seniorů jsou lidé osamělí, s poruchou hybnosti, psychiatricky léčeni, epileptici, lidé s organickým poškozením mozku, osoby léčené farmaky ovlivňujícími pozornost, nebo s nevyváženým příjmem léků.

Riziková místa jsou koupelny, schody, nerovné povrchy podlah, nevhodná lůžka, kuchyně a všechna místa, kde se zachází s topením

Rizikové činnosti jsou vaření, manipulace s horkými tekutinami, koupele a pohyb v koupelně (opaření při koupeli, vypouštění pračky, uklouznutí po mokrému povrchu), opravy přístrojů a montážní práce, práce ve výšce s použitím žebříku, židle, nábytku.(23)

1.6.8 Prevence pádu

Primární prevence obsahuje hlavně pohybovou aktivitu, lehké cvičení jako výcvik rovnováhy, svalové síly, pohyblivost kloubů. Jako další je bezpečné a předvídatelné prostředí, úprava domácnosti, odstranění rizikových míst, jako jsou prahy, koberce, změna osvětlení, zábradlí, madla k wc. Nutné je používání obuvi vhodné velikosti s pevnou patou a protiskluzovou podrážkou, používání vhodného a pohodlného oblečení. Mezi další primární prevenci patří používání kompenzačních a ochranných pomůcek.

Sekundární prevence je v dostupnosti signalizačního zařízení, telefonu v blízkosti pro nouzové volání, účinná rekonvalescence, rehabilitace a předcházení dalších možných komplikací spojených s omezenou hybností.

1.6.9 Ošetrovatelská intervence při pádu

Z ošetrovatelského hlediska pokud dojde k pádu je potřeba zjistit, zda nedošlo k nějakému poranění. Pokud vykazuje známky zranění, je potřeba zajistit lékařské vyšetření. Pokud nejsou zjevné známky zranění, je senior sledován, aby nedošlo k nečekaným komplikacím.

Dále je potřeba zjistit příčinu proč senior upadl. Příčin může být mnoho. Zaměřuje se na celkový stav seniora, zda u něho neprobíhá nějaké akutní onemocnění, zda nemá horečku, dehydrataci, nebo malnutrici. Kontroluje TK a P, stav mobility, bolest, psychický stav a poruchy zraku. Důležité je vyhodnocení, zda šlo o pád izolovaný, nebo je to pád již opakovaný. Zajímá se o problémy plynoucí z prostředí, které mohou urychlit či zapříčinit pád do budoucna. Sestra zakončí intervenci zápisem do dokumentace, vyplněním protokolu o pádu a mimořádné situaci.

1.7 Společnost při snižování rizik spojených se stárnutím

Předpokladem zdravého a úspěšného stáří je trvalé udržování činného a tvůrčího života. Je potřeba se snažit o zachování fyzické, ale i psychické aktivity. I stárnoucí člověk je schopen tvůrčí práce. Prožitek vlastního věku je rozhodujícím způsobem formován už v mladším věku. A to osobními zájmy, celkovým kulturním ovzduším a zdravým životním stylem. Prevenci negativních důsledků stáří a podporu aktivního stáří pomáhají zajišťovat univerzity třetího věku, svépomocné skupiny, sociální služby nebo programy podpory zdraví ve stáří.(18)

Stáří lidé nejsou jen bezbranní, na něž jsou páčány trestné činy, ne vždy mají majetkové problémy spojeny s duševním onemocněním, ne všichni mají výrazné zdravotní problémy a handicap. Pozornost médií a propagace zdravého životního stylu by měla být nenásilně a kreativně směřována do programů pro mládež, aby se pomalu zužovala propast mezi mladou generací a generací seniorů. (13)

1.7.1 Programy přípravy na stárnutí

V posledních letech se stále častěji hovoří o tom, že by měl každý občan pečovat o své zdraví a nést za něj plnou odpovědnost. Tento přístup se týká i procesu stárnutí. Každý člověk by měl být schopen přijmout existenci svého stáří a měl by přiměřenými aktivitami udržovat svou praktickou soběstačnost. K tomu, aby člověk věděl, jak to má udělat, vznikl velkorysý program **Zdravě stárnout v Evropě** a jeho varianta **Stárnout zdravě v České republice**. Oba dokumenty byly vydány pražským Gerontologickým centrem v Praze- Kobyliších. (1)

Dne 9. Ledna 2008 vláda schválila **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012**, která je rámcovou strategií vyplývající z programového prohlášení vlády – „Zvláštní pozornost věnovat zvýšení kvality života seniorů“. Pravidelné každoroční monitorování plnění programu a zapojením Rady do jeho monitorování a plnění vytváří předpoklady pro efektivnější řešení problémů v oblastech aktivního stárnutí, prostředí a komunity vstřícné ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpory rodiny a pečovatелů, podpory participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.(15)

1.7.2 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách zabezpečuje základní rámec k zajištění potřebné pomoci a podpory. Jedná se o takové spektrum činností, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života, které odpovídají současné úrovni rozvoje společnosti. Tento právní předpis vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc osobám, které se nalézají v nepříznivé sociální situaci. Jsou taktéž vymezena práva a povinnosti obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb.

Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jeho předcházení.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.

Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. A to zejména formou pobytových, ambulantních, nebo terénních služeb.(4,29)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, které rizikové faktory vnímají senioři jako závažné

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem ovlivňují poruchy hybnosti život seniorů

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Senioři vnímají jako závažné tělesné rizikové faktory

Hypotéza 2: Poruchy hybnosti u seniorů vedou k jejich izolaci od společnosti

Hypotéza 3: Senioři nejsou dostatečně informováni o prevenci pádů a možných komplikacích

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro bakalářskou práci bylo použito kvantitativního výzkumu, formou anonymního dotazníku (Příloha 1). Jednotlivé dotazníky byly určeny seniorům. Dotazník byl sestaven z 28 otázek, bylo použito jak otázek uzavřených, tak polootevřených i otevřených. Techniku dotazníku jsem zvolila z důvodu možnosti získání velkého množství informací v relativně krátkém čase. Veškeré poznatky získané vyhodnocením dotazníků, které jsou součástí mé bakalářské práce, jsou shrnuty a porovnány s poznatky z odborné literatury týkající se problematiky stáří a seniorské populace. Výsledky odpovědí z dotazníků byly vyhodnoceny formou grafů.

V úvodních otázkách dotazníku byly zjišťovány informace o pohlaví, věku a místě bydliště. Dále jsem zjišťovala, jaké rizikové faktory vnímají senioři jako závažné a z jakých mají největší obavy a zda jim nějakým způsobem ovlivňují kvalitu jejich života. Další otázky jsem směřovala na oblast pohyblivosti seniora a jakým způsobem ovlivňují poruchy hybnosti život seniora a zda vedou k izolaci od společnosti. Další část otázek byla směřována na specifické riziko pádu, zda měli v posledním roce nějaký pád a za jakých okolností k tomu došlo. V závěrečné části dotazníku se vyskytují dotazy, zda jsou informováni o prevenci pádu a možných komplikací s ním spojené a zda respondenti mají zájem o edukaci spojenou s pády.

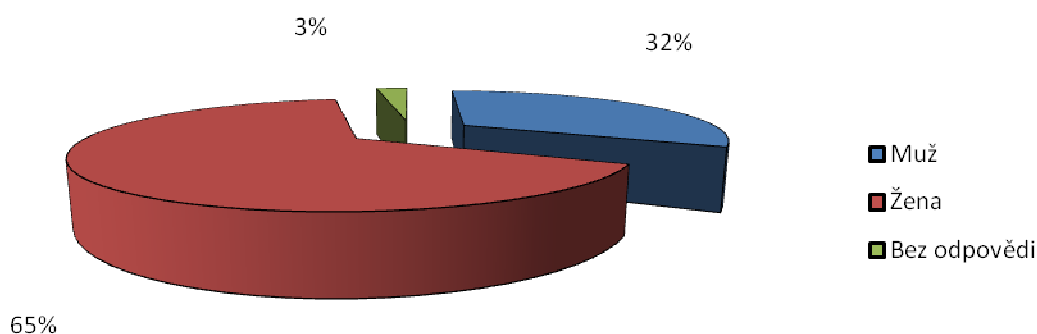
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný vzorek tvořili senioři z města Písku, část byla rozdána v domovech pro seniory a část u praktických lékařů a část náhodným výběrem seniorů. Dotazníků bylo rozdáno celkem 130, přičemž správně vyplněných se mi vrátilo 118 dotazníků. Výzkumný soubor byl tedy tvořen 118 respondenty (100%).

4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů

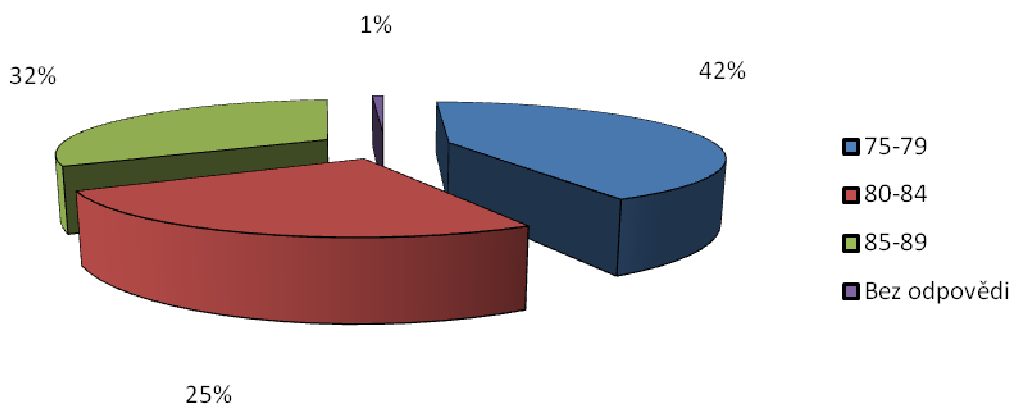
Četnost odpovědí podle pohlaví respondentů



Z celkového počtu 118 respondentů- 77 z nich jsou ženy, které tvoří 65%, 38 je mužů, což odpovídá 32%. 2% tvoří 3 respondenti, kteří na otázku neodpověděli.

Graf 2 věk respondentů

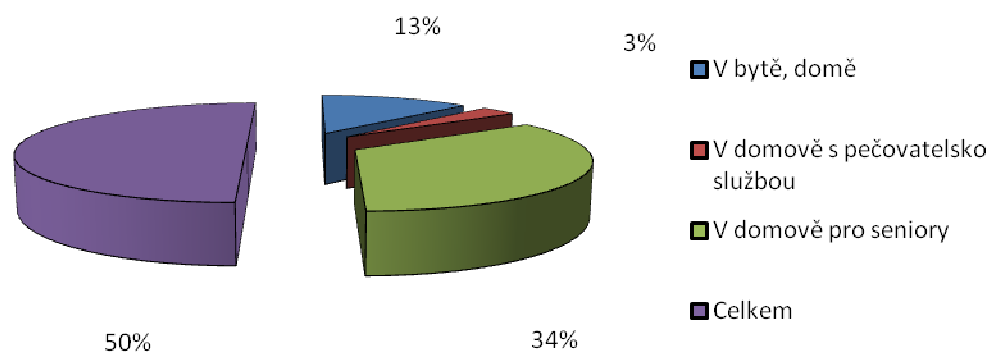
Četnost odpovědí podle věku respondentů



50 z respondentů má 75-79 let. Ti se na celkové struktuře podílejí 42%. 29 z nich má 80-84 let (25%). 38 respondentů má 85-89 let,(32%). Jeden z respondentů na otázku neodpověděl a tvoří tak zbývajících jedno procento.

Graf 3 Bydliště

Četnost odpovědí podle způsobu bydlení

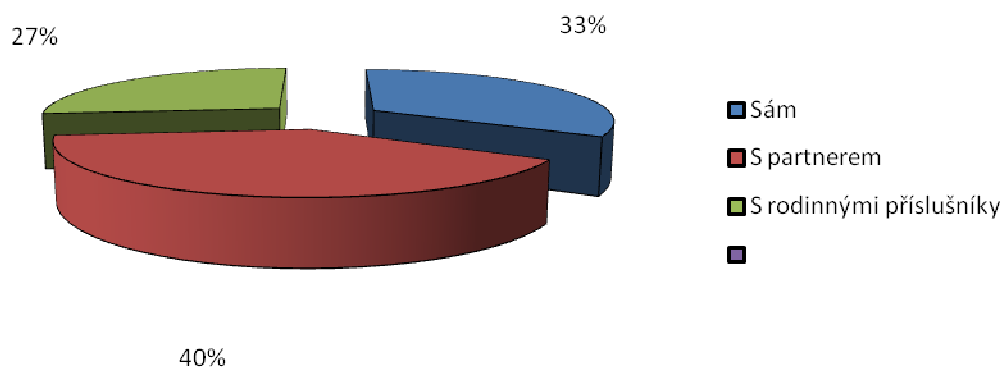


Z odpovědí vyplývá, že 30 z respondentů (25% z celkového počtu) bydlí v bytě nebo domě, 7 z nich v domově s pečovatelskou službou (to je 6% z celkového počtu), 81 respondentů bydlí v domově pro seniory (69%).

Následující otázka se vztahuje jen k těm, kteří v otázce č. 3 zaškrtnuli, že bydlí v domě nebo v bytě.

Graf 4

Četnost odpovědí podle způsobu soužití

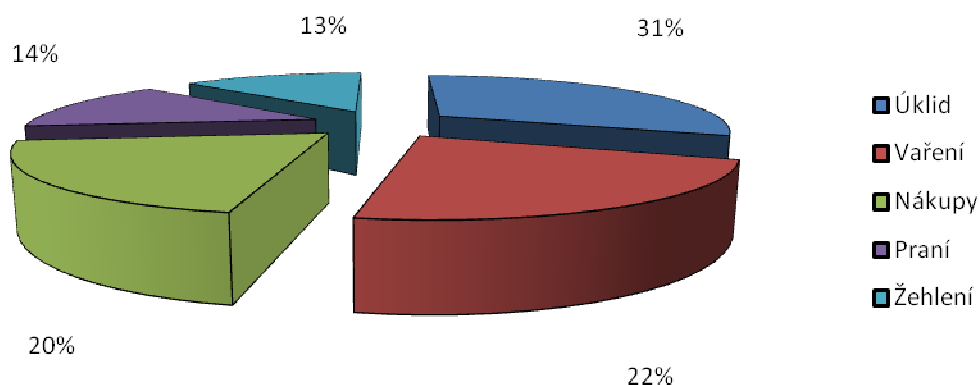


Způsob soužití, 10 respondentů bydlí doma sami (33% z celkového počtu skupiny respondentů, co bydlí v bytě nebo domě), 12 z nich žije s partnerem (40%) a 8 s rodinnými příslušníky (27%).

:

Graf 5

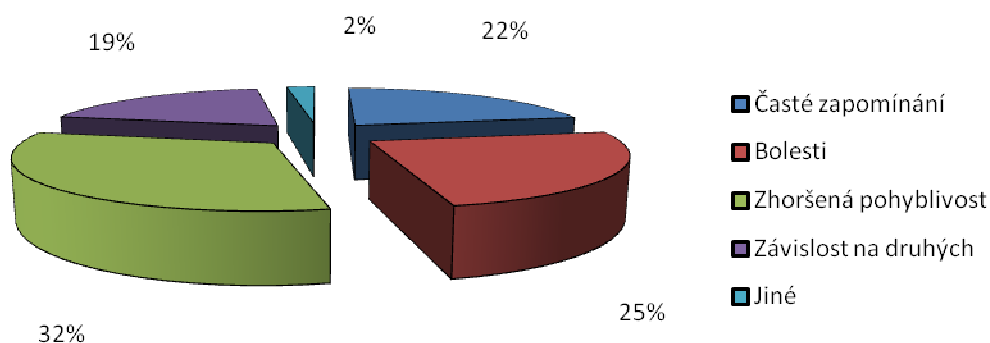
Četnost odpovědí podle domácích činností respondentů



Čtyřiceti respondentům (31%) nedělá větší problémy úklid, dvaceti devíti (22%) nedělá problémy vaření, dvacet šest (20%) si zvládne nakoupit, 18 (14%) si bez větších problémů vypere a 17 (13%) zvládne žehlení.

Graf 6

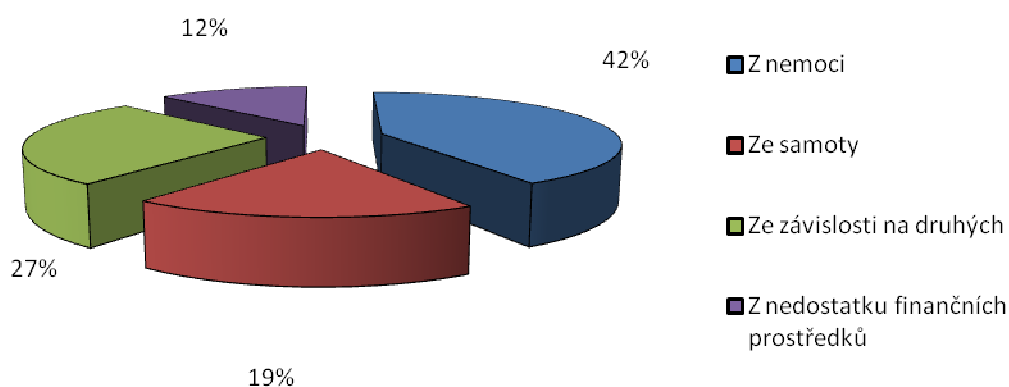
Četnost odpovědí podle změn ve stáří respondentů



Z grafu vyplývá, že pro 48 respondentů je největším problémem časté zapomínání (pro 22%), pro 53 jsou největším problémem bolesti (24%), 69 z nich nejvíc trápí zhoršená pohyblivost (33%), 42 nejvíc vadí závislost na druhých (19%) a pět z nich považuje za největší potíže něco jiného (2%). Další problémy, které někteří respondenti uvedli jako ty, co je na stáří nejvíce obtěžují: Inkontinence moči (2x), třes (1x), zhoršené dýchání (1x), zlomeniny a časté pobyty v nemocnici (1x).

Graf 7

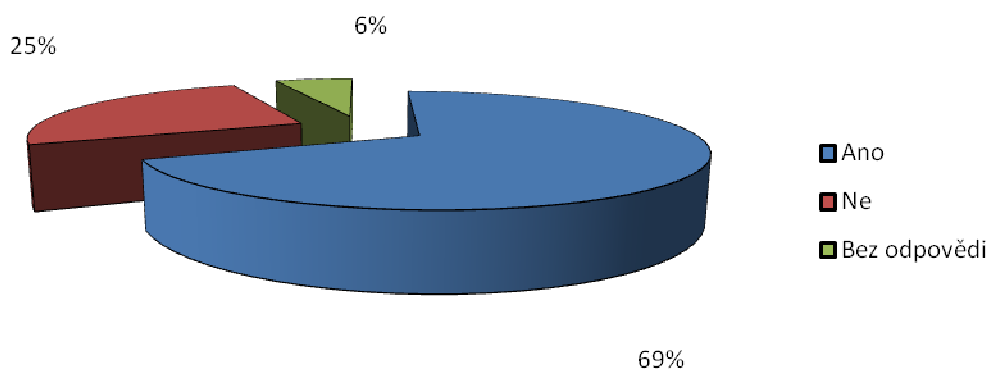
Četnost odpovědí podle obav respondentů



Z grafu vyplývá, že 84 respondentů (42%) se nejvíc bojí nemoci, 38 (19%) se bojí samoty, 55 (27%) se obává závislosti na druhých a 25 (12%) má strach z nedostatku finančních prostředků.

Graf 8

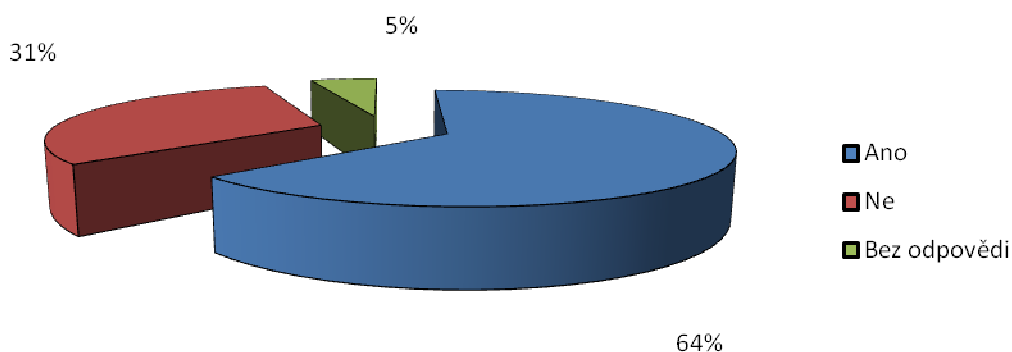
Četnost odpovědí podle dosažitelnosti lékaře respondentů



Z grafu č. 8 vyplývá, že 81 respondentů (69%) měli možnost dopravit se bez problémů k lékaři a 30 (25%) z nich ne. Sedm respondentů, kteří na otázku neodpověděli, tvoří 6%.

Graf 9

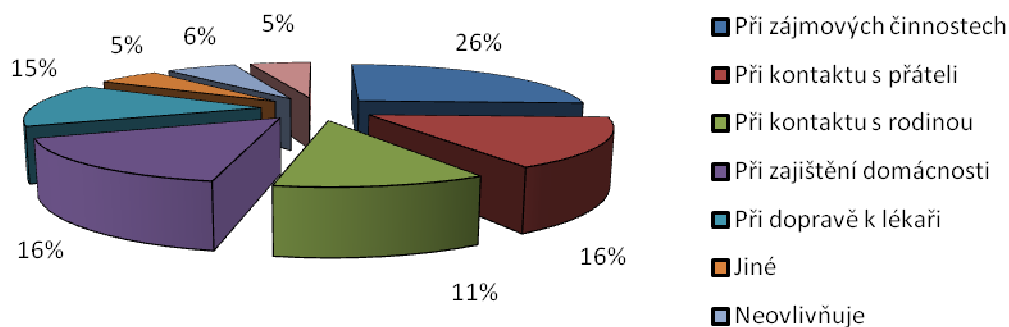
Četnost odpovědí podle pohybových potíží respondentů



Z tabulky č. 9 vyplývá, že 75 respondentů (64%) má potíže při pohybu a 37 (31%) ne. Šest respondentů, kteří neodpověděli, tvoří 5%. Jako potíže při pohybu respondenti uvedli: Bolesti (8x), bolesti kloubů (11x), bolesti nohou (6x), nemůžou chodit (11x), bolesti kolen (5x), potíže s dýcháním (4x), závratě (4x), zhoršená pohyblivost (2x), bolesti zad (3x), vstávání (3x), bolesti v kříži (1x), bolesti v rameni (1x). Všechny následující otázky až po 16. včetně se vztahují jen k těm, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“.

Graf 10

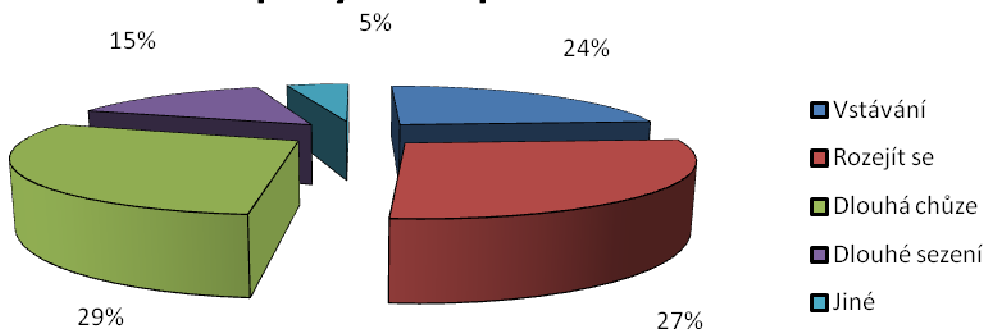
Četnost odpovědí podle omezených aktivit respondentů



Z výsledků vyplývá, že 34 respondentů (27%) nepříznivě ovlivňuje zhoršená pohyblivost při zájmových činnostech, 21 respondentů (16%) při kontaktu s přáteli, 15 (11%) při kontaktu s rodinou, 21 (16%) při zajištění domácnosti, 19 (14%) při dopravě k lékaři, 7 (5%) při jiných aktivitách, 8 (6%) zhoršená pohyblivost nijak nepříznivě neovlivňuje a 7 respondentů (5%) na otázku neodpovědělo.

Graf 11

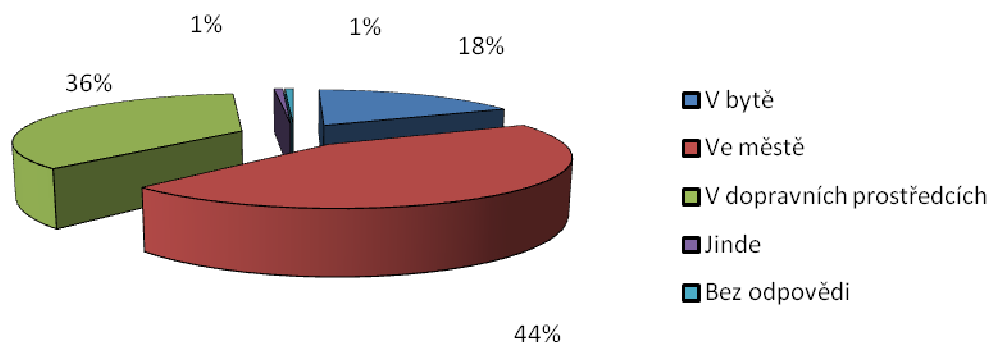
Četnost odpovědí podle obtíží u typu pohybu respondentů



Z grafu vyplývá, že pro 35 respondentů (24%) je nejobtížnější vstávání, pro 40 (27%) je nejobtížnější rozejít se, pro 42 (29%) je nejtěžší dlouhá chůze, 22 (15%) dělá největší problémy dlouhé sezení a pro 7 (5%) je nejobtížnější něco jiného.

Graf 12

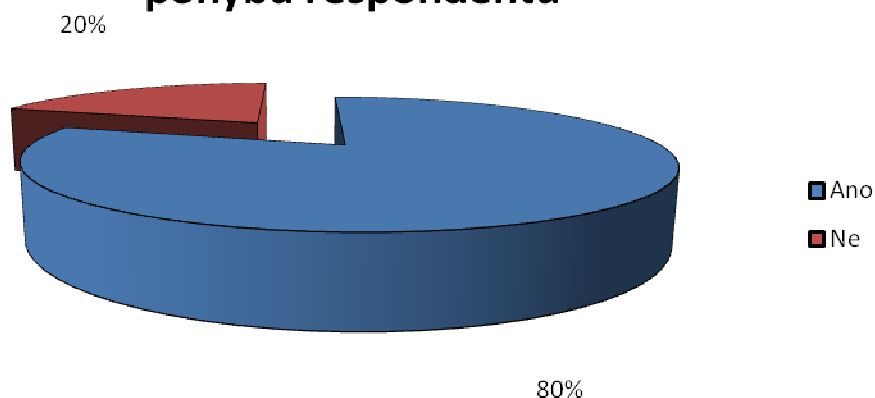
Četnost odpovědí podle místa obtížnosti pohybu respondentů



Z grafu vyplývá, že pro 24 (18%) respondentů je obtížné pohybovat se v bytě, pro 58 (44%) je obtížné pohybovat se ve městě, 48 (36%) činí potíže pohybovat se v dopravních prostředcích, pro jednoho respondenta je obtížné pohybovat se někde jinde a jeden respondent na otázku neodpověděl.

Graf 13

Četnost odpovědí podle bolestivosti při pohybu respondentů

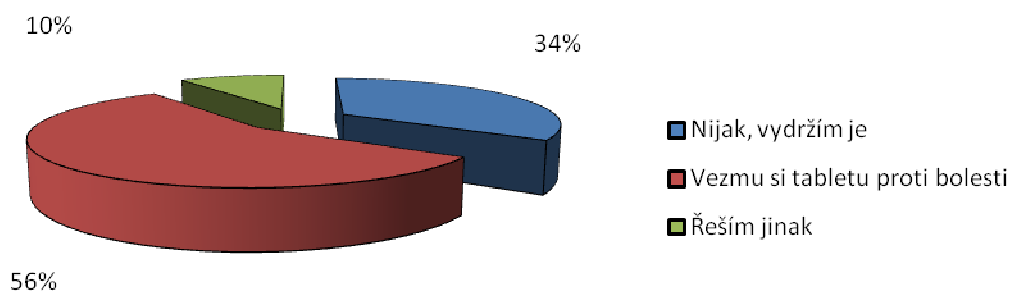


Z grafu vyplývá, že 60 (80%) respondentů trpí bolestí při pohybu a 15 (20%) ne.

Následující otázka se vztahuje jen k těm, kteří na otázku č. 13. odpověděli ano.

Graf 14

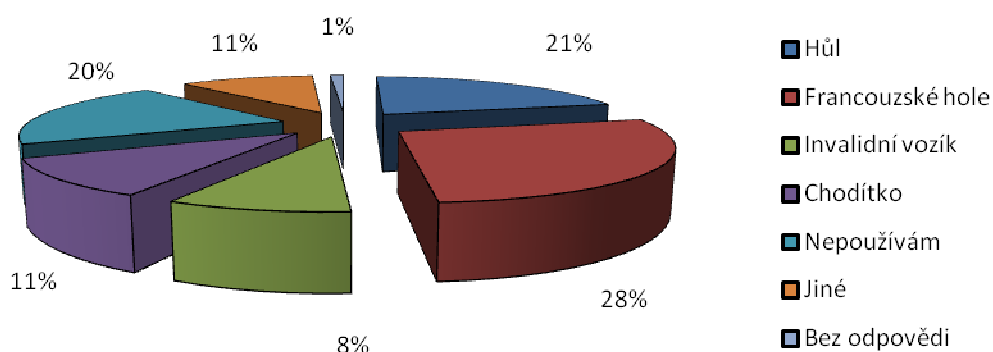
Četnost odpovědí podle způsobu řešení bolesti respondentů



Z grafu 14 vyplývá, že 25 (34%) respondentů své bolesti nijak neřeší, 41 (56%) si na ně vezme tabletu proti bolesti a 7 z nich (10%) řeší bolesti jinak. Dva z respondentů bolesti řeší obkladem a mastí.

Graf 15

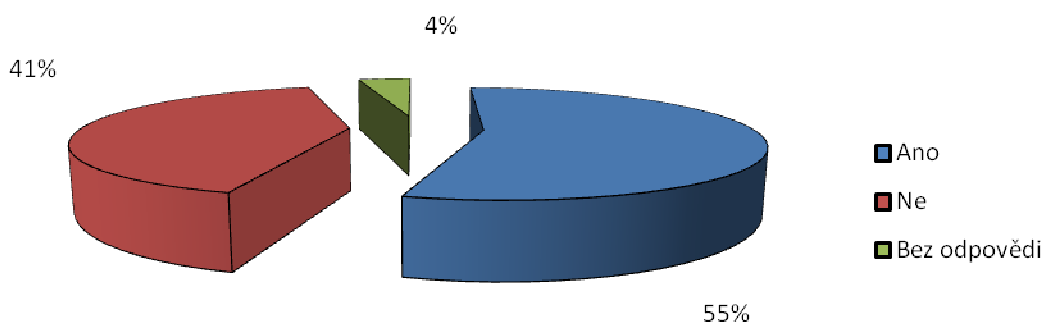
Četnost odpovědí podle pomůcek pro usnadnění pohybu respondentů



Z grafu vyplývá, že 20 (21%) respondentů používá k usnadnění pohybu hůl, 26 (27%) francouzské hole, 8 (9%) invalidní vozík, 10 (11%) chodítko, 19 (20%) respondentů žádné pomůcky pro usnadnění pohybu nepoužívá, 10 (11%) používá jiné než uvedené pomůcky a jeden respondent na otázku neodpověděl. Jeden respondent používá jako pomůcku k pohybu doprovod dvou osob.

Graf 16

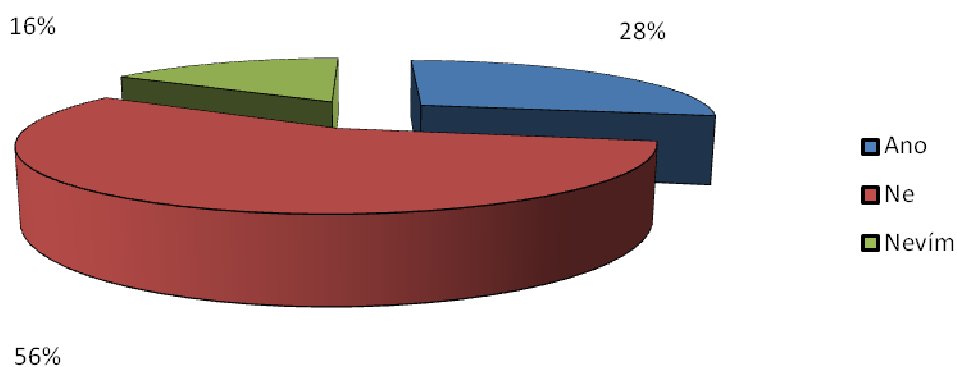
Četnost odpovědí podle přizpůsobení prostředí respondentů



Z grafu vyplývá, že 41 (55%) respondentů má byt přizpůsobený tak, aby se v něm mohli snadněji pohybovat a 31 (41%) nemá. Tři z respondentů (4%) na otázku neodpověděli. Respondenti odpověděli, že svůj byt mají přizpůsobený pohybu tím, že mají: Vše po ruce (6x), bezbariérový byt (7x), madla (6x), výtah (3x), přízemní byt (2x), větší prostor (2x), nemají prahy (2x).

Graf 17

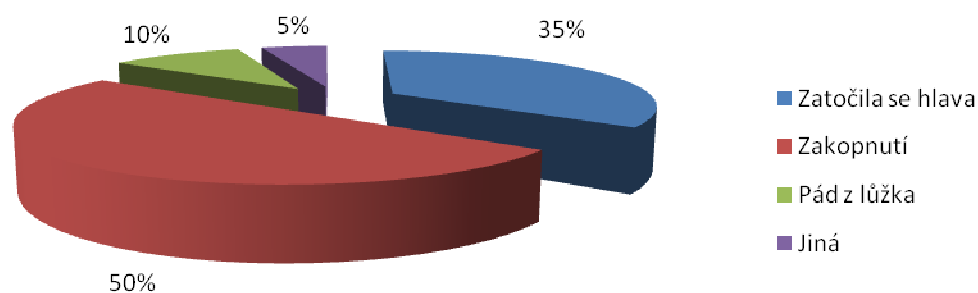
Četnost odpovědí podle pádů respondentů



Z tabulky č.17 vyplývá, že 33 respondentů (28%) mělo v posledním roce pád, 66 (56%) z nich ho nemělo a 19 (16%) o něm neví.

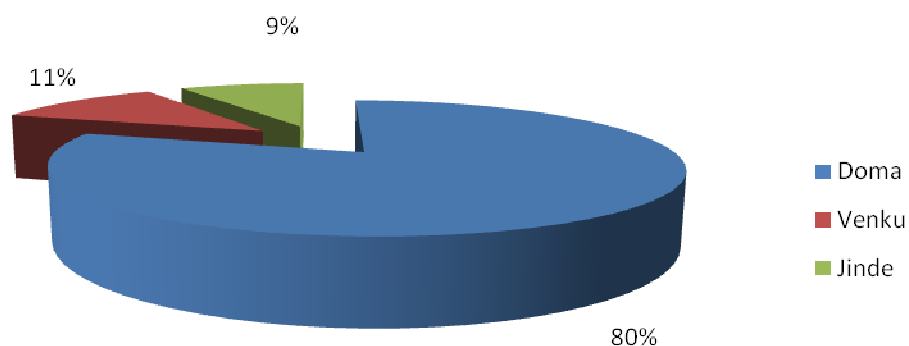
Všechny následující otázky až po 20. včetně se vztahují jen k těm, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“.

Graf 18
Příčina pádu



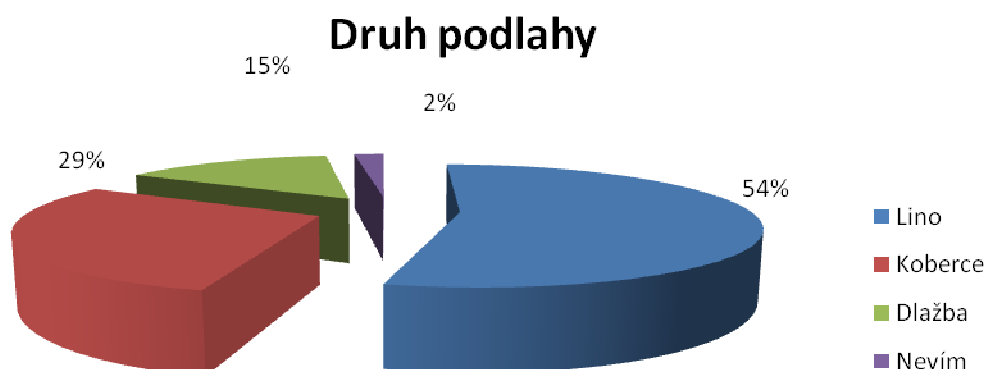
Z grafu vyplývá, že 14 respondentů (35%) spadlo kvůli tomu, že se jim zatočila hlava, 20 (50%) zakoplo, 4 (10%) spadli z lůžka a 2 (5%) spadli kvůli jinému důvodu.

Graf 19
Místo pádu



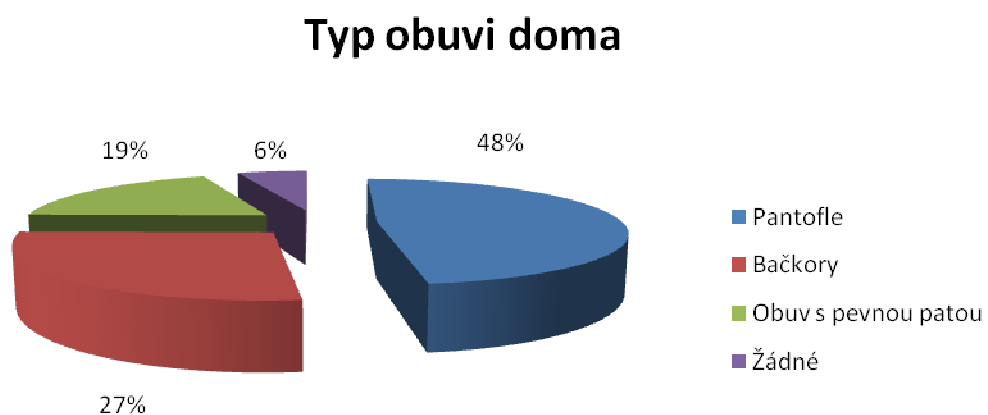
Z grafu vyplývá, že 28 respondentů (80%) spadlo doma, 4 (11%) spadli venku a 3 (9%) spadli někde jinde.

Graf 20



Z grafu vyplývá, že 26 respondentů (54%) má doma lino, 14 (29%) koberce, 7 (15%) dlažbu a jeden respondent (2%) neví.

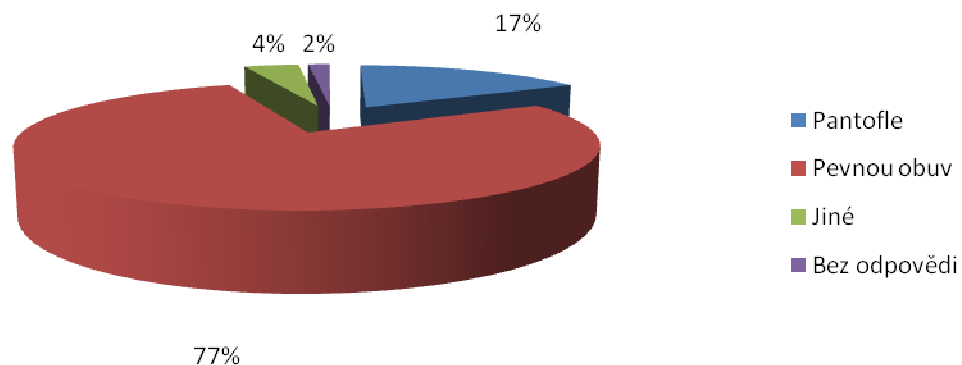
Graf 21



Z grafu 21 vyplývá, že 60 (48%) respondentů nosí doma pantofle, 34 (27%) bačkory, 24 (19%) obuv s pevnou patou a 7 (6%) nenosí v bytě žádnou obuv.

Graf 22

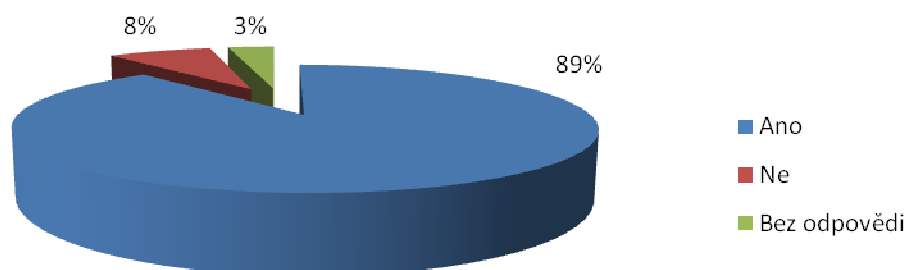
Druh obuvi venku



Z grafu vyplývá, že 96 respondentů (77%) nosí venku pevnou obuv, 21 (17%) pantofle, 5 (4%) nosí jinou obuv a dva respondenti na otázku neodpověděli.

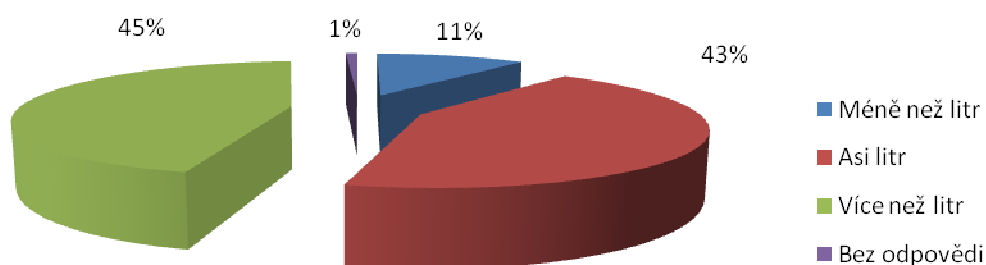
Graf 23

Kontrola tlaku



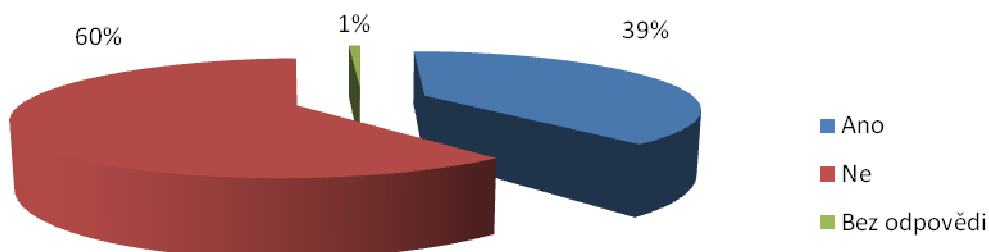
Z grafu vyplývá, že 105 respondentů (89%) si pravidelně nechává kontrolovat krevní tlak, 9 (8%) z nich ne a 4 (3%) na otázku neodpověděli.

Graf 24
Množství tekutin



Z grafu vyplývá, že 13 respondentů (11%) vypije za den méně než litr tekutin, 51 (43%) asi litr, 53 (45%) více než litr a jeden z respondentů (1%) na otázku neodpověděl.

Graf 25
závratě



Z grafu vyplývá, že 46 respondentů (39%) trpí závratěmi, 71 (60%) ne a jeden z nich na otázku neodpověděl.

Graf 26

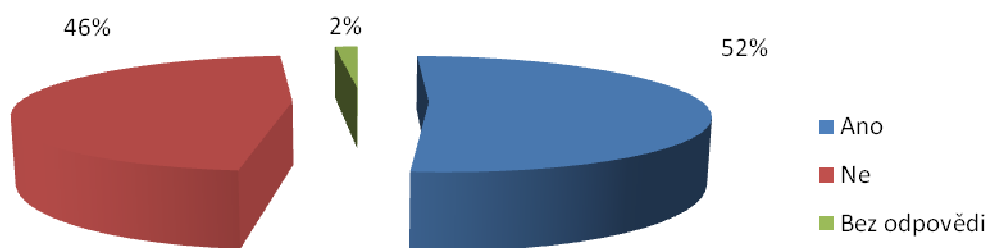
Používání protiskluzových podložek



Z grafu vyplývá, že 73 respondentů (62%) používá protiskluzové podložky a 45 (28%) ne.

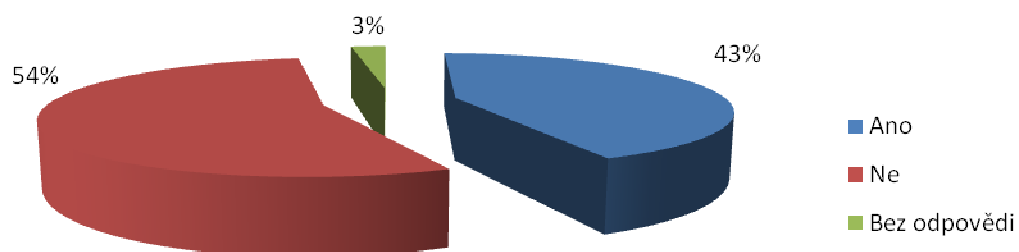
Graf 27

Množství informací



Z grafu vyplývá, že 61 respondentů (51%) má dostatek informací ohledně problematiky pádů a možných komplikací s nimi spojenými a 55 (47%) jich dostatek nemá. Dva z respondentů (2%) na otázku neodpověděli.

Graf 28
zájem o informace



Z grafu vyplývá, že 51 respondentů (43%) má o získání informací zájem a 64 (54%) ho nemá. Tři z respondentů (3%) na otázku neodpověděli.

5. Diskuse

Úvodní část dotazníku je zaměřena na zjišťování identifikačních údajů. Dotazník obsahuje základní položky týkající se pohlaví, věku, bydliště. Uvedené výsledky dokládají, že z celkového počtu 118 respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného záměru, je 77 žen (65%), mužů 38 (32%) a tři (2%) respondenti neodpověděli (Graf 1). Rozdělení seniorů dle věku ukazuje, že nejvíce byla zastoupena věková kategorie respondentů ve věku od 75-79 let v počtu 50 (42 %) seniorů, v rozmezí 80-84 let 29 (25%) a 38 respondentů má věk 85-89 let, což je 32%. Jeden z respondentů na otázku neodpověděl a tvoří tak zbývajících jedno procento (Graf 2). Tato skutečnost potvrzuje citace Kalvacha (4), že v seniorském věku je zastoupení žen větší, než mužů. Bydliště ukazuje, že 30 respondentů (25% z celkového počtu) bydlí v bytě nebo domě, sedm z nich v domově s pečovatelskou službou (to je 6% z celkového počtu). Nejvíce respondentů, 81, bydlí v domově pro seniory. Ti tvoří 69% (Graf 3)

Z otázky č.4 čtyři vyplývá, že 10 respondentů bydlí doma sami (33% z celkového počtu skupiny respondentů, co bydlí v bytě nebo domě), 12 z nich žije s partnerem (40%) a 8 s rodinnými příslušníky (to je 27%).(Graf 4) Tyto výsledky potvrzují obecně známou skutečnost, že se ženy dožívají vyššího věku než muži, a že většina z dotazovaných žije v domě pro seniory, kde jim je poskytována nejméně základní ošetrovatelská péče.

Na otázku, které činnosti zvládají, bez obtíží uvádí, že čtyřiceti respondentům (31%) nedělá větší problémy úklid, dvaceti devíti (22%) nedělá problémy vaření, dvacet šest (20%) si zvládne nakoupit, 18 (14%) si bez větších problémů vypere a 17 (13%) zvládne žehlení (Graf). Dle Šafránkové, Nejedlé (22) se potvrzuje, že stárnoucí člověk je schopen tvůrčí práce, pokud dovede své síly přizpůsobit věku. V tvořivém úsilí a činnostech zapomíná na věk a dokáže se odpoutat od pozorování svého stárnoucího těla i neduhů, které postupně se stářím přicházejí.

Ze studie vyplývá, že pro 48 respondentů je největším problémem ve stáří časté zapomínání (pro 22%), pro 53 jsou největším problémem bolesti (24%), 69 z nich nejvíce trápí zhoršená pohyblivost (33%), 42 nejvíce vadí závislost na druhých (19%) a pět z nich považuje za největší potíže něco jiného (2%). Další problémy, které někteří

respondenti uvedli jako ty, jež je na stáří nejvíce obtěžují: Inkontinence moči (2x), třes (1x), zhoršené dýchání (1x), zlomeniny a časté pobyty v nemocnici (1x).(Graf 6) Z grafu vyplývá, že nejvíce je ve stáří obtěžuje zhoršená pohyblivost a na další místo staví respondenti bolesti. Tento výsledek je těžké ohodnotit, jelikož průvodní nemoci ve stáří jsou velmi často multifaktoriální. Jedno onemocnění souvisí s druhým a nelze je léčit samostatně.

Chtěla jsem zjistit, čeho se ve svém životě senioři nejvíce obávají a jaké rizikové faktory vnímají jako závažné. Z tohoto šetření vyplývá, že 84 respondentů (42%) se nejvíce bojí nemoci, 38 (19%) se bojí samoty, 55 (27%) se obává závislosti na partnerovi a 25 (12%) má strach z nedostatku finančních prostředků (graf 7). Tímto se potvrdila H 1, že senioři považují za závažné tělesné rizikové faktory. Poměrně malé procento respondentů má strach z nedostatku finančních prostředků. Současný systém sociální péče je zatím nastaven tak, že většina seniorů je schopna se o sebe starat, i kdyby zůstali sami, bez pomoci rodin.

Jako pozitivní vnímám výsledky (Grafu 8), kde respondenti odpovídají na otázku, kdy se mohou při nemoci bez problému dopravit k lékaři a z toho vyplývá, že 81 respondentů (69%) měli možnost dopravit se bez problémů k lékaři a 30 (25%) z nich ne. Sedm respondentů, kteří na otázku neodpověděli, tvoří 6%. Měla jsem obavu, že mnohem menší procento respondentů má možnost při nemoci se bez problému k lékaři dostat. Dle názoru kontaktovaného praktického lékaře je dostatečná informovanost o systému sanitek, senioři ochotně využívají převozové sanitní vozy jako službu hrazenou zdravotní pojišťovnou.

Zjišťovala jsem, kolik seniorů má potíže při pohybu a jaké. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 75 respondentů (64%) má potíže při pohybu a 37 (31%) ne. Šest respondentů, kteří neodpověděli, tvoří 5%. Jako potíže při pohybu respondenti uvedli: Bolesti blíže nekonkretizovatelné (8x), bolesti kloubů (11x), bolesti nohou (6x), nemůžou chodit (11x), bolesti kolen (5x), potíže s dýcháním (4x), závratě (4x), zhoršená pohyblivost (2x), bolesti zad (3x), vstávání (3x), bolesti v kříži (1x), bolesti v rameni (1x).(Graf 9) To znamená, že většina seniorů má potíže se pohybovat a zřejmě je to tím, jak uvádí Kalvach (4), že meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají,

ubývá kostní hmoty. Vazivo se stává méně pružné, chrupavky tuhnou, zejména v kloubech. Ubývá svalové hmoty a dochází k poklesu svalové síly.

Všechny následující otázky až po 16. včetně se vztahují jen k těm, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“.

Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje porucha hybnosti život seniora a stanovená H2- Poruchy hybnosti u seniorů vedou k jejich izolaci od společnosti seniorů. Z tohoto šetření vyplývá, že hypotéza 2 se potvrdila, jen malému procentu respondentů zhoršená pohyblivost život neovlivňuje. Ze studie vychází, že 34 respondentů (27%) nepříznivě ovlivňuje zhoršená pohyblivost při zájmových činnostech, 21 respondentů (16%) při kontaktu s přáteli, 15 (11%) při kontaktu s rodinou, 21 (16%) při zajištění domácnosti, 19 (14%) při dopravě k lékaři, 7 (5%) při jiných aktivitách, 8 (6%) zhoršená pohyblivost nijak nepříznivě neovlivňuje a 7 respondentů (5%) na otázku neodpovědělo. (Graf 10). Dle Kalvacha (4) se na základě sledování projevila jako samostatný rizikový faktor inaktivita.

Další otázka zněla, co je pro respondenty nejobtížnější při pohybu a vyplývá z ní, že pro 35 respondentů (24%) je nejobtížnější vstávání, pro 40 (27%) je nejobtížnější rozejít se, pro 42 (29%) je nejtěžší dlouhá chůze, 22 (15%) dělá největší problémy dlouhé sezení a pro 7 (5%) je nejobtížnější něco jiného. (Graf 11). Největší potíže senioři udávali při dlouhé chůzi, velký problém byl rozejít se. Jsou to časté obtíže udávané ve více zdrojích odborné literatury. Odpovědi na tuto otázku se potvrdily obecně známé komplikace nemocí, které provádí lidstvo v období sénia.

Stanovila jsem si určit místo, kde je pro seniory obtížné se pohybovat: Pro 24 (18%) respondentů je obtížné pohybovat se v bytě, pro 58 (44%) je obtížné pohybovat se ve městě, 48 (36%) činí potíže pohybovat se v dopravních prostředcích, pro jednoho respondenta je obtížné pohybovat se někde jinde a jeden respondent na otázku neodpověděl. (Graf 12) Největší procento seniorů udává, že nejobtížnější je pohybovat se ve městě. Může to být způsobené tím, že přeci jen se pohybují na otevřeném prostranství, mnohdy ani vstup do budov není bezbariérový a mají obavy z pádu. Doma si většinou uzpůsobují prostor podle svých zvyklostí a vědí kam stoupnout a kde se zachytit.

Velký a nezanedbatelný problém je vnímání bolesti při pohybu. Vyplývá, že 60 (80%) respondentů trpí bolestí při pohybu a 15 (20%) ne. (Graf 13). Dále, že 25 (34%) respondentů své bolesti nijak neřeší, 41 (56%) si na ně vezme tabletu proti bolesti a 7 z nich (10%) řeší bolesti jinak. Dva z respondentů bolesti řeší obkladem a mastí. (Graf 14). Kolektiv autorů (8) k léčbě bolesti u seniorů uvádí, že podávání analgetik je hlavní pilíř léčby bolesti, ale nefarmakologické intervence pomáhají snižovat psychologickou složku bolesti a tím zlepšují kvalitu jeho života. Z tohoto vyplývá, že senioři řeší léčbu bolesti hlavně tabletami.

Otázka č. 15 se zabývá používáním kompenzačních pomůcek k pohybu. Vyplývá z ní, že 20 (21%) respondentů používá k usnadnění pohybu hůl, 26 (27%) francouzské hole, 8 (9%) invalidní vozík, 10 (11%) chodítko, 19 (20%) respondentů žádné pomůcky pro usnadnění pohybu nepoužívá, 10 (11%) používá jiné než uvedené pomůcky a jeden respondent na otázku neodpověděl. Jeden respondent používá jako pomůcku k pohybu doprovod dvou osob. (Graf 15)

Následující otázkou jsem chtěla zjistit, jak mají senioři přizpůsobené prostředí (byt) ve kterém žijí, aby se mohli snadněji pohybovat. Z odpovědi vyplývá, že 41 (55%) respondentů má byt přizpůsobený tak, aby se v něm mohli snadněji pohybovat a 31 (41%) nemá. Tři z respondentů (4%) na otázku neodpověděli. (Graf 16)

Respondenti odpověděli, že svůj byt mají přizpůsobený pohybu tím, že mají: Vše po ruce (6x), bezbariérový byt (7x), madla (6x), výtah (3x), přízemní byt (2x), větší prostor (2x), nemají prahy (2x).

Jako specifický rizikový faktor seniorů jsou pády, které přináší pro seniora tělesné, psychické, sociální i ekonomické následky. Z výsledků vyplývá, že 33 respondentů (28%) mělo v posledním roce pád, 66 (56%) z nich ho nemělo a 19 (16%) o něm neví. (Graf 17).

Všechny následující otázky až po 20. včetně se vztahují jen k těm, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“.

Na otázku č. 18 odpovídali senioři, kteří upadli. Cílem bylo zjistit, proč u nich k pádu došlo. Vyplývá z toho, že 14 respondentů (35%) spadlo kvůli tomu, že se jim

zatočila hlava, 20 (50%) zakoplo, 4 (10%) spadli z lůžka a 2 (5%) spadli z jiného důvodu.

U seniorů, kteří upadli, bylo třeba zjistit, kde se jim pád stal. Vyplývá, že 28 respondentů (80%) spadlo doma, 4 (11%) spadli venku a 3 (9%) spadli někde jinde. (Graf 19). U seniorů, kteří spadli doma, bylo třeba zjistit, jak mají uzpůsoben byt a jakou obuv nosí.

Z odpovědi na otázku, jakou podlahovou krytinu mají respondenti doma, vyplývá: 26 respondentů (54%) má doma lino, 14 (29%) koberce, 7 (15%) dlažbu a jeden respondent (2%) neví. (Graf 20) a dále vyplývá, že 60 (48%) respondentů nosí doma pantofle, 34 (27%) bačkory, 24 (19%) obuv s pevnou patou a 7 (6%) nenosí v bytě žádnou obuv. (Graf 21). Na otázku jakou obuv nosí respondenti, odpověděli: 96 respondentů (77%) nosí venku pevnou obuv, 21 (17%) pantofle, 5 (4%) nosí jinou obuv a dva respondenti na otázku neodpověděli. (Graf 22). Bude třeba připravit doplňující šetření, abych zjistila, zda ty respondenti, kteří upadli, měli na nohách správnou obuv a jakou podlahovou krytinu mají respondenti doma.

Další otázky jsou cílené na rizikové faktory, které mohly zapříčinit pád. Vyplývá z nich, že 105 respondentů (89%) si pravidelně nechává kontrolovat krevní tlak, 9 (8%) z nich ne a 4 (3%) na otázku neodpověděli. (Graf 23). Je to docela pozitivně zjištěný fakt, že si senioři tlak často kontrolují, ale další otázka a hlavně další rizikový faktor pojednává o nedostatečném příjmu tekutin, a to dle Topinkové (23) je jedna z hlavních příčin pádu. Z Grafu 24 vyplývá, že 13 respondentů (11%) vypije za den méně než litr tekutin, 51 (43%) asi litr, 53 (45%) více než litr a jeden z respondentů (1%) na otázku neodpověděl. Průměrná denní spotřeba vody u zdravého jedince je 1,5-2,5 l. Toto stačí k náhradě ztrát vody, které činí celkem 2l-2,5 l. Ve stáří je organismus na změny vodního hospodářství mnohem citlivější, k dehydrataci dochází velmi snadno a rychle, jak uvádí Kalvach (6).

Jednou z možných příčin pádu by mohly být závratě, ale to se z šetření nepotvrdilo. Dle šetření vyplývá, že 46 respondentů (39%) trpí závratěmi, 71 (60%) ne a jeden z nich na otázku neodpověděl. (Graf 25)

Dodatečná otázka zněla, zda používají senioři v koupelnách protiskluzové podložky. Z výsledků vyplývá, že 73 respondentů (62%) používá protiskluzové podložky a 45 (28%) ne (Graf 26). V koupelnách by mohlo často dojít k pádu, pokud by došlo k podklouznutí na mokré podlaze a to i potvrzuje Tošnerová (23). Tito respondenti ve větší polovině používají protiskluzových podložek, které by mohly zabránit pádu.

Třetí hypotézou jsem zjišťovala, zda jsou senioři dostatečně informováni o prevenci pádu a možných komplikacích. Z tabulky č. 27 vyplývá, že 61 respondentů (51%) má dostatek informací ohledně problematiky pádů a možných komplikací s nimi spojenými a 55 (47%) jich dostatek nemá. Dva z respondentů (2%) na otázku neodpověděli. (Graf 27) a dále vyplývá, že 51 respondentů (43%) má o získání informací zájem a 64 (54%) ho nemá. Tři z respondentů (3%) na otázku neodpověděli. (Graf 28). Hypotézu 3 se nepodařilo jednoznačně ani vyvrátit, ale ani potvrdit. Vzhledem k výsledkům šetření, kdy senioři nejčastěji upadli doma, nejvíce procent seniorů nosí doma na nohách pantofle a většina seniorů málo pije, přistupuji k doplňkovému vyhodnocení grafů.

Dodatečné podrobnější vyhodnocení

V doplňkovém vyhodnocení jsem chtěla zjistit, kde bydlí senioři, kteří nemají problémy s denními činnostmi, jako jsou vaření, nákupy, úklid, praní prádla a žehlení, protože dle mého názoru pokud žije senior sám doma, není schopen ve větší míře všech činností.

Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělá problémy úklid, mají následující strukturu bydlení: 19 respondentů (47 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 3 respondenti (8 %) sdělili, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 18 respondentů (45%), uvedlo, že žije v domově pro seniory.

Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělá problémy vaření, mají následující strukturu bydlení: 12 respondentů (43 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 5 respondentů (18 %) sdělilo, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 11 respondentů (19%), uvedlo, že

žije v domově pro seniory. Tyto výsledky byly pro mě překvapující, protože bych očekávala, že problémy s vařením nemají respondenti z domovů pro seniory a pečovatelské služby.

Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělají problémy nákupy, mají následující strukturu bydlení: 12 respondentů (46 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 2 respondenti (8 %) sdělili, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 12 respondentů (46%), uvedlo, že žije v domově pro seniory.

Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělá problémy praní prádla, mají následující strukturu bydlení: 12 respondentů (70 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 1 respondent (6 %) sdělil, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 4 respondenti (24%), uvedli, že žijí v domově pro seniory.

Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělá problémy žehlení, mají následující strukturu bydlení: 12 respondentů (67 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 2 respondenti (11 %) sdělili, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 4 respondenti (22%), uvedli, že žijí v domově pro seniory.

Respondenti, kteří uvedli, že si pravidelně nechávají měřit tlak, mají následující zkušenosti s pády: 25 respondentů (25 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 62 respondenti (60 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 15 respondentů (15%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že si pravidelně nenechávají měřit krevní tlak, mají následující zkušenosti s pády: 4 respondenti (45 %) sdělili, že v posledním roce upadli, 2 respondenti (22 %) sdělili, že nepadli v posledním roce, a 3 respondenti (33%), uvedli, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že denně vypijí méně než litr tekutin, mají následující zkušenosti s pády: 7 respondentů (54 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 4 respondenti (31 %) sdělili, že nepadli v posledním roce, a 2 respondenti (15%), uvedli, že neví, zda v posledním roce upadli či neupadli.

Respondenti, kteří uvedli, že denně vypijí asi litr tekutin, mají následující zkušenosti s pády: 11 respondentů (22 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 32 respondentů (62

%) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 8 respondentů (16%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že denně vypijí více než litr tekutin, mají následující zkušenosti s pády: 29 respondentů (57 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 14 respondentů (27 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 8 respondentů (16%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo. Z tohoto šetření vyplývá, že respondenti, kteří vypijí méně než jeden litr tekutin, mají menší zkušenosti s pády, než ti, kteří vypijí více než litr. Dále jsem chtěla zjistit, jak jsou na tom respondenti, kteří upadli, zda nosí vhodnou obuv, nebo ne.

Respondenti, kteří uvedli, že nosí doma pantofle, mají následující zkušenosti s pády: 19 respondentů (33 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 36 respondentů (62 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 3 respondenti (5%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo. Výsledek tohoto šetření je pro mě překvapující, myslela jsem si, že nevhodná obuv má větší vliv na pády v domácím prostředí, než šetření ukázalo.

Respondenti, kteří uvedli, že nosí doma bačkory, mají následující zkušenosti s pády: pád v posledním roce zažilo 5 respondentů (15%), 18 respondentů v posledním roce neupadlo (53%) a 11 respondentů (32%) nedokázalo sdělit, zda upadlo, či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že nosí doma obuv s pevnou patou, mají následující zkušenosti s pády: 7 respondentů (30 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 11 respondentů (48 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 5 respondentů (22%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že doma obuv nenosí, mají následující zkušenosti s pády: pád v posledním roce zažilo 7 respondentů (100%).

Respondenti, kteří uvedli, že nosí doma jinou obuv, mají následující zkušenosti s pády: 1 respondent (50 %) sdělil, že v posledním roce upadl a 1 respondent (50 %) sdělil, že v posledním roce nepadl. Další část podrobnějšího šetření byla zaměřena na informace ohledně rizik pádu a následných komplikací.

Respondenti, kteří uvedli, že chtějí získat další informace ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: 20 respondentů (40 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 19 respondentů (38 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 11 respondentů (22%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že nechtějí získat další informace ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: pád v posledním roce zažilo 11 respondentů (18%), 44 respondentů v posledním roce neupadlo (71%) a 7 respondentů (11%) nedokázalo sdělit, zda upadlo, či neupadlo. To znamená, že senioři o tyto informace projevují větší zájem teprve, až negativní zkušenost s pádem učiní.

Respondenti, kteří uvedli, že mají dostatek informací ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: 14 respondentů (25 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 37 respondentů (64 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 6 respondentů (11%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že nemají dostatek informací ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: Pád v posledním roce zažilo 16 respondentů (29%), 28 respondentů v posledním roce neupadlo (50%) a 12 respondentů (21%) nedokázalo sdělit, zda upadlo, či neupadlo. Výsledek tohoto šetření je zajímavý, protože více respondentů, kteří neupadli, udali, že nemají dostatek informací ohledně problematiky pádů a respondenti, kteří upadli, dle výsledků šetření informace měli. Dle Kalvacha (4) jsou pády hlavním rizikem instability, s věkem jich přibývá, podstatně vyšší riziko pádu je v institucionální péči a poučení seniora nemá na pád vliv, senior nikdy neupadne úmyslně.

Respondenti, kteří uvedli, že chtějí získat další informace ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: 20 respondentů (40 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 19 respondentů (38 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 11 respondentů (22%) uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že nechtějí získat další informace ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: pád v posledním roce zažilo 11 respondentů (18%), 44 respondentů v posledním roce neupadlo (71%) a 7 respondentů (11%) nedokázalo sdělit, zda upadlo, či neupadlo. (Příloha 2)

6. Závěr

Stáří s sebou nese mnoho změn v oblasti tělesné, duševní, sociální, ale také ekonomické. Mělo by představovat životní období, ve kterém pokračuje všestranný a harmonický rozvoj člověka. Stáří může mít mnoho podob. Senioři se mohou lišit zdravotním i funkčním stavem, ale také hodnotami, zálibami a rodinnou situací. Vysokého věku se lze dožít ve výborné kondici a optimismu. Stáří může být úspěšné a užitečné, stejně jako zdravé a klidné. Je zapotřebí vědět, jaké rizikové faktory seniora v jeho období ohrožují, a je důležité seniorům ke klidnému stáří pomáhat.

Bakalářskou práci člením na dvě části. V teoretické části se zabývám riziky, kterými jsou ohroženi senioři. V praktické části jsem použila dotazníkové šetření, které mělo potvrdit, nebo vyvrátit mou hypotézu.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda rizikové faktory vnímají senioři jako závažné a jakým způsobem ovlivňují poruchy hybnosti život seniorů

Vyhodnocením výsledků byla potvrzena hypotéza H1 - senioři vnímají jako závažné tělesné rizikové faktory. Dalším vyhodnocením dotazníků byla potvrzena hypotéza H2 - poruchy hybnosti u seniorů, vedou k jejich izolaci od společnosti a H3 - senioři nejsou dostatečně informováni o prevenci pádů a jejich následných komplikacích se nepodařilo jednoznačně ani vyvrátit, ani potvrdit. Bylo zjištěno, že část seniorů je informována o prevenci pádů a následných komplikacích, ale z výsledků šetření zároveň vyplynulo, že senioři o tyto informace projevují větší zájem teprve, až negativní zkušenost s pádem učiní.

Z výsledků šetření jednoznačně vyplývá, že nejdůležitější je třeba se zaměřit na edukaci seniorů v oblasti prevence pádů a to tak, aby rizika pádu senioři pochopili a brali je vážně. Následky pádu mohou zcela ovlivnit život každého seniora.

Tento výzkum byl užitečný pro mou práci – metodik ošetrovatelské péče v zařízení, které poskytuje péči seniorům a imobilním pacientům. Poskytuji i poradenskou činnost pro lidi, kteří pečují o seniory v domácím prostředí. Výsledky této práce budou sloužit jako podklad pro vzdělávací semináře a besedy, které budu pořádat podle zájmu veřejnosti.

7. Seznam použitých zdrojů

1. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. České ošetrovatelství 10. IDVZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
2. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Pyramida, 1989. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
3. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gema, 2002. 110 s
4. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Grada publishing, 2004. 824 s. ISBN 80-247-0548-6
5. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ A. *Stáří* 1.vyd. Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5
6. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a spol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* 1.vyd. Grada publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
7. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I. *Motivační prvky při práci se seniory*, 1.vyd. Grada publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
8. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti- příručka pro sestry*. 1.vyd. Grada Publishing Praha, 2006. 356 s. ISBN 80-247- 1720-4
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1.vyd. Grada publishing, 2007. 204 s. ISBN 80-247-1370-5
10. MAHROVÁ, G., VENKLÁŘOVÁ. M., a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Grada Publishing Praha, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5
11. MARKOVÁ, E., VENKLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče.*, 1.vyd. Grada Publishing Praha, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
12. MIKULA J., MULLEROVÁ N., *Prevence dekubitů*. 1.vyd. Grada Publishing Praha, 2008. 96 s.+8 s.barevná příloha. ISBN 978-80-247-2043-2

13. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. NCONZO Brno, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4
14. *Nájemné a výdaje za domácnost*. [online].
Dostupné z: <http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6343650>, [cit. 2009-04-12].
15. *Národní program přípravy na stárnutí*, [online]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5364/seniori_cinnost.pdf, [cit. 2009-04-12].
16. *Pády, skrytá hrozba*, [online]. Dostupné z: <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-4-2006/28225/Pady-skryta-hrozba>, [cit. 2009-03-30].
17. PIDRMAN, V. *Demence.*, 1. Vyd. Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5
18. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1.vyd. Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X
19. SLOWIK, J. *Speciální pedagogika* 1.vyd.Grada publishing, 2007. 160 s. ISBN 97-880-247-1733-3
20. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet.*, 3.vyd. Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2
21. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1.vyd. SLON Praha, 2007. 283 s. ISBN 978-80-86429-62-5
22. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ M. *Interní ošetřovatelství II*. 1.vyd.Grada Publishing, 2006. 212 s.+4 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1777-8
23. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262365-6
24. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie.*, 1.vyd. Karolinum Praha, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3
25. VENKLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Grada publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
26. WEBER, P., a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie*. 1.vyd. NCONZO Brno, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7

27. ZAVÁZALOVÁ, H. a kolektiv. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1 vyd. Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8
28. *Zákon o regulačních poplatcích- léky a regulační poplatky*. [online].
Dostupné z: <https://www.zdravcentra.cz/zc/aktuality.html>, [cit. 2009-04-13].
29. *Zpravodaj- otázky k zákonu o sociálních službách*. [online]. Dostupné z:
<http://www.prvnikrok.cz/detail-clanek.php?clanek=897>, [cit. 2009-04-13].

8. Klíčová slova

Nemoc

Pády

Rizikové faktory

Rodina

Senior

Sénium

.

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Dodatkové vyhodnocení

Příloha 1.

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor Všeobecná sestra. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala „Rizikové faktory ohrožující člověka v období sénia“.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky budou sloužit výhradně k výzkumným účelům v rámci mé bakalářské práce.

Odpovědi, prosím, zakroužkujte, nebo vyplňte do připravených kolonek.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu, trpělivost a čas věnovaný tomuto dotazníku.

S pozdravem Petra Tesařová

1. Jste:
 - a) žena
 - b) muž
2. Váš věk je:
 - a) 75 – 79
 - b) 80 – 84
 - c) 85 – 89
3. Bydlíte:
 - a) v bytě, domě
 - b) v domě s peč.službou
 - c) domově pro seniory

Pokud jste na otázku č.3 odpověděl **a) v bytě, v domě**, přejděte k otázce č.4, pokud jiné možnosti, přejděte rovnou k otázce č.5.

4. Jste v domácnosti:
 - a) sám
 - b) s partnerem
 - c) s rodinnými příslušníky
5. Které z uvedených domácích činností zvládáte bez větších obtíží? (Můžete zaškrtnout libovolné množství odpovědí.):
 - a) úklid
 - b) vaření
 - c) nákupy
 - d) praní prádla
 - e) žehlení

6. Jaké změny stáří Vás nejvíce obtěžují?
- a) časté zapomínání
 - b) bolesti
 - c) zhoršená pohyblivost
 - d) závislost na druhých
 - e) jiné
7. Z čeho máte ve svém životě největší obavy?
- a) z nemoci
 - b) ze samoty
 - c) ze závislosti na druhých
 - d) nedostatku finančních prostředků
 - e) jiné
8. Pokud jste byli nemocní a upoutaní k lůžku, měli jste možnost se bez problémů dopravit k lékaři?
- a) ano
 - b) ne
9. Máte potíže při pohybu? Pokud ano, jaké?
- a) ano
jaké?.....
.....
 - b) ne

Pokud jste na otázku č.9 odpověděli **a) ano**, přejděte k otázce č.10; pokud jste odpověděl b) ne, přejděte rovnou k otázce č.17.

10. Při jakých aktivitách Vás nepříznivě ovlivňuje zhoršená pohyblivost ?
- a) zájmových činnostech
 - b) při kontaktu s přáteli
 - c) při kontaktu s rodinou
 - d) při zajištění domácnosti
 - e) při dopravě k lékaři
 - f) jiné.....
 - g) neovlivňuje
11. Co je pro Vás při pohybu nejobtížnější?
- a) vstávání
 - b) rozejít se
 - c) dlouhá chůze
 - d) dlouhé sezení
 - e) jiné
12. Kde je pro Vás obtížné pohybovat se:

- a) v bytě
- b) ve městě
- c) v dopravních prostředcích
- d) jiné

13. Trpíte bolestí při pohybu?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na tuto otázku odpověděl **a) ano**, odpovězte také na otázku č.14
pokud jste odpověděl b) ne, přejděte rovnou k otázce č.15.

14. Jak řešíte tyto bolesti?

- a) nijak, vydržím je
- b) vezmu si tabletu proti bolesti
- c) řeším jinak, jak?.....

15. Používáte pro usnadnění pohybu nějaké pomůcky, pokud ano - jaké:

- a) hůl
- b) francouzské hole
- c) invalidní vozík
- d) jiné
- e) nepoužívám

16. Máte přizpůsobené prostředí (byt) ve kterém žijete tak, abyste se zde mohli
snadněji pohybovat? Jak?

- a) ano
jak?.....
.....
.....
- b) ne

17. Měl jste v posledním roce nějaký pád?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste na tuto otázku odpověděl **b)ne** nebo **c)nevím**, přejděte rovnou k
otázce č.21. Pokud jste odpověděl a) ano, pokračujte otázkou č.18.

18. Jaká byla příčina Vašeho pádu?

- a) zatočila se Vám hlava
- b) zakopnutí

- c) pád z lůžka
- d) jiná,
jaká?.....

19. V jakém místě jste upadl?

- a) doma
- b) venku
- c) na jiném místě

20. Jakou podlahovou krytinu máte doma?

- a) lino
- b) koberce
- c) dlažba

21. Jakou nosíte obuv v bytě?

- a) pantofle
- b) bačkory
- c) obuv s pevnou patou
- d) žádné
- e) jiné

22. Jakou obuv nosíte venku?

- a) pantofle
- b) pevnou obuv
- c) jiné

23. Necháváte si pravidelně kontrolovat krevní tlak?

- a) ano
- b) ne

24. Kolik tekutin za den vypijete?

- a) méně než 1 litr denně
- b) asi 1 litr
- c) více než 1 litr denně

25. Trpíte závratěmi?

- a) ano
- b) ne

26. Používáte ve vaně, sprchovém koutě protiskluzové podložky?

- a) ano
- b) ne

27. Máte dostatek informací ohledně problematiky pádů a možných komplikací s tím spojených?

- a) ano
- b) ne

28. Máte zájem o získání více informací ohledně této problematiky?

- a) ano
- b) ne

Příloha 2.

Tabulka č. 1 vyjadřuje závislost mezi bydlištěm a pracemi, které respondenti zvládají bez potíží

Tabulka č. 1

Bydliště	Úklid	%	Vaření	%	Nákup	%	Praní prádla	%	Žehlení	%
V bytě	19	47	12	43	12	46	12	70	12	67
V domově s pečovatelskou službou	3	8	5	18	2	8	1	6	2	11
V domově pro seniory	18	45	11	39	12	46	4	24	4	22
Celkem	40	100	28	100	26	100	17	100	18	100

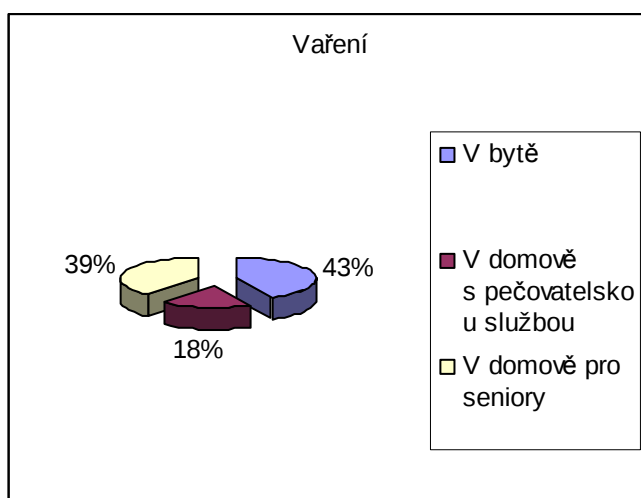
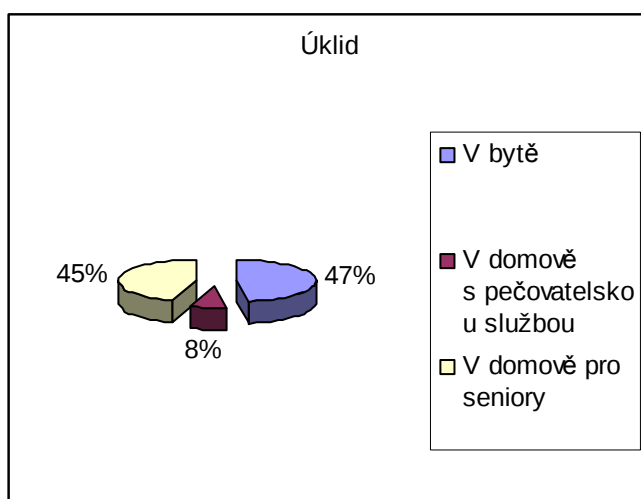
Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělá problémy úklid, mají následující strukturu bydlení: 19 respondentů (47 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 3 respondenti (8 %) sdělili, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 18 respondentů (45%), uvedlo, že žije v domově pro seniory.

Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělá problémy vaření, mají následující strukturu bydlení: 12 respondentů (43 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 5 respondentů (18 %) sdělilo, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 11 respondentů (19%), uvedlo, že žije v domově pro seniory.

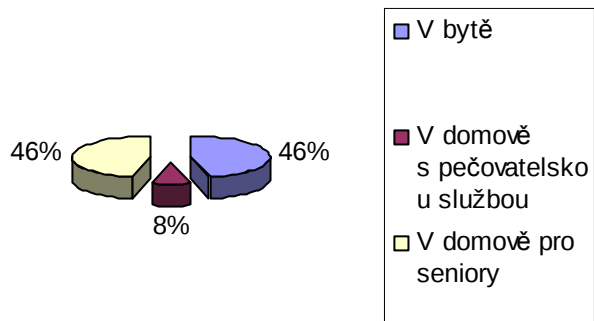
Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělají problémy nákupy, mají následující strukturu bydlení: 12 respondentů (46 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 2 respondenti (8 %) sdělili, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 12 respondentů (46%), uvedlo, že žije v domově pro seniory.

Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělá problémy praní prádla, mají následující strukturu bydlení: 12 respondentů (70 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 1 respondent (6 %) sdělil, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 4 respondenti (24%), uvedli, že žijí v domově pro seniory.

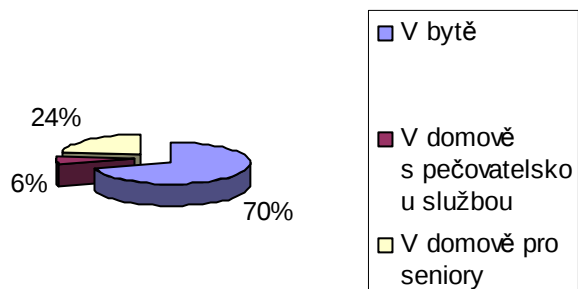
Respondenti, kteří uvedli, že jim nedělá problémy žehlení, mají následující strukturu bydlení: 12 respondentů (67 %) sdělilo, že bydlí v bytě, 2 respondenti (11 %) sdělili, že bydlí v domově s pečovatelskou službou, a 4 respondenti (22%), uvedli, že žijí v domově pro seniory.



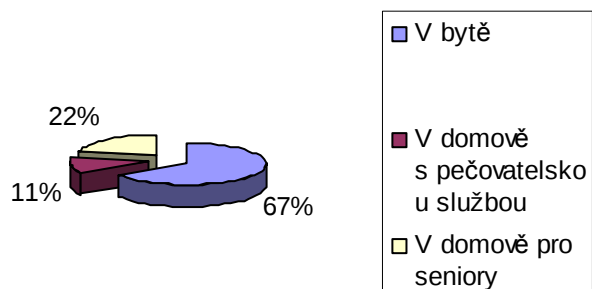
Nákupy



Praní prádla



Žehlení



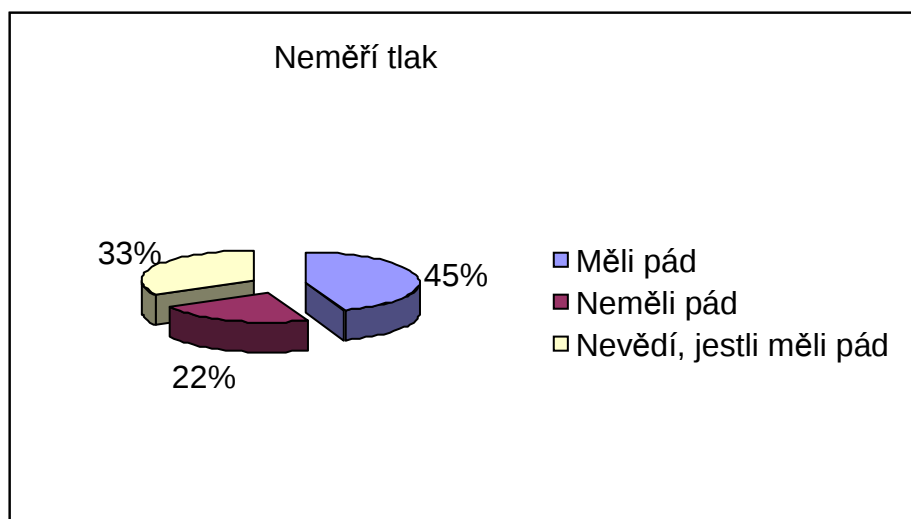
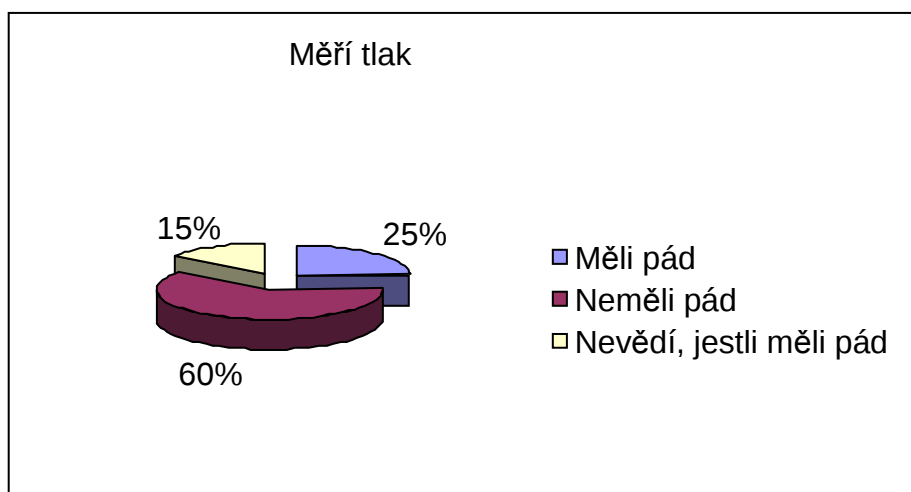
Tabulka č. 2 vyjadřuje závislost mezi pravidelným měřením tlaku a zkušeností s pádem v posledním roce.

Tabulka č. 2

Pád	Měří tlak	%	Neměří tlak	%
Ano	25	25	4	45
Ne	62	60	2	22
Nevím	15	15	3	33
Celkem	102	100	9	100

Respondenti, kteří uvedli, že si pravidelně nechávají měřit tlak, mají následující zkušenosti s pády: 25 respondentů (25 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 62 respondentů (60 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 15 respondentů (15%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že si pravidelně nenechávají měřit krevní tlak, mají následující zkušenosti s pády: 4 respondenti (45 %) sdělili, že v posledním roce upadli, 2 respondenti (22 %) sdělili, že nepadli v posledním roce, a 3 respondenti (33%), uvedli, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.



Tabulka č. 3 vyjadřuje závislost mezi příjmem tekutin za den a zkušeností s pádem v posledním roce.

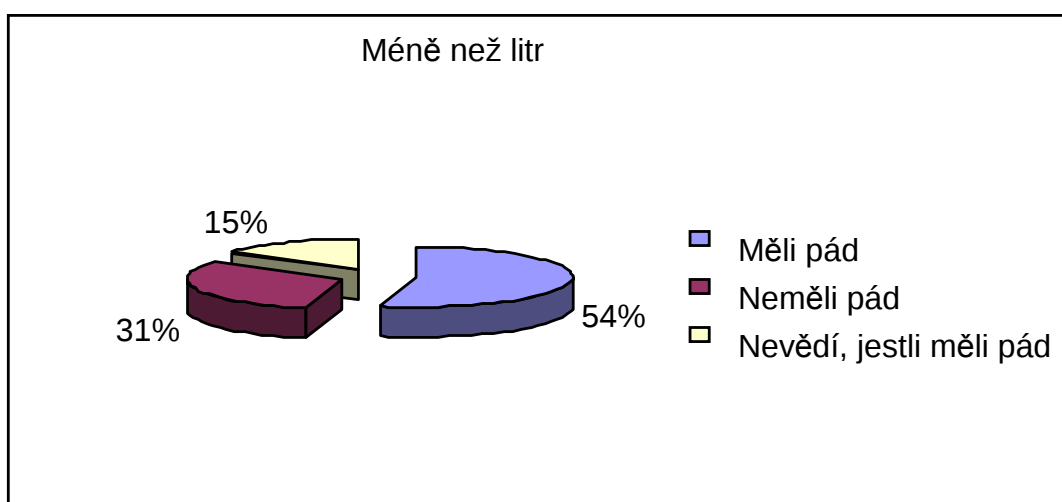
Tabulka č. 3

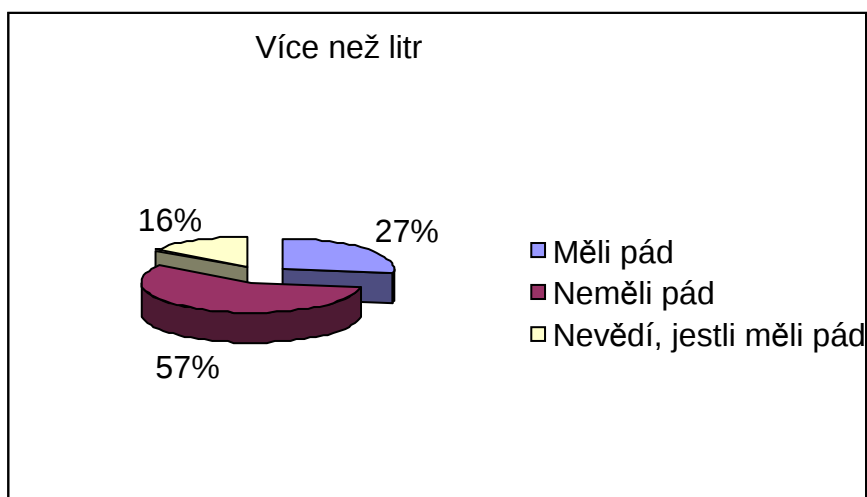
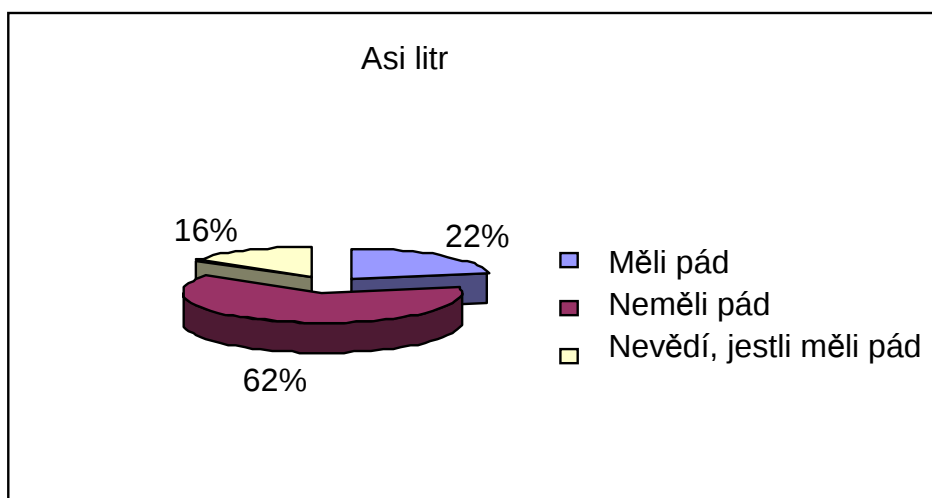
Pád	Méně než litr	%	Asi litr	%	Více než litr	%
Ano	7	54	11	22	29	57
Ne	4	31	32	62	14	27
Nevím	2	15	8	16	8	16
Celkem	13	100	51	100	51	100

Respondenti, kteří uvedli, že denně vypijí méně než litr tekutin, mají následující zkušenosti s pády: 7 respondentů (54 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 4 respondenti (31 %) sdělili, že nepadli v posledním roce, a 2 respondenti (15%), uvedli, že neví, zda v posledním roce upadli či neupadli.

Respondenti, kteří uvedli, že denně vypijí asi litr tekutin, mají následující zkušenosti s pády: 11 respondentů (22 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 32 respondentů (62 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 8 respondentů (16%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že denně vypijí více než litr tekutin, mají následující zkušenosti s pády: 29 respondentů (57 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 14 respondentů (27 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 8 respondentů (16%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.





Tabulka č. 4 vyjadřuje závislost mezi obuví, jakou respondenti nosí doma, a zkušenosti s pádem v posledním roce.

Tabulka č. 4

Pád	Pantofle	%	Bačkory	%	Obuv s pevnou patou	%	Žádné	%	Jiné	%
Ano	19	33	5	15	7	30	7	100	1	50
Ne	36	62	18	53	11	48	0	0	1	50
Nevím	3	5	11	32	5	22	0	0	0	0
Celkem	58	100	34	100	23	100	7	100	2	100

Respondenti, kteří uvedli, že nosí doma pantofle, mají následující zkušenosti s pády: 19 respondentů (33 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 36 respondentů (62 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 3 respondenti (5%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

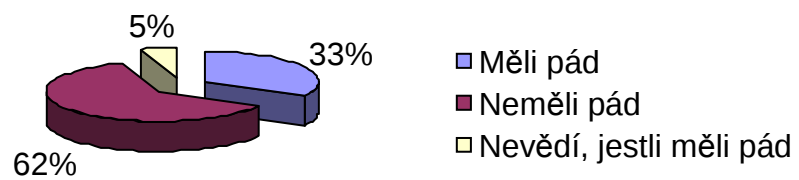
Respondenti, kteří uvedli, že nosí doma bačkory, mají následující zkušenosti s pády: pád v posledním roce zažilo 5 respondentů (15%), 18 respondentů v posledním roce neupadlo (53%) a 11 respondentů (32%) nedokázalo sdělit, zda upadlo, či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že nosí doma obuv s pevnou patou, mají následující zkušenosti s pády: 7 respondentů (30 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 11 respondentů (48 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 5 respondentů (22%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

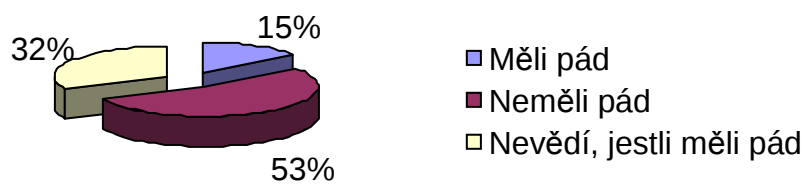
Respondenti, kteří uvedli, doma obuv nenosí, mají následující zkušenosti s pády: pád v posledním roce zažilo 7 respondentů (100%).

Respondenti, kteří uvedli, že nosí doma jinou obuv, mají následující zkušenosti s pády: 1 respondent (50 %) sdělil, že v posledním roce upadl a 1 respondent (50 %) sdělil, že v posledním roce nepadl.

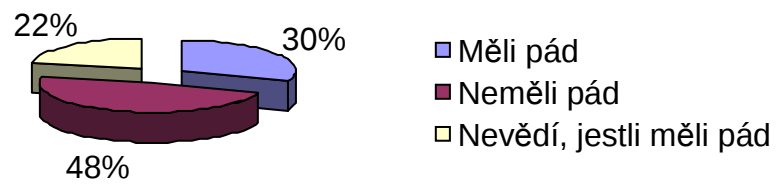
Pantofle



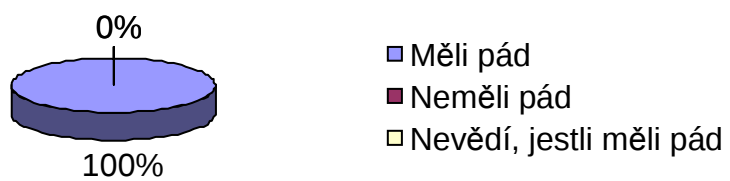
Bačkory

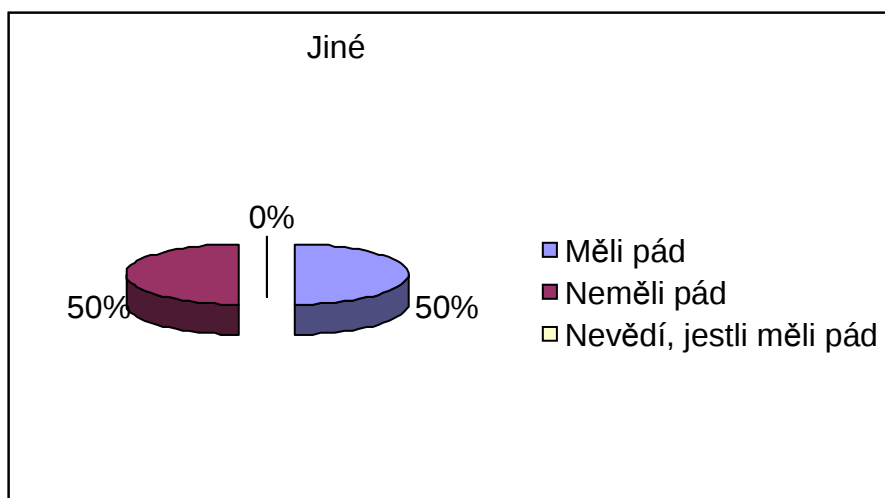


Obuv s pevnou patou



Žádné





Tabulka č. 5 vyjadřuje závislost mezi potřebou získat nové informace o problematice pádu a možných komplikacích a zkušenosti s pádem v posledním roce.

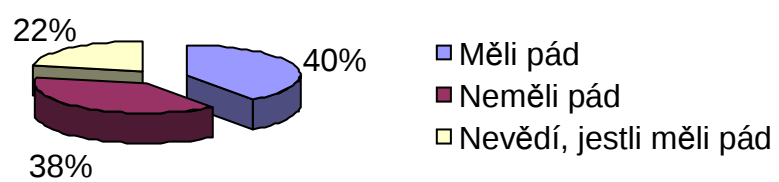
Tabulka č. 5

Pád	Chce získat další informace	%	Nechce získat další informace	%
Ano	20	40	11	18
Ne	19	38	44	71
Nevím	11	22	7	11
Celkem	50	100	62	100

Respondenti, kteří uvedli, že chtějí získat další informace ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: 20 respondentů (40 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 19 respondentů (38 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 11 respondentů (22%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že nechtějí získat další informace ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: pád v posledním roce zažilo 11 respondentů (18%), 44 respondentů v posledním roce neupadlo (71%) a 7 respondentů (11%) nedokázalo sdělit, zda upadlo, či neupadlo.

Chce získat další informace



Nechce získat další informace



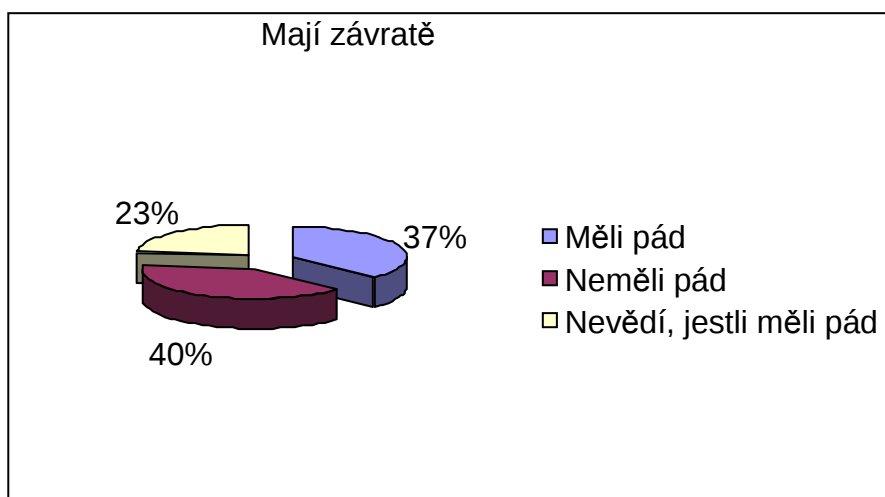
Tabulka č. 6 vyjadřuje závislost mezi závratěmi a zkušeností s pádem v posledním roce.

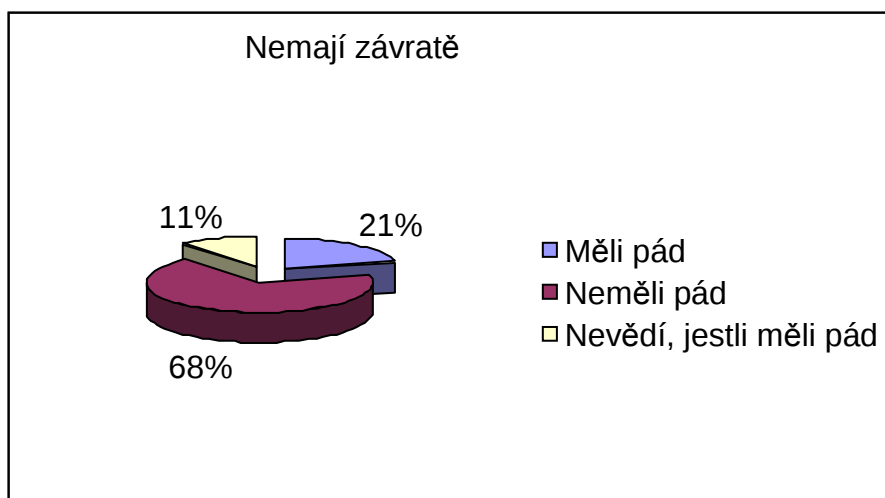
Tab. č. 6

Pád	Mají závratě	%	Nemají závratě	%
Ano	16	37	15	21
Ne	17	40	48	68
Nevím	10	23	8	11
Celkem	43	100	71	100

Respondenti, kteří uvedli, že trpí závratěmi, mají následující zkušenosti s pády v posledním roce: 16 respondentů (37 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 17 respondentů (40%) neupadlo a 10 respondentů (23%) neví, zda v poslední roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že netrpí závratěmi, mají následující zkušenosti s pády v posledním roce: 15 respondentů uvedlo, že upadlo (21%), 48 respondentů neupadlo (68%) a 8 respondentů (11%) neví, zda upadlo či nikoliv.





Tabulka č. 7 vyjadřuje závislost mezi informovaností o problematice pádu a možných komplikacích a zkušenosti s pádem v posledním roce.

Tab. č. 7

Pád	Mají dostatek informací	%	Nemají dostatek informací	%
Ano	14	25	16	29
Ne	37	64	28	50
Nevím	6	11	12	21
Celkem	57	100	56	100

Respondenti, kteří uvedli, že mají dostatek informací ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: 14 respondentů (25 %) sdělilo, že v posledním roce upadlo, 37 respondentů (64 %) sdělilo, že nepadlo v posledním roce, a 6 respondentů (11%), uvedlo, že neví, zda v posledním roce upadlo či neupadlo.

Respondenti, kteří uvedli, že nemají dostatek informací ohledně rizik pádu, mají následující zkušenosti s pády: pád v posledním roce zažilo 16 respondentů (29%), 28 respondentů v posledním roce neupadlo (50%) a 12 respondentů (21%) nedokázalo sdělit, zda upadlo, či neupadlo.

