



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Pády seniorů v domácím prostředí

Bakalářská práce

Studijní program:

VŠEOBECNÁ SESTRA/ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Zuzana Dočekalová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Pády seniorů v domácím prostředí“ jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2017

.....

(Zuzana Dočekalová)

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, ochotu a trpělivost a cenné rady.

Pády seniorů v domácím prostředí

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na jeden z častých problémů postihujících seniory, který velice negativně ovlivňuje život seniora i jeho rodiny. Jedná se o pády seniorů v domácím prostředí, které bývají často důvodem dlouhodobé hospitalizace seniora, vedou často také ke zhoršování stavu, či v nejhorších případech k úmrtí seniora. Proto je důležité, aby senioři i jejich rodiny byli dostatečně informováni o způsobech, jak pádům předcházet a jaká opatření lze přijmout k předcházení pádů seniorů.

Tato práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsou v úvodní kapitole popsány vědní obory gerontologie a geriatrie a vymezeny pojmy stárnutí a stáří. Dále jsou pak popsány způsoby vyšetření geriatrického pacienta. V dalších kapitolách teoretické části jsou charakterizovány pády, jejich příčiny, fenomenologie, následky pádů a jejich prevence.

Ve výzkumné části práce byly určeny čtyři cíle. Zjišťováno bylo, jaké jsou okolnosti pádů seniorů v domácím prostředí, jaké jsou důsledky pádů z pohledu seniorů a jejich rodinných příslušníků, zda senioři, kteří v minulosti již utrpěli pád, přijali nějaká preventivní opatření k předcházení dalším pádům a jaký postoj zaujímá k prevenci pádů rodina seniorů. Výzkumu se zúčastnilo 5 seniorů, kteří v minulosti utrpěli pád v domácím prostředí a 5 rodinných příslušníků. Při zpracování dat získaných rozhovory s respondenty vzniklo 5 kategorií a 6 podkategorií.

Z výsledků vyplývá, že pád obvykle nepříznivě ovlivní další život seniora. Všichni dotazovaní respondenti v rozhovoru uvedli určitý strach z opakování pádů, nějaká preventivní opatření proti dalším pádům však přijali jen někteří respondenti.

Na základě této bakalářské práce byl vytvořen krátký edukační materiál, který by mohl být dále využit jako edukační leták sloužící k předání praktických informací o prevenci pádů seniorům.

Klíčová slova: domácí prostředí; pády seniorů; prevence pádů.

Falls of Seniors in Home Environment

Abstract

This bachelor thesis focuses on one of frequently occurring problems affecting seniors which influence the senior's and their family's lives very negatively. It is falls of seniors in the home environment, usually leading to a long-term hospitalization of the seniors, often leading to their health-condition deterioration, or, in the worst cases, to the seniors' death. That is why it is important for seniors and their families to be sufficiently informed about ways to prevent falling, and what measures to adopt to avoid falling.

This thesis consists of two parts. The introducing chapter of the theoretical part describes the scientific fields of gerontology and geriatrics, and defines the terms of aging and old age. Further, the ways of geriatric patients examination are described. Falls, their etiology, phenomenology, their results and prevention are characterized in the following chapters of the theoretical part.

The research part of the thesis defines four aims. It was trying to ascertain what specific circumstances to falls of seniors in the home environment there are, what consequences there are from the seniors' and their family members' point of view, whether seniors having suffered from a fall in the past have taken any preventive measures to avoid more falls, and what opinion is held by their family to fall prevention. 5 seniors having suffered a fall in the home environment, and 5 of their family members took part in the research. When processing the data obtained via interviewing the respondents, 5 categories and 6 sub-categories were created.

The results have proven that the fall usually influences the future life of the given senior negatively. All of the questioned respondents had stated certain fear of fall repetition in the interview, some preventive measures were taken by some of the respondents only.

Based on this bachelor thesis, a short educative material has been created, which may be further used as an educative leaflet serving to pass on practical information on preventing falls of seniors.

Key Words: home environment; falls of seniors; fall prevention.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Gerontologie a geriatrie	9
1.2 Stárnutí a stáří	10
1.2.1 Stařecká křehkost – frailty.....	11
1.3 Vyšetření geriatrického pacienta	12
1.3.1 Anamnéza	12
1.3.2 Fyzikální vyšetření a fyziologické funkce	13
1.3.3 Funkční vyšetření.....	13
1.4 Syndrom instability	14
1.5 Pády.....	15
1.5.1 Definování pádu	15
1.5.2 Etiologie pádu	16
1.5.3 Fenomenologie pádů	17
1.5.4 Důsledky pádu	18
1.6 Vyšetření geriatrického pacienta po prodělání pádu	19
1.7 Prevence pádů	20
1.7.1 Role sestry v prevenci pádů.....	22
2 Cíle a výzkumné otázky	24
2.1 Cíle práce.....	24
2.2 Výzkumné otázky.....	24
3 Metodika	25

3.1	<i>Použité metody a techniky sběru dat</i>	25
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	25
4	Výsledky	27
4.1	<i>Identifikační údaje seniorů (S1-S5)</i>	27
4.2	<i>Identifikační údaje příbuzných (P1-P5)</i>	27
4.3	<i>Kategorizace výsledků</i>	27
4.3.1	<i>Kategorie č. 1: Příčina pádu</i>	28
4.3.2	<i>Kategorie č. 2: Následky pádu</i>	29
4.3.3	<i>Kategorie č. 3: Preventivní opatření</i>	32
4.3.4	<i>Kategorie č. 4: Nabízená pomoc</i>	33
4.3.5	<i>Kategorie č. 5: Reakce rodiny na pád seniora</i>	34
5	Diskuse	36
6	Závěr	42
7	Seznam použitých zdrojů	44
8	Seznam příloh	49
	Seznam použitých zkratk	69

Úvod

V této bakalářské práci se zabýváme jedním z častých geriatrických syndromů – syndromem instability, který vede k pádům seniorů. Pády jsou jednou z nejčastějších příčin úrazů a zhoršení stavu seniorů, a jejich důsledky pro seniora mohou být fatální. Rizikovými skupinami seniorů jsou nejčastěji lidé, kteří žijí v samostatné domácnosti a dojde-li k pádu, mohou tak zůstat bez pomoci a často dojde k dehydrataci, prochlazení a bez pomoci až ke smrti. Ve většině případů dochází po pádu k hospitalizaci a radikálnímu zhoršení stavu seniora, případně i ke smrti. Některé zdroje uvádějí, že až 80 % hospitalizací seniorů souvisí s pádem seniora a že téměř 30 % pádů způsobuje frakturu krčku kosti stehenní. Toto zranění pak často má pro seniory fatální následky.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož je mi geriatrie obecně blízká a ráda pracuji se seniory. Během praxe v nemocnici jsem se na většině oddělení setkávala především s pacienty – seniory, a mnoho z nich mělo ve své anamnéze pád, či bylo aktuálně hospitalizováno kvůli pádu. I ve svém blízkém okolí a rodině se často setkávám se seniory, kteří v minulosti utrpěli pád a následkem tohoto pádu byli zraněni. Domnívám se, že je proto důležité se touto problematikou zabývat a edukovat seniory o tom, jak lze pádům předcházet.

Tato práce je rozdělena na dvě části - teoretickou, kde se zabýváme definováním pádů a jejich etiologií, dále následky, které pád může pro seniora přinášet, preventivními opatřeními, kterými lze předcházet pádům a způsobem vyšetřování rizikových skupin seniorů. Druhá část bakalářské práce, empirická část, je tvořena výzkumem.

Výzkum bude realizován kvalitativní formou výzkumu, metodou dotazování s využitím polostrukturovaných rozhovorů s respondenty - seniory, kteří již v minulosti utrpěli pád v domácím prostředí.

Tato práce bude sloužit ke zmapování okolností pádů seniorů v domácím prostředí a prevenci dalších pádů seniorů. Dále má tato práce za cíl zmapovat přístup rodin k pádům seniorů a jejich postoj k přijetí opatření proti opakovaným pádům seniorů. Součástí práce je vytvoření návrhu edukační brožury, kterou lze v praxi využít k edukaci seniorů a předcházení pádů seniorů.

1 Současný stav

1.1 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie je obsáhlý vědní obor, který se zabývá stárnutím a stářím a životem jedince ve stáří (Kalvach, Mikeš, 2004). Tento vědní obor se rozvíjí již od středověku, ale největší rozvoj gerontologie se odehrál ve 20. století, kdy se touto problematikou zabývala celá řada odborníků a zájem o obor gerontologie narůstal (Čeledová et al., 2016).

Gerontologii tvoří několik vědních disciplín, které tvoří základ gerontologie jako vědního oboru (Kalvach, Mikeš, 2004).

Teoretická gerontologie je teoretickou základnou oboru, který především zkoumá, jakým způsobem a z jakého důvodu živé organizmy stárnou (Kalvach, Mikeš, 2004). Poznatky čerpá pomocí experimentálních metod a také z jiných vědních disciplín, jelikož se jedná o multidisciplinární obor. Součástí teoretické gerontologie je gerontologie experimentální, která využívá experimentální metody k získávání nových poznatků (Weber et al., 2000).

Další vědní disciplínou, která tvoří součást gerontologie, je gerontologie sociální. Sociální gerontologie se zabývá vztahy seniora a jeho okolí a potřebami seniora, které má vzhledem ke společnosti (Hrozenská et al., 2013). Jedná se o velice obsáhlý obor, který zahrnuje demografii stárnutí, sociálně ekonomickou situaci seniorů, společenské prostředí, sociologickou a psychologickou problematiku stáří, sociálně lékařské a sociálně psychologické aspekty poskytování komplexní péče o seniory. Dále také přípravu na stáří a právníké a etické aspekty péče o staré občany (Zavázalová et al., 2001).

Třetí součástí gerontologie jakožto oboru, je klinická gerontologie - neboli geriatrie. Klinická gerontologie se zabývá zdravím a nemocí stáří a také specifiky nemoci ve stáří. Geriatrie je medicínský obor, který je zaměřený především na nemoci seniorů a jejich zvláštnosti, prevenci onemocnění, jejich diagnostiku, léčbu a ošetrovatelskou péči o seniory s patologickými formami stárnutí. Geriatrie je interdisciplinární obor, který čerpá poznatky z dalších medicínských oborů a doplňuje je (Weber et al., 2000). Vzhledem k integrovanému přístupu lze pečovat o geriatrické pacienty komplexně a je jim tak poskytována péče, jejímž cílem je uchování zdraví

a zachování soběstačnosti a autonomie seniora a zlepšení kvality života seniora (Topinková, 2005).

1.2 Stárnutí a stáří

Stárnutí je nevratný biologický proces postihující lidský organizmus, který podléhá řadě změn ve své funkci a struktuře (Topinková, Neuwirth, 1995). Jde o změny jak biologické, které jsou na organismu patrné, tak psychologické, emocionální a sociální (Langmeier, Krejčířová, 2006). K biologickým změnám organismu patří především zhoršená schopnost organismu adaptovat se na změny, která často vede k dekompenzaci stavu seniora i při kontaktu s mírným podnětem (Topinková, 2005). Dále se také podle Langmeiera a Krejčířové (2006) snižuje odolnost organismu k infekcím, zhoršuje se i schopnost regenerace organismu. Snižuje se též funkce endokrinní soustavy a dochází k odumírání neuronů. Biologické změny probíhající v těle člověka, vedou ke změnám v průběhu onemocnění ve stáří. Specifiky nemocí ve stáří se zabývá geriatrická medicína (Hrozenská et al., 2013).

Mezi další biologické příznaky stáří patří kognitivní změny. Ve stáří dochází ke zhoršování zraku a sluchu a tím je značně omezen také kontakt seniora s jeho okolím. Výrazně se také zvyšuje pravděpodobnost úrazu z důvodu zhoršeného kognitivního vnímání (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Kromě biologických změn dochází také ke změnám v emočním prožívání a změnám osobnosti starého člověka. Emoční prožívání je nyní méně proměnlivé a stává se stabilnějším. Často přechází až v apatii a lhostejnost seniora vůči okolí (Langmeier, Krejčířová, 2006). I přes zklidnění a zmírnění emocí ve stáří je u seniorů obvyklá emoční labilita a snížená schopnost zvládat zátěž (Vágnerová, 2007).

Dalším aspektem patřícím k přirozenému stárnutí člověka, jsou změny v sociální oblasti. Dochází ke změnám v sociálních rolích. Jednou z nejpodstatnějších změn je ztráta profese a odchod do důchodu (Jarošová, 2006). V očích společnosti přechodem do penze končí produktivní věk člověka a začíná stáří. Senior ztrácí ekonomickou nezávislost a zároveň také kontakt s lidmi z pracovního prostředí - přáteli a kolegy. Může tak docházet k pocitům méněcennosti a nepotřebnosti. Není neobvyklé, že v tomto období také dochází k úmrtí životního partnera seniora a dochází tak i ke změně role z partnera na vdovu/vdovce (Vágnerová, 2007).

Dle Vágnerové (2007) se také senioři orientují na rodinu, především na roli prarodičů a rodičů. Dále rovněž udržují přátelské vztahy s lidmi, se kterými se setkávají na některých typech aktivit, či se sousedy a lidmi z blízkého okolí.

Stáří je poslední fází ontogenetického vývoje člověka a také konečnou fází procesu stárnutí (Topinková, Neuwirth, 1995). Existuje několik způsobů členění stáří. Nejobvyklejší je však periodizace dle Světové zdravotnické organizace, kdy věk od 60 do 74 let věku je označován jako rané stáří. Věk od 75 let do 89 je pak dle WHO označován jako vlastní stáří. Poslední skupinou je dlouhověkost. Do této skupiny lze zařadit seniory ve věku nad 90 let (Holmerová et al., 2007).

Mimo členění stáří dle věku lze také v literatuře najít pojem funkční věk (Topinková, Neuwirth, 1995). Funkční věk se dá charakterizovat jako skutečný věk člověka vzhledem k funkčním schopnostem, v kontextu s biologickou, psychologickou a sociální stránkou člověka. (Hrozenská et al., 2013). Existují také různá další rozdělení a charakteristiky stáří, které lze najít v literatuře, viz například Topinková, Neuwirth, (1995) a další.

1.2.1 Stařecká křehkost – frailty

Stařecká křehkost, neboli frailty je definována jako „*biologický syndrom snížené rezervy a odolnosti ke stresorům, které vyplývají z kumulativních úpadků napříč různými fyziologickými systémy a způsobující náchylnost k nežádoucím výsledkům*“ (Fried et al., 2001, s. 2). Za křehkého, a tedy rizikového, pacienta lze považovat seniora, u nějž je deficit v několika oblastech - například kognitivní, nutriční, senzomotorické (Palácová, 2011). U těchto seniorů je zvýšené riziko nesoběstačnosti, zhoršené mobility, pádů a s tím souvisejícími zraněními, které vyžadují hospitalizaci a často mají pro nemocného fatální následky (Topinková, 2005).

Ke zhodnocení fyzické zdatnosti seniora a křehkosti seniora lze využít různé metody. Častá je metoda dotazování se, kdy se hodnotí fyzická zdatnost seniora v porovnání s jeho vrstevníky, a to testem aktivit běžného denního života (ADL test), který je zmíněn v kapitole funkční vyšetření. Dále se pak hodnotí také klasifikace NYHA.

Dalším způsobem, jak ohodnotit fyzickou zdatnost a křehkost seniora, je použitím „Krátké baterie pro testování zdatnosti seniorů“ (SPPB). Tento test byl

sestaven americkým geriatrem Guralnikem a v české geriatrii ho do praxe zavedla především profesorka Topinková (2005). Jedná se o test, který lze provést při návštěvě seniora v ordinaci lékaře. Jedná se o řadu lehkých fyzických úkonů, které slouží k posouzení seniora v oblasti stability, rychlosti chůze a síly dolních končetin. První část baterie, zaměřená na udržování rovnováhy, obsahuje výdrž v postoji 10 sekund a hodnotí se skutečná délka stoje seniora. V druhé části baterie senior dostane za úkol ujít dvakrát úsek 4 metry svojí běžnou rychlostí chůze za použití pomůcek, které je zvyklý k chůzi využívat. Zde se sleduje rychlost chůze, která může být u seniorů značně zpomalená až šouravá (Berka et al., 2013). U některých seniorů lze vysledovat tzv. stařeckou (senilní) chůzi, která je typická krátkými krůčky a velice pomalým tempem. Je zde také patrná instabilita seniora při chůzi a strach z pádu (Ambrle, 2004). Třetí část testu posuzuje sílu dolních končetin. Senior dostane za úkol několikrát vstát ze židle a opět se posadit a to bez pomoci horních končetin, které jsou při vyšetření složeny na prsou. Jednotlivé součásti testu se hodnotí body a po zhodnocení testu je zjištěna skutečná fyzická zdatnost seniora a případná náchylnost ke vzniku křehkosti (Berka et al., 2013).

1.3 Vyšetření geriatrického pacienta

V geriatrické medicíně se využívají stejné principy při diagnostice chorob běžně využívané v medicíně, je však třeba dbát zvláštností vyššího věku. Při vyšetření geriatrického pacienta je proto důležité dbát kromě jeho biologické stránky také na stránku psychiky, sociální stránku, ale zároveň brát v potaz všechna onemocnění, kterými trpí. (Špinar et al., 2013). Vyšetření geriatrického pacienta je složeno z anamnézy, fyzikálního vyšetření a měření fyziologických funkcí, a funkčního vyšetření seniora.

1.3.1 Anamnéza

Anamnéza představuje velice důležitou součást vyšetření pacienta a diagnostiky jeho chorob. Obvykle probíhá sběr anamnestických dat rozhovorem s pacientem. V případě, že není možné získat informace přímo od pacienta, je možné získávat anamnestické informace od příbuzných pacienta. Rozhovorem s příbuznými lze také doplnit anamnézu v případě, že informace od pacienta nejsou dostačující. Sběr

informací od pacienta může být také znesnadněn zhoršeným sluchem či pomalou mluvou pacienta. Je proto nutné přistupovat k pacientovi s dostatečnou trpělivostí a vyhradit si na sběr informací od pacienta dostatek času (Topinková, Neuwirth, 1995). Při odběru anamnézy se kromě běžných součástí anamnézy, jako je například osobní či rodinná anamnéza, soustředíme především na nynější onemocnění, se kterými pacient přichází a také na farmakologickou anamnézu, kterou je třeba zjistit co nejpodrobněji. Důležitá je také sociální anamnéza a to především popis prostředí, ve kterém pacient žije, s kým bydlí a jaké má vztahy s rodinou. Tyto informace jsou důležité především v souvislosti s propuštěním pacienta do domácího ošetření (Špinar et al., 2013). Dále jsou také podstatné informace o stravovacích návycích a složení stravy pacienta. Během odběru anamnézy také probíhá zběžné zhodnocení psychického stavu a je vhodné dotazovat se na pocity bezraděje či deprese (Topinková, Neuwirth, 1995).

1.3.2 Fyzikální vyšetření a fyziologické funkce

U fyzikálního vyšetření si všímáme především celkového dojmu - chůze a stoje, stisku ruky, výrazu v tváři, celkové tělesné konstrukce pacienta i případného zanedbaného vzhledu a oblečení pacienta. Dále se soustředíme na mluvu pacienta – rychlost a plynulost řeči, návaznost mluveného slova a případně řečových poruch, jako je například afázie (Topinková, Neuwirth, 1995).

Dále je důležité si všimat stavu kůže po celém těle a u méně pohyblivých pacientů se zaměřit na predilekční místa pro vznik dekubitů. Pečlivě vyšetřeno by mělo být celé tělo od hlavy - kde si všímáme očí, úst, celkového výrazu tváře - dále také krk, kde se vyšetřuje štítná žláza a uzliny. Na trupu se pak vyšetřuje srdce a plíce poslechem pomocí fonendoskopu. Na horních a dolních končetinách se pozorují především otoky, kůže na končetinách a stav žil na nohou a také pohyblivost v kloubech. Do fyzikálního vyšetření také spadá měření a hodnocení fyziologických funkcí (Špinar et al., 2013).

1.3.3 Funkční vyšetření

Funkční vyšetření má za úkol především posouzení soběstačnosti pacienta a jeho fyzické výkonnosti (Štěpánková et al., 2014). Do této oblasti lze zařadit jak vyšetřovací metody orientované na jednotlivé orgánové soustavy - jako je například ergometrie, spirometrie a další - tak také především test instrumentálních všedních činností (IADL)

či test základních sebeobslužných činností (ADL) (Topinková, 2005). ADL test je standardizovaný test pro posouzení schopností seniora provádět činnosti související s celkovou hygienou a intimní hygienou, oblékáním, příjmem stavy, přesunem z lůžka na židli, kontinencí moče a stolice. Tyto činnosti však nepoukazují na naprostou soběstačnost seniora a schopnost seniora žít sám a starat se o sebe bez cizí pomoci, ale pouze na schopnost základní obsluhy (Pokorná et al., 2013). Schopností postarat se o sebe samostatně a nezávisle na pomoci druhých, se zabývá standardizovaný test IADL. Ten zahrnuje aktivity jako například cestování (opuštění domova, chůze po schodech, zamykání, užívání dopravních prostředků...), telefonování, užívání léků, nakupování, manipulaci s penězi, přípravu stravy a péči o domácnost (Pokorná et al., 2013). Jelikož nejdříve dochází ke změnám dovednosti v instrumentálních aktivitách, je vhodné nejdříve u ambulantních pacientů provádět test IADL (Schuler, Oster, 2010).

Pro zhodnocení mobility seniora a jeho stability lze využít několik testů. K často využívaným testům patří Get up and Go test (GUG), či podobný test Timed Get up and Go test (TUG). Tento test je často využíván v klinické praxi díky své jednoduchosti a časové nenáročnosti. Senior je při něm usazen na židli a je vyzván, aby se pokud možno bez pomoci rukou zvedl ze židle, ušel 5 metrů, otočil se a opět usedl na židli. K provedení úkolu obvykle stačí seniorovi bez problémů s rovnováhou 10 sekund (Minnesota Falls Prevention, 2016).

Další součástí vyšetření geriatrického seniora jsou laboratorní a přístrojová vyšetření, která se především využívají k doplnění informací získaných anamnézou a fyzikálním a funkčním vyšetřením. Využívají se individuálně dle potřeby a rozhodnutí lékaře.

1.4 Syndrom instability

Instabilita je podmíněna poruchou mechanismu detekce a schopnosti korigovat umístění organismu v prostoru (ve stoje i v pohybu) (Weber et al., 2000, s. 63).

Syndrom instability je jedním z nejčastějších geriatrických syndromů, který se vyskytuje v důsledku celkové involuce organismu člověka, které provází změny kognitivních funkcí a biologické změny, jako například oslabení svalstva a kosterní soustavy starého člověka (Holmerová et al., 2007). Tyto involuční změny v organismu mají pak za následek pády seniorů, při kterých vznikají úrazy. Instabilita a pády často

bývají příčinou snížené mobility seniora a ztrátou jistoty při chůzi (Růžička et al., 2004).

Instabilita má obvykle multifaktoriální příčiny a jen obtížně ji lze léčit. Možností, jak lze instabilitu částečně korigovat, je úprava některých ovlivnitelných faktorů jejího vzniku (Weber et al., 2000). Dle Růžičky et al. (2008) lze instabilitu rozlišit do několika okruhů. Prvním okruhem je instabilita podmíněná poruchou receptorové a centrálně analytické části rovnovážného systému, u které je dominantní především závrať. Další formou instability je instabilita podmíněná poruchou efektorové části rovnovážného a muskuloskeletálního systému, u které se obvykle nevyskytují závratě, můžou se však vyskytovat některé z neurologických příznaků, jako je například hemiparéza po CMP a další. Hlavním příznakem vyskytujícím se u této formy je svalová slabost. Projevuje se pak především pády a může zde být přítomna i apraxie. Dalším druhem instability, je instabilita podmíněná jinými endogenními změnami, jako jsou například kognitivní změny doprovázející stárnutí. Poslední formou instability je instabilita ovlivněna vnějšími podmínkami. Jedná se o vnější vlivy, které mohou mít za následek instabilitu a pád seniora jako jsou například kluzký povrch, nevhodná obuv, nevhodné kompenzační pomůcky a další.

V případě, že se u seniora vyskytují ukazatele syndromu instability a je zde riziko pádu, měl by pacient být lékařem řádně vyšetřen. Vyšetřuje se především sed, stoj pacienta a jeho chůze. Na zhodnocení schopností v těchto oblastech lze využít některé hodnotící škály – například Get up and go test, který je přímo určený ke zhodnocení stability a hybnosti pacienta (Weber et al., 2000).

1.5 Pády

1.5.1 Definování pádu

Se syndromem instability úzce souvisí pády seniorů, které jsou jednou z nejčastějších příčin hospitalizace pacientů seniorského věku a celkové dekompenzace jejich stavu. Pád nemusí vždy způsobit zranění či fyzické problémy, pro seniora má však také psychosociální následky (Fleksher, 2016). Nejčastěji dochází ke strachu z dalšího pádu, čímž je omezena aktivita a mobilita seniora a jeho soběstačnost (Topinková, Neuwirth, 1995). U seniora je také častý pocit studu, a proto často není

ošetřující lékař o pádu informován. Proto je důležité, aby zdravotničtí pracovníci sami pátrali po potenciálním riziku pádů při odběru anamnézy (Weber et al., 2000).

Dle Topinkové (2005, s. 44) lze pád definovat jako „*změnu polohy, která končí kontaktem těla se zemí.*“ Nejčastěji k pádům v domácím prostředí dochází při běžných činnostech – například chůze ze schodů a podobně. Méně často pak při riskantních aktivitách, jako je například stoj na židli či žebříku (Studentski, Wolter, 2010).

1.5.2 Etiologie pádu

Pády mohou mít různé příčiny, dle etiologie se však dělí do dvou základních skupin - pády z vnitřních příčin (symptomatologické) a pády z mechanických, tedy vnějších příčin.

Pády z vnitřních příčin vždy souvisí s onemocněními orgánů a orgánových soustav. Jde o častější příčinu pádů - je příčinou pádu ve více než 50 % případů. Častou příčinou těchto pádů jsou změny v rovnováze a chůzi u seniorů. Chůze seniorů se obvykle s přibývajícím věkem stává pomalejší a dá se charakterizovat jako šouravá. Dále je také změněna schopnost držet rovnováhu (Weber et al., 2000). Dalšími onemocněními, která mohou přispět k pádu, jsou například kardiovaskulární onemocnění, kam spadá například ortostatická hypotenze či synkopa. Velice riziková jsou dále také onemocnění pohybového aparátu – nejčastěji osteoporóza či artróza (Topinková, 2005). Dále jde například o onemocnění psychiatrická (demence, deprese) či onemocnění senozomotorická – poruchy sluchu a zraku (Topinková, 2005). Neméně důležitý je také vliv užívaných farmak či abúzus alkoholu a dalších návykových látek, který může také vyústit v pád. Při hospitalizaci pacienta je proto důležité velice pečlivě odebrat farmakologickou anamnézu. Mezi rizikové lékové skupiny patří například antidepresiva, psychofarmaka, antihypertenziva, hypnotika či diuretika (Fleksher, 2016).

U pádů z vnějších příčin jde nejčastěji o zakopnutí či uklouznutí díky nevhodnému prostředí. Nejvíce rizikové jsou předměty na podlaze - například kabely, hračky vnučat, koberce (Topinková, Neuwirth, 1995). Dále zvyšuje riziko pádu nevhodné osvětlení místnosti, kluzká podlaha či nevhodná (příliš nízká) křesla či židle. Mechanické příčiny lze významně ovlivnit úpravou prostředí, kde se senior pohybuje –

například odstraněním kobereců a kabelů, instalováním madel do koupelny a na záchod a podobně (Joint Commission International, 2007).

1.5.3 Fenomenologie pádů

Kromě dělení pádů podle příčiny vzniku, lze pády rozdělit do několika skupin a to podle mechanismu vzniku, kterým k pádu došlo. První skupinou pádů jsou pády zhroutením, které vznikají, pokud pacient náhle ztratí svalový tonus, čímž pak dochází ke zhroutení těla k zemi (Hronovská, 2012). Někdy se tento typ pádu označuje jako drop attack (Růžička et al., 2008). Jedná se o ztrátu tonu svalů udržujících postoj těla, ale nedochází obvykle ke ztrátě vědomí. Dochází zde ke krátkodobé poruše cirkulace krve v mozkovém kmenu (Topinková, 2003). Mezi nejčastější příčiny patří epilepsie, TIA, CMP, ortostatická hypotenze či kardiální synkopa (Růžička et al., 2008).

Další skupinou pádů jsou pády skácením, které jsou způsobeny poruchou rovnováhy, kdy pacient nemá žádné reflexní obranné pohyby (Hronovská, 2012). Z důvodu absence obranných pohybů často dojde při pádu k závažným zraněním. Nejčastěji se vyskytují u vestibulárních a mozkových lézí, ischemie a hemoragie (střední mozek, talamus, frontální lalok...) (Růžička et al., 2008).

K pádům způsobeným zakopnutím o překážku dochází nejčastěji u Parkinsonovy choroby, kdy dochází k poruše chůze, která se stává šoupavou a tím snáze dojde k zakopnutí o překážku a následně pádu. Pády tohoto typu jsou nejčastěji směřovány dopředu a dochází obvykle k dopadu na dlaně (Růžička et al., 2008). Poslední skupinou pádů podle mechanismu vzniku jsou pády zamrznutím. U pádu zamrznutím nedojde k vykročení nohou kupředu a noha zůstává na podlaze, ale tělo pokračuje v pohybu vpřed a tím dochází k pádu (Hronovská, 2012). V případě, že nelze u pádu přesně určit mechanismus vzniku a zařadit ho tak do jedné z uvedených kategorií, jedná se o takzvaný nediferencovaný pád, u kterého není přesně známý mechanismus vzniku. Pokud však není pád zařazen a dochází k němu opakovaně, je třeba provést důkladné vyšetření pacienta a pokusit se pád zařadit, aby bylo možné provést případně preventivní opatření proti dalším pádům (Růžička et al., 2008).

Mimo pádů z nejrůznějších příčin popsaných výše, lze odlišit jako další skupinu pádů pády cizím zaviněním. Ty bývají způsobeny nejčastěji dopravními nehodami (Růžička et al., 2004). Kromě dopravních nehod či pádů v hromadné

dopravě mohou být pády také způsobeny domácím násilím, páchaným na seniorech nejčastěji rodinou či pečující osobou. Na syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka je podezření, pokud jsou pády seniora opakované, nejasných příčin a jsou přítomny další symptomy ukazující na týrání seniora (Růžička et al., 2008).

1.5.4 Důsledky pádu

Pády mají pro seniora mnoho nepříznivých důsledků, kdy jde jak o fyzickou a zdravotní stránku, tak také o jeho psychiku. Mezi fyzické následky prodělání pádu patří nejčastěji zlomeniny, ke kterým dochází často, jelikož ve stáří jsou kosti křehčí a často jsou postihnuty osteoporózou. Pak stačí pouze drobný náraz, který by u zdravé kosti nezpůsobil žádné poškození, a dojde k porušení kosti seniora (Holmerová et al., 2002). Nejčastější jsou zlomeniny krčku stehenní kosti a také Collesova zlomenina zápěstí, kdy dojde k poškození celistvosti výběžku na radiu a jeho dislokaci. Tato zlomenina je typická pro pád dozadu na ruce (Růžička et al., 2004). Třetí nejtypičtější zlomeninou, související s pády, je kompresivní zlomenina obratlů (Růžička et al., 2008).

Dalším obvyklým nepříznivým následkem pádu seniora je prochladnutí. K pádu často dochází především u osamělých seniorů, a mezi pádem a příchodem pomoci tak vzniká velká časová prodleva. V této době jsou senioři bez pomoci a nemohou se zvednout ze země. Dojde tak snadno k prochladnutí a také dehydrataci, čímž se značně snižuje šance na zlepšení stavu a návratu pacienta k soběstačnosti (Dvořáčková, 2009). Často je pro seniora obtížné vstát i v případě, že dříve byl plně soběstačný (Růžička et al., 2008). Dalším častým úrazem, který může být velice nebezpečný, jsou podle Hronovské (2012) úrazy hlavy. Při úrazu hlavy jsou senioři ohroženi frakturami lebky a krvácením do mozku, případně i smrtí.

Mimo fyzických následků pádu mohou být také závažným problémem psychické důsledky. Tyto následky mohou být často závažnější než fyzické následky, jelikož omezují soběstačnost seniora a mohou být příčinou vzniku imobility či dalších pádů. Patří sem především úzkost a deprese, které nejčastěji vycházejí z již dříve prodělaného pádu a obav z opakovaných pádů a jejich důsledků. Pádu se bojí především starší osamělí lidé nebo lidé, kteří nemají ve svém okolí nikoho, s kým by si o svém strachu promluvili. V tomto ohledu může být nápomocna sestra navštěvující klienta v rámci

domácí péče, která tak poskytuje seniorovi oporu a také informace o prevenci dalších pádů. Pomoc se týká i rodiny seniora, kdy je třeba kromě seniora zaměřit edukaci ohledně preventivních opatření také na blízkou rodinu seniora (Jarošová, 2007). U deprese je vyvolávajícím faktorem především strach z dalších pádů, ale také ze ztráty soběstačnosti a schopnosti postarat se o sebe (Hronovská, 2012). Dalším důsledkem pádu, který může mít psychický základ, je ztráta soběstačnosti a imobilita. Kromě fyzických omezení pohybu souvisejících s pádem, jako jsou například zlomeniny a další zranění, může být snižená mobilita a soběstačnost seniora vyvolána strachem z dalších pádů, který vede k omezení jeho aktivity. Paradoxně může být snižená mobilita jednou z příčin opakovaných pádů (Růžička et al., 2008).

1.6 Vyšetření geriatrického pacienta po prodělání pádu

Pokud dojde k pádu seniora, je důležité, aby vždy podstoupil vyšetření lékařem, které vyloučí případná zranění způsobená pádem. Hlavním cílem vyšetření seniora po prodělání pádu je odhalení následků a také zjištění etiologie a okolností pádu (Topinková, Neuwirth, 1995). Důležitou součástí vyšetření je, jak uvádí Topinková (2005), podrobná a důkladně odebraná anamnéza, kde je možné zjistit jak bezprostřední okolnosti pádu - jako je například místo a čas, symptomy předcházející pádu - tak také osobní, farmakologická a sociální anamnéza. Ty mohou obsahovat důležité informace o pacientovi, jeho stavu a sociálních podmínkách. Dále pak následuje běžné fyzikální vyšetření, kdy lékař sleduje celkový stav pacienta – tělesnou konstrukci, známky dehydratace či malnutrice, neklid a případné kognitivní poruchy. Měření fyziologických funkcí je běžnou součástí fyziologického vyšetření. Vyšetření provede také neurolog, který zjišťuje, zda nebyla příčina pádu neurologického původu (Topinková, 2005).

Špinar et al. (2013) uvádějí, že mimo fyzický stav je také důležité vyšetřit psychický stav pacienta a to především zda ví, kde se nachází, pamatuje si události předcházející pádu. Při rozhovoru, by měl lékař hodnotit psychický stav pacienta, a pokud má podezření na nějaký druh mentálního deficitu, lze také k vyšetření využít některé testy, například MMST (Mini Mental State Test) či Zkrácený test mentálních funkcí. Po zhodnocení fyzického a psychického stavu pacienta je nezbytnou součástí také funkční vyšetření, kde se hodnotí chůze, stoj, přesun židle - lůžko a celková soběstačnost seniora v běžných denních činnostech. K zhodnocení soběstačnosti lze

využít některé standardizované testy, jako je například ADL test (Activities of Daily Living) či IADL test (Instrumental Activities of Daily Living). Při hodnocení vstávání, chůze a rovnováhy lze využít například jednoduchý test Get up and go (Topinková, 2005).

Z přístrojových vyšetření lze využít především EKG, echokardiografii, EEG či CT mozku. O jejich využití rozhodne lékař po základním vyšetření pacienta a dle potřeby dalšího došetření situace (Topinková, 2005).

1.7 Prevence pádů

Pády obvykle mají pro seniora velké množství nežádoucích následků, které výrazně snižují kvalitu jeho života. Je proto nutné dbát na prevenci pádů seniorů a předcházet opakovaným pádům. Cílem prevence je především zamezit vzniku pádu, či poskytnout včasné a vhodné ošetření pokud již k pádu došlo (Grivna, 2003). Prevence také může zlepšovat kvalitu života a tělesné i duševní zdraví seniora (Hanzlíková et al., 2007). Lze ji rozdělit na primární, sekundární a terciální prevenci (Grivna, 2003).

Primární prevence se zabývá především předcházením pádů a omezením rizika vzniku pádu na minimum (Hanzlíková et al., 2007). Lze ji dále rozdělit do několika oblastí, kterým je třeba se při prevenci věnovat (Grivna, 2003). První důležitou oblastí primární prevence je pohybový režim a cvičení. V této oblasti není nutné náročné cvičení, které by senior nemohl zvládat. Pro zlepšení stability je důležité posilovat svaly nohou a také svaly uvnitř těla zodpovědné za napřimování páteře a stabilizaci pohybů boků. V tomto ohledu mohou být prospěšná cvičení, jako je například jóga či taj chi, která zlepšují celkové držení těla a posilují svaly celého těla (Stiller, 2016). Mimo pravidelného cvičení sloužícího k posílení svalů lze využít i běžných krátkých vycházek, které také přispívají ke zlepšení kondice i psychického stavu a sebevědomí v oblasti soběstačnosti seniora a jsou důležité k zamezení ztráty mobility (Weber et al., 2000). Mezi další možnosti pohybových aktivit pro seniory patří například plavání a aquagymnastika, jízda na rotopedu, tanec či běh na lyžích. Při volbě vhodné pohybové aktivity záleží především na aktuálním stavu seniora a také na úrovni pohybových aktivit v předchozím životě (Lepková, 2011).

K dalším preventivním opatřením, kterými lze ovlivnit, zda dojde k dalším pádům, patří úprava prostředí. U seniorů, zvláště pokud mají zvýšené riziko pádů, je

vhodné upravit domácí prostředí, ve kterém se pohybují a omezit tak množství rizikových faktorů, které z nepřizpůsobeného domácího prostředí vyplývají (Tucker, 2013). Jde především o odstranění bariér, jako jsou prahy či přípojné kabely. Podlahové krytiny by měly být neklouzavé. Dále je vhodné odstranit malé koberce, které mohou také způsobit zakopnutí a následný pád. Při úpravě prostředí je také vhodné dbát na instalaci madel na toaletu a do koupelen, případně zábradlí na schodiště. Tato madla mohou usnadnit vstávání seniora z toalety a zároveň také poskytnout oporu při poklesnutí (Růžička et al., 2008). Mimo madel existuje také řada dalších pomůcek do koupelny a na toaletu. Jsou to například protiskluzové podložky do vany, sedačky do vany či zvýšená sedadla na toaletu (Topinková, Neuwirth, 1995).

Kromě úpravy prostředí seniora lze také využívat některé kompenzační pomůcky, které mohou seniorovi dopomáhat při chůzi, či odlehčovat zatížení bolestivého či operovaného kloubu (Weber et al., 2000). Před začátkem jejich využívání, by však měl být pacient dostatečně informován, jak mají být tyto pomůcky využívány a odborník (například fyzioterapeut) by s nimi měl provést nácvik chůze s pomůckou (Topinková, Neuwirth, 1995). Pokud by kompenzační pomůcky byly využívány špatným způsobem, nebyly by užitečné (Weber et al., 2000). Mezi ochranné pomůcky lze zařadit například chrániče kyčlí, které se využívají k prevenci fraktury krčku stehenní kosti. Dále je možné využít ochranné helmy, především u zvýšených rizik úrazu hlavy (Růžička et al., 2008).

Úpravy by se kromě prostředí, ve kterém senior žije, měly také týkat obuvi a oblečení. Zde je nutné dbát především na vhodnou obuv. Ta má být pevná, pohodlná a s neklouzavou podrážkou. Doma by neměl senior používat pantofle či chodit pouze v ponožkách, jelikož je velké riziko uklouznutí či zakopnutí díky nevhodnému obutí. Oblečení musí být pohodlné a nemělo by být příliš dlouhé (dlouhé sukně, nohavice), aby při chůzi nedocházelo k riziku zakopnutí o ošacení (Topinková, Neuwirth, 1995).

Sekundární prevence je zaměřená na léčbu případných následků pádu a především se soustředuje na zamezení vzniku opakovaných pádů. Terciální prevence má za úkol především léčbu následků pádů a zabránění vzniku komplikací v souvislosti s pádem (Hanzlíková et al., 2007). Především u seniorů, u kterých byl již v minulosti zaznamenaný pád, je vhodné zajistit dostupnost pomoci. Jedná se zde především

o nabídnutí signalizačního zařízení seniorovi, čímž se předchází dlouhé prodlevě mezi pádem, či jinou akutní situací, a příchodem pomoci (Růžicka et al., 2008). Existuje celá řada signalizačních zařízení, které lze využít. Obvykle obsahují bezpečnostní náramek s tlačítkem, které lze stisknout, pokud se senior dostane do potíží. Při stisku tlačítka začne domácí tísňová signalizace signalizovat a přivolá pomoc. Dále je možné využívat u seniorů mobilní telefony s tísňovým tlačítkem, které také přivolají pomoc v případě potřeby (Multione, 2017).

V případě, že už k pádu došlo, je velice důležitá účinná rehabilitace, která povede k rekonvalescenci seniora. Rehabilitaci a následnou rekonvalescenci seniora lze zároveň považovat za prevenci dalších pádů. Po pádu obvykle senior pocítuje strach z chůze a tím je snížena mobilita i soběstačnost. Je proto důležité zahájit včasnou a postupnou rehabilitaci. Obvykle se u pacienta, který je například určitou dobu na lůžku díky následkům pádu, začíná rehabilitace vstáváním z lůžka a přesunem na židli. Dále se pokračuje postupným nácvikem chůze. Postup rehabilitace by měl být pozvolný, tak aby pacient získal v jednotlivých krocích jistotu a získal opět sebedůvěru v chůzi a běžných denních činnostech (Weber et al., 2000).

1.7.1 Role sestry v prevenci pádů

V prevenci pádů seniorů v domácím prostředí mají sestry zásadní význam a to především z toho důvodu, že jak v nemocničních zařízeních, tak i v domácím prostředí, jsou v kontaktu s klientem nejčastěji ze všech zdravotnických pracovníků. Sestry také znají klientovi problémy a celkový stav a obvykle se jim daří s klientem navázat vztah, ve kterém sestře důvěřují (Krátká, Šilhánková, 2008).

Jednou z rolí sestry, která úzce souvisí s prevencí pádů, je role sestry edukátorky. Edukace je ve svém významu výchova a vzdělávání. Hlavním úkolem edukace je pak především měnit postoje, návyky, vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Edukace má několik fází. Nejprve probíhá plánování edukace a zjišťování úrovně vzdělání edukanta v dané oblasti. Sestra edukátorka si určí cíle edukace a zvolí vhodnou metodu edukace u daného klienta. Další fází edukace je realizace, kdy předáváme informace edukantovi vybranou metodou. V poslední fázi pak zhodnotíme edukační proces. Ke správné edukaci je třeba zpětná vazba, kterou zjistíme úspěch edukace. Při

edukaci seniorů musíme dbát především na srozumitelnost informací, opakování a fixaci informací (Juřeniková, 2010).

Sestra má možnost předávat seniorům informace týkající se rizika pádů, příčin vzniku pádu a seznámit je s možnostmi, jak pádu předcházet například úpravou domácího prostředí, ale také zapojením pohybového režimu do denních aktivit či využíváním kompenzačních pomůcek při chůzi. Pokud již senior v minulosti utrpěl pád, je dobré, pokud ví, z jakého důvodu k pádu došlo. Sestra se pak při edukaci zaměří na konkrétní oblast, která je pro daného seniora aktuální. Do edukace je také vhodné zapojit rodinu seniora (Jarošová et al., 2014).

V případě, kdy je třeba nějaká forma zdravotní či sociální péče u klienta v domácím prostředí, je možné využívat domácí péči. Domácí péči lze definovat jako komplexní péči o klienta v jeho sociálním prostředí a se zapojením rodiny do péče. V rámci domácí péče jsou díky multidisciplinárnímu týmu kvalifikovaných odborníků poskytovány služby v oblasti zdravotní, sociální i pečovatelské služby a jsou tak uspokojeny všechny biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby klienta (Jarošová, 2007). Jedním z cílů domácí péče je podle Ellenbeckera et al. (2008) poskytnout potřebnou péči klientovi v domácím prostředí a tím zajistit, že k hospitalizaci klienta, či jeho umístění do ústavní péče, dojde pouze v případech, kdy je to nezbytně nutné.

Zdravotní péči v domácím prostředí poskytují všeobecné sestry, které zajišťují u klientů odborné výkony, které by klienti nebyli schopni provádět samostatně. Jedná se zde například o převazy chronických ran, aplikaci injekcí, přípravu a podávání léků klientovi, monitoraci tlaku či odběr biologického materiálu. Další důležitou součástí práce sestry v domácí péči je edukace klienta a jeho rodiny a také preventivní péče o klienta. Pokud u klienta v minulosti došlo k pádu, sestra také v domácím prostředí poskytne informace o tom jak opakování pádů předcházet (Národní centrum domácí péče České republiky, 2006).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat okolnosti pádů seniorů v domácím prostředí.

Cíl 2: Popsat důsledky pádů seniorů v domácím prostředí z pohledů seniorů a jejich rodinných příslušníků.

Cíl 3: Zjistit, jestli senioři, kteří již v minulosti v domácím prostředí spadli, učinili nějaká preventivní opatření ve svých domácnostech k předcházení dalším pádům a o jaká opatření se jedná.

Cíl 4: Zjistit, jaký postoj k prevenci pádů zauímají rodiny seniorů a zda se nějakým způsobem angažují v prevenci pádů seniorů v domácím prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

V1: Jaké jsou okolnosti pádů seniorů v domácím prostředí?

V2: Jaké jsou důsledky pádů seniorů v domácím prostředí z pohledu seniorů a jejich rodinných příslušníků?

V3: Učinili senioři, kteří již v minulosti spadli v domácím prostředí nějaká preventivní opatření proti dalším pádům?

V4: Jaký postoj zauímají rodiny seniorů v prevenci pádů seniorů v domácím prostředí?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro zpracování praktické části a sběr dat byla využita kvalitativní forma výzkumu. Sběr dat byl prováděn formou polostrukturovaných rozhovorů se seniory, kteří v minulosti utrpěli pád a jejich rodinnými příslušníky.

Rozhovory byly realizovány na místě zvoleném respondenty. Každý respondent byl seznámen s důvodem rozhovoru a byl od něj předem získán souhlas s rozhovorem. Respondenti byli také informováni o anonymitě sebraných dat a jejich využití pouze pro účely bakalářské práce. Během rozhovorů byla využita zpětná vazba ke zjištění, zda respondenti rozumí pokládaným otázkám a v případě potřeby byly otázky dovysvětleny.

K výběru výzkumného souboru jsme využili techniku záměrného výběru. Kritériem pro výběr byl senior, který v minulosti prodělal jeden či více pádů a jeden z jeho příbuzných, se kterým je v pravidelném kontaktu.

Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a následně přepsány (Příloha 5). Otázky k rozhovoru se seniory byly rozděleny do několika částí. Úvodní část slouží k získání základních informací o seniorovi jako je například věk, rodinný stav, či chronická onemocnění, kterými senior trpí. V další části rozhovoru jsme získávali od seniorů základní informace o pádu, ve třetí části se pak zaměřujeme na každodenní život a aktivity a na vliv pádu na každodenní aktivity seniora. Čtvrtá část otázek slouží k získání informací o psychice a vliv pádu na psychiku seniora. Poslední část otázek k rozhovoru je pak zaměřena na prevenci a preventivní opatření k předcházení dalších pádů. Rozhovory s příbuznými byly zaměřeny především na prevenci dalších pádů a pravidelnost kontaktu se seniorem.

Výsledky byly zpracovány metodou otevřeného kódování formou tužka a papír. Ukázka techniky kódování je uvedena v příloze (Příloha 4).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo pět seniorů ve věku od 64 let do 89 let, kteří prodělali pád a pět jejich nejbližších rodinných příslušníků, kteří byli ochotní poskytnout rozhovor týkající se pádu jejich blízkého. Základní informace o respondentech jsou pro

lepší přehlednost uvedeny v Tabulce 1. Respondenti ze skupiny seniorů jsou v textu označováni S1-S5.

Skupina respondentů složená z rodinných příslušníků seniorů se skládá z pěti osob různého věku. Ve skupině převažují ženy. Informace o rodinných příslušnících jsou uvedeny v Tabulce 2, kde je také uvedena příbuzenská vazba respondenta na seniora. V textu jsou respondenti ze skupiny příbuzných označováni P1-P5.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje seniorů (S1-S5)

Tabulka 1 obsahuje přehled identifikačních údajů respondentů ze skupiny seniorů. V této tabulce je uveden věk seniora, pohlaví, rodinný stav, počet pádů, které prodělal a také příčina pádů.

Tabulka 1 Identifikačního údaje seniorů

Senior	Věk	Pohlaví	rodinný stav	počet pádů	příčina pádů
S1	83	žena	vdova	3 pády	kardiologické onemocnění
S2	78	muž	ženatý	1 pád	kardiologické onemocnění
S3	64	žena	vdova	2 pády	nehoda
S4	74	muž	rozvedený	1 pád	neznámá příčina
S5	89	žena	vdova	1 pád	nehoda

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

4.2 Identifikační údaje příbuzných (P1-P5)

V Tabulce 2 jsou pro přehlednost a orientaci v dalším textu uvedeny identifikační údaje respondentů ze skupiny příbuzných. Je zde uveden věk, pohlaví respondentů a rodinná vazba k seniorovi.

Tabulka 2 Identifikační údaje příbuzných

Příbuzný	věk	Pohlaví	vztah k seniorovi
P1	56	muž	syn
P2	73	žena	manželka
P3	72	žena	přítelkyně
P4	41	Žena	dcera
P5	52	muž	matka

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

4.3 Kategorizace výsledků

Analýzou získaných dat bylo vytvořeno 5 kategorií a 6 podkategorií.

1. Příčina pádu

2. Následky pádu

- a. Hospitalizace v důsledku pádu
- b. Vliv pádu na život seniora

3. Preventivní opatření

4. Nabízená pomoc

- a. Podpora rodiny
- b. Nezáměr o podporu

5. Reakce rodiny na pád seniora

- a. Kontrola seniora
- b. Dostupnosti informací o prevenci

4.3.1 Kategorie č. 1: Příčina pádu

První kategorie, tedy příčina pádu, je zaměřena na situace, při nichž k pádu seniora došlo a na okolnosti, které k pádu vedly. V této kategorii se z pěti dotazovaných respondentů dva shodovali v odpovědi, že se v jejich případě jednalo o pád způsobený kardiologickým onemocněním. Respondent S1 v rozhovoru uvádí, že pád způsobilo zúžení koronárních cév, díky kterému došlo k prvním dvěma pádům. V rozhovoru na dotaz na chronická onemocnění uvádí: „*Ne, akorát angina pectoris, jinak jsem se do té doby, než jsem před těmi dvěma lety spadla, jsem se skoro s ničím neléčila, na žádnou cukrovku a žádné léky jsem nemusela brát. Akorát před těma dvěma lety jak jsem spadla, tak se ukázalo, že mám prostě nějak ucpané cévy, tak mi dělali tu katetrizaci. A pak jsem znova upadla a dělali mi znova tu katetrizaci.*“ U respondenta S2 došlo k pádu také z kardiologické příčiny, konkrétně z důvodu arytmie, kterou mu zjistili při následné hospitalizaci na kardiologickém oddělení. V rozhovoru respondent S2 uvádí, že před pádem již nějaký čas trpěl „*motolicemi*“, které byly kardiologického původu a pocházely od srdeční arytmie. „*No říkali mi, že to bylo od toho srdce to i zjistili, že tonika zlobí to srdce a že kvůli tomu mám takový ty motolice, jak jsem vám říkal. Prý je tam nějaký problém... nějaká arytmie říkali.*“

Respondenti S3 a S5 uvádí jako příčinu pádu nějaký druh nehody jako uklouznutí. S tím souvisí také například nevhodná obuv, která zvýšila riziko pádu seniora a přispěla k jeho vzniku. Při dotazování na příčinu pádu mi respondent S5 odpověděl: „*Spadla jsem proto, že jsem nebyla dost opatrná a uklouzla jsem. Stalo se to tady za domem na dvoře. No teď už si dávám větší pozor, abych neupadla...*“. Tato situace okolností a příčiny pádu je podobná jako u respondenta S3, u kterého se pád odehrál také v důsledku nehody a uklouznutím na namrzlém povrchu. Kromě této příčiny také uvádí nevhodnou obuv, která k pádu také jistou měrou přispěla. Podle slov respondenta S3: „*Přecházela jsem přes přechod a měla jsem ještě těžkou tašku s nákupem... no a jak byla námraza, tak mi to podklouzlo a spadla jsem. Navíc jsem ještě měla takový boty s klouzavou podrážkou zrovna...*“. Také respondent S1 uvádí jako příčinu svého posledního, třetího, pádu nehodu. K tomuto pádu došlo podle slov respondenta v koupelně, kde došlo k uklouznutí při výstupu z vany po koupání. O tomto třetím pádu se však respondent zmínil pouze okrajově a nepovažoval ho za důležitý, jelikož při něm nedošlo k žádnému zranění. Na doplňující dotaz, zda o pádu věděl někdo z rodiny, odpověděl respondent S1: „*Ne neřekla jsem to nikomu. Ale mě nic nebylo, já jsem jen uklouzla a narazila jsem na topení. Ale nebylo to zlý, v bezvědomí jsem nebyla... normálně zase se šlo dál.*“

Poslední z respondentů, respondent S4, v rozhovoru uvedl, že u jeho pádu nebyla určena příčina, kvůli které k pádu došlo. K pádu došlo bez předchozí nevolnosti či příznaků, které by ukazovali na riziko pádu. Na dotaz jak k pádu došlo, odpovídá respondent S4: „*To jsem byl zrovna v obchodě na nákupu a něco jsem tam hledal, byl jsem tam už docela dlouho... nebylo mi nějak špatně a z ničeho nic jsem se probudil na zemi a lidi kolem mě. Nic se mi nestalo, měl jsem jen pár modřin a chtěl jsem odejít, ale někdo zavolal sanitku a ta si mě odvezla do nemocnice.*“ Po pádu byl respondent S4 převezen do nemocnice, kde byl vyšetřen, nicméně příčina nebyla zjištěna nebo podle jeho slov: „*No tam (myšleno v nemocnici) jsem musel zůstat přes noc na pozorování. Vyšetřili mě doktoři, ale proč se to vlastně stalo, asi nezjistili... teda aspoň já nevím z jakého důvodu jsem spadl.*“

4.3.2 Kategorie č. 2: Následky pádu

a) Hospitalizace v důsledku pádu

b) Vliv pádu na další život seniora

V této kategorii jsme se zaměřili především na následky, které vyplývají z pádů pro jednotlivé respondenty a to jak fyzické následky v podobě zranění, tak na vliv pádu na další život seniora. Tato kategorie se dále dělí na dvě podkategorie – hospitalizace v důsledku pádu a vliv pádu na život seniora.

Všichni respondenti S1, S2, S3, S4, a S5 utrpěli při pádu zranění. Respondent S1 při pádu utrpěla zranění hlavy, konkrétně tržnou ránu na čele. Kromě tohoto zranění udává v rozhovoru také pohmožděninu ruky a kolene a hematomy. Jak sama uvádí v rozhovoru: *„Akorát ještě naražený koleno jsem měla, ale nejhorší byla ta hlava, to jsem měla teda hodně bolavý. To říkali, je to teda divný že jsem se sama takhle hodně zranila, že ten pád musel být teda nějak... vážnej, že jinak bych se něčeho chytla nebo něco že bych... a to jsem padla jak strom.“* Respondent S2 utrpěl při pádu stejně jako respondent S1 úraz hlavy, v jeho případě však došlo také ke komoci mozku. Dále také respondent S2 utrpěl pohmožděninu a hematomy především na boku a noze, která byla po pádu velice bolestivá. *„Jo to jsem se praštil do hlavy tak to jsem měl otřes mozku a pak ještě tady hodně jsem si narazil ten bok, to jsem pak měl celý modrý tu nohu... nějak špatně jsem na to spadl a vypadalo to škaredě.“* K dalším zraněním podle slov respondenta během pádu nedošlo. U dalších respondentů S3, S4 a S5 došlo také k pohmožděninám a hematomům. Respondent S3 mluví o zdravotních následcích pádu v rozhovoru takto: *„Byla jsem dost potlučená, měla jsem sedřený tady takhle ruce, jak jsem na ně dopadla (ukazuje na dlaně) a rozbitý kolena do krve a taky velkou bouli na hlavě jak jsme se do ní praštila... byla jsem sice celá taková bolavá, ale nebylo to nic vážnýho díky bohu!“* U žádného z respondentů nedošlo v důsledku pádu k vážným zraněním.

Dále jsme se v rozhovorech zajímali, zda senioři po pádu byli vyšetřeni lékařem a zda byli v důsledku pádu hospitalizováni. Respondenti S1, S2, S3 i S4 byli po pádu vyšetřeni lékařem a zůstali po převezení do nemocnice nejméně jeden den hospitalizováni. Respondentka S1 uvádí: *„Vyšetřilo mě několik doktorů na všechno možný, na hlavu, na všechno.“* Dále v rozhovoru odpovídá: *„Na všechno mě vyšetřili, srdce taky. Dívali se i na tu ruku jestli nemám polámanou... protože tuhle ruku (pravou) tu jsem měla hodně rozbitou teda a to čelo taky.“* Respondent S1 byl následně

po pádu hospitalizován na kardiologickém oddělení dva týdny, k provedení PCTA. Také respondent S2 byl po vyšetření hospitalizován na kardiologickém oddělení nejméně týden. U tohoto respondenta byla důvodem implantace kardiostimulátoru. V rozhovoru respondent S2 uvádí: „*Byl jsem tam asi týden nebo deset dní, už nevím přesně. Prvně mě ještě vyšetřovali a pak řekli, že to srdce nějak zlobí a že nejde tak jak má a že asi budu muset mít na srdci ten budík, aby to spravil. Tak mě připravili a to bylo hned, ani mě neuspali... no a dali mi to takhle semhle* (ukazuje pod klíční kost).“ Respondenti S3 a S4 byli po pádu hospitalizováni pouze krátkodobě. V nemocnici byli vyšetřeni a ponecháni na pozorování. Respondent S5 jako jediný nevyhledal po pádu lékařskou pomoc. Při dotazování se, zda po pádu došlo k vyšetření lékařem či hospitalizaci, uvádí: „*Ne, když jsem zjistila, že chodit můžu a nic dalšího mi vlastně nebylo, jen modřiny a oděrky tak jsem si řekla, že je zbytečné jet do nemocnice... nejsem ten typ co by chodil k doktorovi s každou hloupostí.*“

Dále jsme se v této kategorii zaměřovali na vliv pádu na další život respondentů. Všichni respondenti uvádějí, že do určité míry pád jejich život ovlivnil, především co se týče strachu zopakování pádu a nejistoty při chůzi. Respondent S3 v rozhovoru na dotaz, zda ovlivnil pád nějakým způsobem jeho soběstačnost, odpověděl: „*Ze začátku svým způsobem určitě ovlivnil, byla jsem nejistá, bála jsem se, že zase spadnu a pořád se bojím, ale snažím se nad tím tolik nepřemýšlet a udělat si všechno, co potřebuju kolem sebe... to víte, musím se o sebe postarat, když jsem sama.*“ Respondent S4 se, podle jeho slov, ve svém současném životě necítí pádem příliš ovlivněn. Vliv na jeho život to mělo pouze krátce po pádu. „*No myslím si, že to nijak neovlivnilo moje denní aktivity. Snad jsem ze začátku byl trošku opatrnější, ale jinak to nemělo žádný vliv.*“ Minimální vliv na další život také uvádí v rozhovoru respondent S5. „*Jak říkám, žádné následky. Těch pár dní po pádu jsem odpočívala, nikam jsem moc nechodila, ale pak už to bylo v pořádku a zvládala jsem všechno jako dřív.*“ Naopak značně větší vliv na život seniora po pádu udává jak respondent S1 tak respondent S2. U respondenta S2 byla změna v denních aktivitách výrazná především bezprostředně po pádu: „*Ze začátku jsem měl strach chodit po bytě, nechodil jsem ven, abych nespádl. Normálně chodím s manželkou na procházky nebo na nákup, a těch pár týdnů po pádu jsem ven vůbec nešel a po bytě jsem chodil jen opatrně... přidržoval jsem se*

nábytku. Ted' už ale zase normálně funguju, člověk se nemůže pořád bát... ale opatrněj jsem na sebe pořád." Také respondent S1 uvádí v rozhovoru vliv na denní aktivity a to především v oblasti péče o domácnost. *„No spíš to chození jsem se bála a taky nějaký těžší práce nebo lézt někde po výškách to už jsem taky nemohla..."*

4.3.3 Kategorie č. 3: Preventivní opatření

Ve třetí kategorii jsme se zabývali preventivními opatřeními, která přijali respondenti po pádu. Všichni respondenti podle rozhovorů uvádí především určitou opatrnost při pohybu a domácích pracích. Respondent S2 v rozhovoru uvádí: *„Jsem opatrnější, když jdu ven nebo i doma, abych o něco nezakopl. A taky s sebou nosím telefon, kdyby se něco stalo tak abych si mohl zavolat pomoc. No a jinak chodím k doktorům, tak jak mám, abych něco nezanedbal... beru léky a taky si měřím tlak, to mi doporučil doktor, abych si pořídil tlakoměr a kontroloval si tlak."* Podobně odpověděl také respondent S1: *„No jsem opatrná, nestoupám na žádný židle nebo nějaký vyvýšený místa. Prostě už nemůžu nikam lézt, dělat něco takovýho... těžšího. Už si zkrátka nejsem jistá, že bych nespadla. Abych si třeba vzala židli a šla všet záclony nebo tak... to bych si netroufla, protože by se mi zamotala hlava a spadla bych."*

Úpravu domácnosti, jako je například instalace madel do koupelny a na toaletu, či úprava, jako například odstranění rizikového vybavení z domácnosti, jako jsou koberce, kabely a podobně, uvedli v rozhovoru pouze respondenti S2 a S3. U respondenta S2 se úpravy týkají především instalace madel do koupelny a na toaletu, ke které se rozhodl po pádu: *„Nechali jsme si po tom pádu nainstalovat madla do koupelny a na záchod. Už jsme to měli v plánu dlouho, ale po tom, co se to stalo, jsme se k tomu konečně odhodlali. Už nejsme nejmladší a manželce se taky už hůř chodí..."* Respondent S3 se v rámci prevence proti dalším pádům zaměřil především na úpravu prostředí a opatrnost při pohybu: *„Tak jsem na sebe opatrná, dávám si pozor, kam šlapu... hlavně v zimě, abych neuklouzla. Snažím se, aby se mi doma nic nemotalo pod nohy, aby se třeba nic neválelo po zemi, o co bych mohla zakopnout. Taky dávám pozor, abych nešlapala, kde je mokro, nebo když je venku námraza tak abych po tom neuklouzla... jsem opatrnější."* Naopak respondent S5 se domnívá, že žádná opatření proti pádu v domácnosti nejsou třeba: *„Doma jsem nic neupravovala, tam nemám, kde spadnout. Nosím jen tu hůl, jak jsem říkala, když mám nějaký horší*

den a bolí mě nohy." Respondent S4 na otázku, zda přijal po pádu nějaká preventivní opatření, uvádí: *„Ne, v koupelně mám akorát takovou tu protiskluzovou podložku, ale jinak mi nějaký velký úpravy přijdou zbytečný.... Zase si ještě nepřijdu, že bych na tom byl tak špatně..."*

4.3.4 Kategorie č. 4: Nabízená pomoc

- a) nezáměr o podporu
- b) podpora rodiny

V této kategorii jsme se respondentů dotazovali především na pocity, které měli po pádu a zajímala mě také možnost svěřit se rodinným příslušníkům a zda senioři pociťovali potřebu svěřit se se svými pocity. Většina respondentů v této kategorii odpovídala na dotaz, zda měli možnost s někým si po pádu promluvit podobně. Většina z respondentů odpověděla, že možnost promluvit si s někým z rodiny či přátel měla, této možnosti však nevyužili, jelikož nepociťovali potřebu svěřit se nebo mluvit o pádu s někým z rodiny. Respondent S1 odpověděl: *„No tak doma jsem o tom s něma mohla mluvit... ale já jsem jako neměla nějak moc potřebu s někým probírat."* Respondent S5 na tuto otázku odpovídá velice podobně: *„Neměla jsem potřebu se někomu svěřovat, ale určitě bych se mohla svěřit dceři nebo synovi, když bych potřebovala."* Respondent S4 také dodává, že nechtěl rodinu zatěžovat svými problémy a to bylo jedním z důvodů neprobírat své pocity po pádu s rodinou. *„Samozřejmě kdybych to potřeboval s někým probrat, tak bych mohl si o tom promluvit s dcerou. Ale nechtěl jsem ji tím zatěžovat... i tak má svých starostí dost."* Respondent S3 nemá rodinu a podle svých slov nemá příliš často potřebu se svěřovat se svými problémy. S problémy je zvyklý se vyrovnávat samostatně. *„Já nemám ve zvyku někoho otravovat se svými problémama. S tím se musím vyrovnat sama. Ale kdybych potřebovala tak mám kamarádky, těm bych se mohla svěřit, pokud bych potřebovala."*

Z pěti dotazovaných respondentů pouze jeden respondent pociťoval potřebu svěřit se svými pocity a strachem z dalšího pádu rodině. Respondent S2 se svěřil se svými pocity po pádu své manželce, která mu podle jeho slov pomohla se se strachem lépe vyrovnat. *„Samozřejmě jsme to probírali manželkou. Říkal jsem jí, že mám strach, že zase spadnu. Pomohlo mi to překonat ten strach z pádu, když jsem o tom s ní mohl mluvit."*

Všichni respondenti měli možnost svěřit se rodinným příslušníkům či přátelům a měli podporu okolí, nicméně tuto možnost využil pouze respondent S2. Respondenti S1, S3, S4 a S5 nepocítovali potřebu probírat s někým své problémy, nebo nechtěli zatěžovat své okolí a přidělovat rodině starosti.

4.3.5 Kategorie č. 5: Reakce rodiny na pád seniora

- a) Kontrola seniora
- b) Dostupnost informací o prevenci

V poslední kategorii jsme se zajímali o reakci rodinných příslušníků na pád seniora, a zda přijali spolu se seniorem nějaká preventivní opatření, kterými by předcházeli opakování pádu. Všichni respondenti P1, P2, P3, P4 i P5 uvádějí v rozhovoru, že po pádu seniora došlo ke změně především ve frekvenci návštěv seniora. Více také svoje příbuzné seniory kontrolují, ať už osobně nebo alespoň telefonicky. Respondent P1 v rozhovoru říká: *„Určitě bych řekl, že ji teď více kontrolujeme. Manželka nebo já se za ní vždycky zajdeme podívat a zeptat se jestli něco nepotřebuje třeba nakoupit. Ona má teď více zdravotních problémů, takže je taková slabá, tak je dobře, že bydlí s náma v domě, kdyby se něco dělo tak se to hned dozvíme.“* Také respondent P4 hovoří o zvýšení kontroly seniora a strachu z opakování pádu: *„No častěji ho kontroluju, to rozhodně. Pokud za ním nestihnu zajít, tak mu aspoň zavolám, abych věděla, že je v pořádku. Přece jen mám strach, kdyby se něco dělo...“* Respondent P5 uvádí v rozhovoru, že strach o seniora po pádu má, nicméně sama seniorka nechce jeho pomoc a je jí nepříjemná zvýšená kontrola a starost rodiny. *„Nic se vlastně nezměnilo, protože mamka je hrozně tvrdohlavá. Chtěl jsem, ať se po tom pádu nastěhuje ke mně aspoň na pár týdnů, než se zotaví, ale chtěla o tom ani slyšet. Snažím se za ní aspoň pravidelně jezdit, abych ji zkontroloval, ale ona nemá ráda, když ji pořád kontroluju a vyptávám se, jak jí je...“* Respondent P2 vidí změnu po pádu především u seniora a to především co se týče strachu z dalšího pádu a z toho vyplývajícího snížení pohybu především bezprostředně po pádu. *„Změna tam byla spíš u manžela. Víc se bál, i dneska je více opatrný, když někam jde nebo podobně. Těsně po tom pádu nechtěl moc chodit ven a dost se bál, ale teď už bych řekla, že je to lepší. Já se o něj po tom pádu bojím víc než dřív, ale jinak se toho příliš nezměnilo.“*

Dále nás také v rozhovoru s příbuzným zajímalo, zda má dostatek informací o prevenci pádu seniora, nebo zda ví, jak se k informacím dostat. Respondenti P2 a P4 si sami po pádu seniora dohledávali informace z dostupných zdrojů, jako je například internet. Další informace získali od lékaře v nemocnici či při zařizování instalace madel do koupelny. Respondent P2 uvádí v rozhovoru při dotazování na informovanost o prevenci a informacím k prevenci: *„Nějaké informace jsem si našla na internetu a něco nám řekl doktor, když tam manžel po pádu ležel. Myslím, že prozatím máme dostatek informací.“* Respondent P4 pak odpověděl na stejný dotaz takto: *„Myslím, že nějaké informace mám. Dokonce už jsem zajišťovala instalaci madel do koupelny a na záchod, ale táta to nechtěl, tak jsem to nakonec zrušila. Každopádně jsem si o tom něco načetla, kdyby náhodou...“* Respondenti P1 a P5 si podle svých slov zatím žádné informace nedohledávali. Oba respondenti, respondent P1 i P5 však uvádějí, že přístup k informacím mají především díky internetu, kde, jak se domnívají je informací dostatek. Respondent P1 uvádí: *„No přiznám se, že jsme si o tom žádné informace nehledali, ale určitě toho na internetu bude spousta, když bychom potřebovali něco najít... takže k informacím určitě přístup máme a víme kde je kdyžtak dohledat.“* Podobně odpovídá i respondent P5: *„Určitě se k informacím dostanu lehce... dnes je na internetu všechno. Někaké základní informace už mám, například z doslechu, ale dopodrobna jsem si je zatím nehledal.“*

5 Diskuse

Pád seniorů v domácím prostředí je velice častým problémem, který postihne během seniorského věku téměř každého seniora. Pády obvykle mají velice nepříznivý vliv a to jak po fyzické stránce, tak po stránce psychické. Involuční změny probíhající v organismu seniora vedou ke snížené mobilitě a pádům, které, jak uvádí Kalvach et al. (2004) mají za následek nejistotu při chůzi a snížení mobility seniora.

Tato bakalářská práce měla za cíl zmapovat okolnosti pádu seniorů v domácím prostředí a následky pádů seniorů. K těmto cílům byly stanoveny následující výzkumné otázky: Jaké jsou okolnosti pádů seniorů v domácím prostředí? Jaké jsou důsledky pádů seniorů v domácím prostředí z pohledu seniorů a jejich rodinných příslušníků? Na tyto otázky jsme se soustředili především v kategoriích příčiny pádů a následky pádů. Dále pak v poslední kategorii, kde jsme se zabývali reakcí rodiny na pád seniora.

Topinková (2005) uvádí, že jsou kardiologická onemocnění jedním z podstatných faktorů, které mohou přispět k pádu. Tento poznatek také vyplývá z rozhovorů se seniory, při kterých jako příčinu pádu uvedli dva respondenti v rozhovoru kardiologické onemocnění. V obou případech bylo kardiologické onemocnění objeveno, až při vyšetření seniora po pádu. Pády způsobené vnitřními faktory také, podle Webera et al. (2000), zahrnují nejméně 50 % všech pádů seniorů. Z prováděného výzkumu vyplývá, že u 2 z 5 dotazovaných seniorů bylo příčinou pádu kardiologické onemocnění. Jako další příčinu uvedli 2 respondenti z 5 dotazovaných jako příčinu pádu určitou nehodu, uklouznutí či zakopnutí. K těmto pádům z vnější příčiny dochází podle Topinkové a Neuwirtha (1995) především díky nevhodnému prostředí, ale také z důvodu nevhodné obuvi či oblečení. Toto tvrzení potvrzuje v rozhovoru respondent S3, který uvádí, že mimo náledí byla také příčinou nevhodná obuv s klouzavou podrážkou, která k pádu výrazně přispěla. Také výzkum Rosena et al. (2013) dokazuje, že v domácím prostředí dochází k pádům až v 80 % případů. K těmto pádům významně přispívají koberce, které nejsou nijak upevněny a představují překážku, díky které dochází k zakopnutí a pádu. Často také k těmto nehodám, podle výzkumu přispěly spěch a neopatrnost. Jako rizikové zde pak uvádějí také přechody mezi koberečky a podlahou.

Případy, kdy příčina pádu není určena ani po lékařském vyšetření, nebývají tak časté. V našem výzkumu uvedl neznámou příčinu jeden z pěti respondentů. Poslední z respondentů v rozhovoru uvádí, že příčina pádu nebyla ani po vyšetření lékaři zjištěna. V tomto případě je - jako prevence dalších pádů - vhodné seniora opakovaně vyšetřit a pokusit se určit příčinu tohoto pádu. V rámci předcházení pádů by se měly angažovat především sestry, které jsou v nejčastějším kontaktu se seniorem a to jak v nemocničním prostředí při hospitalizaci, tak v domácím prostředí. Edukaci klientů o prevenci pádů v domácím prostředí mají za úkol především sestry z agentur domácí péče.

V druhé kategorii jsme se zabývali následky pádu pro seniora. V literatuře můžeme najít jako jeden z nejčastějších následků pádu zlomeniny. Velice časté jsou především zlomeniny krčku stehenní kosti a také Collesova zlomenina zápěstí (Růžička et al., 2004). Dingová a Králová ve svém výzkumu z roku 2017 uvádějí, že z 6 dotazovaných respondentů 4 utrpěli při pádu frakturu. Další dva respondenti pak utrpěli pouze méně vážná zranění. Z výzkumného vzorku naopak žádný z 5 dotazovaných respondentů neprodělal žádnou zlomeninu či vážnější zranění. V případě těchto pěti dotazovaných seniorů byly uvedeny jako následky nejčastěji úrazy hlavy, které prodělali dva dotazovaní seniori a dále pak pohmožděniny. Rosen et al. (2013) ve svém výzkumu z roku 2013 uvádějí také jako jeden z častých následků poranění hlavy a krku následkem pádu. Konkrétně uvádějí, že tyto následky se vyskytovaly u 27,9 % seniorů po pádu. Jako časté zranění doprovázející pád uvádí úraz hlavy také Hronovská (2012). V této kategorii nás také zajímalo, zda seniori, kteří prodělali pád, byli následně po pádu vyšetřeni lékařem popřípadě také hospitalizováni v důsledku pádu. Čtyři z pěti dotazovaných respondentů byli po pádu převezeni do nemocnice, kde byli vyšetřeni. Každý z těchto čtyř respondentů pak byl následně také hospitalizován. Pouze jeden z respondentů nevyhledal po pádu lékařské ošetření. Podobná zjištění vyplývají také z výzkumu Rosena et al. (2013), kteří uvádějí, že po pádu bylo 72,7 % respondentů ošetřeno na pohotovosti.

Mimo fyzické následky jsou také obvyklé následky psychické. Ty mohou mít za následek snížení soběstačnosti a strach z pohybu. Tento následek pádu zdůraznil v rozhovoru především respondent S2, který mluví především o strachu bezprostředně

po pádu. Jedná se o strach z pohybu, opatrnost při pohybu, vynechání běžných aktivit jako jsou například procházky s manželkou. U všech dotazovaných respondentů byl do jisté míry bezprostředně po pádu určitý strach z opakování pádu a omezení aktivit, u kterých se obávali, že by mohly být rizikové, co se týče pádu. Psychické následky ve formě strachu z opakování pádu a ztráty sebedůvěry vychází také z výsledků výzkumu prováděného v roce 2017 Dingovou a Královou. Dingová a Králová (2017) uvádějí, že také v jejich výzkumu vyplývá z odpovědí seniorů strach z dalších pádů, omezení aktivit, které vykonávali respondenti před pádem a také strach, že budou na obtíž a nesoběstační. Snahu nezatěžovat své okolí udává v našem výzkumu nejvýrazněji respondent S3, který uvádí, že se svými problémy a starostmi nemá ve zvyku se svěřovat a vyrovnává se s nimi sám.

Třetí výzkumná otázka zněla: Učinili senioři, kteří již v minulosti spadli v domácím prostředí nějaká preventivní opatření proti dalším pádům? Na tuto výzkumnou otázku se zaměřuje kategorie č. 3 – preventivní opatření. Důležité je zaměřit se především na primární prevenci, která se týká úplného předejití vzniku pádu seniora. V primární prevenci je vhodné se zaměřit na několik bodů, které mohou pomoci předejít pádu, či pokud již v minulosti k pádu došlo, zamezit dalším pádům. Tyto body jsou především: vhodný pohybový režim, úprava prostředí, ve kterém se senior pohybuje, využívání kompenzačních pomůcek a také vhodná obuv a oblečení. V sekundární prevenci pak předcházíme především vzniku dalších pádů. Do sekundární prevence patří dostupnost například pomocí signalizačních zařízení či mobilních telefonů a také včasná dostatečná rehabilitace. V rámci našeho výzkumu nevedl žádný z respondentů pohybové aktivity, které, jak uvádí Stiller (2016) mohou výrazně napomáhat v udržování rovnováhy. Mezi tyto aktivity lze zařadit například cvičení jógy, posilování svalů končetin a zad či podobné aktivity. Všichni dotazovaní respondenti však jako náplň volného času uvedli procházky či práci na zahradě. Tyto aktivity jsou také vhodné pro zlepšení rovnováhy a posílení svalů nohou. Respondentka S1 také v rozhovoru uváděla občasné protahovací a posilovací cviky podle brožury. Jak uvádí El-Khoury et al. (2013) vhodně sestavený cvičební program pro seniory zlepšuje chůzi, rovnováhu svalovou sílu a reakční dobu. V důsledku těchto pozitiv vyplývajících z cvičebních programů pak dochází ke snížení rizika pádu.

Všichni z dotazovaných respondentů uvedli v rozhovorech jako prevenci především opatrnost při pohybu a rizikových aktivitách, kdy by mohlo k pádu dojít. Pouze jeden z dotazovaných respondentů podnikl po pádu větší úpravy domácnosti v podobě instalace madel. Jeden z respondentů pak v rámci preventivních opatření podnikl především úpravu prostředí v domácnosti. V již dříve zmiňovaném výzkumu uvádí Dingová a Králová (2017), že, podobně jako v našem výzkumu, pouze dva senioři provedli s pomocí rodiny změny v koupelně či kuchyni v podobě madel, zvýšených sedaček na toaletě a podobně. Někteří z jejich respondentů uvádí také strach vycházet ven, především, když je zvýšené riziko pádu, jako například námraza a podobně. Tento strach, a zvýšenou opatrnost vyplývající ze strachu z opakování pádu, uvádějí v rozhovorech také respondenti z našeho výzkumného vzorku.

Čtvrtá kategorie ve výzkumu byla zaměřena na pomoc a podporu nabízenou seniorům. Všichni dotazovaní respondenti měli podle svých slov určitou možnost svěřit se rodině či přátelům, ne všichni ji však využili. Oporu využil plně pouze respondent S2, který se svěřil se svým strachem z opakování pádu a s pocity po pádu své manželce. V rozhovoru uvedl, že mu tento rozhovor pomohl se se strachem vyrovnat. Ostatní respondenti nevyužili podporu rodiny či přátel. Nejčastěji jako důvod nemluvit o tom uvedli buďto snahu nezatěžovat své okolí, nebo nepocíťovali potřebu o tom mluvit a svěřovat se. Senioři, kteří prodělali pád, často pocíťují stud a pocit méněcennosti (Weber et al., 2000). Často se také cítí na obtíž svému okolí. Tyto pocity byly v rozhovorech viditelné, nicméně senioři je obvykle nevyjadřovali přímo, spíše uváděli kupříkladu, že nechtějí svými problémy zatěžovat rodinné příslušníky, kteří mají spoustu svých starostí. Také ve výzkumu Dingové a Králové (2017) jsou tyto pocity seniorů viditelné, někteří z respondentů odpovídají podobně jako v rozhovorech v našem výzkumu, především co se týče snahy nezatěžovat rodinu. Dále se zde také objevuje v tomto výzkumu velký strach z dlouhodobého upoutání na lůžko či upoutání na invalidní vozík. Tyto obavy vyjadřují ve výzkumu Dingové a Králové (2017) především dva respondenti. Tento extrémní strach z upoutání na lůžko či invalidní vozík se u žádného z pěti respondentů, kteří s námi spolupracovali, neobjevil. Podle našeho názoru je tento velký strach z upoutání na lůžko způsoben také většími zdravotními následky, které senioři v důsledku pádu prodělali. Tyto důsledky do určité míry na

nějaký čas omezily jejich aktivity a tím získali náhled na situaci, která by nastala v případě opakování pádu a vážnějších zranění, která by měla za následek dlouhodobější upoutání na lůžko.

Poslední výzkumná otázka zněla: Jaký postoj zaujímají rodiny seniorů v prevenci pádů seniorů v domácím prostředí? Všichni respondenti ze souboru rodinných příslušníků uvádějí jako reakci na pád především častější kontrolu seniora, ať už pomocí telefonátů či častějších návštěv. Často se v rozhovorech s příbuznými také objevovalo nabízení pomoci například s nákupy či úklidem. Někteří z respondentů podle slov své rodiny odmítají jejich nabízenou pomoc. Toto odmítání pomoci může úzce souviset především se snahou o zachování autonomie a soběstačnosti. Seniori se také často v rozhovorech zmiňovali o snaze nebýt na obtíž, která se dle mého názoru odráží také v odmítání nabízené pomoci či podpory od rodiny.

Z výsledků vyplynulo, že seniori, kteří v minulosti utrpěli pád, pocít'ují určitý strach z opakování pádů. Dále se potvrdil známý fakt, že pád může mít velký vliv na aktivity seniora a celkově na jeho soběstačnost. Jak uvádí Weber et al. (2000), je velice důležité, pokud už k pádu došlo, zahájit především včasnou rehabilitaci, která seniorovi pomůže překonat strach z pohybu. I v tomto ohledu může být nápomocná sestra z domácí agentury navštěvující klienty, která bude postupně vertikalizovat klienta. Dále také edukuje rodinu o možnosti dopomoci a vhodném cvičení pro zlepšení rovnováhy, kterým lze předcházet pádům. Co se týče prevence, z našeho výzkumného vzorku přijali preventivní opatření ve formě úpravy prostředí pouze 2 z 5 dotazovaných respondentů.

Jelikož prevence je nesmírně důležitá pro předcházení pádů, je podle mého názoru nutné více dbát na edukaci seniorů a informovat seniory o prevenci pádu, důležitosti prevence pádů a důsledcích, které pády mohou mít na zdraví, psychiku a soběstačnost seniora. Tyto úkoly se týkají především sester a proto je nutné sestry již při studiu učit, jak správně edukovat klienty. Dále je také důležité, aby sestry znaly specifika edukace seniorů a překážky, které mohou při edukaci nastat. Na téma pády seniorů bylo již provedeno velké množství výzkumů z různých hledisek. Jednou z odborných prací, která mi poskytla zdroj ke srovnání výsledků v diskuzi, je práce Dingové a Králové (2017). Mezi další práce na toto téma patří například práce od

Rosena et al., která se zaměřuje především na souvislost pádu seniorů v domácím prostředí s nevhodným prostředím v domovech seniorů, jako jsou například koberce.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zabývali jednou z častých nepříznivých událostí v životě seniora. Tématem bakalářské práce byly pády seniorů v domácím prostředí, které jsou často příčinou zranění seniorů, dlouhodobé hospitalizace a také snížení soběstačnosti seniora.

K realizaci výzkumu jsme využili strategii kvalitativního výzkumu. Data jsme získávali pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pěti respondenty, seniory, kteří již měli zkušenosti s pády a jejich rodinnými příslušníky, kteří jsou se seniorem v kontaktu. Výzkumné otázky byly vytvořeny s ohledem na stanovené cíle práce. Výzkumné otázky zněly: Jaké jsou okolnosti pádů seniorů v domácím prostředí? Jaké jsou důsledky pádů seniorů v domácím prostředí z pohledu seniorů a jejich rodinných příslušníků? Učinili senioři, kteří již v minulosti spadli v domácím prostředí nějaká preventivní opatření proti dalším pádům? Jaký postoj zaujímají rodiny seniorů v prevenci pádů seniorů v domácím prostředí?

Prvním cílem této práce bylo zmapovat okolnosti pádů seniorů v domácím prostředí. Z výzkumného šetření vyplývá, že častou příčinou pádu bývá nějaké onemocnění, často kardiologické, které následně způsobí pád seniora. Další příčinou pak bývá podle výsledků výzkumu nevhodné prostředí či obuv a oblečení, které následně zapříčiní pád. Proto je podle našeho názoru nutné dbát na edukaci seniorů o preventivních opatřeních, kterými lze některým pádům předcházet. Jedná se zde především o pády způsobené například zakopnutím či uklouznutím, kterým lze předejít úpravou prostředí a využíváním vhodné obuvi.

Druhým cílem této práce bylo popsat důsledky pádů seniorů v domácím prostředí z pohledů seniorů a jejich rodinných příslušníků. Při pádu seniorů dojde často k nějakému zranění, které často vyžaduje také krátkodobou či déletrvající hospitalizaci seniora. Z výzkumného šetření vyplývá především strach z opakování pádu, který byl nejvíce zřetelným následkem. Z fyzických následků respondenti utrpěli nejčastěji úrazy hlavy a dále pak méně závažná zranění jako jsou například pohmožděniny a hematomy.

Třetím cílem této práce bylo zjistit, jestli senioři, kteří již v minulosti v domácím prostředí spadli, učinili nějaká preventivní opatření ve svých domácnostech

k předcházení dalším pádům a o jaká opatření se jedná. Co se týče preventivních opatření, pouze dva z respondentů podnikli úpravy domácnosti ať již formou úpravy prostředí a odstraněním rizikových předmětů, či instalací madel. Všichni respondenti v rozhovorech na téma prevence dalších pádů uvedli především opatrnost při a vážení činností, které by pro ně mohli být v tomto ohledu rizikové.

Poslední, čtvrtý cíl, zněl: Zjistit, jaký postoj k prevenci pádů zaujímají rodiny seniorů a zda se nějakým způsobem angažují v prevenci pádů seniorů v domácím prostředí. V odpovědích rodinných příslušníků bylo při dotazech na reakci na pád seniora uváděno nejčastěji především zvýšení kontroly seniora a větší strach z opakování pádů. Jeden z respondentů se snažil seniora přimět k úpravě prostředí ve formě instalace madel, nicméně bezúspěšně. Většina z rodinných příslušníků byla do určité míry informována o prevenci pádů seniorů v domácím prostředí, všichni pak uvedli, že mají možnost si dohledat informace na internetu popřípadě v literatuře.

Podle našeho názoru dnes senioři nejsou o prevenci pádů a jejich následcích dostatečně informovaní, a proto je třeba je v tomto směru edukovat a věnovat této oblasti více času. V této oblasti by mohla mít významnou roli především sestra, která by měla seniorům poskytovat informace o prevenci pádů a poskytovat jim pomoc a podporu. Na základě této bakalářské práce byla vytvořena krátká edukační brožura (Příloha 4), obsahující základní informace o tom, jak předcházet pádům seniorů v domácím prostředí. Užitečná by mohla být i pro příbuzné seniorů, kteří by chtěli získat informace o prevenci pádů seniorů.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AMBRLE, Z., 2004. Neurologické příčiny poruch chůze ve stáří. *Postgraduální medicína* [online]. 4(3), 6-41. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/neurologicke-priciny-poruch-chuze-ve-stari-161500>
2. BERKA, Z., et al. 2013. Problematika seniorského věku: stařecká křehkost, sarkopenie a disabilita. *Practicus* [online]. 2013(2), 13-17. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2013-02/13-Problematika-seniorskeho-veku.pdf>
3. LEPKOVÁ, H., 2011. Centrum sportovních aktivit. *Senioři a pohyb* [online]. Brno: Vysoké učení technické v Brně, [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://www.cesa.vutbr.cz/studium/celozivotni-vzdelavani/seniori-a-pohyb>
4. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2009. Úrazy seniorů v domácím prostředí. *Sestra* [online]. 9(12) 79-82. [cit. 2017-01-07]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/urazy-senioru-v-domacim-prostredi-448650>
5. EL-KHOURY, F. et al. 2013. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The BMJ* [online]. 2013(47) 1-13. [cit. 2017-08-11]. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.f6234>. Dostupné z: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6234>
6. ELLENBECKER, CH. et al., 2008. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: *Hughes RG, (editor). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); [online] 1-9. [cit. 2016-03-20]. [Chapter 13] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2631/>
7. FLEKSHER, D., 2016. Fall risk prevalent in elderly. *Cleveland Jewish News* [online]. 1-3. [cit. 2016-12-21]. Cleveland: Cleveland Jewish News. Dostupné z: http://www.clevelandjewishnews.com/features/health/fall-risk-prevalent-in-elderly/article_228481ac-8fdb-11e6-b53b-431faea3000c.html

8. FRIED, L., et al. 2001. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology* [online] **56**(3), 146-155 [citováno 2016-12-06]. Baltimore: Oxford Journals Medicine & Health & Science & Mathematics. ISSN 56(3), M146–M156. Dostupné z: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146.full.pdf+html>
9. GRIVNA, M., 2003. Epidemiologie a prevence úrazů In: BENEŠOVÁ, E. et al. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, s7-24. [cit. 2017-01-30]. ISBN 80-239-2104-5. Dostupné z: <http://docplayer.cz/941984-Urazy-senioru-a-moznosti-jejich-prevence-veronika-benesova-a-kolektiv.html> [online].
10. HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. české vydání. Martin: Osvěta. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
11. HOLMEROVÁ, I. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
12. HRONOVSKÁ, L., 2012. Závratě, instabilita a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi* [online]. Praha. **14**(12), 470-472. [cit. 2016-12-26]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/06.pdf>
13. HROZENSKÁ, M. et al. 2013. *Sociální péče o seniory* [online]. Praha: Grada. [cit. 2017-08-08]. 192 s. ISBN 978-80-247-8470-0. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=TJUBAwAAQBAJ&pg=PA13&dq=funk%C4%8Dn%C3%AD+v%C4%9Bk&hl=cs&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=funk%C4%8Dn%C3%AD%20v%C4%9Bk&f=false
14. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
15. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, Sestra. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
16. JAROŠOVÁ, D. et al., 2014. *Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých: Adaptovaný klinický doporučený postup*. Ostrava: Ústav ošetřovatelství a porodní asistence Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě. 85 s. [cit. 2017-05-26]. Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>

17. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum 151 s. ISBN 978-80-246-3405-0
18. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality* [online]. Praha: Grada [cit. 2017-08-08]. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=-njNCgbA-BAC&pg=PA30&dq=p%C3%A1dy&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwj9K39vMfVAhXFXBQKHRvoDOgQ6AEIMTAC#v=onepage&q=p%C3%A1dy&f=false>
19. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
20. KALVACH, Z., MIKEŠ, Z., 2004. Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatrie In: KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 541 s. ISBN 80-247-0548-6.
21. KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G., 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 157 s. ISBN 978-80-7318-726-2.
22. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
23. Multitone: Telekomunikační systémy a zařízení. 2017. *Multitone* [online]. Praha: Multitone, [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: http://www.multitone.cz/html/tisoo_vy_telefon_pro_seniory.html
24. Národní centrum domácí péče České Republiky 2006. [online]. Praha [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/>
25. PALÁCOVÁ, M., 2011. Věk a rizikovost seniora: Více než dvě strany stejné mince? In: *2010 Educational Book* [online]. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. s. 1-6. [cit. 2016-12-07]. ISSN 1092.911811011-10. Dostupné z: http://www.linkos.cz/asco/chapter/vek-a-rizikovost-seniora-vice-nez-dve-strany-stejne-mince/#cely_text_clanku
26. POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-8769-5.
27. RŮŽIČKA, E. et al., 2004. Závratě, instabilita a pády ve stáří In: KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 207-223. ISBN 80-247-0548-6.

28. RŮŽIČKA, E., et al., 2008. Syndrom instability s pády In: KALVACH Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient..* Praha: Grada, 2008, s. 168-178. ISBN 978-80-247-2490-4.
29. ROSEN, T. et al. 2013. Slipping and tripping: fall injuries in adults associated with rugs and carpets. *Journal of Injury and Violence Research* [online]. **5**(1), 61-69. [cit. 2017-08-11]. DOI: 10.5249/jivr.v5i1.177. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3591732/>
30. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry.* Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.7
31. STILLER, J., 2016. Exercise to Prevent Falls. *Prime Time News for seniors* [online]. Colorado: Colorado Senior Community, 1-2. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.myprimetimenews.com/exercise-to-prevent-falls/>
32. STUDENSKI, S., WOLTER, L., 2010. *Instability and falls.* In: Free medical textbooks [online]. 2010, s. 1-4. [cit. 2016-12-26]. Dostupné z: <https://medtextfree.wordpress.com/2010/10/01/chapter-19-instability-and-falls/>
33. ŠTĚPÁNKOVÁ, H. et al., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd.* Praha: Karolinum. 286 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
34. ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2. přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
35. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatricie pro praxi.* Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
36. TOPINKOVÁ, E., 2003. Závrat' jako projev vertebrobazilární insuficience ve vyšším věku. *Lékařské listy* [online]. 1-4. Praha.[cit. 2016-12-26]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zavrat-jako-projev-vertebrobazilarni-insuficience-ve-vyssim-veku-151856>
37. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J., 1995. *Geriatricie pro praktického lékaře.* Praha: Grada. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
38. TUCKER, J. 2013. Easy Steps Families and Seniors Can Take to Prevent Falls at Home. *Prime Time News for seniors* [online]. Colorado: Colorado Senior Community, [cit. 2017-02-01]. Dostupné z:

<http://www.myprimetime.com/easy-steps-families-and-seniors-can-take-to-prevent-falls-at-home-2/20>

39. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
40. WEBER, P. et al., 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
41. ZAVÁZALOVÁ, H. et al., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

8 Seznam příloh

1. Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se seniory
2. Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s příbuznými
3. Ukázka techniky kódování
4. Návrh edukační brožury
5. Přepis rozhovorů (CD)

Příloha 1 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se seniory

1. Kolik je Vám let?
2. Jaký je Váš rodinný stav?
3. Kde a s kým bydlíte?
4. Máte nějaká chronická onemocnění, jako je například diabetes mellitus, hypertenze...?
5. Používáte nějaké kompenzační pomůcky k chůzi?
6. Kdy jste prodělal/a pád?
7. Jednalo se o Váš první pád, nebo jste již v minulosti utrpěl/a pády? Kdy k pádům došlo? Kolikrát u Vás došlo k pádu?
8. Co Váš pád způsobilo?
9. Popište okolnosti pádu, pokud si je pamatujete. Co pádu předcházelo, jak k němu došlo, za jak dlouhou dobu se dostavila pomoc?
10. Byl/a jste po pádu vyšetřen svým praktickým lékařem nebo jiným lékařem?
11. Prodělal/a jste během pádu nějaký úraz? Pokud ano, o jaký úraz se jednalo?
12. Byl/a jste v důsledku pádu hospitalizován/a? Pokud ano, jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a v důsledku pádu? Na jakém oddělení jste byl/a hospitalizován/a?
13. Ovlivnil pád z dlouhodobého hlediska nějakým způsobem Vaší soběstačnost?
14. Jakým způsobem ovlivnil pád Váš každodenní život?
15. Jak běžně trávíte svůj volný čas?
16. Změnil se způsob trávení volného času po proděláním pádu?

17. Máte ve svém denním programu zařazené nějaké pohybové aktivity jako je například chůze- procházky, cvičení doma nebo v nějakém zařízení?
18. Jaké jste měl/a po pádu pocity? Měl/a jste strach z opakování pádu? Pociťoval/a jste úzkost?
19. Měl/a jste možnost se se svým pocitem někomu svěřit?
20. Jakým způsobem jste se vypořádával/a s následky které vyplynuly z Vašeho pádu?
21. Jakým způsobem se snažíte zamezit riziku vzniku dalšího pádu? Uveďte konkrétní příklady preventivních opatření.
22. Přijal/a jste nějaká preventivní opatření k předcházení dalším pádům po prodělání pádu? O jaká opatření se konkrétně jedná? Cítíte se díky využívání těchto pomůcek jistěji při pohybu domácnosti i mimo domácnost?
23. Informoval Vás někdy váš praktický lékař o prevenci pádu?

Příloha 2 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s příbuznými seniorů

1. Kolik je Vám let?
2. Jaká je Vaše rodinná vazba k seniorovi?
3. Jaký je Váš rodinný stav?
4. Kde a s kým bydlíte?
5. Jak jste se o pádu Vašeho/Vaši... dozvěděla/a? Byl/a jste přítomný/a při pádu?
Řekl Vám o pádu?
6. Co se pro Vás pádem Vašeho/Vaši... změnilo? Například co se týče frekvence návštěv, dohledu...
7. Přijali jste spolu s Vaším příbuzným/blízkým nějaká preventivní opatření proti dalšímu pádu?
8. Hrozí podle Vašeho názoru riziko opakování pádu u Vašeho příbuzného/blízkého
9. Domníváte se, že máte dostatek informací k prevenci pádu seniorů? Popř. víte jak se k těmto informacím dostat?

Příloha 3 - Ukázka kódování

1. Příčina pádu

Kardiologické onemocnění (S3/2)

2. Následky pádu

Neschopnost vstát (S3/10)

Úraz hlavy(S3/13)

Pohmožděniny (S3/14)

Hospitalizace v důsledku pádu(S3/22,24)

Strach po pádu (nejistota) (S3/35)

3. Nabízená pomoc

Podpora rodiny (S3/58,59)

4. Preventivní opatření

Preventivní opatření (S3/68)

5. Reakce rodiny na pád seniora

Zvýšená kontrola (P1/16)

Informace o preventivních opatřeních (P1/29, 30, 31)

Rozhovor s respondentem S2

1. T: Víte, z jakého důvodu k pádu došlo? Jaká byla příčina toho pádu?

2. R: No říkali mi, že to bylo od toho srdce co i zjistili, že to nějak zlobí to srdce a že kvůli

3. tomu mám i takový ty motolice jak jsem vám říkal. Prý je tam nějakéj

4. problém... nějaká arytmie říkali.

5. T: Pamatujete si průběh toho pádu? Co se stalo, než jste upadl? A co se dělo před

6. pádem?

7. R: No to bylo nějak ráno, seděl jsem na židli a manželka chystala snídani a nějak mi nebylo

8. dobře... zase ty motolice. To už jsem míval dřív vždycky, no a vstal jsem ze židle, že si

9. ještě chvíli lehnu. Ušel jsem kousek a najednou jsem byl na zemi, ani nevím jak se to

10. stalo, prostě z ničeho nic jsem ležel na zemi a nemohl jsem vstát. Manželka tam byla tak

11. mně hned zavolala rychlou a ty přijeli a odvezli si mě.

12. T: A k nějakému zranění během toho pádu došlo?

13. R: Jo, to jsem se praštil do hlavy, tak to jsem měl otřes mozku a pak ještě tady hodně jsem

14. si narazil ten bok, to jsme pak měl celý modrý tu nohu... nějak špatně jsem na to

15. spadl a vypadalo to škaredě

16. T: A k žádným dalším zraněním během pádu jinak nedošlo?

17. R: Ne, to bylo jen tohle.

18. T: Takže vás teda převezli do nemocnice, tam vás vyšetřili lékaři a pak jste tam

19. zůstal?

20. R: No dojeli jsme tam... vyšetřili mě na všechno možný, hlavně mě proklepali tu hlavu,

21. koukali do očí, ptali se mě, co mě bolí a tak... změřili tlak, no a pak doktor řekl, že to asi

22. bude od srdce a chtěl, abych šel na kardiologii... **tak jsem zůstal na kardiologii.**

23. T: A jak dlouho jste zůstal v nemocnici?

24. R: **Byl jsem tam asi týden, nebo deset dní už nevím přesně.** Prvně mě ještě vyšetřovali a

25. pak řekli, že to srdce nějak zlobí, že nejde tak jak má a že asi budu muset mít na srdci

26. ten budík, aby to spravil. Tak mě připravili a to bylo hned, ani mě neuspali úplně... no a

27. dali mi to takhle sem (ukazuje pod klíční kost).

28. T: Ovlivnil pád nějakým způsobem váš každodenní život, co se týče například

29. každodenních aktivit?

30. R: No těsně po tom co jsem spadl, jsem se **hodně bál, abych zase nespadl** a nemusel zase

31. do nemocnice... takže jsem se trochu bál chodit a ze začátku jsem spíš posedával, ale teď

32. bych řekl, že už je to o něco lepší... ale takhle umýt se nebo na záchod a tak podobně si

33. dojdu, ven chodím taky normálně... jen těsně po tom pádu to bylo horší bych řekl no...

34. T: Jakým způsobem ovlivnil pád vaše každodenní aktivity?

35. R: Ze začátku jsem měl strach chodit po bytě a nechodil jsem ven, abych

36. nepadl...

37. normálně chodím s manželkou na procházky nebo na nákup a těch pár týdnů po pádu

38. jsem ven vůbec nešel a po bytě jsem chodil jen opatrně... přidržel jsem se nábytku.

39. Teď už ale zase normálně funguju, člověk se nemůže pořád bát. Ale opatrněj jsem na sebe

40. pořád.

41. T: Jak běžně trávíte svůj volný čas?

42. R: Většinou koukám na televizi nebo luštím křížovky... něco si přečtu... Jinak jezdíme

43. s manželkou někdy na zahradu za město, tak pak pracujeme na zahradě a nebo

44. chodíme někdy na procházky. No to je asi tak všechno... někdy taky hlídáme vnoučata od

45. syna, tak to máme takový zpestření.

46. T: Změnil se nějakým způsobem způsob trávení volného času po prodělání pádu?

47. Například vynechání některých aktivit nebo naopak zařazení nových aktivit do

48. denního režimu?

49. R: Asi bych neřekl, že došlo k nějaké změně... snad těsně po tom pádu jak jsem říkal, že

50. jsem se bál chodit ven, ale jinak se nic nezměnilo.

51. T: Máte ve svém denním programu zařazený nějaký pohyb? Například procházky, cvičení...?

52. R: No tak jednou nebo dvakrát za týden jdeme s manželkou na procházku, ale jinak nějaký

53. cvičení nebo tak to ne teď už... dřív, když jsem byl mladší tak jsem cvičil, ale teď už si na

54. to přijdu starej.

55. T: A jaké jste měl po pádu pocity? Pociťoval jste strach nebo úzkost?

56. R: Trochu mám strach, že bych někdy zase mohl spadnout. Strach jsem měl hlavně těsně po tom pádu...

57. T: A měl jste možnost se někomu se svými pocity po pádu svěřit?

58. R: Samozřejmě jsme to probírali manželkou. Říkal jsem jí, že mám strach, že zase spadnu.

59. Pomohlo mi to překonat ten strach z pádu, když jsme o tom s ní mohl mluvit.

60. T: Zeptám se ještě na nějaká preventivní opatření. Jakým způsobem se snažíte

61. zamezit vzniku dalších pádů... zkuste co nejvíce konkrétně.

62. R: Jsem opatrnější, když jdu ven nebo i doma, abych o něco nezakopl. A taky s sebou

63. nosím telefon, kdyby se něco stalo tak abych si mohl zavolat pomoc. No a jinak chodím

64. k doktorům tak jak mám, abych něco nezanedbal... beru léky a taky si měřím tlak, to mi

65. doporučil doktor, abych si pořídil tlakoměr a kontroloval si tlak.

66. T: A co se týče úpravy domácnosti, jako například instalace madel do koupelny,

67. používání nějakých kompenzačních pomůcek?

68. R: **Nechali jsme si po tom pádu nainstalovat madla do koupelny a na záchod.** Už

69. jsme to měli v plánu dlouho, ale po tom, co se to stalo, jsme se k tomu konečně

70. odhodlali. Už nejsme nejmladší a manželce se taky už hůř chodí...

71. T: Říkal jste, že při chůzi někdy používáte hůl? Tu používáte kdy?

72. R: S holí chodím jen někdy, když jdu někam dál... mám jí spíš jen tak pro jistotu.

73. Beru si jí

74. s sebou třeba na procházky.

75. T: A ještě poslední otázka... informoval vás někdy váš praktický lékař o prevenci pádu? O tom jak pádům předcházet?

76. R: Ne, praktický mi nikdy nic takového neříkal, ale jak jsem byl po pádu v nemocnici tak tam mi to říkal ten doktor, co mě ošetřoval.

Rozhovor s respondentem P1

1. Tazatel: Kolik je vám let?

2. Respondent: 56 let.

3. T: Jaká je vaše rodinná vazba k seniorovi?

4. R: Je moje matka.

5. T: Jaký je váš rodinný stav?

6. R: Jsem ženatý.

7. T: Kde a s kým bydlíte?

8. R: Bydlím v rodinném domku s manželkou a dcerami a mamka bydlí v dolním patře
ve

9. vlastním bytě.

10. T: Jak jste se o pádu vaší matky dozvěděl? Byl jste přítomen při pádu? Řekla vám o pádu?

11. R: Ty pády byly dva. Při tom prvním spadla cestou na zastávku autobusu a to jsme
se

12. dozvěděli, když nám volala z nemocnice. U toho druhého pádu jsem přímo byl, to
spadla

13. přede mnou a já jsem volal záchranku.

14. T: Co se pro vás pádem vaší matky změnilo? Například co se týče frekvence

15. návštěv, dohledu nad seniorem a podobně?

16. R: **Určitě bych řekl, že ji teď více kontrolujeme.** Manželka nebo já se za ní vždycky

17. zajdeme podívat a zeptat se jestli něco nepotřebuje třeba nakoupit. Ona má teď více

18. zdravotních problémů, takže je taková slabá, tak je dobře, že bydlí s náma v domě, kdyby se něco dělo, tak se to hned dozvíme.

19. T: Přijali jste spolu s vaším seniorem nějaká preventivní opatření proti dalšímu

20. pádu? Například instalace madel, protiskluzové podložky...

21. R: Ne, madla ani nic podobného jsme neinstalovali... mamka používá v koupelně

22. jen tu protiskluzovou podložku jinak nic dalšího. Ale řekl bych, že si dává větší

23. pozor při chůzi nebo třeba když uklízí a podobně, aby znovu nepadla.

24. T: Hrozí podle vašeho názoru riziko opakování pádu u vašeho příbuzného?

25. R: Řekl bych, že je určitě velký riziko, že se to někdy bude opakovat. Už je jí

26. přecejn 83 let a teď jí ještě zjistili něco na plicích... už je taková slabá.

27. T: Domníváte se, že máte dostatek informací k prevenci pádu seniorů? Popř.

28. víte jak se k těmto informacím dostat?

29. R: No, přiznám se, že jsme si o tom žádné informace nehledali, ale určitě toho na

30. internetu bude spousta, když bychom potřebovali něco najít... takže k informacím

31. určitě přístup máme a víme kde je kdyžtak dohledat.

Příloha 4 – Návrh edukační brožury



Autor: Zuzana Dočekalová,
2017

O co se jedná?

Pády Vám mohou velice znepríjemnit život, proto je jim nutné předcházet!!

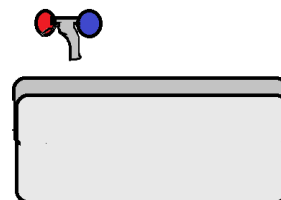
Nevíte jak na to? V této brožuře najdete pár rad, které Vám mohou pomoci předejít pádu a vyhnout se tak nepříjemným komplikacím.

Nebojte se také na informace zeptat lékaře, sestry či si informace aktivně vyhledávat.



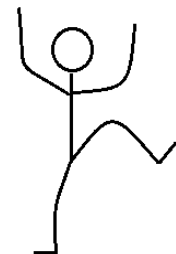
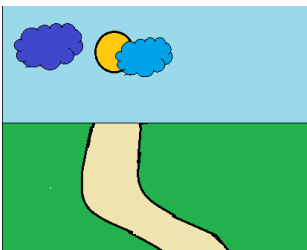
Úprava prostředí

- V úpravě prostředí patří mezi první opatření **především odstranění překážek**, jako jsou například koberce, elektrické kabely na zemi, prahy, hračky vnučat. Je důležité také dávat pozor na domácí zvířata, která se mohou plést pod nohy.
- **Pozor na mokrou podlahu, po které byste mohli uklouznout, či klouzavé povrchy jako například podlaha v koupelně, vana!!**
- Při pohybu v domácnosti je dobré dbát na **dostatečné osvětlení** pro lepší orientaci v prostoru. Pokud se pohybujete po domácnosti v noci, je dobré využití **nočního světla**.
- Při **pohybu v koupelně** je možné využívat protiskluzové podložky, sedátka do vany či madla, která usnadní také vstávání z toalety.



Pohyb

- **Pravidelné procházky** jsou nedílnou součástí prevence pádu. Pravidelný pohyb napomáhá udržovat pohybový systém funkční a zlepšuje celkovou schopnost pohybu, náladu a sebevědomí v oblasti pohybu.
- Pravidelné **cvičení** udržuje seniora v kondici a zlepšuje rovnováhu. Nemusí jít o žádná náročná cvičení, jde především o **posílení svalů nohou** a celého těla.



Vhodná obuv a oblečení

- Obuv musí být pohodlná, pevná a neklouzavá, aby nepadala z nohy. **Nejsou vhodné pantofle či pouze ponožky!!!**
- Oblečení by mělo být také **pohodlné a především ne příliš dlouhé**, aby se nepletlo pod nohy a nedošlo k zakopnutí o příliš dlouhé sukně či nohavice.



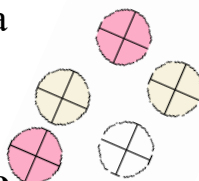
Kompenzační pomůcky

- Pokud je potřeba využívat kompenzační pomůcky, jako jsou například francouzské hole, berle či chodítka, mohou být dobrými pomocníky při chůzi.
- Je důležité tyto pomůcky **využívat správným způsobem**, aby sloužily tak jak mají. Proto se před jejich využíváním ujistěte, že znáte správný způsob chůze s těmito pomůckami. Vhodný je nácvik chůze například s fyzioterapeutem.



Další preventivní opatření

- Pokud chceme předcházet pádům, je třeba **dbát na opatrnost při chůzi a pohybu obecně**. V případě, že se necítíte na určité domácí práce či nějaký pohyb, raději se mu **vyhněte**.
- V případě, že by přece jen došlo k pádu, je dobré mít **u sebe mobilní telefon**, kterým si budete moci **přivolat pomoc**.
- Při vstávání z lůžka **vstávejte pomalu**. Nejdříve se posaďte na posteli a zůstaňte sedět. Později teprve opatrně **vstaňte z lůžka**.
- **Pokud užíváte léky na spaní, nevstávejte již z postele po jejich užití!**



Zdroj: Vlastní výzkum 2017, Teoretická část práce - RŮŽIČKA, E. et al., 2004. Závratě, instabilita a pády ve stáří In: KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 207-223. ISBN 80-247-0548-6.

RŮŽIČKA, E., et al., 2008. Syndrom instability s pády In: KALVACH Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. s. 168-178. ISBN 978-80-247-2490-4.

WEBER, P. et al., 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

Seznam použitých zkratk

ADL - Test základních sebeobslužných činností

CMP - Cévní mozková příhoda

GUG - Get up and Go test

IADL – Test instrumentálních všedních činností

NYHA - New York Heart Association klasifikace- klasifikace k hodnocení srdečního selhání na základě funkčnosti

MMSE - Mini mental state examination

PTCA - Perkutánní transluminární koronární angioplastika

SPPB - Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů

TUG - Timed Get up and Go test

TIA – Tranzitorní ischemická ataka