

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Markéta Zezulová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Role pádů v životě seniorů žijících v domácím prostředí

Markéta Zezulová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Zezulová**  
Osobní číslo: **Z14340**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Role pádů v životě seniorů žijících v domácím prostředí**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

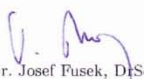
1. KALVACH, Zdeněk, et al. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
2. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, et al. Akutní stavy v geriatrii. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-620-5.
3. TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
4. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlastimila Semencová**

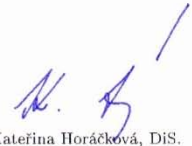
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **21. července 2017**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DiSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 3. 7. 2017

.....  
Markéta Zezulová

## **PODĚKOVÁNÍ**

V první řadě bych chtěla na tomto místě poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Vlastimile Semencové za její čas, trpělivost a ochotu a dále také za její cenné rady a připomínky. Ráda bych také poděkovala všem respondentům za jejich čas, který věnovali vyplňování dotazníků, a také za jejich ochotu. Dále děkuji své rodině za podporu v průběhu celého studia.

## **TITUL**

Role pádů v životech seniorů žijících v domácím prostředí

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je věnována problematice pádů u seniorů žijících v domácím prostředí. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly. Nejprve se text zaměří na stárnutí a stáří, následně na pády, včetně jejich prevence, a poté na domácí prostředí. V rámci výzkumného šetření byl sestaven nestandardizovaný dotazník, který zjišťuje roli pádů v životech seniorů žijících v domácím prostředí. Ve výzkumné části práce je popsána metodika výzkumu a jsou v ní prezentovány výsledky dotazníkového šetření, jež jsou v diskuzi následně porovnány se závěry jiných prací zaměřených na podobná témata a rovněž komparovány s údaji z odborných literatur.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Senior, stárnutí, pád, domácí prostředí

## **TITLE**

Roles of falls in the lives of seniors living in the home environment

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis is devoted to problems of falls in seniors living in the home environment. The thesis is dividend into two parts – theoretical and research. The theoretical part contains free main chapters. Attention is paid first to aging and old age, then to falls, including their prevention, and then to the home environment. A non – standardized questionnaire was set up to investigace the role of falls in the lives of seniors living in the home environment. The research part describes the research methodology and presents the results of the questionnaire survey, which are compared with the results of other papers focused on similar themes and also compared with the literature data.

## **KEYWORDS**

Senior, aging, fall, home environment

## **OBSAH**

0	ÚVOD.....	12
	Cíle práce .....	14
I	TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1	STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....	15
1.1	Vymezení stáří .....	15
1.2	Involuční změny a změny potřeb ve stáří .....	15
1.2.1	Involuční změny .....	15
1.2.1.1	Model adaptace na stáří .....	16
1.2.2	Změny potřeb ve stáří .....	17
1.3	Členění stáří .....	18
1.3.1	Členění stáří na kalendářní, sociální a biologické .....	18
1.3.2	Členění stáří dle funkční zdatnosti.....	20
1.4	Stárnutí z pohledu demografie .....	20
1.5	Gerontologie a geragogika .....	22
1.6	Zvláštnosti chorob v geriatrii .....	23
2	PÁDY.....	24
2.1	Definice pádů .....	24
2.2	Příčiny pádů .....	24
2.3	Fenomenologie pádů .....	26
2.4	Četnost pádů seniorů .....	26
2.5	Komplikace pádů .....	27
2.6	Prevence pádů .....	27
2.7	Informovanost lékařů o pádech seniorů .....	29
3	DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ SENIORŮ .....	30
3.1	Bezpečný domov .....	30
3.2	Tísňová péče – systém nouzového volání.....	32



3.3	Přehled existujících služeb pro seniory v domácím prostředí.....	33
II	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	37
4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
5	METODIKA PRÁCE .....	38
5.1	Postup tvorby dotazníku.....	38
5.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	39
5.3	Pilotní šetření .....	40
5.4	Sběr dotazníků.....	41
5.5	Vyhodnocení dotazníků .....	41
5.6	Tvorba edukačního materiálu.....	42
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....	43
6.1	Prezentace výsledků vztahujících se k dotazníkovým otázkám.....	43
6.2	Prezentace výsledků vztahujících se k výzkumným otázkám.....	64
7	DISKUZE .....	69
8	ZÁVĚR .....	75
9	POUŽITÁ LITERATURA .....	77
10	PŘÍLOHY .....	83

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

### Seznam obrázků

Obrázek 1: Graf znázorňující pohlaví respondentů .....	43
Obrázek 2: Graf znázorňující věk respondentů .....	44
Obrázek 3: Graf zachycující osoby, které žijí se seniory v jejich domácím prostředí.....	45
Obrázek 4: Graf znázorňující informovanost seniorů o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku.....	46
Obrázek 5: Graf zachycující zdroje informací o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku....	47
Obrázek 6: Graf znázorňující služby pro seniory .....	48
Obrázek 7: Graf zachycující pád v seniorském věku .....	49
Obrázek 8: Graf znázorňující věkové kategorie prvního pádu v domácím prostředí.....	50
Obrázek 9: Graf zachycující výskyt úrazu vyžadující lékařské ošetření jako následek pádu v domácím prostředí v uplynulém roce .....	51
Obrázek 10: Graf zachycující informování praktického lékaře o pádu bez následku úrazu ....	52
Obrázek 11: Graf znázorňující důvody neinformování praktického lékaře o pádu bez následku úrazu.....	53
Obrázek 12: Graf četnosti pádů seniorů v domácím prostředí za uplynulý rok .....	54
Obrázek 13: Graf znázorňující nejčastější místa výskytu pádů seniorů v domácím prostředí .	55
Obrázek 14: Graf výskytu pádů mimo domácí prostředí.....	56
Obrázek 15: Graf znázorňující faktory podílející se na pádech seniorů.....	57
Obrázek 16: Graf znázorňující úpravy domácího prostředí seniorů v důsledku pádů.....	59
Obrázek 17: Graf znázorňující důvody vedoucí seniory neprovádět změny v domácím prostředí .....	62
Obrázek 18: Graf zachycující kvalitu života dle seniorů v závislosti na jejich pádech.....	63
Obrázek 19: Graf znázorňující počty oslovených respondentů podle pohlaví .....	64
Obrázek 20: Graf znázorňující četnost pádů seniorů v domácím prostředí za uplynulý rok v závislosti na jejich věku .....	65

Obrázek 21: Graf znázorňující počty seniorů využívajících služby pro seniory v závislosti na tom, zda bydlí ve svém domácím prostředí sami či s někým .....67

**Seznam tabulek:**

Tabulka 1: Kraj, ve kterém oslovení respondenti bydlí.....39

Tabulka 2: Místo, ve kterém respondenti bydlí .....40

Tabulka 3: Typ bydlení oslovených respondentů.....40

Tabulka 4: Změny provedené seniory v domácím prostředí jako prevence pádů .....60

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

cit.	citováno
č.	číslo
např.	například
OSN	Organizace spojených národů
s.	strana
tzv.	takzvaně
WC	toaleta
WHO	Světová zdravotnická organizace

## 0 ÚVOD

Velká část světa, tudíž i Česká republika, se v posledních letech potýká s demografickým stárnutím populace. K tomuto jevu dochází zejména díky rozvoji medicíny, zlepšování pracovních i životních podmínek a také jako následek nízké porodnosti. Nárůst starších lidí ve společnosti je však nejen přínosem, ale nutí dnešní moderní společnost myslet i na rizika, která z tohoto procesu vyplývají. Jedním z velkých rizik seniorského věku je mimo jiné zvýšené riziko pádů. V nemocnicích a zařízeních následné péče jsou pády důkladně sledovány, zaznamenávány a dbá se na jejich prevenci. V domácím prostředí seniorů je tento proces však komplikovanější. Staří lidé o svých pádech často nechtějí s nikým hovořit, a někdy je před svým okolím dokonce záměrně tají. Velká část seniorů se za své pády stydí, a proto je zamlčují i před svým praktickým lékařem. Podle Webera (2000, s. 69) se praktický lékař dozví asi jen o jedné čtvrtině všech pádů, což je opravdu málo. Sami senioři by měli být informováni o zvyšujícím se riziku pádu společně s rostoucím věkem. Právě všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře společně s ním by měli být těmi, kdo staré lidi o tomto riziku a možné prevenci poučí. V domácím prostředí tráví většina seniorů převážnou část svého dne, a zřejmě i proto zde k pádům dochází nejčastěji. Senioři si často ani neuvědomují či si nechtějí přiznat, že jejich zažité chování v domácnosti či vybavení a uspořádání nábytku má na jejich pády velký vliv.

Většina starých lidí se bojí „vytrhnutí“ ze svého domu či bytu a umístění do institucionální péče, chtějí žít a mnoho z nich i umírat ve svém domácím prostředí. Je důležité zaobírat se problémy, které jim může právě jejich domácí prostředí přinášet, a to je důvod, proč jsem si zvolila za téma bakalářské práce právě roli pádů v životech seniorů žijících v domácím prostředí. Myslím si, že této problematice není věnováno ani zdaleka tolik pozornosti, co by si zasloužila. Obecně se o stárnutí i stáří, včetně problematiky pádů, publikuje mnoho knih, ale domácímu prostředí či informovanosti praktických lékařů o pádech jejich klientů se věnuje pouhý zlomek z nich. Z tohoto důvodu bylo v bakalářské práci čerpáno i ze starších literatur. Zdeněk Kalvach či Pavel Weber se totiž podrobně věnují i těm jinak často zapomínaným kapitolám z problematiky seniorského věku a oba jsou bezesporu velkými kapacitami ve svých oborech.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, a to z teoretické a výzkumné. Na začátku práce jsou stanoveny cíle jak pro teoretickou, tak i pro výzkumnou část. Teoretické cíle jsou tři a odpovídají třem hlavním kapitolám teoretické části. První kapitola je zaměřena na stárnutí

a stáří, vymezení pojmů geriatry a gerontologie a popsání změn, ke kterým ve stáří dochází. Dále je zde uvedeno členění stáří a možné způsoby adaptace na proces stárnutí a stáří. Na konci první kapitoly se objevuje zmínka i o informovanosti praktických lékařů o pádech jejich klientů. Ve druhé kapitole jsou podrobně popsány pády, jejich příčiny, fenomenologie, následky i prevence. Domácímu prostředí seniorů se věnuje třetí poslední kapitola teoretické části, ve které se doporučuje, jak upravit svůj domov na bezpečnější místo. V této kapitole jsou také popsány služby, kterých mohou staří lidé využívat i ze svého domácího prostředí v České republice. Cílů pro výzkumnou část je vytvořeno osm. Je zjišťováno, zda pohlaví a věk respondentů ovlivňují výskyt pádů v domácím prostředí. Dále je analyzována možná souvislost mezi sdílením domácího prostředí seniorů a využíváním pomoci od sociálních či zdravotnických služeb. Je zjišťována nejen četnost pádů respondentů v domácím prostředí, ale také např. informovanost samotných seniorů o zvýšeném riziku pádů. Výzkum se také zajímá o jinak často opomíjený problém, tedy informování praktických lékařů o pádech bez následku úrazu v domácím prostředí samotnými seniery. Pozornost je věnována rizikovým částem domů či bytů a příčinám pádů v souvislosti s domácím prostředím a jejich následným úpravám. Posledním cílem je vytvoření edukačního materiálu, který bude výstupem celé bakalářské práce. Výzkumná část práce obsahuje podrobný popis metodiky, prezentaci výsledků a v neposlední řadě diskuzi.

## **Cíle práce**

### **Cíle teoretické části:**

Shrnout poznatky o projevech stárnutí a stáří.

Popsat problematiku pádů v seniorském věku a možnosti jejich prevence.

Popsat bydlení seniorů se zaměřením na domácí prostředí.

### **Cíle praktické části:**

Zjistit, zda pohlaví a věk respondentů ovlivňují výskyt pádů v domácím prostředí.

Zjistit možnou souvislost mezi sdílením domácího prostředí respondenta a využíváním pomoci od sociálních či zdravotnických služeb.

Zmapovat četnost pádů v domácím prostředí u zkoumaného vzorku respondentů.

Zjistit informovanost respondentů o zvýšeném riziku pádu v seniorském věku.

Zjistit, zda respondenti pokládají pády bez následku úrazu za důvod k návštěvě svého praktického lékaře.

Zjistit nejčastější místa výskytu a příčiny pádů respondentů v závislosti na jejich domácím prostředí.

Zjistit, zda pády v domácím prostředí ovlivnily respondenty k úpravě jejich domova.

Vytvořit edukační materiál na téma prevence pádů zaměřený na domácí prostředí.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

### 1.1 Vymezení stáří

O stárnutí a stáří většina lidí, zejména mladých, neuvažuje a nemluví až do doby, než se jich samotných nebo jejich blízkých začne opravdu týkat. Ale každý člověk stárne. Obecně se říká, že stáří a umírání je vlastně jediná jistota, kterou v životě lidé mají (Haškovcová, 2010, s. 16–17). Na jedné straně jsou senioři vnímáni jako symbol moudrosti a životních zkušeností, na straně druhé jsou ale často považováni za neužitečné a nepotřebné. Je důležité uvědomovat si, že stáří není choroba, ale část života (Laca, 2011, s. 22).

V literatuře existuje spousta definic o stárnutí a stáří, ale nelze říci, že by nějaká z nich byla úplná, záleží na oboru a zaměření autora dané definice (Nádvorníková, Pešat a Pešatová, 2011, s. 136). Kalvach s Mikešem (2004, s. 47), Vágnerová (2007, s. 299) či Venglářová (2007, s. 11) popisují stárnutí jako přirozený průběh lidského života. Pacovský (1990) dle Divácké (2011, s. 8) sice s výše uvedeným tvrzením souhlasí a přiznává, že stáří je poslední fázi ontogenetického vývoje, ale vzápětí ve své publikaci dodává, že v užším slova smyslu může být stárnutí považováno pouze za přechodnou fázi života mezi dospělostí a stářím.

### 1.2 Involuční změny a změny potřeb ve stáří

#### 1.2.1 Involuční změny

V pozdních fázích ontogeneze dochází k sestupným vývojovým změnám, které probíhají u každého jedince s různou rychlostí a variabilitou. Involuční změny jsou ovlivněny mnoha dalšími faktory, jako je zdravotní stav (především chronická onemocnění), životní styl, socioekonomické vlivy, psychický stav jedince (změny sociálních rolí). Různá intenzita a individuálnost těchto změn spolu s jejich nástupem v různém věku způsobují vymezení a členění stáří za velmi obtížný úkol (Kalvach a Mikeš, 2004, s. 47; Mühlpachr, 2011, s. 13). Na kvalitě stáří se podílí celý život, tudíž i tyto změny ovlivňují genetické dispozice a vnější vlivy prostředí (Vágnerová, 2007, s. 311–312).

#### Psychické změny ve stáří

V období stárnutí a stáří dochází ke změnám psychických funkcí. Aby bylo možné určit, zda se jedná o změnu psychické funkce způsobenou stářím, musí být nejprve poznán životní



příběh daného člověka. Často vlastnost, jež je připisována stáří, může být jen celoživotní specifickou vlastností jedince. Nejčastěji uváděnou psychickou změnou ve stáří je prohloubení osobnostních rysů. Např. kdo v mládí rád vyvolával slovní potyčky, může být na stáří podrážděný a nesnášenlivý; ten, který v mládí spořil každou korunu, se může stát lakomým (Haškovcová, 2010, s. 140–141). Venglářová (2007, s. 12) uvádí za nejčastější psychické změny ve stáří zhoršení převážně krátkodobé paměti, zhoršování objektivního hodnocení situace, nedůvěřivost, vztahovačnost, pokles sebedůvěry a sebehodnocení, zhoršené adaptační mechanismy a emoční labilitu. Pacovský (1994) dle Šlégrové (2009, s. 14) upozorňuje na to, že některé funkce se nemění a další se naopak prohlubují v lepší vlastnosti jedince. Pokud je senior zdravý, zůstává intelekt na úrovni středního věku, beze změn jsou také jazykové znalosti a slovní zásoba. Mezi vzestupné změny se naopak řadí trpělivost, vytrvalost, schopnost dobrého úsudku na základě životních zkušeností a dodržování zaběhnutých stereotypů (Pacovský, 1994, cit. podle Šlégrová, 2009, s. 14; Vágnerová, 2007, s. 318 a s. 327).

### **Tělesné změny ve stáří**

Involuční procesy se objevují postupně, ale na zevnějšku starých lidí začínají být viditelné nepřehlédnutelné změny. Kůže je slabá, suchá a začíná prskat, na tváři se objevují vrásky. Vlasy jsou slabší, vypadávají a šediví. Atrofuje svalstvo, zmenšuje se rozsah pohybu v kloubech. Snižuje se tělesná výška a naopak od středního věku, kdy hmotnost jedinců spíše stoupala, nyní dochází k úbytku na váze. Objevuje se zhoršení zraku, změny akomodace. Zorničky jsou užší a kolem duhovky se objevuje šedavý prsteneček. Ubývá sluchové ostroty a významně klesá i čich a chuť, proto mnoho seniorů preferuje ostřejší jídla. Velkou změnu vzhledu způsobuje i ztráta zubů, snižuje se tím dolní čelist a ztenčuje horní ret. Ubývá hmatových tělísek, což vede ke snížení citlivosti. Zpomaluje se chůze a zkracuje se krok. Dochází k involučním změnám i v kardiovaskulárním, respiračním, gastrointestinálním, urologickém, hematologickém, nervovém, endokrinním systému a k poruchám termoregulace (Kalvach, 2004, s. 99–102).

#### **1.2.1.1 Model adaptace na stáří**

Venglářová (2007, s. 12) uvádí, že reakce seniora na involuční změny jsou ovlivněny jeho osobností, možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior sám již nezvládá, a reakcemi okolí, na čemž je založen i model adaptace na stáří.

Model adaptace na stáří obsahuje tři možnosti adaptace: konstruktivní přístup ke stáří, závislost na okolí a nepřátelský postoj.

- Konstruktivní přístup ke stáří probíhá již v době středního věku. Člověk si plánuje aktivity, kterým se bude chtít později věnovat. Pohybuje se ve větším kruhu přátel, aby se později necítil osamělý, a buduje dobré vztahy s rodinou. Snaží se udržovat v dobré fyzické i psychické kondici. Přijímá stáří jako přirozený průběh života.
- Senioři, kteří si vytvoří závislost na okolí, často manipulují se svojí rodinou či zdravotníky pomocí svých fyzických obtíží, a tím se je snaží přimět k častějšímu kontaktu. Často se řeší fyzické potíže namísto věnování se problematice osamělosti a sociální izolace.
- Někdy je situace natolik komplikovaná, že člověk zaujímá nepřátelský postoj. Mechanismy zvládnání zátěžových situací selhávají a senior projevuje hostilitu lidem kolem sebe, své rodině či zdravotnickému personálu.

(Venglářová, 2007, s. 12)

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016, s. 107) zdůrazňují, že adaptace na stáří je složitý proces, a proto popisují strategie zvládnání podrobněji než např. Venglářová (2007, s. 12). Tito autoři tedy rozeznávají konstruktivní přístup, strategii závislosti, obrannou strategii, strategii hostility a jako poslední strategii sebenenávisti. V průběhu některých možností adaptace, konkrétně konstruktivního přístupu, strategie závislosti a nepřátelského postoje, se Čeledová, Kalvach a Čevela (2016, s. 107) shodují s modelem adaptace dle Venglářové (2007, s. 12). Tento model však rozšiřují o další dvě strategie, a to obrannou, kdy senior odmítá své vlastní stáří (nechce opustit své postavení např. v práci a nepřipouští si zdravotní obtíže) a strategii sebenenávisti, ve které často dochází k pocitům méněcennosti a zbytečnosti (senior hodnotí svůj život jako selhání, obviňuje se z neúspěchů a přestává se mít rád) (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 107).

### **1.2.2 Změny potřeb ve stáří**

Ve stáří se významně mění psychické a biologické potřeby člověka. Potřeby, jež byly důležitými v mladším věku, se stávají méně významnými a na vrchol jejich žebříčku se dostává bezpečí a jistota. Dochází k uvědomění si postupné ztráty soběstačnosti, a proto se jedinec zaměřuje více na sebe, na uspokojování svých potřeb (Hauke, 2014, s. 11).

Základem lidských potřeb jsou potřeby biologické a tak je tomu i v životě seniora – netrpět bolestí, nemít hlad a žízeň a být v teplém a suchém prostředí. Velmi důležité z hlediska psychosociálních potřeb je někam patřit, mít soukromí a možnost komunikace s lidmi okolo sebe. Na pomyslném vrcholu žebříčku se nachází potřeby spirituální, jako je víra. Uspokojení základních biologických potřeb je sice k životu nezbytné, ale je nutné se snažit uspokojovat i ty ostatní. Omezit život seniora na přijímání potravy, výměnu ložního a osobního prádla a vyměšování není kvalitním životem (Kalvach a Onderková, 2006, s. 11–12).

### **1.3 Členění stáří**

Kalvach s Mikešem (2004, s. 47) i Mühlpachr (2011, s. 13) rozlišují stáří kalendářní, sociální a biologické. Kalvach s Onderkovou (2006, s. 14–15) uvádějí, že z ošetrovatelského hlediska je užitečné rozlišovat seniory také dle funkční zdatnosti.

#### **1.3.1 Členění stáří na kalendářní, sociální a biologické**

##### **Kalendářní stáří**

Dosažení určitého stanoveného věku se nazývá kalendářní (chronologické) stáří. Jedná se o věk, od kterého se obvykle nápadněji objevují involuční změny. Kalendářní stáří však nerespektuje interindividuální rozdíly. WHO v 60. letech minulého století a také OSN označily za hranici stáří věk 60 let. Se zlepšováním funkční zdatnosti a zdravotního stavu seniorů, a tím i s prodlužováním života ve stáří a dobou dožití, se za hranici stáří v dnešní době nejčastěji uvádí věk 65 let (Mühlpachr, 2009, s. 20; Kalvach a Mikeš, 2004, s. 47).

V odborných publikacích lze nalézt více druhů členění kalendářního stáří. Vágnerová (2007, s. 299 a s. 398) ve své knize toto stáří člení pouze do dvou kategorií, a to na období raného stáří (60–75 let) a stáří pravého (od 75 let výše). Škopek (2008, s. 337) využívá dělení stáří dle WHO do tří kategorií:

- 60–74 let = rané stáří (vyšší věk)
- 75–89 let = vlastní stáří (stařecký věk)
- 90 a více let = dlouhověkost

V posledních letech je ale nejčastěji uváděna tato klasifikace:

- 65–74 let = mladí senioři: V tomto období se výrazně vnímá odchod do důchodu, využití volného času, zapojení se do různých aktivit a snaha o udržení společenského kontaktu s okolím. Dochází v něm také k plnění životních snů, na které lidé dříve neměli čas.
- 75–84 let = staří senioři: Dochází zde ke změnám fyzické zdatnosti, k postupnému zhoršování fyzické i psychické tolerance. Častěji se objevují zdravotní problémy a také pocity osamělosti.
- 85 a více let = velmi staří senioři: Vyskytuje se strach ze závislosti na svém okolí, zejména z toho, kdo se o ně postará. Často dochází ke ztrátě soběstačnosti a k sociální izolaci.

(Mühlpachr, 2009, s. 21; Kalvach a Mikeš, 2004, s. 47)

### **Sociální stáří**

Počátkem sociálního stáří je obvykle dosažení věku, ve kterém vzniká nárok na odchod do starobního důchodu nebo samotné penzionování. Dochází k velkým změnám v životním stylu, sociálních rolích a potřebách jedince. Často se objevuje strach ze ztráty soběstačnosti, omezení sociálního života, ztráty společenské prestiže a snížení životní úrovně (Kalvach a Mikeš, 2004, s. 47).

### **Biologické stáří**

Biologické stáří znamená určitou míru involučních změn (snížená funkční zdatnost, atrofie, zhoršení adaptačních mechanismů), jež obvykle úzce souvisí se změnami, které způsobují choroby typické pro vyšší věk (např. ateroskleróza). Určování biologického stáří se v praxi nevyužívá, protože nikdy nedošlo k vymezení tohoto stáří tak, aby bylo výstižnější než kalendářní věk daného člověka. Stále tedy chybí podložený důkaz, že u lidí stejného kalendářního věku dochází k involučním změnám a ke změnám funkční zdatnosti v různém čase a různé intenzitě, i když se jedná o všeobecně známý fakt (Mühlpachr, 2011, s. 13). Výše uvedené tvrzení tedy dává za pravdu Kalvachovi s Onderkovou (2006, s. 7), kteří ve své publikaci interpretují, že velmi často dochází k viditelnému rozporu mezi biologickým a kalendářním stářím. Kolem nás je mnoho lidí, kteří jsou na svůj věk nadprůměrně aktivní a fyzicky zdatní, ale je naopak i dost lidí, kteří jsou předčasně zestárlí (Kalvach a Onderková, 2006, s. 7).

### 1.3.2 Členění stáří dle funkční zdatnosti

Členění seniorů na základě funkční zdatnosti má pomoci zabránit poklesu jejich výkonnosti a naopak důsledně usilovat o udržení či zlepšení jejich stavu nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v domácím prostředí (Kalvach a Onderková, 2006, s. 14–15).

Kalvach a Onderková (2006, s. 14–15) člení seniory do šesti kategorií:

- Zdatní (fit) senioři – Udržují si velmi dobrou fyzickou zdatnost, zvládají nejen činnosti denní potřeby, ale také tělesně náročné aktivity. Často rádi sportují a případnou rehabilitaci po operacích zvládají rychle a bez větších obtíží.
- Nezávislí senioři – Za běžných okolností dobře zvládají každodenní činnosti, péči o sebe a svůj dům či byt. Objevují se však problémy v zátěžových situacích, jako jsou pooperační stavy, akutní onemocnění či porucha výtahu, kdy potřebují pomoc rodiny, sousedů nebo zdravotníků.
- Křehcí (frail) senioři – Jsou ohroženi náhlým zhoršením zdravotního stavu. Je zde riziko pádu a neschopnosti si pomoci a také riziko imobilizačního syndromu při dočasné či dlouhodobější poruše soběstačnosti. Křehcí senioři potřebují dopomoc při složitějších denních činnostech jako je nákup, vaření a úklid některých částí domu či bytu. Tito senioři často využívají pečovatelskou službu a monitorování pomocí systémů tísňové péče.
- Závislí senioři – Potřebují částečnou nebo i celkovou pomoc s péčí o své domácí prostředí a svoji osobu (jídlo, hygiena, přesuny na židli) ať už z tělesných nebo duševních důvodů.
- Zcela závislí senioři – Jsou trvale upoutáni na lůžko a potřebují kompletní péči druhé osoby (rodina, pečovatelé, zdravotníci).
- Umírající senioři – Je jim zajišťována komplexní paliativní péče.

(Kalvach a Onderková, 2006, s. 14–15)

## 1.4 Stárnutí z pohledu demografie

Demografie je bio-sociální disciplína zabývající se reprodukcí lidských populací, která se odehrává ve společenských podmínkách a je zároveň biologickým procesem. Demografické poznatky jsou klíčové pro celou řadu oborů, mimo jiné i pro gerontologii. Mezi základní demografické procesy patří zejména porodnost a úmrtnost, dále také sňatečnost,

potratovost, rozvodovost či migrace. Důsledkem těchto procesů jsou pak změny věkového složení populace (Kalvach et al., 2004, s. 50–51).

Z údajů získaných pravidelným sčítáním lidu, které zpracovává Český statistický úřad, lze vyčíst, že v České republice dochází k absolutnímu i relativnímu nárůstu podílu starších lidí v populaci (viz příloha A, s. 84 a příloha B, s. 85). Jedná se o poměrně dlouhodobý proces, jenž nezasahuje pouze Českou republiku, ale ve větší, či menší míře všechny státy světa, zejména tedy ty vyspělé. V souvislosti s tímto procesem se hovoří o tzv. stárnutí populace, za kterým stojí celá řada faktorů. Vyspělé státy se mohou v dnešní době pyšnit mnohem lepšími životními a pracovními podmínkami, velkými pokroky v medicíně i sociálním rozvojem a rozvojem sociálních práv než v minulosti. Nelze opomenout ani menší úmrtnost dětské složky či lidí v produktivním věku. Lidé mají nyní možnost prožít delší život. V souvislosti s poměrně nízkou porodností pak tedy dochází k tomu, že rychleji vzrůstá podíl osob nad 65 let než dětské složky (0–14 let) (Český statistický úřad, 2014a, s. 1 a s. 8; Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015).

Stárnutí populace ale nelze označovat za negativní proces. Přináší s sebou i mnoho výzev a pozitivních aspektů, na které musí vyspělé společnosti reagovat. Na jedné straně se v populacích objevuje větší množství lidí, kteří mohou představovat přínos společnosti zejména v cenných životních zkušenostech a odborných znalostech v rámci některých profesí. Na straně druhé však státy musí upravovat svoji politiku, ve které je nutné zohlednit vývojový trend populace – např. důchodovou politiku, politiku zaměstnanosti či problematiku integrace seniorů do společnosti (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015).

Mezi lety 2001 a 2016 došlo k velkému nárůstu absolutního počtu seniorů ve všech věkových skupinách (viz příloha A, s. 84). Seniorský věk je, jak je patrné i z přílohy A (s. 84), více zastoupen ženskou částí populace, a to ve všech věkových skupinách. Příloha B (s. 85) zobrazuje procentuální zastoupení jednotlivých složek populace v České republice. Složka dětská, tedy věková skupina 0–14 let, sílí a její počet vzrůstá, ale méně dynamicky než složka postproduktivní (65 a více let) (Český statistický úřad, 2014a, s. 7–8; Český statistický úřad, 2017a, 2017b a 2017c).

Dosažení věku nad 90 let (někdy věku nad 85 let) se označuje termínem dlouhověkost. Počet dlouhověkých v české populaci je nízký, ale se zvyšující se životní úrovní a zlepšováním zdravotního stavu seniorů počet dlouhověkých stoupá. Ve spojitosti s dlouhověkostí se často

uvažuje o maximální délce života, která se v dnešní době odhaduje asi na 125 let. Tohoto věku však nebylo nikdy prokazatelně dosaženo (Mühlpachr, 2009, s. 21).

Dle prognóz odborníků a aktuálních počtů lidí v seniorském věku a vzhledem k očekávané míře úmrtnosti, porodnosti a postupným přechodem silných ročníků do důchodového věku bude stárnutí populace pokračovat i nadále a převaha postproduktivní složky nad složkou dětskou se bude zvyšovat (Český statistický úřad, 2014a, s. 9). WHO v jedné ze svých prognóz dokonce uvádí, že pokud poroste podíl postproduktivní složky tímto tempem a populační trend se nijak významně nezmění, v roce 2050 by mohly být na Zemi až 2 miliardy lidí starších 60 let (WHO, 2007, s. 3).

## 1.5 Gerontologie a geragogika

Úvahy o stárnutí a stáří jsou staré jako lidstvo samo. Věkové vymezení nebo názvy se v minulosti lišily, ale podstata byla od počátku stejná – význam životních zkušeností, výchovná role či úbytek sil. Bezpochyby již antika znala problematiku seniorského věku, vždyť Seneca či Sofoklés se dožili více než 90 let. První medicínský zájem o stáří a choroby ve vyšším věku však přinesla až první polovina 19. století. Výraz gerontologie poprvé použil Ilja Iljič Mečnikov v roce 1903 ve své eseji. Za účasti Československa byla v roce 1950 založena první Mezinárodní gerontologická asociace. V posledních letech zájem odborníků i veřejnosti o problematiku gerontologie stále stoupá, což potvrzuje i skutečnost, že rok 2012 byl vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 17–21).

Jak již bylo zmíněno výše, gerontologie tedy pochází z řeckého slova gerón, což znamená starý člověk, a logos – nauka, slovo. Jedná se tedy o nauku, která se zabývá stárnutím, stářím a průběhem života ve stáří. Jsou rozeznávány tři druhy gerontologie:

- Gerontologie experimentální: Zabývá se příčinami a průběhem stárnutí.
- Gerontologie sociální: Zkoumá vztah starého člověka ke společnosti a naopak, zabývá se také sociálními potřebami jedince.
- Klinická gerontologie: Nejčastěji je nazývána jako geriatrie, z řeckého inró nebo-li léčím. Věnuje se problematice chorob a zdraví a zabývá se kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem člověka ve stáří.

(Kalvach a Onderková, 2006, s. 7)

Špatenková a Smékalová (2015, s. 22–23) ve své publikaci zmiňují i existenci čtvrtého druhu gerontologie, čímž je gerontologie vzdělávací, která je zaměřena na edukaci seniorů. Upozorňují však na fakt, že tento termín bývá často zaměňován s tzv. gerontologickým vzděláváním, které je určeno dobrovolníkům a lidem pracujícím se seniory. V současné době se hledá pro tyto dva termíny jednotný název, jenž by zahrnoval jejich význam, čímž by měla být geragogika. Označení geragogika se již v zahraničí využívá, i proto by bylo vhodné zavést jeho používání také v České republice (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 22–23).

## **1.6 Zvláštnosti chorob v geriatrii**

Geriatric se tedy zabývá léčbou chorob (včetně jejich specifického průběhu) ve stáří, jejich prevencí, spoluprací s ostatními lékařskými obory a dotýká se sociálních služeb pro seniory (Česká gerontologická a geriatrická společnost, ©2016–2017). Česká gerontologická a geriatrická společnost (©2016–2017) pohlíží na geriatrii jako na samostatné lékařské odvětví mezioborového charakteru. Kabelka (2011) zdůrazňuje nutnost komplexního pojetí seniora v geriatrii. Při řešení fyzických obtíží, což je samozřejmě velmi důležité, by však nikdo z okolí starého člověka neměl zapomínat ani na stránku psychickou, sociální a spirituální (Kabelka, 2011).

Souběžným působením nemoci a stárnutí dochází u seniorů k jinému průběhu nemocí, než je tomu u mladých lidí. První zvláštností je podmíněnost zdravotní a sociální situace starého člověka. Zhoršení zdravotního stavu u těchto lidí často vede k sociální izolaci a osamělosti, může způsobit rozvoj onemocnění. Typická pro stáří je multimorbidita, což znamená současný výskyt více onemocnění u jednoho seniora. Choroby totiž nemusí mít žádnou souvislost nebo se mohou kauzálně podmiňovat. Stav seniora může někdy být o mnoho závažnější, než se jeví podle klinického obrazu. Objevuje se mikrosymptomatologie, kdy příznaky choroby jsou velmi slabé a nevýrazné. Nemoc se také může projevit netypickými či vzdálenými příznaky („naříká“ vzdálený orgán). Choroby mají sklon ke chronicitě a protražovanému průběhu. Onemocnění trvá dvakrát až třikrát déle než ve středním věku. Častý je ve stáří sklon ke komplikacím ať už bez přímého kauzálního vztahu, nebo typu řetězové reakce (Matějovská Kubešová, 2016).



## 2 PÁDY

Specifickým a velmi závažným problémem v seniorském věku jsou pády. Nejčastěji dochází k pádům seniorů v ústavní péči (nemocnice, domy s pečovatelskou službou, domovy důchodců) nebo v jejich domácím prostředí. Naopak pády na veřejnosti (ulice, obchod, kostel) jsou spíše vzácné. Je to tím, že k pádům dochází na místech, kde se senioři zdržují převážnou většinu dne (Mühlpachr, 2009, s. 84).

### 2.1 Definice pádů

Definice, která by přesně charakterizovala pád, zatím nebyla nikde publikována, a pády jsou proto definovány různými, i když většinou velmi podobnými způsoby. I WHO ve své zprávě věnující se prevenci pádů v seniorském věku přiznává, že vytvořit jednotnou definici pádu je velmi komplikované, avšak klíčové k jejich dalšímu zkoumání a případné prevenci. Pád totiž jinak vidí a popisují senioři a jiným způsobem např. zdravotničtí pracovníci či jiní odborníci (WHO, 2007, s. 1).

Topinková (2005, s. 44) definuje pád jako: *„změnu polohy, která končí kontaktem těla se zemí a může být doprovázena i poruchou vědomí a poraněním“*. Weber (2000, s. 69) ve své publikaci o pádech hovoří jako o důležitém symptomu křehkosti pozdního stáří.

V knize *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení* (Joint commission resources, 2007, s. 21) jsou uvedeny některé z dalších uznávaných definic:

- *„Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze.“*
- *„Událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta nebo části jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient.“*
- *„Mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.“*

(Joint commission resources, 2007, s. 21)

### 2.2 Příčiny pádů

V seniorském věku dochází fyziologicky ke změnám, které riziko pádů zvyšují. Zkracuje se krok a chůze je pomalejší. U žen se častěji vyskytuje kolébavý styl chůze, jenž je způsoben snížením těžiště. U mužů zůstává širší základna postoje při chůzi. U obou pohlaví klesá míra rotací kolen a kyčlí během pohybu (Weber, 2000, s. 70).

Mühlpachr (2009, s. 84–85) člení příčiny pádů do tří základních kategorií a hovoří o pádech z vnějších, vnitřních a situačních příčin.

- Vnější příčiny jsou ovlivnitelné a správnou prevencí se jim dá velmi dobře zabránit, i přesto jsou však mezi seniory časté. Řadí se mezi ně nevhodná obuv, kluzká podlaha (nejčastěji leštěné parkety, linoleum, mokrá podlaha v koupelně či vana), prahy mezi místnostmi, různé neupevněné rohože a koberečky, elektrické kabely na podlaze, špatné osvětlení a úzká příkrá schodiště (Mühlpachr, 2009, s. 84). Topinková (2005, s. 44), která člení na rozdíl od Mühlpachra (2009, s. 84) příčiny pádů pouze do dvou kategorií (z vnitřních příčin a dohromady ze zevních a situačních příčin), u pádů ze zevních příčin ještě zdůrazňuje mimo jiné chybění či nesprávné používání kompenzačních pomůcek. Weber (2000, s. 71) člení příčiny pádů pouze na zevní a vnitřní a dodává k těmto zevním i nevhodný a neprakticky uspořádaný nábytek (nízké stoličky, hluboká křesla). Nejčastější místa v domácím prostředí seniorů, kde dochází k pádům, se dle Webera (2000, s. 71) nacházejí v koupelně, na toaletě, v kuchyni, v ložnici, popřípadě na schodišti, kdy první a poslední schod je považován za nejrizikovější.
- Vnitřní příčiny závisí na zdravotním stavu seniora. Velký vliv mají účinky užívaných léků (psychofarmaka, hypnotika, antihypertenziva), ale také konzumace návykových látek, jako je alkohol. Mezi další vnitřní příčiny jsou řazeny poruchy mozkového prokrvení se závratěmi, poklesy krevního tlaku (ortostatická hypotenze), ochrnutí či poruchy hybnosti kloubů, problémy s krční páteří (vedoucí k závratím), poruchy zraku, stavy neklidu a zmatenosti, parkinsonismus (třes, poruchy svalového napětí) a polyneuropatie (Mühlpachr, 2009, s. 84–85).
- Třetí kategorií jsou situační příčiny pádů. Patří mezi ně neopatrné chování a provádění nepřiměřených a riskantních činností. Často se jedná o práci ve výškách s pomocí stoličky či žebříku (úklid, sběr ovoce) a také vycházení seniorů ven při silném náledí (Mühlpachr, 2009, s. 85).

### 2.3 Fenomenologie pádů

Růžička (2004, s. 208) popisuje mechanismy, kterými k pádům dochází, pěti různými způsoby:

- Pády zhroucením – Přichází v okamžiku, kdy senior náhle ztrácí svalové napětí a klesá k zemi. Příčiny těchto pádů dělí Růžička na cerebrální (epilepsie, kataplexie) a extracerebrální (ortostatická hypotenze).
- Pády skácením – Jsou způsobeny poruchou rovnováhy a dochází při nich k častým zraněním, protože senior padá bez obranných reflexních pohybů (časté u mozkových postižení typu ischemie a hemoragie).
- Pády zakopnutím – Jsou následkem zadrhnutí nohy o nerovnost povrchu či o zakopnutí o překážku. Příčinou může být svalová slabost nebo poruchy chůze, které způsobují „šoupavou“ chůzi (typicky Parkinsonova choroba). Tyto pády směřují dopředu, často při nich dochází k nárazu na předpažené ruce.
- Pády zamrznutím – Dochází u nich k zaražení jedné z dolních končetin, noha zůstává položena na podlaze, ale tělo pokračuje v pohybu vpřed. Variantou tohoto typu pádu je také případ, kdy při zaražení dolních končetin naklání senior své tělo dopředu, dostává se do postoje na špičkách nohou a provádí rychlé malé krůčky vpřed za těžištěm, které se sune stále dopředu, což nakonec vede k pádu.
- Pády nediferencované – Jsou tak nazvány v případě, že se je nepodaří fenomenologicky zařadit. Příčinou takových pádů může být jen obyčejná nepozornost při chůzi či nepřízřívobení tempa v náročném terénu.

(Růžička, 2004, s. 208–209)

### 2.4 Četnost pádů seniorů

S přibývajícím věkem narůstá četnost pádů. Obecně jsou častější u žen, u chronicky i akutně nemocných seniorů a u osob v ústavní péči (Topinková, 2005, s. 44). Weber (2000, s. 70) uvádí, že nejméně jednou za rok upadne ve svém domácím prostředí asi třetina zdravých seniorů nad 65 let a až polovina seniorů nad 80 let. V ústavní péči upadnou až dvě třetiny seniorů v průběhu kalendářního roku. K nejvíce pádům dochází v domácím prostředí, a to při běžných denních činnostech. Při rizikových aktivitách, jako je práce a úklid ve výškách s pomocí židle či žebříku, dochází k pádům spíše výjimečně, týká se to asi pěti procent všech pádů (Weber, 2000, s. 70).

## 2.5 Komplikace pádů

Nejčastější příčinou úrazů u seniorů, včetně těch smrtelných, jsou právě pády (Mühlpachr, 2009, s. 84). Weber (2000, s. 73–74) člení komplikace pádů na časné a pozdní.

- Mezi časné komplikace patří úrazy měkkých tkání, jako jsou hematomy, tržné rány, podvrtnutí kloubů, zlomeniny nejčastěji proximální části stehenní kosti, pánve, obratlů, žeber, kosti pažní či zápěstí. Tyto komplikace velmi často vedou ke zhoršení soběstačnosti seniorů.
- Pozdní komplikace jsou rizikem zejména pro osoby, u kterých došlo k významnému zhoršení či ztrátě soběstačnosti. Pozdní úmrtnost jako následek pádu vysoce stoupá především u multimorbidních seniorů. Mezi pozdní komplikace se řadí i rozvoj imobilizačního syndromu.

(Weber, 2000, s. 73–74)

Topinková (2005, s. 45) v souvislosti s tímto tématem zmiňuje osaměle žijící seniory. Při neschopnosti svépomocí vstát bývají osaměle žijící staří lidé nacházení obvykle i po několika dnech. Dlouhé ležení na chladné zemi může vést k podchlazení a následnému riziku pneumonie, ale také v případě nefyziologické polohy těla k rabdomyolýze (Topinková, 2005, s. 45).

Ačkoliv až osmdesát procent pádů nezpůsobí žádné závažnější zdravotní komplikace, jejich dopad může být velký na poli psychiky seniorů (Weber, 2000, s. 73–74). Weber (2000, s. 69) ve své publikaci zmapoval psychosociální aspekty pádů u starých lidí. Senioři dle něj mají strach z opakování pádů a z jejich možných následků, což často vede k tomu, že sami omezují své denní tělesné aktivity. Paradoxně právě omezení těchto aktivit počet pádů zvyšuje, objevují se obavy z jejich následků a strach z možné institucionální péče. Tento jev v některých případech vede k depresím až k různým kognitivním poruchám, což špatně působí na celkový stav seniorů a spěje obvykle ke zhoršení jejich soběstačnosti (Weber, 2000, s. 69).

## 2.6 Prevence pádů

Topinková (2005, s. 46) ve své publikaci píše, že cílem prevence pádů je snížení jejich rizika při nejmenším možném omezení soběstačnosti pacienta. V prevenci pádů je obvykle nutné kombinovat změny a opatření v oblastech medikace, rehabilitace, chirurgie a úprav domácího prostředí. Záleží především na zdravotním stavu seniora a na četnosti jeho pádů. Cílem u zdravých seniorů, u nichž se pády nevyskytly, je udržet či zlepšit stání, chůzi, svalovou sílu,

rozsah pohybu v kloubech a podporovat udržení funkční nezávislosti. U multimorbidních a často padajících seniorů je v první řadě snaha zabránit opakování pádů, a tím i jejich komplikacím ať už zdravotním (zlomeniny, zhmožděniny) či psychosociálním (strach z neschopnosti vstát a omezení aktivity) (Weber, 2000, s. 74–75).

Kalvach s Rychlým (2004, s. 222) popisují preventivní opatření, jež mají obecnou platnost ke všem druhům pádů, nehledě na jejich vyvolávající příčinu. Vždy je podle nich nezbytné pečlivě zhodnotit každý pád, jeho příčiny a možnou prevenci. V případě dlouhodobé medikace je nutné zaměřit se na rizikové léky a snažit se je snížit či úplně vysadit. Je zapotřebí dbát na rehabilitaci a provádět posilování adaptačních mechanismů k udržení rovnováhy (využití míče, reedukace chůze). Důležité je především posilování svalů a nácvik zvedání se po pádu (Kalvach a Rychlý, 2004, s. 222–223). Správný mechanismus vstávání popisuje Weber (2000, s. 75) a dle jeho slov by jej měl znát nejen senior, ale také všechny osoby, které s ním žijí. Po pádu nesmí být senior vláčen za paže, ale naopak ho máme vést k samostatnému zvednutí. Prvním krokem je otočení se na bok, pokrčení kolen a následné zvednutí se pomocí opory o nízký stůl či stoličku (Weber, 2000, s. 75). V případě, že senior nedokáže sám po pádu vstát nebo se zhoršil jeho zdravotní stav či se cítí jinak ohrožen, je dle Kalvacha a Rychlého (2004, s. 222) vhodné využít systém nouzové signalizace. Systém buď slouží pouze k nouzové signalizaci, nebo může zajišťovat i komunikaci (např. systém Areion). Preventivní opatření, které nelze opomenout, je nejen správné používání kompenzačních pomůcek, jako jsou berle, hole, chodítka, ale také používání chrániče kyčlí. Jako další z celé řady preventivních opatření je zvažování možnosti zajištění služeb, jež převezmou činnosti v domácnosti, které jsou pro seniora riskantní (mytí oken, úklid ve výšce). Také prostředí, ve kterém senior žije, má na vznik pádů velký vliv, proto je doporučeno provést změny (Kalvach a Rychlý, 2004, s. 222–223). Mühlpachr (2009, s. 84) v prevenci pádů mimo jiné zmiňuje i možnost donáškových služeb, zejména v zimním období, aby senioři nemuseli vycházet při ledovkách ven z domu. Venglářová (2007, s. 52) ve své knize hovoří i o preventivním opatření, které není v České republice běžně využíváno. Jedná se o používání pomůcek, které sice nevedou k samotné prevenci pádu, ale slouží ke zmírnění jeho následků. Doporučuje využití v domácím prostředí, kdy se v okolí postele na zem položí matrace či podložky tlumící v případě pádu dopad, čímž snižují riziko komplikací a následků pádů (Venglářová, 2007, s. 52).

## **2.7 Informovanost lékařů o pádech seniorů**

Praktický lékař se o většině pádů seniorů v domácím prostředí vůbec nedozví. Seniori sdělí informace o svém pádu praktickému lékaři většinou pouze v případě, kdy jeho následkem došlo k úrazu (zlomenina, tržná rána) a oni potřebují ošetřit. Lékař je tedy informován asi jen o jedné čtvrtině všech pádů. Neinformování lékaře často pramení ze strachu, že lékař doporučí omezení jejich fyzické aktivity či umístění do ústavní péče. V případě, že lékař pády odhalí sám, seniori jeho i své okolí často přesvědčují o tom, že pády ke stáří prostě patří a odmítají v nich hledat např. příznaky nějakého onemocnění. Je proto nutné, aby lékaři i sestry v ordinacích praktických lékařů po pádech aktivně pátrali, a to i při běžných preventivních prohlídkách (Weber, 2000, s. 69–70).

### 3 DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ SENIORŮ

V minulosti se všechna vývojová období života (od narození až po smrt) prožívala doma. Lidstvo však přišlo s názorem, že bude efektivnější pro každou jeho část zřídit nějakou instituci a následkem toho se začaly zakládat porodnice a také pobytová zařízení pro seniory. V dnešní době je však opět snaha o návrat stárnoucích lidí domů. Většina všech seniorů si přeje strávit období stárnutí, stáří i umírání mezi svými blízkými v domácím prostředí. Institucionální zařízení sice umožňují kvalitní odbornou péči díky kvalifikovanému personálu, ale život zde se nemůže rovnat životu doma. Senioři si v těchto zařízeních připadají nepotřebně, odloženě a osaměle (Žít déle doma, ©2017).

#### 3.1 Bezpečný domov

Často se stává, že senior skončí v některém sociálním nebo zdravotnickém zařízení jenom proto, že se pro něj vlastní byt stal nebezpečným místem. V závislosti na involučních změnách je nutné domácí prostředí stárnoucího člověka upravit tak, aby se co nejvíce snížilo riziko pádů a dalších poranění a také, aby se sám cítil bezpečně a mohl pohodlně vykonávat veškeré činnosti v péči o svoji osobu i o svůj byt či dům (Grollová, 2009, s. 1).

Úprav domácího prostředí seniorů je celá řada. Jednou z obecných zásad je i nutnost myslet na dostatečnou šířku dveří a velký prostor mezi nábytkem, aby i chůze s kompenzačními pomůckami byla pro seniory možná a bezpečná (Glosová a kol., 2009, s. 28). Mühlpachr (2009, s. 84) v souvislosti s bezpečným domovem, a tím i s prevencemi pádů u seniorů, zmiňuje také vhodný výběr obuvi a odstranění přípojných kabelů na podlaze. Mimo jiné doporučuje umístění koberce v celé místnosti, tedy ode zdi ke zdi (Mühlpachr, 2009, s. 84). Šlégrová (2009, s. 35) ve své práci ještě upozorňuje na dobrý technický stav zástrček a vypínačů osvětlení nebo také na pevné připevnění různých poliček a stojacích lamp, aby ani v případě přidržení se jich nedošlo k jejich strhnutí.

#### **Koupelna**

V první řadě je ke zvážení její celkové vybavení, např. zda je vhodnější vana či sprchový kout. V případě vany je žádoucí, aby měla otevírací dvířka ke vstupu. Obecně však platí, že pro seniory jsou praktičtější sprchové kouty, a to takové, které neobsahují vaničku, a odtokový kanál je zabudován přímo ve sprše. Vhodné je umístění protiskluzové stoličky a podložky. Také výstupy z vany či sprchového koutu by měly být opatřeny protiskluzovými

pomůckami. V celé koupelně by měla být instalována madla pro větší pocit bezpečí a jednodušší sebezpečí, zejména v blízkosti vany, umyvadla a toalety. Co se týče samotné toalety, je vhodný nástavec na klozetovou mísu, jenž seniorům usnadní vstávání (Lhotáková, 2009, s. 41–42 a s. 46–48). U starších lidí se také zdůrazňuje nepoužívání elektrických spotřebičů ve vaně a celkové omezení jejich užívání v koupelně (Grivna a Benešová, 2002, s. 3).

### **Kuchyně**

Vhodné je snížení pracovní plochy, nejnižze položená by měla být varná plocha, aby bylo možné nahlížet do hrnců bez rizika jejich převržení a opaření se. Naopak mycí plocha, tedy dřez, může být položena o něco výše, aby se senior nemusel při mytí nádobí ohýbat. Tato doporučení se však liší dle výšky seniora (Lhotáková, 2009, s. 49). Celá kuchyně, zejména pracovní plocha, by měla být dobře osvětlena. Umístění spotřebičů i všech potravin je vhodné v takové výšce, aby na ně starý člověk bezpečně dosáhl bez nutnosti užití schůdků. V kuchyni by se měl také vyskytovat prostor pro odpočinek seniora – stůl, židle či křeslo. Je nutné dbát i na pořádek, protože jakákoli rozlitá tekutina na podlaze zvyšuje riziko pádu. Rozbité kuchyňské spotřebiče by měl senior vždy neprodleně odnést do opravy. Existuje spousta pomůcek, které práci v kuchyni usnadňují (např. kráječe, podávací kleště, kuchyňský budík), a proto by bylo vhodné, kdyby je senior ve své kuchyni měl a využíval je (Grivna a Benešová, 2002, s. 4–5).

### **Ložnice**

Základním bezpečnostním prvkem v ložnici je bezpochyby vhodné lůžko seniora. Doporučené je jeho zvýšení, protože nízká postel způsobuje problémy při vstávání. Při přestavbě a umístění nového lůžka je již vhodné myslet i na jeho přístupnost ze tří stran, kdyby senior v budoucnu potřeboval náročnou ošetrovatelskou péči (Glosová a kol., 2009, s. 35). Stejně jako v jiných částech domu či bytu, ani v ložnici se nedoporučuje mít nepřipevněné koberečky a předložky, zejména v okolí postele. U lůžka je vhodné mít nejen vypínač osvětlení, ale také telefon. Doporučuje se i instalace nočních světel, které jsou pro oči šetrnější než klasické rozsvícení ostrého světla v noci. Snižuje se tím riziko dezorientace seniora. Jako všude v domácím prostředí, tak i zde je nutné dbát na pořádek, aby v cestě (např. v noci na toaletu) nebyly žádné překážky (Grivna a Benešová, 2002, s. 6).



## **Chodby a schodiště**

Všechna schodiště, stejně jako rampy, by měla být opatřena zábradlím (Glosová a kol., 2009, s. 28). Na chodbách a schodištích je nevhodné umísťovat neupevněné koberečky. Tato místa by neměla sloužit jako odkladiště nepotřebných věcí, jejich průchod by měl být co nejvíce prostorný. Základem je dobré osvětlení těchto prostorů. Na schodech i úzkých a dlouhých chodbách by senior vždy měl dbát zvýšené opatrnosti. V případě, kdy je v těchto místech mokrá a kluzká podlaha, by sem vůbec neměl vcházet. Pro větší bezpečnost se doporučuje označení okrajů schodů, nejlépe žluto-černými pruhy. Také prahy mezi chodbou a jinými místnostmi by měly být označeny nebo úplně odstraněny (Grivna a Benešová, 2002, s. 8).

### **3.2 Tísňová péče – systém nouzového volání**

Nejznámější tísňová péče v České republice je Areion, jejímž zřizovatelem je občanské sdružení Život 90. Tato služba je zde pro seniory, kteří žijí sami a jsou již méně soběstační, takže jim slouží jako pomoc v jejich domácím prostředí. Je zde však i pro aktivní seniory, kteří ji mohou využívat i mimo domov. Areion pomáhá seniory zbavovat strachu, že při jakémkoli problému zůstanou sami bez pomoci, čímž zlepšuje kvalitu jejich života (Tísňová péče, ©2008–2017).

Klient má u sebe vždy nouzové tlačítko ať již připevněné na ruce, pověšené na krku či na mobilním telefonu. Jeho stisknutím se senior spojí s dispečinkem, který funguje nepřetržitě. Operátorky jsou sociální pracovníce nebo zdravotní sestry, které s uživatelem komunikují a v případě potřeby mu zajistí pomoc (kontaktují rodinu, policii, záchrannou službu či hasiče). Samy operátorky jednou týdně volají jejich uživatelům, aby se ujistily, že jsou v pořádku. Mnoho seniorů se na tento telefonát těší a považuje ho za velký přínos tísňové péče. V Praze, Českých Budějovicích a Příbrami funguje také možnost uložení náhradních klíčů od bytu či domu starého člověka přímo na dispečinku Areionu, aby v případě potřeby bylo možné do bytu vniknout nenásilně (Tísňová péče, ©2008–2017).

#### **Domácí tísňová péče**

Využívají ji převážně méně aktivní senioři, kteří tráví nejvíce času sami doma. Systém je navázán přes pevnou telefonní linku v bytě starého člověka nebo může být napojen přes mobilní síť. Do bytů se také instaluje pohybové čidlo pro případ, že senior upadne a není

schopen zmáčknout tísňové tlačítko (pokud v bytě několik hodin není zaznamenán pohyb, čidlo upozorní dispečink). Domácí tísňová péče se skládá z několika složek, a těmi jsou – ústředna (zabudovaná plastová skříňka), telefonní přístroj, tlačítko na ruku, tlačítko na krk a pohybové čidlo. Dále je i možnost instalování pevného tlačítka na zeď. Areion také pomáhá se zabezpečením domu či bytu v době nepřítomnosti seniora (např. při pobytu v lázních) proti vykradení (Jak služba funguje?, ©2008–2017).

### **Mobilní tísňová péče**

Nejčastěji slouží aktivním seniorům, kterým může pomoci nejen doma, ale i při vycházce do parku či na nákup. Tísňový mobil má na zadní straně nouzové tlačítko, po jehož stisku se klient ihned spojí s operátorkou. Má také schopnost velmi přesné lokalizace seniora všude po České republice, kde je pokrytí signálem (Jak služba funguje?, ©2008–2017).

## **3.3 Přehled existujících služeb pro seniory v domácím prostředí**

### **Návštěvy proti samotě**

Diakonie Českobratrské církve evangelické vytvořila dobrovolnický program, ve kterém hledá lidi všech věkových kategorií, kteří mají zájem o trávení svého volného času společně se seniory. Dobrovolník navštěvuje starého člověka a společně provozují domluvené aktivity. Jedná se např. o procházky, návštěvy divadel a hlavně povídání (Návštěvy proti samotě, ©2017).

### **Průvodcovské a předčitatelské služby**

Tyto služby pomáhají seniorům, u kterých došlo ke snížení schopností (z důvodu věku či zdravotních problémů) v oblasti komunikace a orientace, s udržení společenského kontaktu a umožňují osobní vyřízení vlastních záležitostí. Mezi ně patří např. pošta, úřady a nákupy (Sociální služby, 2016).

### **Osobní asistence**

Senior se s pracovníky osobní asistence předem domluví na rozsahu a době, kdy bude osobní asistence poskytována. Služba je poskytována seniorům, kteří potřebují pomoc od jiné osoby v péči o svoji osobu, dopomoc při hygieně a také pomoc s udržení chodu domácnosti (Sociální služby, 2016).

## **Domácí zdravotní péče**

Tento druh služby zajišťují na doporučení lékaře všeobecné sestry z agentur domácí péče. Díky nim může senior pobývat doma se svými blízkými, a i přesto být pod zdravotním dohledem. Domácí péče často umožňuje kratší hospitalizaci seniora v nemocnici a někdy je možné se umístění v nemocničním zařízení vyhnout úplně. Zdravotníci v těchto případech navštěvují seniora u něj doma a provádějí odborné výkony. Jedná se zejména o převazy ran, odběry biologického materiálu a aplikaci léků (Domácí zdravotní péče, ©2017).

## **Pečovatelská služba**

Pečovatelka dochází za klientem vždy v domluvený den a čas. Četnost návštěv závisí převážně na zdravotním stavu a také na přání seniora. Pečovatelská služba pomáhá v péči o danou osobu (oblékání, stravování), při osobní hygieně (koupel) a také udržet chod domácnosti (úklid, praní, nákup, vaření). Pečovatelka může seniora doprovázet i na kontroly k lékaři a v případě jeho přání i na různé kulturní akce či procházky (Pečovatelská služba, ©2017). Podle Haškovcové (2012, s. 132) senioři využívají pečovatelskou službu nejčastěji jako dodávku teplých obědů.

## **Odlehčovací služba**

Tato služba pomáhá nejen seniorům, ale také jejich rodinám. V případě nesoběstačného seniora, o kterého se stará rodinný příslušník, je možné, aby na tři měsíce péči o něj přebrala právě odlehčovací služba a rodina mohla jet např. na dovolenou. Využít této služby však mohou i soběstační staří lidé, kteří nemají rodinu, ale chtějí i nadále žít společenským životem. Největším přínosem je tato služba pro osamělé seniory. Nabízí jim podpurné pobyty při kalamitních situacích, při opravách a přestavbách jejich bytů, při rehabilitacích po operacích (Odlehčovací služby, stacionáře, ©2017).

## **Denní a týdenní stacionáře**

Oba druhy stacionářů pomáhají jak rodinám seniorů, tak jim samotným. Pečujícími rodinnými příslušníkům umožňují i nadále chodit do práce a vést vlastní život. V těchto stacionářích jsou seniorům poskytovány kompletní služby, a to včetně pomoci s péčí o vlastní osobu, hygienu, ale zajišťují také program v podobě mnoha aktivit. Klienti se mohou zúčastnit např. společného vaření, vyrábění předmětů z keramiky, cvičení paměti či pohybových aktivit (Odlehčovací služby, stacionáře, ©2017).

## Denní stacionář

Pro seniory je velkým přínosem denního stacionáře to, že i nadále mohou bydlet ve svém domácím prostředí. Ve stacionáři klienti nejčastěji tráví tu část dne, po kterou je rodinný příslušník, který se o ně stará, v práci. Tento stacionář nejčastěji využívají senioři, kteří bydlí doma s rodinou nebo v domech s pečovatelskou službou (Odlehčovací služby, stacionáře, ©2017).

## Týdenní stacionář

Senioři zde tráví část ze svého života, nejčastěji zde pobývají od pondělí do pátku. Je zvykem, že na víkendy jezdí do domácnosti blízkého člověka, především k rodině. V některých týdenních stacionářích však lze zůstat i na víkendy. Nejčastěji tuto službu (podobně jako odlehčovací službu) využívají rodiny, které o seniora pečují v jeho domácím prostředí (Odlehčovací služby, stacionáře, ©2017).

## **Centra denních služeb**

Velmi podobná denním stacionářům jsou centra denních služeb. Senior žije ve svém domácím prostředí, ale část svého dne tráví právě zde. Personál zajišťuje pomoc v osobní péči a zajišťuje mnoho aktivit v centru, ale i možnosti vyjít si za kulturou či na procházku. V těchto centrech se často využívá arteterapie či canisterapie. Většinou jsou zde poskytovány služby i nad rámec zákonných povinností, jako je např. návštěva kadeřníka či manikéra a pedikéra (Centra denních služeb, ©2017).

## **Telefonická krizová pomoc**

Tato linka může pomoci, když se senior cítí opuštěný, nešťastný, má strach nebo je ve stresu. Je možný jak jednorázový, tak i opakovaný kontakt. V České republice je pouze jedna nepřetržitě fungující linka, kterou je Senior telefon. Volající na této lince dostane i základní poradenství v oblasti sociálních služeb (informace o sociálních dávkách). Mezi bezplatné krizové linky se řadí právě Senior telefon nebo např. Linka seniorů. Telefonickou krizovou pomoc provozují i některá pracoviště městské policie (Telefonická krizová pomoc, ©2017).

## **Paliativní péče**

V dnešní době je možné i tuto péči zajistit v domácím prostředí. Služba je určena nevyлéčitelně nemocným v pokročilé fázi jejich onemocnění. Mobilní hospice umožňují seniorům žít ve svém domácím prostředí mezi svými blízkými až do úplného konce. Pracovníci mobilních hospiců velmi dbají na důstojnost a snaží se odstranit veškeré fyzické potíže a udržet starého člověka i jeho rodinu v dobré psychické kondici (Paliativní péče, ©2017).

## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Ovlivňuje pohlaví a věk respondentů výskyt pádů v domácím prostředí?
2. Existuje souvislost mezi sdílením domácího prostředí seniora s dalšími osobami a využíváním pomoci od sociálních či zdravotnických služeb?
3. Jaký je výskyt pádů u respondentů v domácím prostředí?
4. Byli respondenti informováni o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku, popřípadě z jakých zdrojů?
5. Jsou pády bez následku úrazu pro respondenty důvodem k návštěvě praktického lékaře?
6. Kde nejčastěji dochází k pádům respondentů a jaké jsou jejich příčiny v závislosti na domácím prostředí?
7. Ovlivnily pády v domácím prostředí respondenty k úpravě jejich domova?

## **5 METODIKA PRÁCE**

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak velkou a závažnou roli zaujímají pády u seniorů v jejich domácím prostředí. Výzkum byl zaměřen převážně na četnost pádů, na informování praktických lékařů, na nejčastější příčiny pádů a v neposlední řadě na úpravy domácího prostředí a celkový vliv pádů na životy seniorů. Pro účely této bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum, v rámci kterého byl vytvořen dotazník vlastní tvorby (viz příloha C, s. 86).

### **5.1 Postup tvorby dotazníku**

K sestavení dotazníku významně přispěly nejen poznatky z nastudované odborné literatury zabývající se seniory, jejich pády a úpravami domácího prostředí, ale také 2 knihy zaměřené na problematiku tvorby výzkumných nástrojů – *Metody pedagogického výzkumu* od Miroslava Chrásky (2007) a *Tvorba výzkumného nástroje pre pedagogické bádanie* od Petera Gavory (2012). U otázek č. 2 a 7 v dotazníku bylo pracováno se 3 věkovými kategoriemi, které byly převzaty z knihy *Gerontopedagogika* od Pavla Mühlpachra (2009, s. 21) a z *Geriatric a gerontologie* od Zdeňka Kalvacha et al. (2004, s. 47). V neposlední řadě významně ovlivnily tvorbu dotazníku i konzultace s vedoucí bakalářské práce.

Dotazník se skládá ze 3 částí. V první části dotazníku je uvedena žádost o jeho vyplnění i se samotným návodem. Dále je zde i název univerzity, fakulty a oboru, který v současné době autorka dotazníku studuje, a samozřejmě její jméno a příjmení. Druhá část je již složena ze samotných otázek, které jsou zaměřeny na pohlaví, věk, sdílení domácího prostředí s dalšími lidmi, informovanost respondentů o pádech a využívání pomocných služeb. Šestá otázka, v této části dotazníku poslední, zjišťuje, zda respondenti upadli v seniorském věku. Následuje poděkování seniorům, kteří v této otázce odpověděli záporně, a dále ve vyplňování pokračují pouze ti, kteří v seniorském věku upadli. Třetí část dotazníku zjišťuje věk, ve kterém senioři upadli poprvé, zkoumá, zda senioři o svých pádech informují praktické lékaře, četnost jejich pádů v uplynulém roce, nejčastější místa pádů, příčiny daných pádů v závislosti na domácím prostředí z pohledu seniorů a následné úpravy domácího prostředí. Závěr dotazníku se zabývá náhledem seniorů na kvalitu života ovlivněnou pády.

Dotazník je tvořen 17 otázkami, z nichž ještě 2 obsahují další podotázky. Dle stupně otevřenosti byly v dotazníku použity otázky otevřené, polouzavřené a uzavřené (Chráška, 2007, s. 165–167). Při tvorbě otázek bylo dbáno na základní pravidla, která ve své publikaci popisuje Gavora (2012, s. 46–47), a to na jednoduchost, smysluplnost a jasnost pokládaných otázek. V dotazníku je využíván pojem sestra namísto správného termínu všeobecná sestra. Předpokládalo se totiž, že senioři mají vžitý termín sestra a pojem všeobecná sestra by pro ně mohl být zavádějící. S ohledem na věk respondentů bylo v dotazníku pro lepší přehlednost využito větší řádkování. Číslované stránky jednostranně vytištěného dotazníku jsou sešity k sobě, aby nedošlo ke ztrátě některé jeho části. Celý dotazník byl vytvořen v programu Microsoft Office Word 2010.

## 5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Za respondenty byli zvoleni senioři nad 65 let věku žijící na vesnici i ve městě, v rodinných domech i v bytech v Kraji Vysočina a v Pardubickém kraji. Z výzkumu byli vyřazeni senioři, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko či odkázáni na invalidní vozík. V průběhu výzkumu bylo osloveno celkem 60 respondentů. V rámci zachování objektivit probíhal výzkum ve 2 krajích České republiky a byla snaha o rovnoměrné zastoupení respondentů z měst a vesnic a také seniorů žijících v domech a bytech. Tyto údaje jsou přehledně zaznamenané do tabulek vlastní tvorby (viz tabulka 1, 2, 3).

**Tabulka 1: Kraj, ve kterém oslovení respondenti bydlí**

<b>Kraj, ve kterém oslovení respondenti bydlí</b>	<b>Počáteční počet respondentů</b>	<b>Konečný počet respondentů</b>
Pardubický kraj	14	10
Kraj Vysočina	42	35
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>45</b>

Z tabulky 1 je patrné, že více oslovených respondentů žije v Kraji Vysočina. Na začátku dotazníkového šetření byl výzkumný vzorek složen z 56 seniorů (100 %). 14 respondentů (25 %) bydlí v Pardubickém kraji a 42 dotazovaných (75 %) v Kraji Vysočina. Tím, že otázka č. 6 vyřazovala některé z respondentů (viz 5.4 Sběr dotazníků, s. 41), se jejich počet dále snížil na 45 (100 %), z nichž 10 (22,2 %) žije v Pardubickém kraji a v Kraji Vysočina trvale bydlí 35 respondentů (77,8 %).



**Tabulka 2: Místo, ve kterém respondenti bydlí**

Místo, kde oslovení respondenti bydlí	Počáteční počet respondentů	Konečný počet respondentů
Město	25	19
Vesnice	31	26
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>45</b>

Počty respondentů žijících na vesnici a ve městě byly poměrně vyrovnané, což lze dobře vidět i v tabulce 2. Z počátečního počtu 56 oslovených respondentů (100 %) bydlí 31 (55,4 %) na vesnici a zbylých 25 (44,6 %) ve městě. V závislosti na otázce č. 6 se i zde počet respondentů zredukoval na 45 (100 %). Mírná převaha seniorů žijících na vesnici však zůstala nadále zachována, jedná se o 26 osob (57,8 %). Ve městě žije 19 dotázaných seniorů (42,2 %).

**Tabulka 3: Typ bydlení oslovených respondentů**

Typ bydlení oslovených respondentů	Počáteční počet respondentů	Konečný počet respondentů
Dům	33	27
Byt	23	18
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>45</b>

Třetí tabulka zobrazuje zastoupení respondentů ve výzkumu v závislosti na typu jejich bydlení. Z počátečního počtu 56 seniorů (100 %) žije 33 z nich (58,9 %) v domě a zbylých 23 oslovených (41,1 %) v bytě. Otázka č. 6 opět změnila počet respondentů, konečný stav je 45 seniorů (100 %). Stejně jako v počátečním počtu respondentů, tak i zde více než polovina seniorů označila za typ svého bydlení dům, konkrétně 27 osob (60 %). V bytě trvale bydlí 18 dotázaných (40%).

### 5.3 Pilotní šetření

V etapě předvýzkumu, který probíhal v únoru 2017, bylo osloveno 10 seniorů, se kterými dotazník po předchozí domluvě osobně vyplnila jeho autorka. Na základě rozhovorů s respondenty a po konzultaci s vedoucí práce byla do dotazníku přidána sedmnáctá otázka, která se zajímá o vliv pádů na kvalitu života seniorů. Po této úpravě byli dotazovaní z pilotního šetření znovu vyhledáni, proběhlo dovyplnění přidané otázky a tyto dotazníky byly ve výzkumu následně ponechány.

## 5.4 Sběr dotazníků

Hlavní část výzkumu probíhala od začátku měsíce března do prvního týdne měsíce května 2017 a bylo osloveno 50 respondentů. Výzkum probíhal tak, že autorka dotazníku osobně respondenty navštěvovala a ve většině případů byla domluvena další osobní schůzka k vyplnění dotazníku. V případě, že měl senior dostatek času a chuti k zapojení se do výzkumu, proběhlo vyplnění dotazníku hned při prvním kontaktu. Respondentům byla také nabídnuta možnost zaslání dotazníku e-mailem, ale žádný z oslovených seniorů o tuto variantu neměl zájem.

V průběhu sběru dat však došlo k nutnosti vyřazení některých respondentů. Po krátkém rozhovoru nejen s možnými respondenty, ale také s jejich rodinami, museli být 2 senioři z výzkumu vyřazení z důvodu jejich psychiatrických onemocnění. V období sběru dat byl 1 z respondentů hospitalizován v nemocnici, tudíž se nemohl výzkumu zúčastnit. V 1 případě senior změnil svůj názor a smlouvanou schůzku na poslední chvíli zrušil. Do výzkumu bylo tedy zařazeno 56 respondentů. Přejdem dotazníku do jeho třetí části bylo dále vyřazeno 11 seniorů, kteří na dotazníkovou otázku č. 6 (tedy zda upadli v seniorském věku) odpověděli záporně. Tito senioři byli z výzkumu vyřazení, jelikož se dotazník dále věnoval problematice pádů v seniorském věku, se kterou oni neměli zkušenost. Se 47 dotazovanými byl dotazník osobně vyplněn jeho autorkou. Osobní přítomnost vedla k lepšímu porozumění daným otázkám a hlavně k jednoduššímu zaznamenávání odpovědí (velká část respondentů měla problémy s jemnou motorikou). Tento způsob však měl i svá negativa, někteří respondenti se za své odpovědi styděli a hrozilo riziko nepravdivých odpovědí, proto byl s každým dotazovaným seniorem před vyplňováním dotazníku i během něj veden rozhovor, ve kterém byla snaha zdůraznit důležitost pravdivých odpovědí. 9 respondentů si přálo dotazník vyplňovat v soukromí, což jim bylo umožněno. 1 z vyplněných dotazníků od respondenta je pro náhled umístěn v přílohách (viz příloha D, s. 91).

## 5.5 Vyhodnocení dotazníků

Dotazník byl vyhodnocován v programu Microsoft Office Excel 2010 formou tabulek a grafů vlastní tvorby. V průběhu vyhodnocování se objevil drobný problém. Respondenti, kteří dotazník vyplňovali sami, několikrát zapsali do kolonky „jiné“ odpověď, která jim byla nabídnuta a kterou zřejmě přehlédli. Tyto odpovědi byly vždy zařazeny a počítány do kategorie, do které patří.

Při prezentaci výsledků výzkumu se nejprve pracuje s 56 respondenty. U otázky č. 7 se však objevuje pouze 45 respondentů. Zbylých 11 bylo z výzkumu na základě šesté otázky vyřazeno (tak, jak je popsáno v kapitole 5.4 Sběr dotazníků, s. 41).

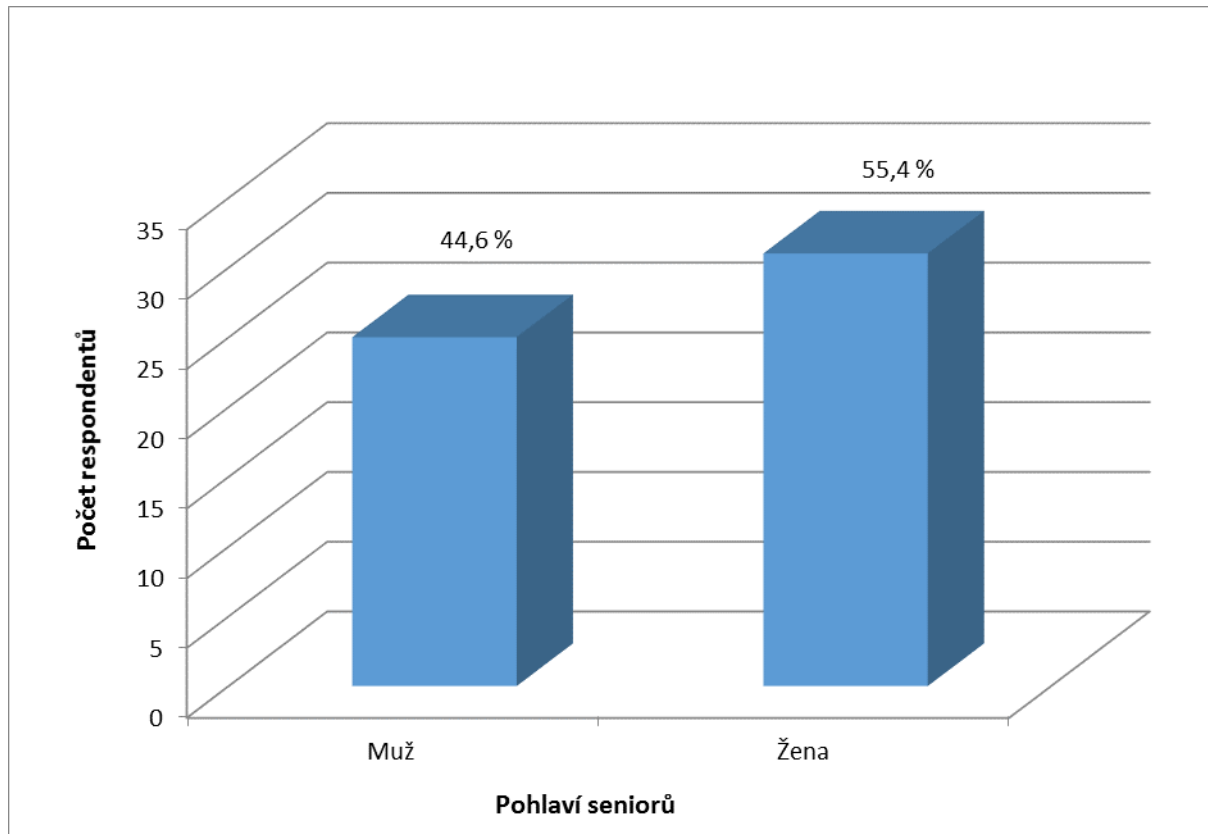
## **5.6 Tvorba edukačního materiálu**

V rámci plnění cílů pro výzkumnou část práce byl zhotoven edukační materiál, který je výstupem bakalářské práce. Autorka dotazníku ho nabídla všem respondentům, někteří z nich projevíli zájem, a těm byl následně předán. Čtenáři v něm naleznou obecná doporučení, v jakých situacích by měli dbát zvýšené opatrnosti, a je zde upozorněno i na důležitost sdělování informací o pádech nejen praktickým lékařům, ale i blízkým lidem v jejich okolí. Ve vnitřních stranách edukačního letáku jsou shrnuta některá doporučení, jak upravit svůj domov na bezpečnější místo. Nechybí ani přehled možných zdravotnických a sociálních služeb, které mohou seniorům nejen v jejich domácím prostředí pomáhat. V úplném závěru je uveden kontakt na autorku. Edukační materiál je vyfocen a vložen jako příloha (viz příloha E, s. 96), ale je možné si ho prohlédnout také v jeho tištěné a skládané podobě na zadních deskách bakalářské práce. Informační leták byl vytvářen v grafických programech Adobe Illustrator CC 2015 a Adobe Photoshop CS6.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### 6.1 Presentace výsledků vztahujících se k dotazníkovým otázkám

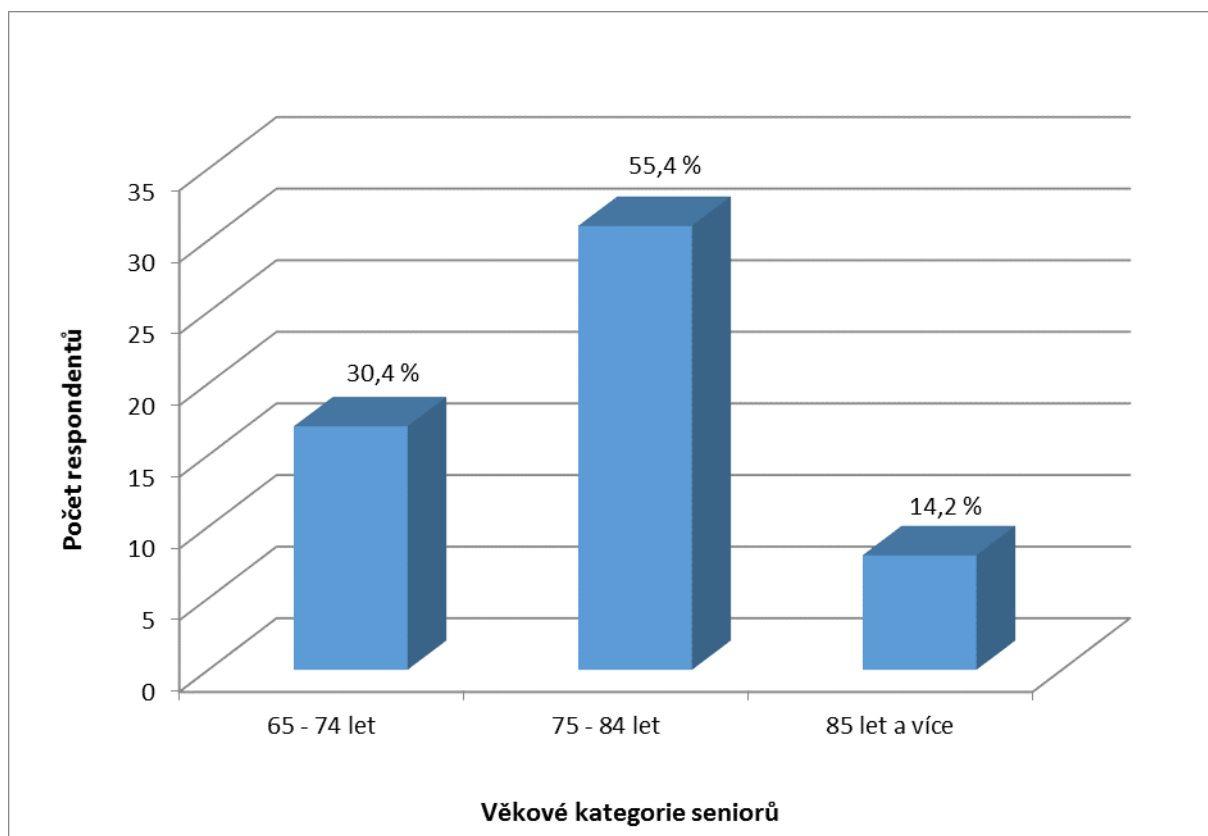
#### Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 1: Graf znázorňující pohlaví respondentů

První otázka v dotazníku zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 56 oslovených seniorů (100 %) ve výzkumném vzorku převažovaly ženy, což je patrné i z obrázku 1. Muži byli zastoupeni 25 respondenty (44,6 %), žen bylo 31 (55,4 %).

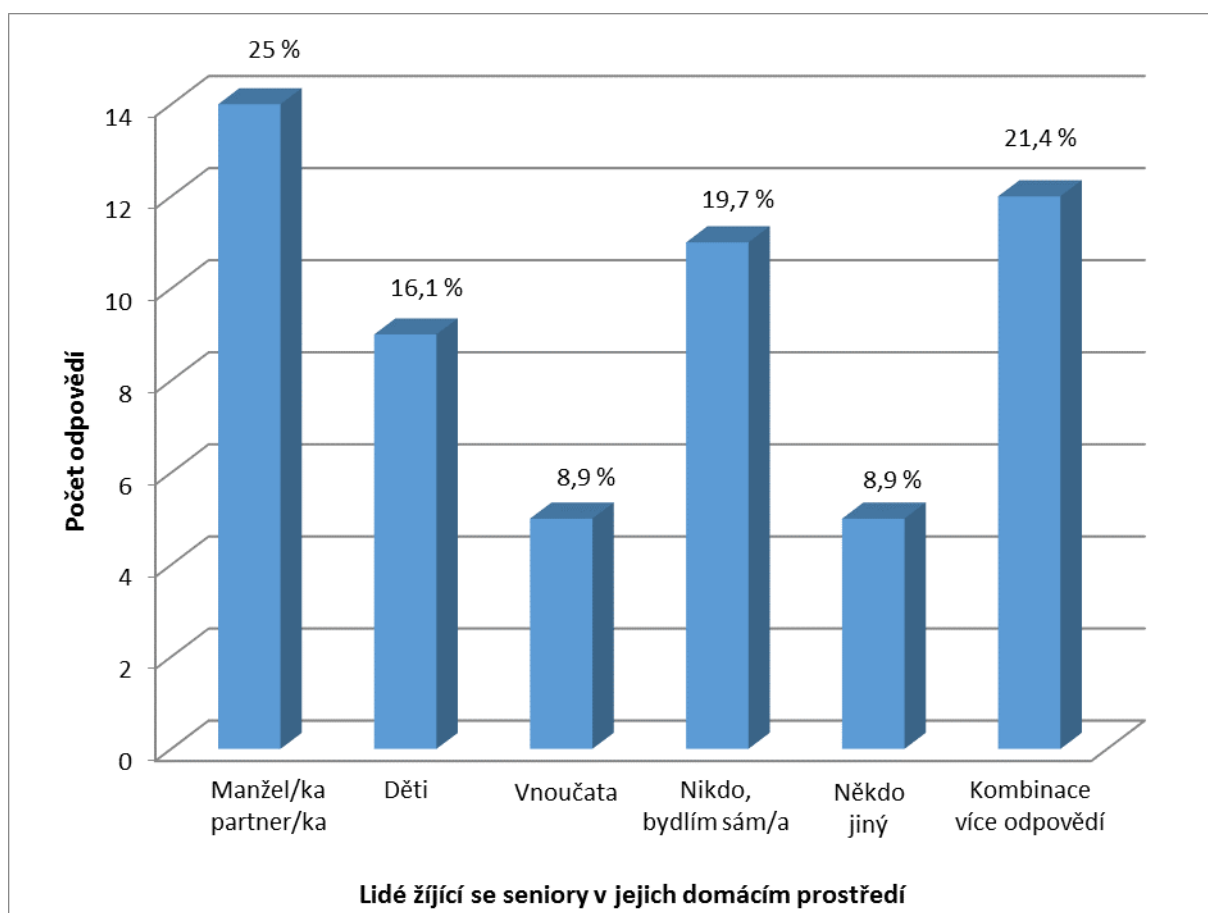
## Otázka č. 2 – Do jaké věkové kategorie patříte?



Obrázek 2: Graf znázorňující věk respondentů

V otázce zjišťující věk respondentů bylo využito intervalového třídění (což je patrné i na obrázku 2). Na tuto otázku odpovídalo 56 oslovených respondentů. Nejvíce zastoupena byla věková kategorie 75–84 let, kterou označilo 31 seniorů (55,4 %). Do věkové kategorie 65–74 let se zařadilo 17 respondentů (30,4 %). Nejvyšší věkovou kategorii, což je 85 a více let, vybralo 8 dotazovaných (14,2 %).

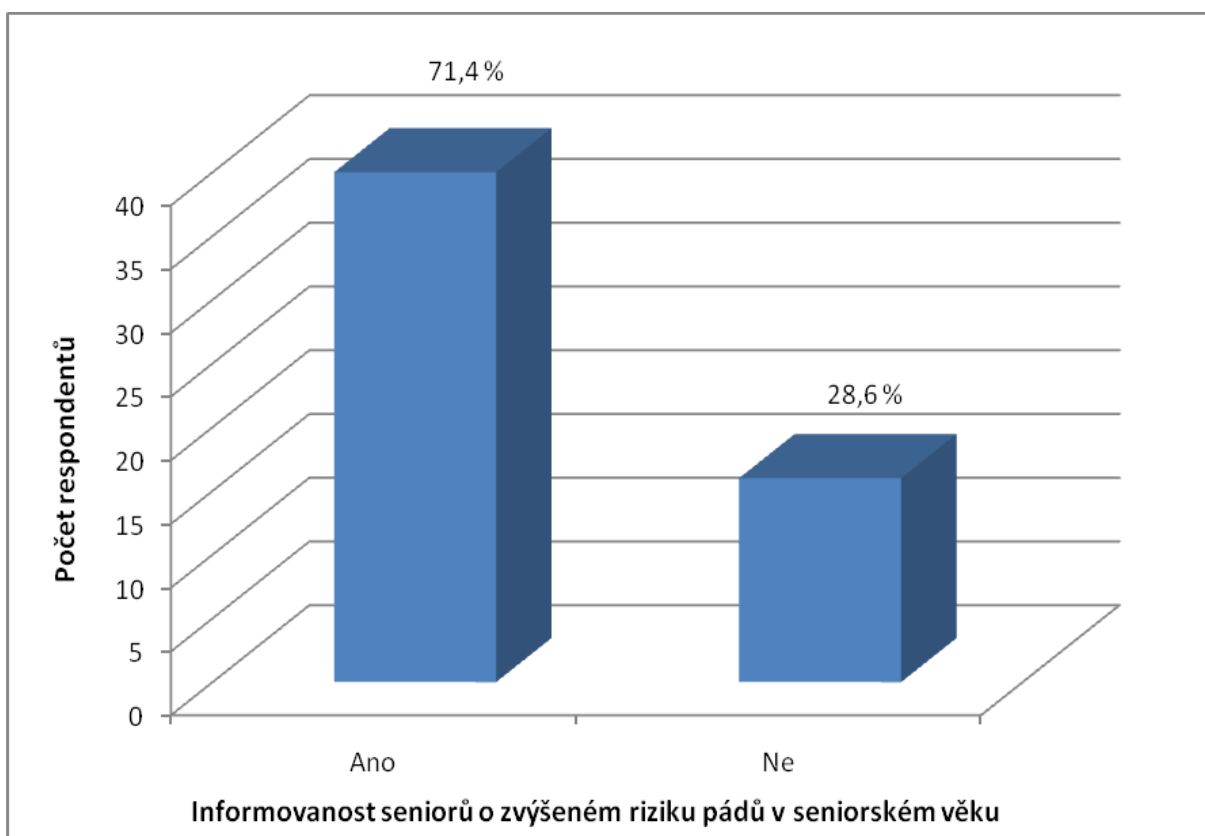
### Otázka č. 3 – Kdo s Vámi žije ve Vašem domácím prostředí?



Obrázek 3: Graf zachycující osoby, které žijí se seniory v jejich domácím prostředí

Třetí otázka se zabývala tím, kdo se seniory žije v jejich domácím prostředí. Jednalo se o polouzavřenou otázku s možností výběru více odpovědí. Nejvíce oslovených seniorů (jak je patrné z obrázku 3) žije společně se svým manželem/lkou, partnerem/kou. Tuto možnost označilo 14 respondentů (25 %). S 9 dotazovanými (16,1 %) sdílí domácí prostředí jejich děti a s 5 oslovenými seniory (8,9 %) žijí vnoučata. Z celkového počtu 56 seniorů (100 %) v dotazníku 11 respondentů (19,7 %) uvedlo, že ve svém domácím prostředí žijí sami. S 5 dotazovanými (8,9 %) žije někdo jiný, ve 2 případech se jednalo o soužití seniora se sourozencem, další 2 žili společně se svojí švagrovou a v posledním případě sdílel respondent domácí prostředí se svojí matkou. 12 respondentů (21,4 %) využilo možnosti více odpovědí. V 6 případech žil společně se seniorem v domácím prostředí manžel/ka, partner/ka v kombinaci s dětmi, v 5 případech s ním sdílely domácí prostředí jak děti, tak vnoučata a v 1 případě dotazovaný uvedl, že žije se svým manželem/lkou, partnerem/kou společně s vnoučetem.

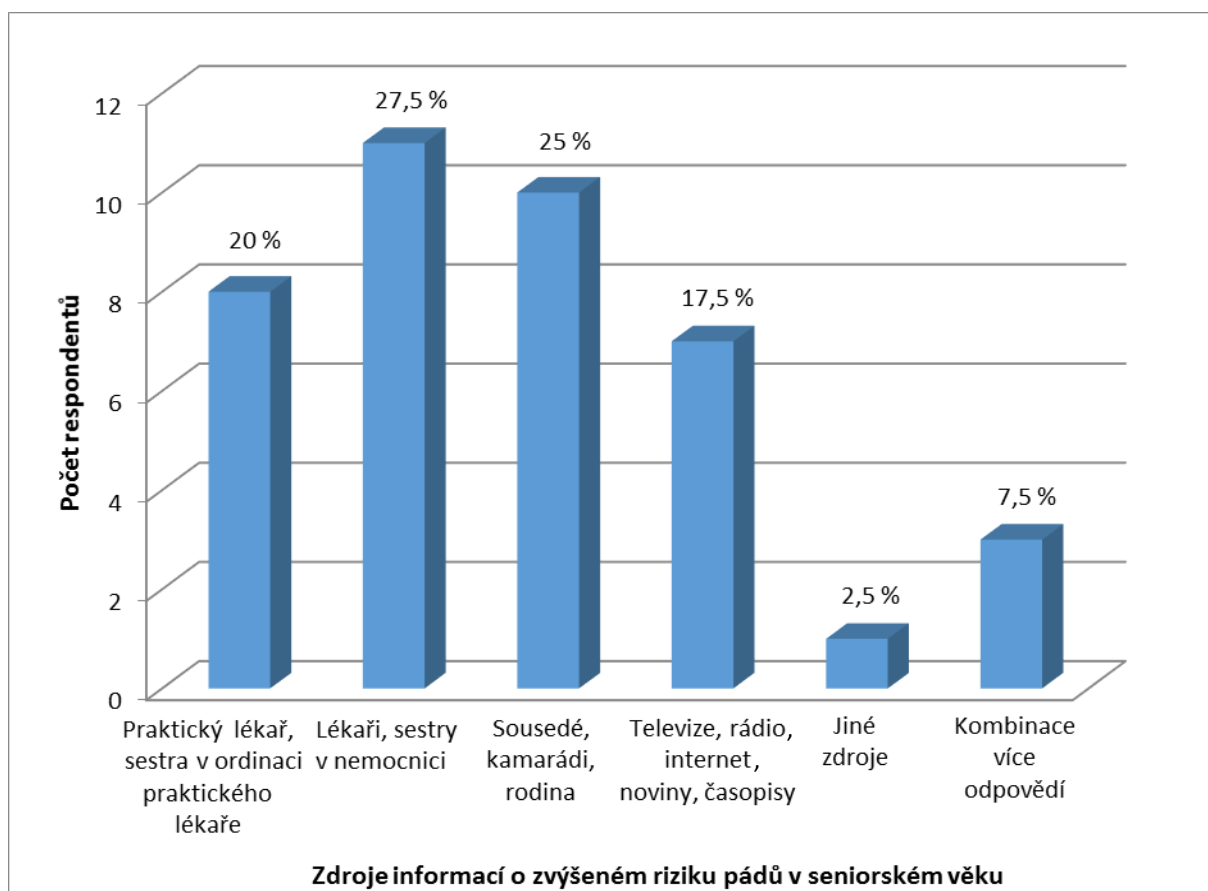
**Otázka č. 4 – Byl/a jste informován/a o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku?**



**Obrázek 4: Graf znázorňující informovanost seniorů o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku**

Čtvrtá otázka v dotazníku zjišťovala, zda byli respondenti informováni o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku. Z celkového počtu 56 respondentů (100 %) bylo o této problematice informováno 40 seniorů (71,4 %). 16 respondentům (28,6 %) toto riziko nebylo sděleno vůbec (viz Obrázek 4).

**Podotázka otázky č. 4 – V případě, že jste byl/a informován/a o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku, kdo Vám tyto informace poskytl/a?**

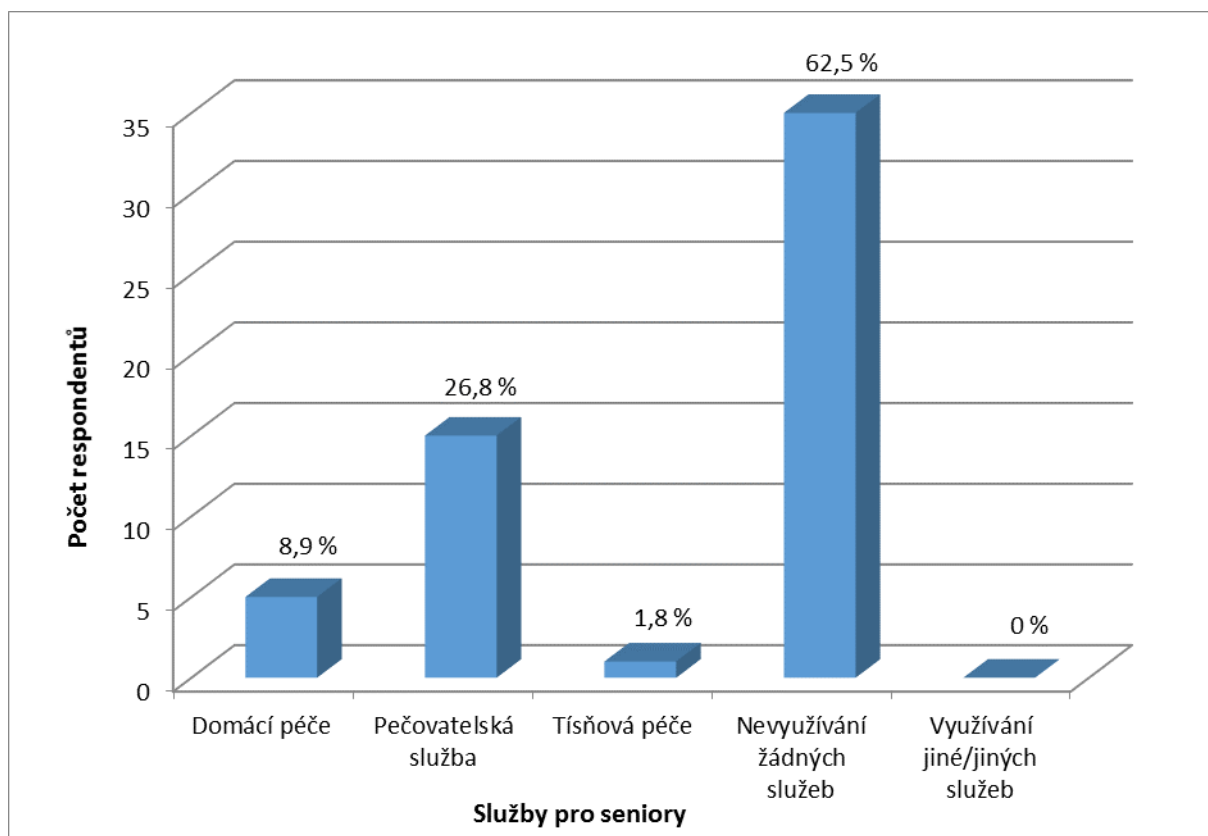


**Obrázek 5: Graf zachycující zdroje informací o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku**

Pro respondenty, kteří v otázce č. 4 zvolili kladnou odpověď, byla připravena polouzavřená podotázka. Ta zjišťuje, kdo respondenty o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku informoval. Na tuto otázku tedy odpovídalo 40 seniorů (100 %). Nejvíce z nich, jak je patrné i z obrázku 5, uvedlo, že je o této problematice informovali lékaři a sestry v nemocnici. Touto cestou to bylo sděleno 11 seniorům (27,5 %). 10 respondentů (25 %) nabylo své znalosti o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku od svých přátel, sousedů a rodiny. Možnost, že informace poskytl praktický lékař či sestra v ordinaci praktického lékaře, označilo 8 dotazovaných (20 %). 7 respondentů (17,5 %) bylo o této problematice informováno pomocí televize, rádia, novin, časopisů a internetu. 1 z oslovených seniorů (2,5 %) uvedl, že o tomto riziku v seniorském věku byl důkladně poučen na kurzu zdravotního cvičení, kam pravidelně dochází. V uvedené podotázce mohli respondenti zaškrtnout i více odpovědí a této možnosti využili 3 z nich (7,5 %). 1 senior uvedl, že byl informován nejen pomocí médií (televize, rádia, internetu, novin či časopisů), ale také sestrou v ordinaci svého praktického lékaře. 2 respondenti označili kombinaci personálu v nemocnici a svých přátel a rodiny.



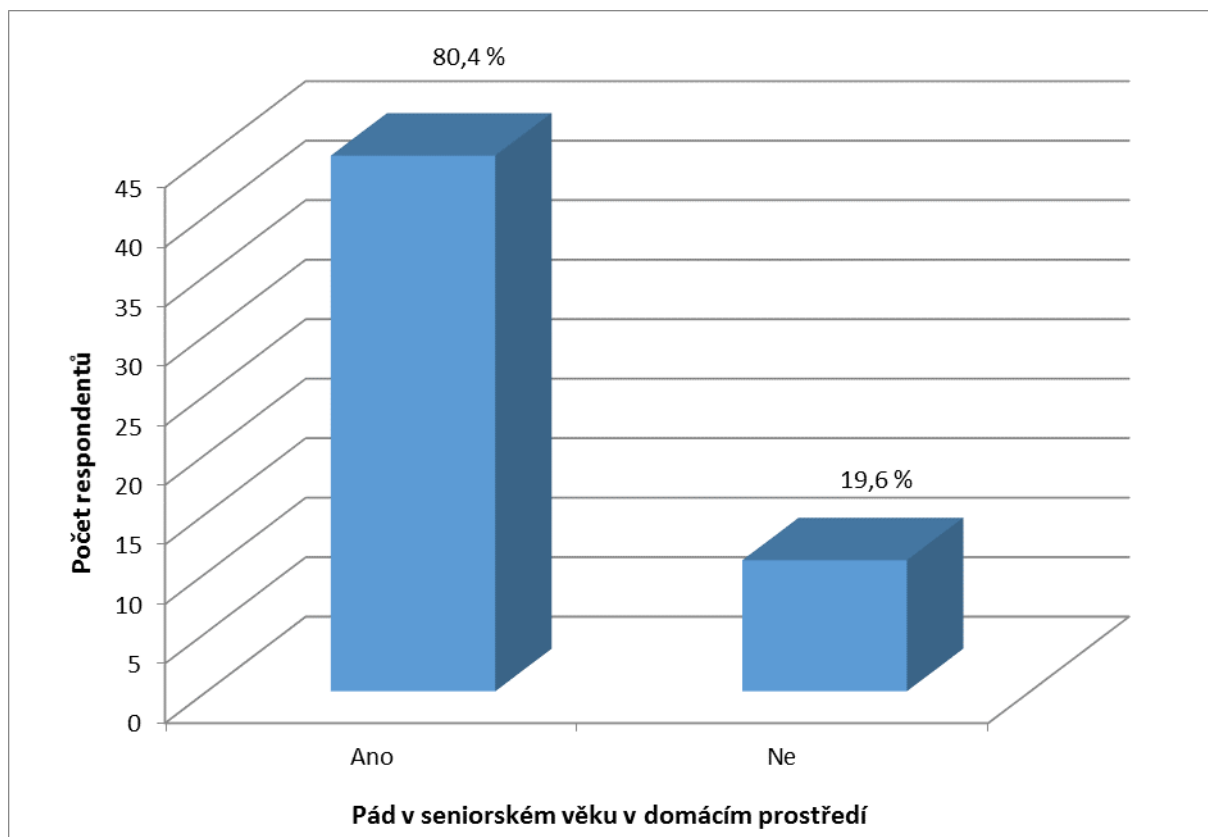
### Otázka č. 5 – Využíváte některé z následujících služeb?



Obrázek 6: Graf znázorňující služby pro seniory

Pátá polouzavřená otázka zjišťovala, zda senioři ve svém domácím prostředí využívají pomocných služeb, ať již zdravotních či sociálních. Z celkového počtu 56 respondentů (100 %) 35 seniorů (62,5 %) uvedlo, že nevyužívá žádnou službu. 15 respondentů (26,8 %) ve své odpovědi označilo využívání pečovatelské služby. 5 seniorů (8,9 %) v jejich domácím prostředí navštěvuje pracovník z agentury domácí péče. Tísňovou péčí využívá pouze 1 senior (1,8 %), a to systém tísňového volání Areion. Možnost užívání jiné než uvedené služby ne zvolil žádný respondent (viz obrázek 6).

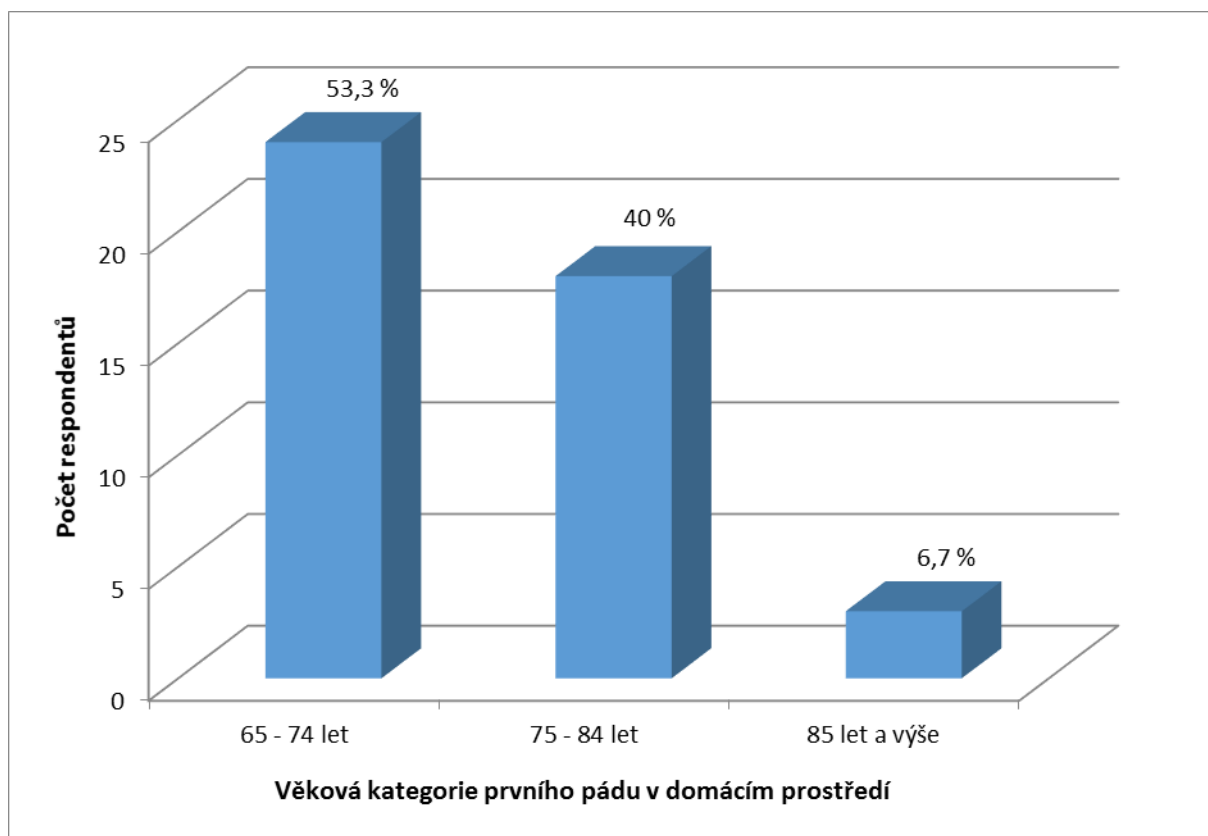
**Otázka č. 6 – Upadl/a jste v seniorském věku (tj. po 65. roce života) ve Vašem domácím prostředí?**



**Obrázek 7: Graf zachycující pád v seniorském věku**

Na obrázku 7 je znázorněno, zda respondent upadl ve svém domácím prostředí v seniorském věku, tedy po 65. roce života. 45 seniorů (80,4 %) z celkového počtu 56 oslovených respondentů (100 %) v tomto věku v domácím prostředí přiznalo svůj pád. 11 seniorů (19,6 %) označilo zápornou odpověď. Respondenti, kteří v seniorském věku ve svém domácím prostředí neupadli, nepokračovali k další otázce a byli z výzkumu vyřazeni (podrobně viz kapitola 5.4 Sběr dotazníků, s. 41).

### Otázka č. 7 – V jaké věkové kategorii jste upadl/a ve svém domácím prostředí poprvé?

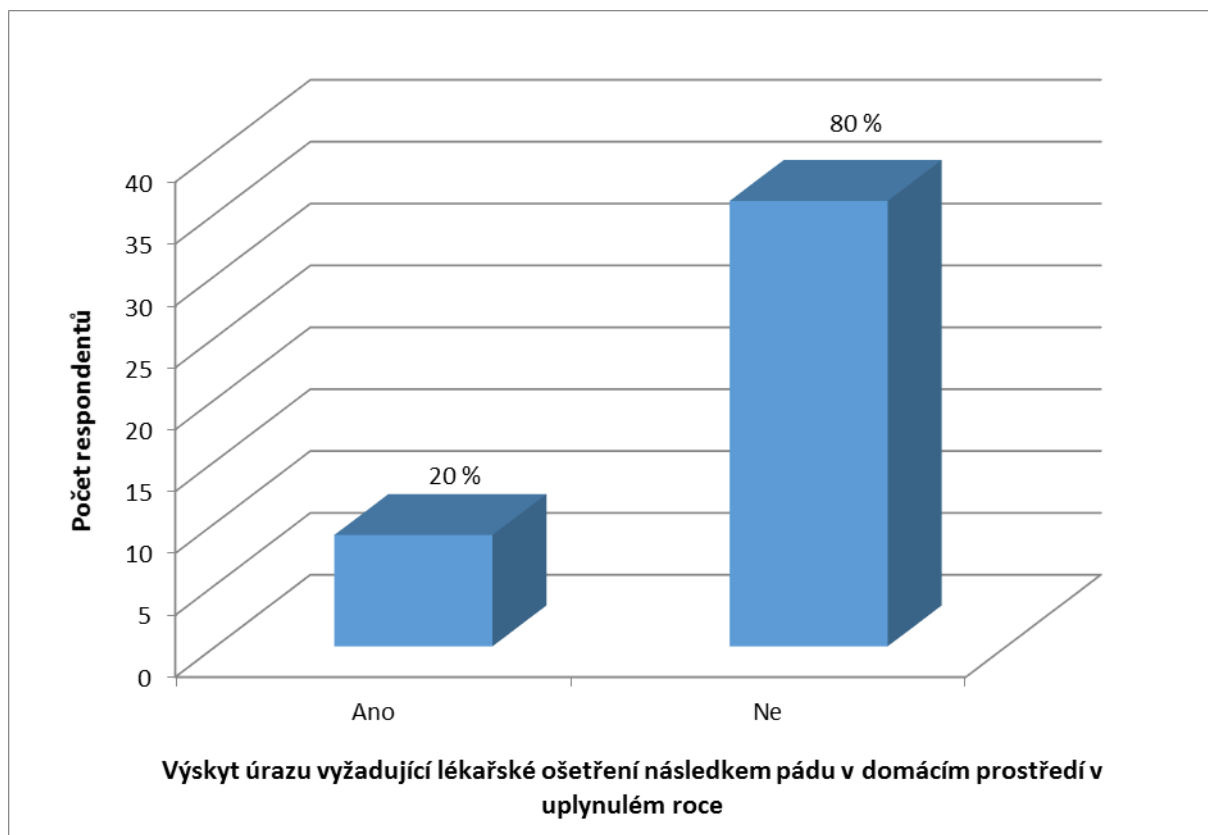


Obrázek 8: Graf znázorňující věkové kategorie prvního pádu v domácím prostředí

Sedmá otázka byla stanovena jako první otázka třetí části dotazníku. Na tuto otázku, stejně jako na všechny následující, odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku č. 6 odpověděli kladně. Výzkumný vzorek tedy zde i po zbytek celého následujícího výzkumu obsahuje 45 dotazovaných (100 %).

Tato uzavřená otázka využívající intervalového třídění (viz obrázek 8) měla za úkol zjistit, v jakém věku respondenti poprvé upadli ve svém domácím prostředí. Seniori mohli vybírat ze 3 věkových kategorií. Nejnižší věkové rozmezí, které mohli označit pro svůj první pád v domácím prostředí, bylo 65–74 let. Označení nižšího věku pro první pád nebylo možné, protože cílem otázky bylo zjištění prvního pádu v seniorském věku. Žádný ze seniorů nižší věkové rozmezí nevyžadoval ani v pilotním šetření, ani ve výzkumu samotném. 24 respondentů (53,3 %) poprvé ve svém domácím prostředí upadlo v období mezi 65–74 lety. Věkovou kategorii 75–84 let pro první pád označilo 18 seniorů (40 %). K prvnímu pádu v domácím prostředí ve věku 85 a více let došlo u 3 respondentů (6,7 %).

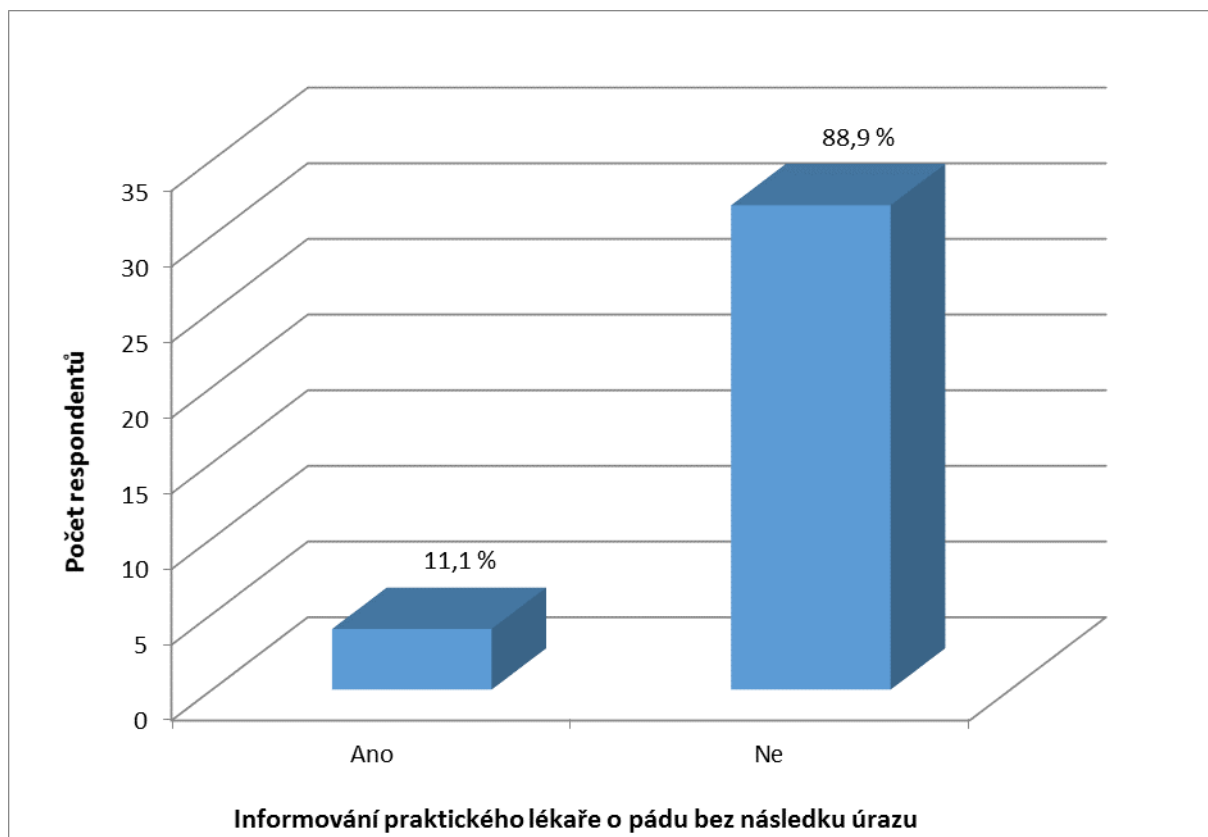
**Otázka č. 8 – Měl/a jste v uplynulém roce následkem pádu v domácím prostředí nějaký úraz, který si vyžádal lékařské ošetření?**



**Obrázek 9: Graf zachycující výskyt úrazu vyžadující lékařské ošetření jako následek pádu v domácím prostředí v uplynulém roce**

Osmá otázka u respondentů zjišťovala, zda utrpěli v uplynulém roce nějaký úraz vyžadující lékařské ošetření, ke kterému došlo následkem pádu v jejich domácím prostředí. Z celkového počtu 45 oslovených seniorů (100 %) 36 respondentů (80 %) odpovědělo, že následkem pádu k žádnému úrazu v uplynulém roce nedošlo. 9 dotazovaných (20 %) však po pádu utrpělo úraz a vyhledali lékařské ošetření (viz obrázek 9).

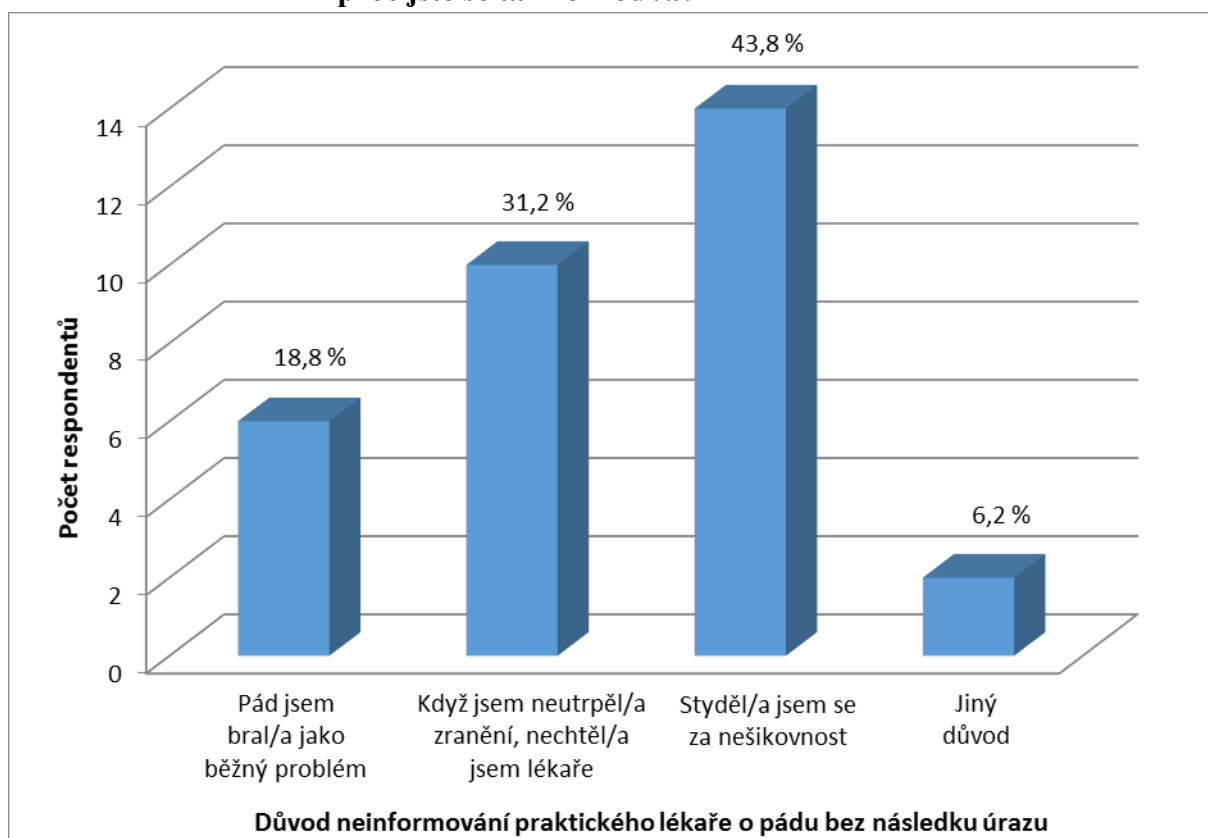
**Otázka č. 9 – V případě, že jste neměl/a následkem tohoto pádu úraz, navštívil/a jste i přesto svého praktického lékaře, abyste jej o pádu informoval/a?**



**Obrázek 10: Graf zachycující informování praktického lékaře o pádu bez následku úrazu**

Devátá otázka byla formulována jako uzavřená a odpovídalo na ni 36 respondentů (100 %), tedy ti senioři, kteří u předchozí otázky (otázka č. 8) odpověděli „ne“. Tato otázka zjišťuje, zda respondenti informují svého praktického lékaře o svém pádu i přesto, že při něm neutrpěli žádná zranění. Jak je zřejmé z obrázku 10 převážná většina seniorů odpověděla záporně. 32 respondentů (88,9 %) svého praktického lékaře o pádu, u kterého nedošlo k úrazu, neinformovalo. Pouze 4 dotazovaní (11,1 %) informaci o pádu bez zranění svému lékaři poskytli.

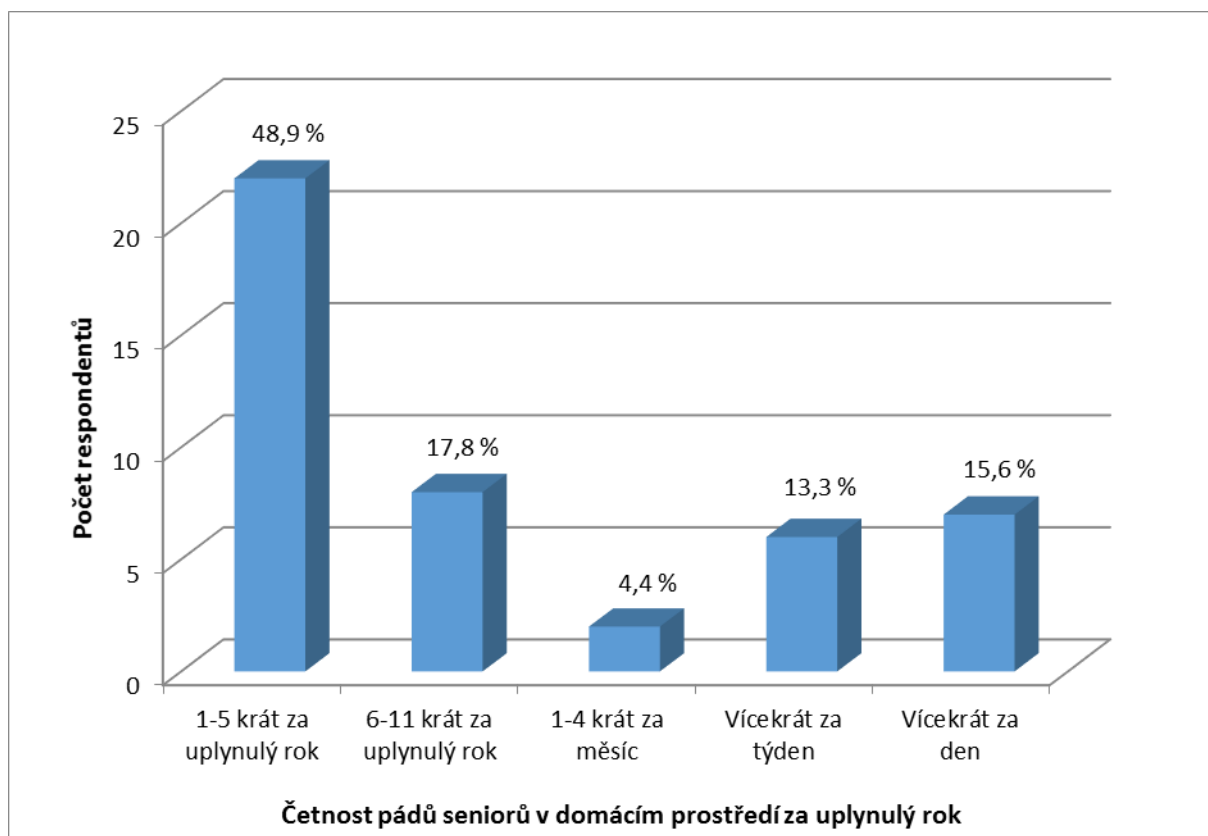
**Podotázka otázky č. 9 – Pokud jste o svém pádu praktického lékaře neinformoval/a, proč jste se tak rozhodl/a?**



**Obrázek 11: Graf znázorňující důvody neinformování praktického lékaře o pádu bez následku úrazu**

Pro respondenty, kteří na předchozí otázku (otázka č. 9) odpověděli záporně, byla připravena podotázka zjišťující důvod neinformování praktického lékaře o pádu, při kterém nedošlo k úrazu. Odpovídalo na ni tedy 32 seniorů (100 %). Jak lze vidět na obrázku 11 nejvíce respondentů označilo položku „*styděl/a jsem se za nešikovnost*“. Tuto kategorii vybralo 14 dotazovaných seniorů (43,8 %). 10 respondentů (31,2 %) nechtělo lékaře obtěžovat, když nepotřebovali ošetření. 6 seniorů (18,8 %) považuje svůj pád za běžný problém, který patří ke stáří, proto svého praktického lékaře neinformovali. 2 respondenti (6,2 %) využili možnost jiné, tedy vlastní odpovědi. V obou případech se jednalo o opakované pády, kdy již rodina či praktický lékař zvažovali možnost umístění seniora do institucionální péče. Oba 2 respondenti však chtěli dále žít ve svém domácím prostředí a z toho důvodu pády tajili.

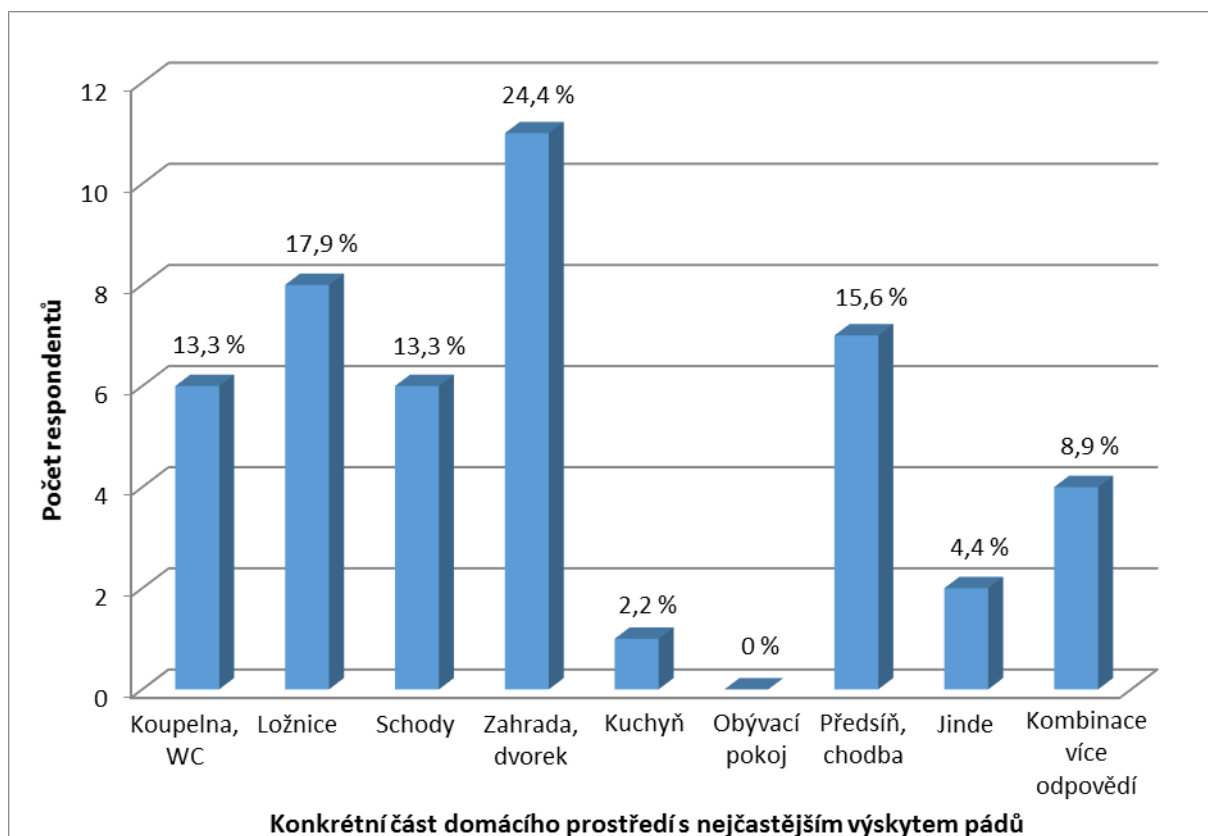
### Otázka č. 10 – Kolikrát jste v uplynulém roce ve Vašem domácím prostředí upadl/a?



Obrázek 12: Graf četnosti pádů seniorů v domácím prostředí za uplynulý rok

V desáté uzavřené otázce bylo úkolem zjistit četnost pádů seniorů, ke kterým došlo v domácím prostředí za uplynulý rok. Z oslovených 45 seniorů (100 %) 22 z nich (48,9 %) uvedlo, že v uplynulém roce upadlo ve svém domácím prostředí 1–5krát. 8 respondentů (17,8 %) označilo, že u nich došlo k pádu 6–11krát v uplynulém roce. 2 senioři (4,4 %) zvolili odpověď, že k pádům v jejich domácím prostředí dochází 1–4krát měsíčně. Vícekrát za týden během uplynulého roku upadlo 6 respondentů (13,3 %) a u 7 oslovených seniorů (15,6 %) dochází k pádům i vícekrát za den (viz obrázek 12).

### Otázka č. 11 – Ve které části Vašeho domácího prostředí k pádům nejčastěji dochází?

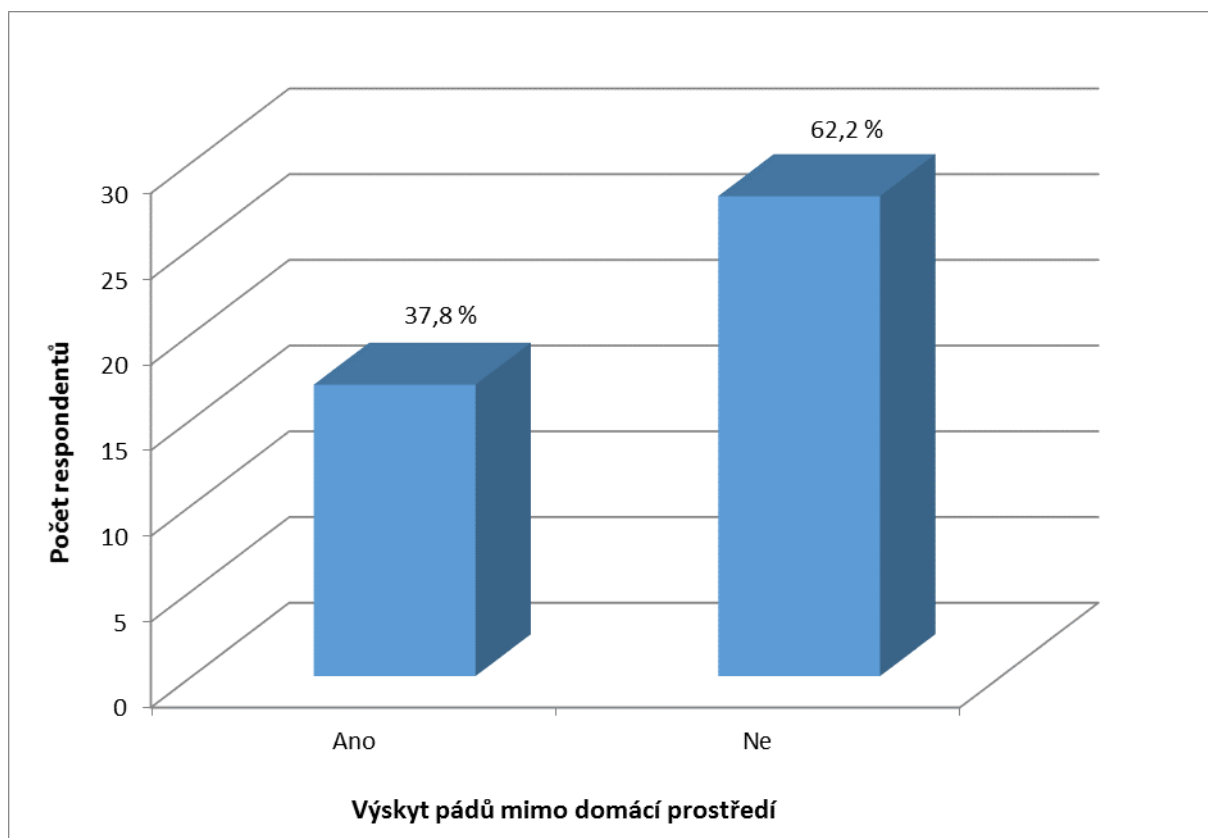


Obrázek 13: Graf znázorňující nejčastější místa výskytu pádů seniorů v domácím prostředí

Jedná se o polouzavřenou otázku zjišťující u respondentů, ve které části jejich domácího prostředí dochází k pádům nejčastěji. Nejvíce seniorů, jak je patrné z obrázku 13, uvedlo, že k pádům nejčastěji dochází na zahradě či na dvorku. Tuto možnost vybralo 11 respondentů (24,4 %) z celkového počtu 45 oslovených seniorů (100 %). 8 respondentů (17,9 %) za nejčastější místo označilo ložnici. Předsíň či chodbu zvolilo 7 seniorů (15,6 %). Koupelnu a toaletu jako nejčastější místa pádů uvedlo 6 respondentů (13,3 %). Možnou odpověď schody a schodiště vybralo 6 seniorů (13,3 %). Žádný z respondentů za nejčastější místo pádů neoznačil obývací pokoj. U 1 z dotázaných seniorů (2,2 %) dochází k pádům nejčastěji v kuchyni. Respondenti měli u této otázky také možnost vlastní odpovědi, které využili 2 senioři (4,4 %). 1 respondent uvedl, že nejčastěji upadne při návštěvě své chaty, a u 1 seniora dochází k pádům nejčastěji ve sklepě. 4 respondenti (8,9 %) využili možnosti označit i více míst, kde k pádům nejčastěji dochází. Kombinaci zahrady a ložnice zvolili 2 z nich. U 1 respondenta k pádům nejčastěji dochází v ložnici a při chůzi po schodech a další respondent za nejčastější místa pádů označil koupelnu, schody a předsíň.



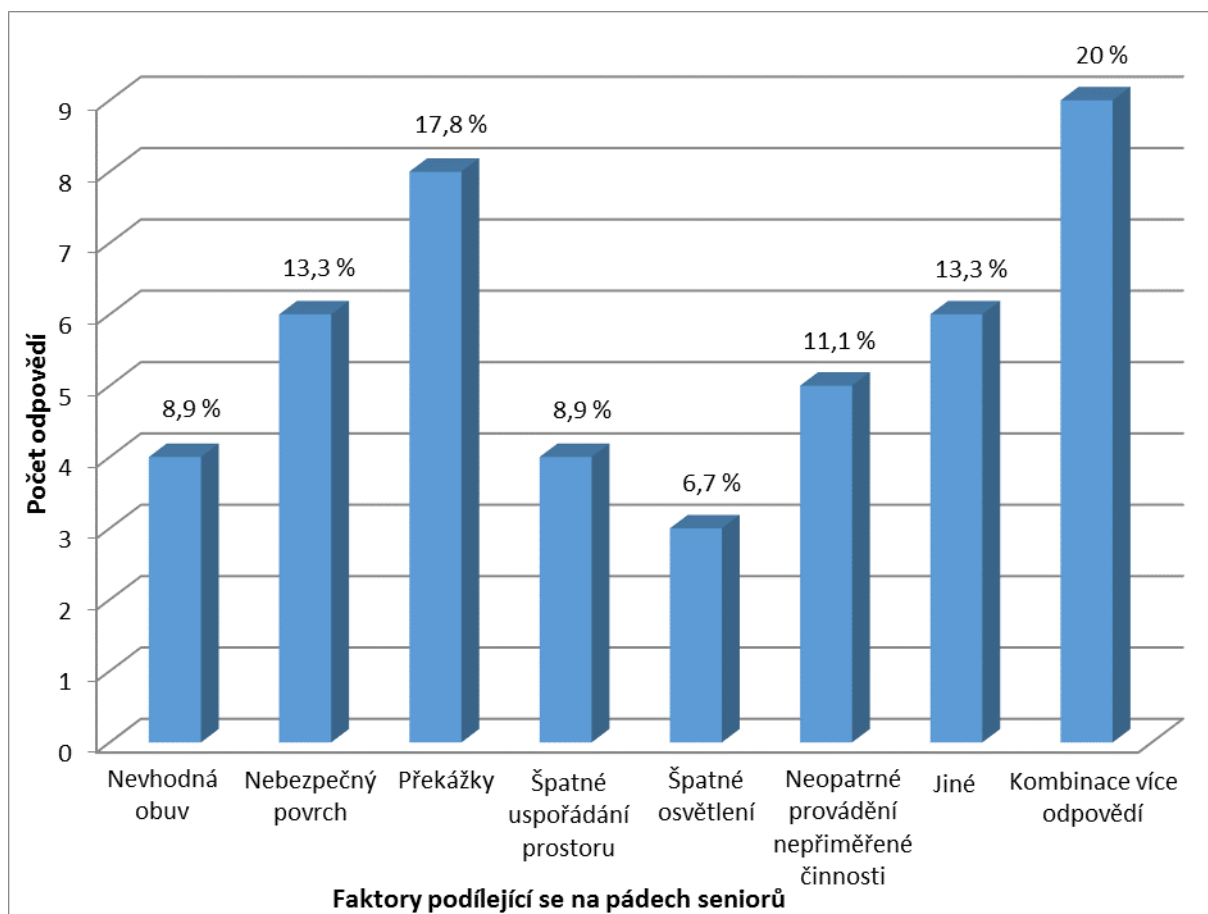
**Otázka č. 12 – Trpíte pády i mimo Vaše domácí prostředí (např. na ulici, v obchodě, v kostele, v parku...)?**



**Obrázek 14: Graf výskytu pádů mimo domácí prostředí**

Dvanáctá otázka v dotazníku u respondentů zkoumala, zda se jejich pády vyskytují i mimo domácí prostředí. Na obrázku 14 lze vidět, že u více jak poloviny z celkového počtu 45 oslovených respondentů (100 %) k pádům mimo domácí prostředí nedochází. Konkrétně zvolilo tuto odpověď 28 seniorů (62,2 %). Výskyt pádů na veřejných místech (ulice, obchod, park, kostel) potvrdilo 17 respondentů (37,8 %).

### Otázka č. 13 – Co má podle Vás podíl na Vašem pádu/pádech?

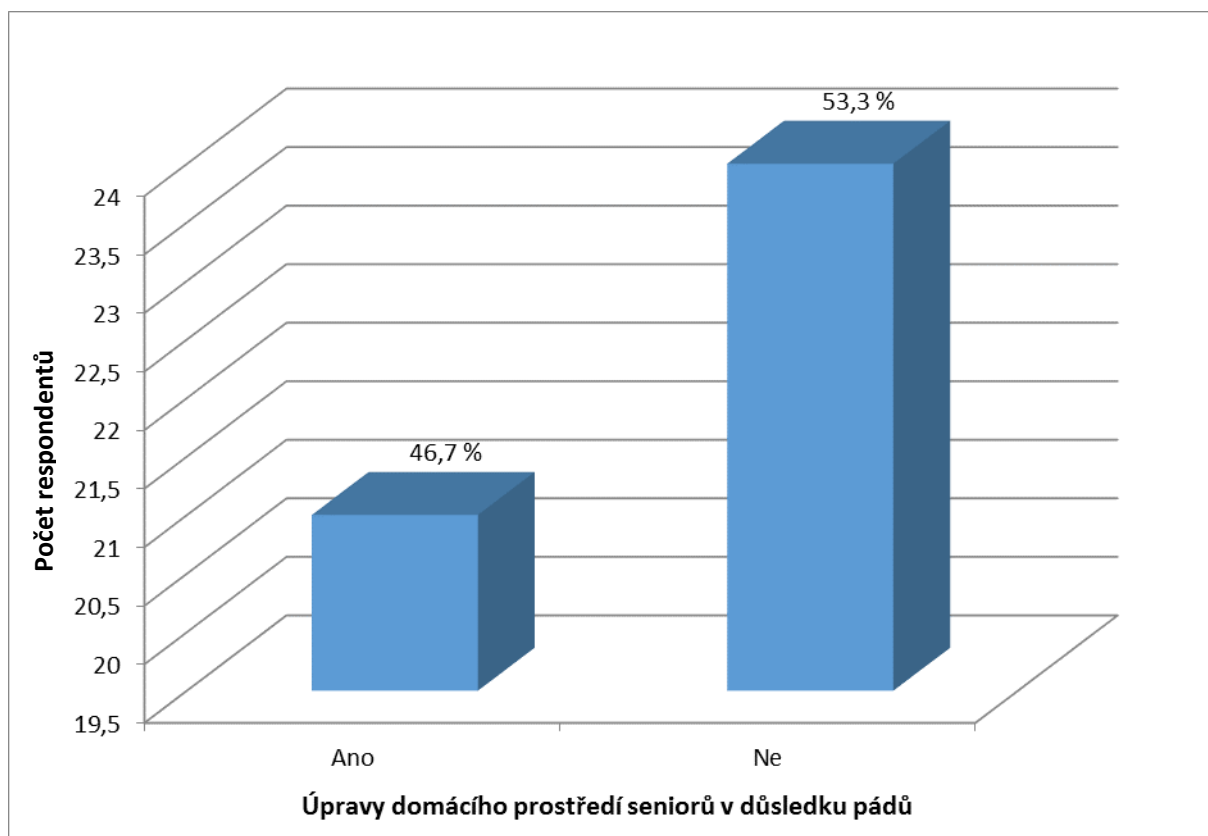


Obrázek 15: Graf znázorňující faktory podílející se na pádech seniorů

Třináctá otázka měla za úkol zjistit faktory, které podle seniorů mají podíl na jejich pádech v souvislosti s domácím prostředím. 45 oslovených (100 %) mohlo vybírat z 8 možných kategorií, což je patrné z obrázku 15. 8 respondentů (17,8 %) si myslí, že největší vliv na jejich pády mají různé překážky v jejich domácím prostředí. Překážkami jsou myšleny schody, prahy mezi místnostmi či kabely od elektrických zařízení vedoucí volně po podlaze. 6 respondentů (13,3 %) označilo, že podíl na jejich pádech má nebezpečný povrch, tedy kluzká podlaha v koupelně či shrnovací koberce a předložky. 5 seniorů (11,1 %) přiznává, že k jejich pádům dochází následkem neopatrného provádění nepřiměřené činnosti, jako jsou práce ve výškách. 4 respondenti (8,9 %) uvedli, že podíl na jejich pádech má špatné uspořádání prostoru v jejich domácím prostředí (nevhodně rozestavěný nábytek, úzké prostory pro procházení či nepraktické umístění věcí denní potřeby). 4 dotazovaní (8,9 %) odpověděli, že jejich pády souvisí s nevhodnou a nesprávně nošenou obuví. Špatné osvětlení jako faktor podílející se na pádech vybrali 3 senioři (6,7 %). 9 respondentů (20 %) využilo výběru více odpovědí. 1 senior zvolil všechny možné odpovědi, jež byly v dotazníku uvedeny

s vysvětlením, že z každé kategorie se v jeho domácím prostředí vyskytuje něco, co má podíl na jeho pádech. 3 respondenti označili překážky v domácím prostředí společně s nebezpečným povrchem. Kombinaci špatného uspořádání prostoru v domě či bytě a různých překážek zaškrtili 2 senioři. 1 dotazovaný se domnívá, že na jeho pády v souvislosti s domácím prostředím má vliv nevhodná obuv v kombinaci nejen se špatným osvětlením, ale také s nevhodným povrchem. Neopatrné provádění nepřiměřené činnosti spolu s nevhodnou obuví vybral 1 respondent. 1 z oslovených seniorů označil společně nebezpečný povrch, překážky a špatné osvětlení. Možnost jiné, vlastní odpovědi, zvolilo 6 respondentů (13,3 %). Tito senioři uvádějí, že hlavní podíl na jejich pádech nemá domácí prostředí, ale že pády jsou následkem jejich zhoršeného zdravotního stavu.

#### Otázka č. 14 – Došlo na základě této zkušenosti k úpravě Vašeho domácího prostředí?



Obrázek 16: Graf znázorňující úpravy domácího prostředí seniorů v důsledku pádů

Ve čtrnácté otázce bylo zjišťováno, zda senioři na základě předchozí zkušenosti s pády spjatými s jejich domácím prostředím provedli úpravy svého domu či bytu. I přesto, že v otázce č. 13 uvedlo 39 dotazovaných (86,7 %) příklady z domácího prostředí, které podle nich mají podíl na jejich pádech, tak více jak polovina z celkového počtu 45 oslovených respondentů (100 %) neprovedla žádné úpravy ve svém domě či bytě. Jak lze vidět na obrázku 16, možnost neprovedení žádných změn ve svém domácím prostředí označilo 24 seniorů (53,3 %). V souvislosti s předchozími pády a jako bezpečnostní opatření do budoucna přiznalo úpravu svého domácího prostředí 21 respondentů (46,7 %).

**Otázka č. 15 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“, jaké změny jste provedl/a?**

Patnáctá otázka byla vytvořena pro respondenty, kteří na předchozí otázku (otázka č. 14) odpověděli kladně. Jednalo se o otevřenou otázku zjišťující, jaké konkrétní úpravy senioři ve svém domácím prostředí provedli. Své odpovědi zde tedy zaznamenávalo 21 respondentů (100 %). Někteří napsali pouze jednu úpravu svého domácího prostředí, ale většina ve svém domě či bytě uvedla více změn. Celkem bylo v odpovědích zapsáno 33 úprav a změn v domácím prostředí seniorů. Vzhledem k různorodosti odpovědí byla pro větší přehlednost vytvořena tabulka, ve které byly odpovědi respondentů sjednoceny do 13 oblastí (viz tabulka 4).

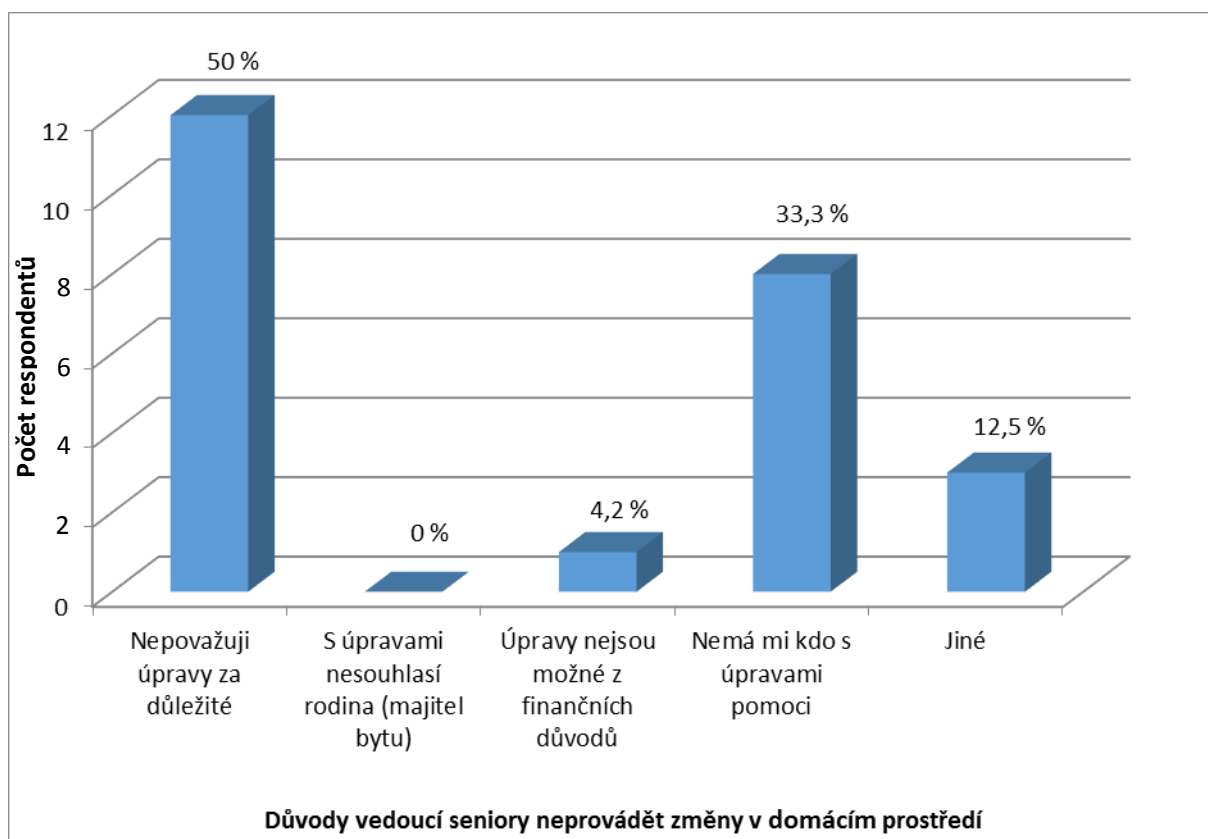
**Tabulka 4: Změny provedené seniory v domácím prostředí jako prevence pádů**

<b>Změny provedené seniory v domácím prostředí jako prevence pádů</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Instalace nočního světla	1
Mytí oken a úklid ve výškách přenechán dceři	1
Odstranění krabic z průchodu chodby	1
Odstranění prahů	4
Odstranění (neupevněných) předložek	6
Pořízení vhodnější obuvi	3
Pořízení protiskluzových rohožek, předložek a podložek do koupelny	7
Pořízení zábradlí na schodiště	2
Umístění madla k lůžku, do koupelny a na WC	3
Umístění potřebných věcí na dosah ruky	1
Umístění WC k lůžku	2
Upevnění koberce	1
Uklizení dvorku	1
<b>Celkem</b>	<b>33</b>

Jak je zřejmé z tabulky 4, senioři za nejčastěji prováděné úpravy domácího prostředí uváděli pořízení protiskluzových rohožek, předložek a podložek do koupelny. Tuto odpověď zaznamenalo 7 respondentů. 6 dotazovaných provedlo jako úpravu svého domu či bytu odstranění neupevněných předložek a koberečků. 3 respondenti ve svém domě či bytě instalovali madla pro větší bezpečnost, 2 z nich v kombinaci s další úpravou. 1 senior instaloval madla společně s upevněním stávajícího koberce a 1 oslovený respondent ještě vedle pořízení madel situoval předměty, jež denně využíval, na lépe dostupná místa. 2 senioři umístili toaletní křeslo ke svému lůžku, 1 z nich také instaloval noční světlo ve své ložnici s dostupným ovládním ze svého lůžka. Jako prevenci pádů přenechal 1 z respondentů mytí

oken a úklid na skříních a nábytku své dceři. Prahy mezi místnostmi odstranili 3 respondenti, 1 z nich v kombinaci s úklidem nepotřebných beden z průchodu chodby. 1 z oslovených seniorů uklidil svůj dvorek a nechal odvézt staré nepotřebné harampádí, což zvýšilo jeho pohodlí a bezpečí při trávení volného času na dvorku. V domácím prostředí 2 respondentů bylo na schodiště připevněno zábradlí. 3 senioři začali při chůzi využívat bezpečnější obuv, 1 z nich k úpravám přidal i odstranění prahů.

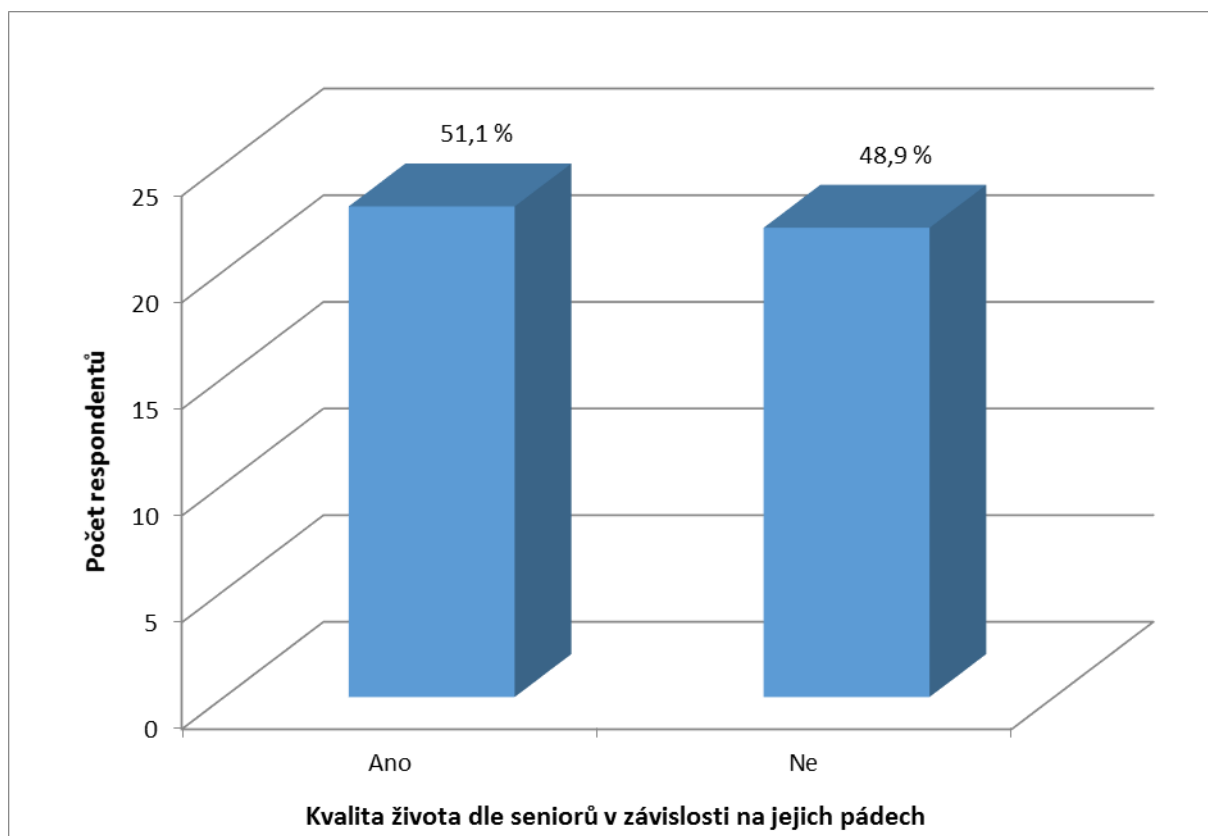
**Otázka č. 16 – V případě, že ve Vašem domácím prostředí žádné změny neproběhly, z jakého důvodu?**



**Obrázek 17: Graf znázorňující důvody vedoucí seniory neprovádět změny v domácím prostředí**

Na šestnáctou polouzavřenou otázku odpovídalo 24 respondentů (100 %), jednalo se o seniory, kteří na čtrnáctou otázku odpověděli záporně. Na obrázku 17 je možné vidět, že polovina oslovených žádné změny neprovedla, konkrétně tedy 12 seniorů (50 %) svůj dům či byt nijak neupravilo, protože nepovažuje úpravy domácího prostředí za důležité. 8 respondentů (33,3 %) uvedlo, že k žádným změnám v jejich domě či bytě nedošlo z důvodu, že jim s úpravami nemá kdo pomoci a oni sami na to nestačí. 1 dotazovaný (4,2 %) označil odpověď, že k úpravám domácího prostředí nemohlo dojít z finančních důvodů. Nesouhlas rodiny či majitele bytu za důvod neprovádění úprav neuvedl žádný z respondentů. 3 seniory (12,5 %) zvolili možnost vlastní odpovědi. 2 respondenti zdůrazňují, že za jejich pády může zhoršený zdravotní stav (jak již uvedli v otázce č. 13), a proto by dle jejich slov byly úpravy domácího prostředí zbytečné. 1 senior odpověděl, že neví, jak a jaké úpravy by měl provést.

**Otázka č. 17 – Ovlivňují podle Vašeho názoru pády kvalitu Vašeho života?**



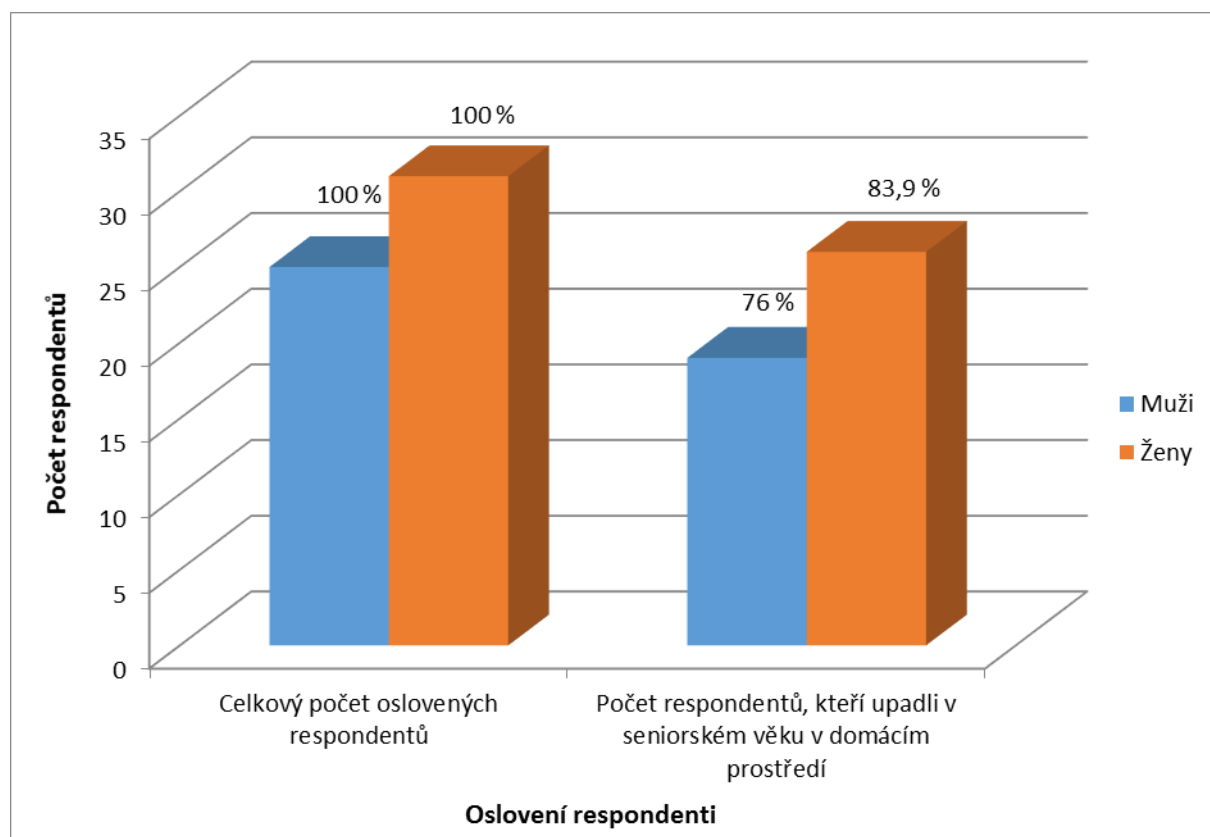
**Obrázek 18: Graf zachycující kvalitu života dle seniorů v závislosti na jejich pádech**

Poslední otázka v dotazníku zjišťovala subjektivní názor respondentů na to, zda pády jich samotných ovlivňují kvalitu jejich života. Na obrázku 18 je patrné, že odpovědi oslovených seniorů byly poměrně vyrovnané. 23 respondentů (51,1 %) odpovědělo, že pády kvalitu jejich života ovlivňují. Právý opak, tedy že pády nemají vliv na kvalitu jejich života, si myslí 22 dotázaných seniorů (48,9 %) z celkového počtu 45 respondentů (100 %).



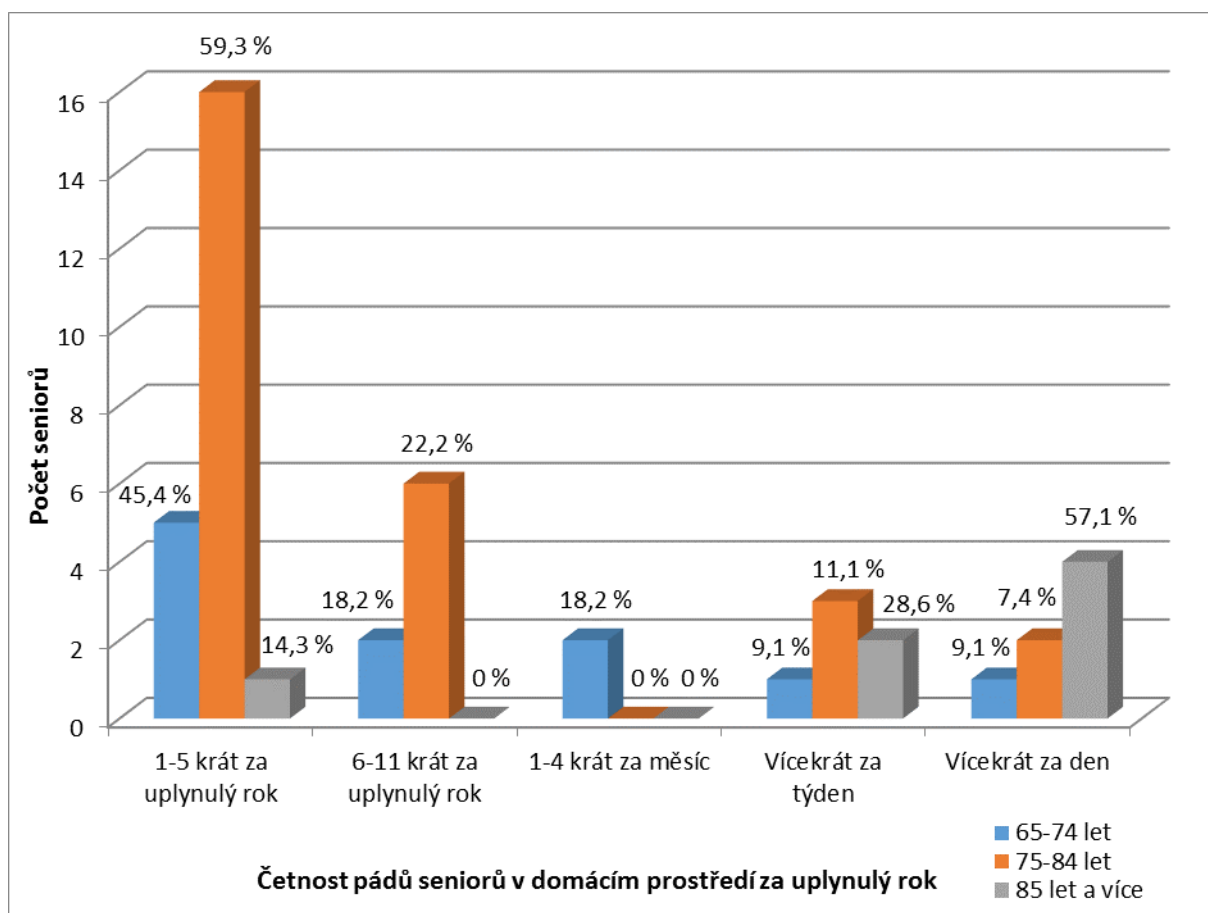
## 6.2 Prezentace výsledků vztahujících se k výzkumným otázkám

### Výzkumná otázka č. 1 – Ovlivňuje pohlaví a věk respondentů výskyt pádů v domácím prostředí?



Obrázek 19: Graf znázorňující počty oslovených respondentů podle pohlaví

Na obrázku 19 jsou znázorněni respondenti s ohledem na jejich pohlaví a výskyt pádů v domácím prostředí v seniorském věku. Celkem bylo osloveno 56 seniorů (100 %). Z toho 25 mužů (44,6 %) a 31 žen (55,4 %) (viz obrázek 1, s. 43). Z celkového počtu 25 oslovených mužů (100 %) došlo k pádu v seniorském věku v domácím prostředí u 19 z nich (76 %). Z oslovených 31 žen (100 %) uvádí pád 26 dotázaných (83,9 %).



**Obrázek 20:** Graf znázorňující četnost pádů seniorů v domácím prostředí za uplynulý rok v závislosti na jejich věku

Obrázek 20 zachycuje četnost pádů seniorů v domácím prostředí v určených věkových kategoriích v uplynulém roce. Výzkumu se zúčastnilo celkem 45 respondentů (100 %).

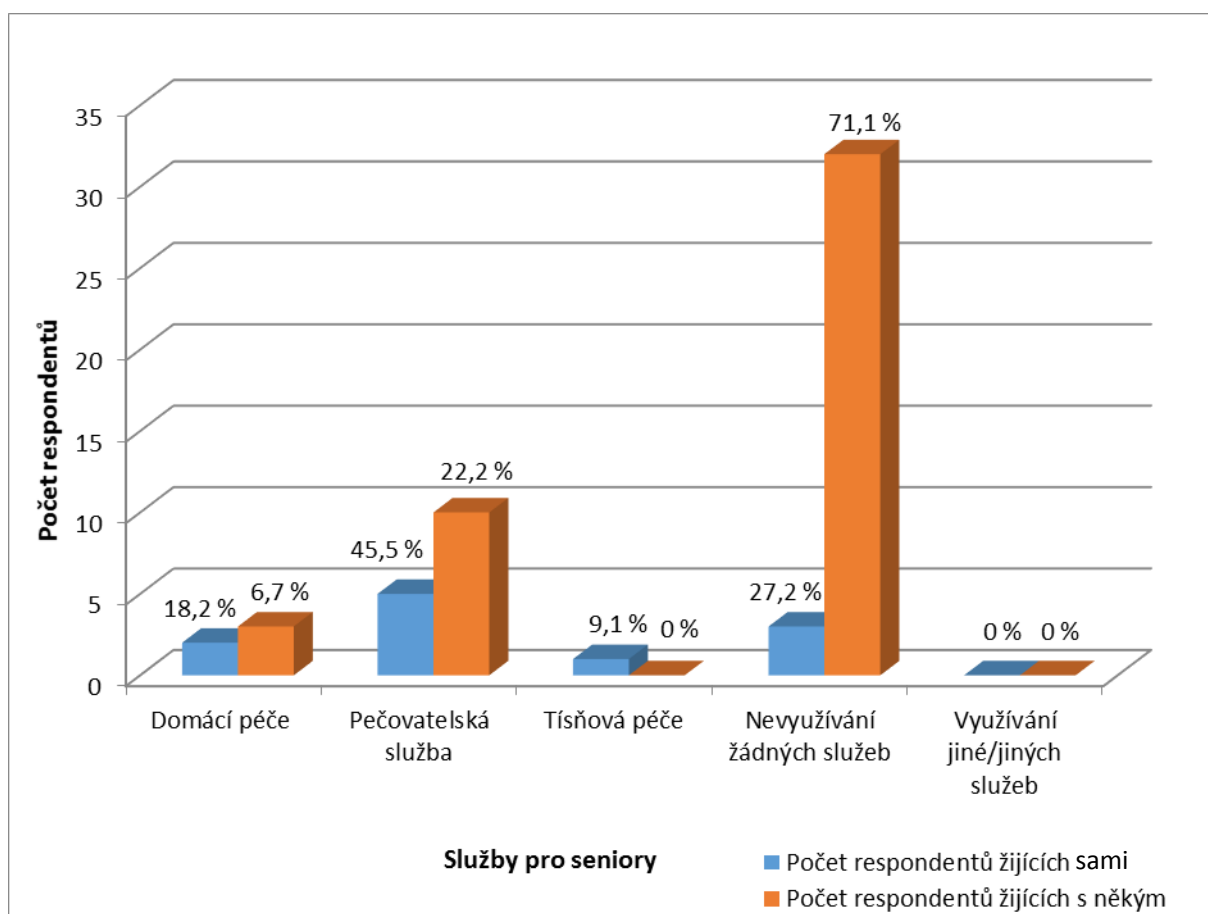
Ve věkové kategorii 65–74 let bylo 11 oslovených seniorů (100 %). 5 z těchto dotázaných (45,4 %) uvedlo svůj pád v uplynulém roce v domácím prostředí 1–5krát. 6–11krát za uplynulý rok upadli ve svém domě či bytě 2 respondenti (18,2 %). Následující možnost, tedy že k pádům v domácím prostředí v uplynulém roce docházelo 1–4krát měsíčně, označili 2 senioři (18,2 %). Kategorie „vícekrát za týden“ a „vícekrát za den“ označil vždy 1 respondent (9,1 %).

Celkem 27 dotazovaných (100 %) ve výzkumu spadalo do věkové kategorie 75–84 let. Nejvíce z nich, konkrétně 16 seniorů (59,3 %), vybralo variantu, že k jejich pádům v uplynulém roce v domácím prostředí došlo 1–5krát. 6 oslovených respondentů (22,2 %) v tomto věkovém rozpětí přiznává svůj pád 6–11krát v uplynulém roce. Nabízenou odpověď, že k pádům v uplynulém roce došlo 1–4krát za měsíc, ne zvolil žádný senior. Vícekrát

za týden uvedli svůj pád 3 respondenti (11,1 %) a 2 dotázaní (7,4 %) vybrali odpověď „vícekrát za den“.

V nejvyšší věkové kategorii, tedy 85 a více let, se v tomto výzkumu nacházelo 7 respondentů (100 %). 1 z těchto seniorů (14,3 %) uvedl své pády v uplynulém roce v domácím prostředí v rozmezí 1–5krát. Vícekrát za týden v průběhu uplynulého roku docházelo k pádům u 2 oslovených seniorů (28,6 %). Nejčastěji označovaná možnost v tomto věkovém rozmezí byla „vícekrát za den“, kterou označila více než polovina dotazovaných, konkrétně 4 respondenti (57,1 %). Zbylé dvě možné odpovědi neoznačil v tomto věkovém rozmezí žádný senior.

**Výzkumná otázka č. 2 - Existuje souvislost mezi sdílením domácího prostředí seniora s dalšími osobami a využíváním pomoci od sociálních či zdravotnických služeb?**



**Obrázek 21: Graf znázorňující počty seniorů využívajících služby pro seniory v závislosti na tom, zda bydlí ve svém domácím prostředí sami či s někým**

Celkem bylo osloveno 56 respondentů (100 %). V rámci zjišťování odpovědí na tuto výzkumnou otázku byli dotázaní senioři rozděleni do 2 skupin – respondenti žijící sami a respondenti sdílející své domácí prostředí s další osobou či jinými osobami jak je vidět na obrázku 21.

Skupina bydlící ve svém domácím prostředí sama byla zastoupena 11 seniory (100 %), z nichž 2 dotázaní (18,2 %) využívají služeb domácí péče. Pečovatelskou službu uvedlo 5 respondentů (45,5 %). 1 z dotázaných (9,1 %) označil možnost tísňové péče, jednalo se o službu tísňového volání Areion. 3 oslovení senioři (27,2 %) žijící sami ve svém domě či bytě nevyužívají pomoci od žádných sociálních či zdravotních služeb.

Ze 45 respondentů (100 %) sdílících své domácí prostředí s další osobou, popřípadě osobami, nevyužívá pomoci od žádných služeb celých 32 z nich (71,1 %). Domácí péči označili 3 senioři (6,7 %) a pomoc pečovatelské služby vybralo 10 dotázaných (22,2 %). Tísňovou péči nevyužívá nikdo z oslovených respondentů v této skupině.

Senioři měli také možnost označení odpovědi „*využívání jiné/jiných služeb*“, kterou však nevyužil žádný z nich.

## 7 DISKUZE

Na začátku bakalářské práce byly stanoveny výzkumné cíle, na které poté navazují výzkumné otázky. V diskuzi jsou představovány výsledky výzkumné části bakalářské práce. Závěry dotazníkového šetření jsou v průběhu diskuze porovnávány s výsledky diplomové práce Pády seniorů v domácím prostředí a jejich prevence (Trojáková, 2012), dále diplomové práce Prevence pádů seniorů v domácím prostředí (Šlégrová, 2009), s výsledky diplomové práce Úrazy seniorů (Hladíková, 2012), s údaji z odborné literatury, konkrétně z knihy Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci (Weber, 2000), dále s knihou Gerontopedagogika (Mühlpachr, 2009), také s publikací Geriatrie pro praxi (Topinková, 2005), s příručkou Bezpečný domov pro seniory: rady jak zabránit úrazům ve druhé polovině života (Grivna a Benešová, 2002), se zprávou WHO (2007), a také se zprávou ze sociologického šetření (Klub společenských věd, 2014).

### **Výzkumná otázka č. 1 – Ovlivňuje pohlaví a věk respondentů výskyt pádů v domácím prostředí?**

První výzkumná otázka zjišťovala, zda má pohlaví respondentů a jejich věk nějaký vliv na výskyt a na množství jejich pádů v domácím prostředí. V dotazníku se tím zabývaly otázky č. 1, 2, 6 a 10. Po vyhodnocení dotazníkového šetření lze říci, že pohlaví respondentů pády v domácím prostředí ovlivňuje. Stejně jak uvádí Topinková (2005, s. 44) ve své knize, tak i v tomto výzkumu výsledky ukazují, že k pádům dochází častěji u žen, což je patrné i z obrázku 19 (s. 64). Z oslovených 25 mužů (100 %) upadlo v seniorském věku 19 z nich (76 %). U 31 oslovených žen (100 %) došlo k pádu v seniorském věku u 26 z nich (83,9 %). Tento jev může být způsoben i tím, že obecně se v populaci nachází více žen než mužů (viz příloha A, s. 84).

Topinková (2005, s. 44) také sděluje, že se zvyšujícím se věkem narůstá i četnost pádů seniorů. S daným tvrzením se shoduje i tento provedený výzkum. Výsledky jsou přehledně zachyceny na obrázku 20 (s. 65). Je z něj zřejmé, že častěji dochází k pádům u dotazovaných v nejvyšší věkové kategorii, tedy 85 a více let. Ze 7 seniorů (100 %) v tomto věkovém rozpětí uvádí pád vícekrát denně více než polovina z nich, tedy 4 seniorky (57,1 %). Ve věkové kategorii 65 - 74 let, ve které bylo zařazeno 11 respondentů (100 %) však ke každodenním pádům dochází zřídka, tedy u 1 dotázaného (9,1 %).

## **Výzkumná otázka č. 2 – Existuje souvislost mezi sdílením domácího prostředí seniora s dalšími osobami a využíváním pomoci od sociálních či zdravotnických služeb?**

Na druhou výzkumnou otázku hledaly odpovědi dotazníkové otázky č. 3 a 5. Výsledky výzkumu potvrzují, že existuje vztah mezi sdílením domácího prostředí respondenta s dalšími osobami a využíváním pomoci od různých služeb. Lze říci, že senioři žijící ve svém domě či bytě sami využívají pomoc od sociálních a zdravotnických služeb častěji. Tato prokázaná souvislost je přehledně zobrazena na obrázku 21 (s. 67). Z 45 dotázaných seniorů (100 %), kteří sdílí svůj dům či byt s další osobou nebo osobami, nevyužívá pomoc žádných služeb většina z nich, konkrétně 32 respondentů (71,1 %). Avšak senioři žijící sami, což je 11 dotázaných (100 %), neuvžívají těchto služeb pouze ve 3 případech (27,2 %). Respondenti mohli v dotazníku mimo jiné označit využívání domácí péče, pečovatelské služby či tísňové péče – ve všech kategoriích převažovali senioři, kteří žijí ve svém domácím prostředí sami (viz obrázek 21, s. 67). Pokud respondent sdílí své domácí prostředí s rodinným příslušníkem či s osobou blízkou, je pravděpodobné, že mu tyto lidé zpravidla pomohou s úkony, které již sám nezvládá. Senioři žijící sami a potřebující dopomoc, ať již v péči o domácnost či o svoji osobu, jsou však častěji nuceni využívat jiné pomoci – a to právě od sociálních či zdravotnických služeb.

Ve zprávě sociologického šetření, jež provedl Klub společenských věd (Vacek, Klán a Hájková, 2014), je uvedeno, že sociální služby nevyužívá celých 81 % dotázaných – zde však nebyli senioři rozděleni na žijící osaměle a s dalšími lidmi. Když pomínu toto dělení ve vlastním výzkumu, tak z celkového počtu 56 seniorů (100 %) pomoci od výše uvedených služeb nevyužívá 35 respondentů (62,5 %). Je možné, že v průběhu let, které dělí sociologické šetření (Vacek, Klán a Hájková, 2014) od tohoto výzkumu, počet seniorů využívajících sociální či zdravotnické služby vzrostl a že se obecně povědomí o těchto možnostech zvyšuje. Sociologického šetření (Vacek, Klán a Hájková, 2014) pracovalo se seniory již od 60. roku na rozdíl od tohoto dotazníkového šetření, kam byli zařazeni staří lidé až od 65. roku věku. I tento faktor se zcela jistě podílí na rozdílnosti výsledků.

## **Výzkumná otázka č. 3 – Jaký je výskyt pádů u respondentů v domácím prostředí?**

Dotazníkové otázky č. 6, 7 a 10 byly zaměřeny na tuto výzkumnou otázku. Na výskyt pádů v seniorském věku v domácím prostředí bylo dotazováno 56 respondentů (100 %), z nichž pád přiznává 45 seniorů, tedy 80,4 % (viz obrázek 7, s. 49). Zjištěné výsledky se téměř shodují s výzkumnými závěry, jež ve své diplomové práci uvádí Trojáková (2012, s. 61),

kteřá ve svém výzkumu sledovala dvě skupiny respondentů žijících v domácím prostředí. Ve skupině A zjistila pád u 54 seniorů (81 %) z celkového počtu 67 osob (100 %), a ve skupině B u 48 dotázaných respondentů (84 %) z celkového počtu 57 (100 %) (Trojáková, 2012, s. 61). Dle zprávy WHO (2007, s. 3) každoročně upadne 28–35% seniorů žijících v domácím prostředí. Výsledky výzkumu této bakalářské práce jsou vyšší pravděpodobně proto, že zde se dotazníková otázka respondentů ptala na výskyt pádů v domácím prostředí v průběhu celého seniorského věku, a ne pouze v uplynulém roce. Četnosti pádů seniorů v jejich domovech v uplynulém roce jsou znázorněny a popsány v prezentaci výsledků (viz obrázek 12, s. 54).

#### **Výzkumná otázka č. 4 – Byli respondenti informováni o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku, popřípadě z jakých zdrojů?**

K tomu, aby mohla probíhat jakákoli preventivní opatření, a tím tedy množství pádů u seniorů v domácím prostředí snižovat, je nezbytné, aby byli staří lidé o této problematice informováni. O to se zajímala otázka č. 4 společně s podotázkou v dotazníku. Z oslovených 56 respondentů (100 %) však 16 seniorů (28,6 %) odpovědělo, že o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku vůbec informováno nebylo (viz obrázek 4, s. 46). Ve výzkumu Šlégrové (2009, s. 53) nebylo z celkového počtu 108 respondentů (100 %) o této problematice vůbec poučeno 45 dotázaných (31,9 %), což se téměř shoduje s výše uvedenými výsledky této práce. Edukovat seniory o tomto tématu by měl zejména zdravotnický personál v ordinacích praktických lékařů, ale bohužel tomu tak vždy není. Trojáková (2012, s. 64) ve své diplomové práci uvádí, že v jejím výzkumu bylo zdravotnickým personálem informováno o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku pouhých 21 respondentů (17 %) z celkového počtu 124 (100 %). Dle výsledků výzkumu v této bakalářské práci (viz obrázek 5, s. 47) poučili zdravotničtí pracovníci seniory o problematice zvýšeného rizika pádů ve 47,5 % případů (tedy 19 seniorů). K vyšším výsledkům v tomto výzkumu došlo pravděpodobně z důvodu, že v dotazníku byly 2 možnosti odpovědi zahrnující zdravotnický personál – praktický lékař a sestra v ordinaci praktického lékaře a lékaři či sestry v nemocnici. První možnost zvolilo 8 respondentů (20 %), a edukaci formou lékařů či sester v nemocnici označilo 27,5 % dotázaných, tudíž 11 seniorů (viz obrázek 5, s. 47). Média (konkrétně televize, rádio, internet, časopisy či noviny) označilo za zdroj informací 7 seniorů (17,5 %). Ve výzkumu Šlégrové (2009, s. 83) však média byla informačním kanálem pro 35,55 % respondentů. Je pravděpodobné, že rozdílný výsledek je způsoben nezařazením všech druhů médií do možnosti odpovědi v tomto dotazníku. V nabídce např. nebyly billboardy, výstavy, knihy či přednášky. Jeden z oslovených seniorů využil možnosti vlastní odpovědi, o informacích



o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku se dozvěděl na kurzu zdravotního cvičení. Tato odpověď by se tedy dala zařadit také k médiím, což by znamenalo, že média by byla zdrojem informací pro 8 respondentů (tedy 20 %).

#### **Výzkumná otázka č. 5 – Jsou pády bez následku úrazu pro respondenty důvodem k návštěvě praktického lékaře?**

V případě, že je po upadnutí senior zraněn, ať již jde o hematomy na těle, tržné rány či zlomeniny, je ve většině případů nucen lékařské ošetření vyhledat. Zda ale respondenti informují svého praktického lékaře i o pádech, při nichž k žádnému poranění nedošlo, měla za úkol zjistit pátá výzkumná otázka. V dotazníku jí odpovídaly otázky č. 8, 9 a podotázka deváté otázky. Weber (2000, s. 69) ve své publikaci uvádí, že informovanost praktického lékaře o pádech seniorů bez následku úrazu je nízká, tedy pouze asi jedna čtvrtina starých lidí informace o svém pádu bez následku úrazu svému lékaři poskytne. Z celkového počtu 36 dotázaných respondentů (100 %) v tomto výzkumu sdělují svému praktickému lékaři pád bez následku úrazu pouze 4 senioři (11,1 %), tedy ještě méně než jedna čtvrtina (viz obrázek 10, s. 52). Je velmi znepokojivé, že více než o třech čtvrtinách pádů se lékař vůbec nedozví. V případě tohoto výzkumu zůstaly praktickým lékařům utajeny pády bez následku úrazu u 32 respondentů (88,9 %). O této problematice by se mělo více diskutovat a měla by být seniorům zdůrazněna důležitost sdělování těchto informací svému praktickému lékaři nebo u něho pracující všeobecné sestře a ujištění, že se nemají za co stydět. Možnou odpověď „*styděl/a jsem se za nešikovnost*“ totiž označilo 14 respondentů (43,8 %) z celkového počtu 32 (100 %), kteří svého lékaře o svém pádu neinformovali (viz obrázek 11, s. 53). Je pravděpodobné, že pokud bude praktickým lékařům a všeobecným sestřím v ambulancích více sdělována četnost pádů seniorů bez následku úrazu v domácím prostředí, mohlo by to vést i k lepší prevenci pádů z jejich strany a důkladnější edukaci. Otázkou a námětem k dalším výzkumům však zůstává, zda se sami praktičtí lékaři o pády klientů zajímají a dotazují se na ně, či nikoliv.

#### **Výzkumná otázka č. 6 – Kde nejčastěji dochází k pádům respondentů a jaké jsou jejich příčiny v závislosti na domácím prostředí?**

V domácím prostředí tráví většina seniorů převážnou část svého dne, a proto by jejich domov měl být bezpečným místem. Svým chováním, uspořádáním nábytku či různými drobnými úpravami mohou často staří lidé svým pádům předcházet. Velká část z nich si však tento fakt vůbec neuvědomuje nebo si jej nechce připouštět. V dotazníku se této problematice věnovaly

otázky č. 11, 12 a 13. Na začátku zjišťování odpovědi na tuto výzkumnou otázku byl respondentům položen dotaz, zda padají pouze ve svém domácím prostředí nebo i mimo něj. Pády na veřejném prostranství přiznalo 17, tedy 37,8 % oslovených seniorů z celkového počtu 45 (100 %) (viz obrázek 14, s. 56). Velmi podobné výsledky ve své diplomové práci publikuje i Hladíková (2012, s. 66). Z jejího výzkumného vzorku, který obsahoval celkem 291 seniorů (100 %), upadlo venku 115 respondentů (39,5 %) (Hladíková, 2012, s. 66).

Šlégrová (2009, s. 59) a Trojáková (2012, s. 44) se shodují, že nejčastějším místem pádů seniorů v domácím prostředí je koupelna. V tomto výzkumu se však objevila až na čtvrtém místě, a to i přes to, že byla v kategorii zařazena společně s WC (viz obrázek 13, s. 55), za nebezpečnou část domu ji zvolilo 6 respondentů (13,3 %) ze 45 dotázaných (100 %). Nejčastější odpovědí v tomto výzkumu bylo označení zahrady a dvorku, což provedlo 11 oslovených seniorů (24,4 %). Dvorek či zahrada ve výzkumech Šlégrové (2009) či Trojákové (2012) nejsou zařazeny, obě autorky se věnovaly pouze interiéru domu.

Následně bylo zjišťováno, jaké faktory z domácího prostředí seniorů se na jejich pádech dle jejich názoru podílejí. Překážky v cestě (prahy mezi místnostmi, kabely od elektrických spotřebičů) viní za své pády 8 dotázaných respondentů (17,8 %) z celkového počtu 45 seniorů (100 %). Tyto výsledky se téměř shodují se závěry výzkumu Trojákové (2012, s. 45). Ve skupině A z celkového počtu 69 respondentů (100 %) uvedlo za příčinu pádu překážky v cestě 14 seniorů (20 %). Ve skupině B bylo celkem dotázáno 70 respondentů (100 %), z nichž 16 osob (23 %) za své pády viní také překážky. Dále se zjištěné výsledky v rámci tohoto dotazníkového šetření, tedy že na pádech seniorů se podílí nebezpečný povrch, neopatrné provádění činností, špatné uspořádání prostoru, nošení nevhodné obuvi či špatné osvětlení (viz obrázek 15, s. 57), shodují s nastudovanou odbornou literaturou, konkrétně s publikací od Mühlpachra (2009, s. 84–85) či s příručkou od Grivny a Benešové (2002, s. 4–6, s. 8).

### **Výzkumná otázka č. 7 – Ovlivnily pády v domácím prostředí respondenty k úpravě jejich domova?**

Sedmé výzkumné otázce odpovídaly dotazníkové otázky č. 14, 15 a 16. Ve výsledcích tohoto výzkumu více jak polovina respondentů, přesně tedy 24 dotázaných seniorů (53,3 %) z celkového počtu 45 (100 %), žádnou úpravu ve svém domácím prostředí na základě předchozí zkušenosti neprovedla (viz obrázek 16, s. 59). Stejně negativní výsledky popisuje ve svém výzkumu i Trojáková (2012, s. 53), kdy ve sledované skupině A žádnou změnu

neprovedlo 55 respondentů (67 %) z celkového počtu 82 (100 %). Ve skupině B se jednalo o 41 dotázaných seniorů (56 %) z celkových 74 respondentů (100 %) (Trojáková, 2012, s. 53).

V návaznosti na tuto výzkumnou otázku byly v dotazníku zjišťovány důvody, jež seniory vedly k neprovádění úprav ve svém domě či bytě (viz obrázek 17, s. 62). Z celkového počtu 24 dotázaných respondentů (100 %), kteří neprovedli žádnou změnu ve svém domácím prostředí, i přestože mají předchozí zkušenosti s pády, nepovažuje tyto úpravy za důležité 12 seniorů (50 %). Ve výzkumu Trojákové (2012, s. 54) je ve skupině A nevnímá jako důležité 19 seniorů (28 %) z celkového počtu 67 (100 %). Ve skupině B se jednalo o 13 respondentů (23 %) z celkových 57 dotázaných (100 %) (Trojáková, 2012, s. 54). Pozitivním výstupem je, že u žádného z oslovených seniorů nebyl příčinou neuskutečnění změn nesouhlas rodiny či majitele bytu a pouze 1 respondent (4,2 %) z celkových 24 dotázaných (100 %) uvedl nemožnost úprav z finančních důvodů (viz obrázek 17, s. 62). Naopak ve výzkumu Trojákové (2012, s. 54) se objevil nesouhlas majitele bytu jako důvod neprovedení žádných úprav častěji. Ve výzkumném vzorku A byl zaznamenán 4 seniory (6 %) z celkového počtu 67 (100 %). Ve skupině B nesouhlasil majitel bytu s provedením úprav domácího prostředí seniora ve 4 případech (7 %) z celkových 57 dotázaných respondentů (100 %).

## 8 ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována problematice pádů u seniorů žijících v domácím prostředí. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly, kde jsou shrnuty nastudované poznatky o stárnutí a stáří, o pádech a o domácích prostředích seniorů včetně pomocných služeb aktuálně existujících na území České republiky, čímž jsou splněny teoretické cíle této kvalifikační práce. Ve výzkumné části je nejprve představena metodika výzkumu, dále jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření a následuje diskuze.

Výskyt pádů v seniorském věku byl v rámci výzkumné části práce zjištěn u více než tři čtvrtin respondentů z Kraje Vysočina a z Pardubického kraje. Po vyhodnocení výzkumu lze říci, že jak věk, tak i pohlaví seniorů ovlivňují výskyt i četnost jejich pádů v domácím prostředí. Četnost pádů ve většině případů stoupá společně s narůstajícím věkem seniorů a častěji k nim dochází u ženské části populace.

Zajímavý výsledek přinesla druhá výzkumná otázka, která potvrdila, že staří lidé žijící ve svém domácím prostředí sami využívají pomoci od sociálních či zdravotnických služeb častěji než senioři, kteří své domácí prostředí sdílí s někým dalším. Je tedy bezesporu důležité, aby senioři věděli o existenci těchto služeb a možnostech jejich využívání.

Výsledky výzkumného šetření jsou, alespoň dle mého názoru, velmi znepokojivé. Senioři nejsou o riziku pádu v závislosti na zvyšujícím se věku dostatečně informováni. Hlavní roli v edukaci o pádech by měli mít praktičtí lékaři a všeobecné sestry pracující v jejich ordinacích, avšak pouze necelá polovina z dotázaných nabyla své znalosti od zdravotnického personálu. Jednoznačně však nelze říct, že je chyba pouze na straně zdravotníků. Senioři totiž nepovažují pády bez následku úrazu za důvod návštěvy svého praktického lékaře a informace o svých pádech mu ve většině případů vůbec nesdělí. V tomto výzkumu o svých pádech bez následku úrazu informuje své praktické lékaře méně než jedna čtvrtina dotázaných. Bylo by žádoucí, aby senioři častěji sdělovali informace o svých pádech zdravotníkům, ale zároveň i ti by měli staré lidi o problematice pádů více informovat.

Překvapivé bylo, že senioři nejčastěji za nejrizikovější část svého domácího prostředí uváděli zahradu a dvorek. Tato kategorie se v jiných kvalifikačních pracích, se kterými bylo srovnáváno, objevovala pouze sporadicky, jelikož nebyla brána jako součást domácího prostředí seniora. Neočekávaným výsledkem také bylo, že obývací pokoj nezvolil žádný respondent. Výzkumná otázka zjišťující příčiny pádů potvrdila očekávání, že převážná část

dotázaných seniorů za své pády viní v souvislosti s domácím prostředím různé překážky v cestě.

Je důležité, aby si senioři nebezpečnost svých domovů uvědomovali a snažili se tento stav změnit, protože je to jedna z možností, jak se pádům vyhnout nebo snížit jejich četnost. Bohužel však více jak polovina respondentů i přes předchozí zkušenost s pády žádné úpravy ve svém domácím prostředí neprovedla. Starý člověk velmi nerad mění své životní návyky a tím pádem i svůj domov, ale myslím si, že pečlivá edukace o důležitosti a prospěšnosti těchto změn by alespoň některé z nich dokázala přesvědčit.

Závěr dotazníku zjišťoval pohled seniorů na jejich kvalitu života ovlivněnou pády. Překvapivé bylo, že odpovědi kladné i záporné byly s rozdílem jednoho respondenta vyrovnané. Tento závěr potvrzuje předpoklad celé bakalářské práce, tedy že pády mají vliv na životy seniorů i v jejich domácím prostředí, ačkoli se o tom dostatečně nehovoří. Nezanechávají na nich pouze následky fyzické, ale i psychické, a proto je nutné, aby praktičtí lékaři a všeobecné sestry v jejich ordinacích tyto pády více monitorovali.

Bakalářská práce stanovené cíle splnila. Z výzkumu vyplývá, že je nutné zvýšit informovanost seniorů o pádech, zlepšit komunikaci s praktickým lékařem a zdůraznit starým lidem důležitost bezpečnosti jejich domácího prostředí. V příloze (viz příloha E, s. 96) je vložen edukační materiál pro seniory, který vznikl jako výstup celé bakalářské práce. V tištěné podobě je jako příloha přiložen na zadních deskách práce. Dle mého názoru by bylo vhodné, kdyby jej měly k dispozici všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů a aby je seniorům, u kterých je riziko pádů v jejich domácím prostředí, osobně předávaly.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

### **Knižní publikace:**

**ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA.** *Úvod do gerontologie.* 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016, 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

**GAVORA, Peter.** *Tvorba výskumného nástroja pre pedagogické bádanie.* 1.vyd. Bratislava: SPN – Mladé letá, 2012, 120 s. ISBN 978-80-10-02353-0.

**GRIVNA, Michal a Veronika BENEŠOVÁ.** *Bezpečný domov pro seniory: rady jak zabránit úrazům ve druhé polovině života.* 1.vyd., dotisk. Praha: Centrum úrazové prevence, 2002, 12 s. ISBN 80-238-9459-5.

**HAŠKOVCOVÁ, Helena.** *Fenomén stáří.* 2.vyd., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

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

**HAUKE, Marcela.** *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách.* 1.vyd. Praha: Grada, 2014, 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

**CHRÁSKA, Miroslav.** *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

**JOINT COMMISSION RESOURCES.** *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality.* Přeložil Radim VYHNÁNEK. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

**KALVACH, Zdeněk.** Tělesné projevy stáří. In: KALVACH, Z. et al., eds. *Geriatric a gerontologie.* 1.vyd. Praha: Grada, 2004, s. 99-103. ISBN 80-247-0548-6.

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

**KALVACH, Zdeněk et al.** Demografie stáří. In: KALVACH, Z. et al., eds. *Geriatric a gerontologie.* 1.vyd. Praha: Grada, 2004, s. 50-67. ISBN 80-247-0548-6.

**KALVACH, Zdeněk a Zoltán MIKEŠ.** Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatric. In: KALVACH, Z. et al., eds. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004, s. 47-50. ISBN 80-247-0548-6.

**LACA, Slavomír.** Starnutie a staroba jako prirodzená súčasť ľudského života. In: MÜHLPACHR, P. a M. BARGEL, ml., eds. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011, s. 22-37. ISBN 978-80-87182-21-5.

**MÜHLPACHR, Pavel.** *Gerontopedagogika*. 2.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

**MÜHLPACHR, Pavel.** Gerontologie – sociální nutnost postmoderní společnosti. In: MÜHLPACHR, P. a M. BARGEL, ml., eds. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011, s. 5-17. ISBN 978-80-87182-21-5.

**NÁDVORNÍKOVÁ Lenka, Pavel PEŠAT a Ilona PEŠATOVÁ.** Vybrané problémy seniorské populace z pohledu sociální práce. In: MÜHLPACHR, P. a M. BARGEL, ml., eds. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011, s. 136-145. ISBN 978-80-87182-21-5.

**RŮŽIČKA, Evžen.** Fenomenologie pádů. In: KALVACH, Z. et al., eds. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004, s. 208-209. ISBN 80-247-0548-6.

**ŠKOPEK, Jiří.** Gerontologie. In: NAVRÁTIL, L., ed. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, s. 337-344. ISBN 978-80-247-2319-8.

**ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ.** *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2015, 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

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

**VÁGNEROVÁ, Marie.** *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

**VENGLÁŘOVÁ, Martina.** *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

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

### **Internetové zdroje:**

*Centra denních služeb* [online]. **Webové stránky projektu Žít déle doma: služby, které pomohou.** ©2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=7>>.

**ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** 4.-3. Obyvatelstvo podle věkových skupin a rodinného stavu (stav k 31. 12. 2016). In: *Statistická ročenka České republiky 2016* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2016, s. 134. Datum zveřejnění 23. 11. 2016 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/33199363/32019816.pdf/a2dde9e4-2973-433e-a863-aa20b47ad784?version=1.5>>.

**ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** *Analýza: věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2014a, 16 s. Datum zveřejnění 31. 3. 2014 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: < <https://www.czso.cz/documents/10180/20551781/170217-14.pdf/9f50d576-fb17-4b2a-a221-01b0ff96ee3b?version=1.0> >.

**ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** Tab. 7: Počet osob ve věku 65 a více let podle pohlaví ze sčítání lidu v letech 2001 a 2011. In: *Analýza: věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2014b, s. 8. Datum zveřejnění 31. 3. 2014 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: < <https://www.czso.cz/documents/10180/20551781/170217-14.pdf/9f50d576-fb17-4b2a-a221-01b0ff96ee3b?version=1.0> >.

**ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** Věkové složení mužů k 31. 12. 2016. In: *Věkové složení obyvatelstva – 2016* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2017a, s. 2. Datum zveřejnění 28. 4. 2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z:<<https://www.czso.cz/documents/10180/45948544/1300641708.pdf/9db2f8bb-06fc-4f8f-ae7-4824f9fadbbd?version=1.0>>.



**ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2016. In: *Věkové složení obyvatelstva – 2016* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2017b, s. 2. Datum zveřejnění 28. 4. 2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/45948544/1300641707.pdf/3af4618d-fe70-4e38-82c4-e00baafc0e3b?version=1.0>>.

**ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** Věkové složení žen k 31. 12. 2016. In: *Věkové složení obyvatelstva – 2016* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2017c, s. 2. Datum zveřejnění 28. 4. 2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/45948544/1300641709.pdf/1d8c1b01-e731-4fa8-839d-c63fd6fa4489?version=1.0>>.

**DIVÁČKÁ, Jitka.** *Kvalita života a sociální problémy seniorů ve společnosti* [online]. Brno, 2011, 101 s. [cit. 2017-04-23]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Institut mezioborových studií. Dostupné z: <[https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/17253/div%C3%A1ck%C3%A1\\_2011\\_bp.pdf?sequence=1](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/17253/div%C3%A1ck%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1)>.

*Domácí zdravotní péče* [online]. **Webové stránky projektu Žít déle doma: služby, které pomohou.** ©2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=8>>.

**GLOSOVÁ, Dagmar a kol.** Jak upravit byt, aby byl bezpečný. In: *O bydlení seniorů* [online]. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2009, s. 26-36 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.diakonie.cz/res/archive/002/000299.pdf?seek=1470992304>>.

**GROLLOVÁ, Eva.** O bydlení seniorů. In: *O bydlení seniorů* [online]. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2009, s. 1-3 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.diakonie.cz/res/archive/002/000299.pdf?seek=1470992304>>.

**HLADÍKOVÁ, Lucie.** *Úrazy seniorů* [online]. Brno, 2012, 112 s. [cit. 2017-04-23]. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství. Dostupné z: <[https://is.muni.cz/th/142407/lf\\_m/Hladikova.pdf](https://is.muni.cz/th/142407/lf_m/Hladikova.pdf)>.

*Jak služba funguje?* [online]. **Život 90: pro seniory a jejich blízké.** ©2008-2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zivot90.cz/201-tisnova-pece/206-jak-sluzba-funguje>>.

**KABELKA, Ladislav.** Geriatrie včera, dnes a zítra. In: *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Datum zveřejnění 13. 10.

2011[cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/geriatrie-vcera-dnes-a-zitra/>>.

*Koncepce oboru geriatrie. Česká gerontologická a geriatrická společnost* [online]. ©2006-2017 [cit. 2017-04-23]. ISSN 1801-7479. Dostupné z: <<http://www.cggs.cz/cz/koncepcegeriatrie/>>.

**LHOTÁKOVÁ, Zdeňka.** Jak vybavit koupelny, WC a kuchyně pro seniory. In: *O bydlení seniorů* [online]. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2009, s. 37-56 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.diakonie.cz/res/archive/002/000299.pdf?seek=1470992304>>.

**MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana.** Specifika diagnostiky a léčby ve stáří. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2016, **18** (2) [cit. 2017-04-23]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <<http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/specifika-diagnostiky-a-lecby-ve-stari-481957>>.

**MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: ODBOR 21.** *Senioři a politika stárnutí: Příprava na stárnutí v České republice* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Poslední aktualizace 4. 11. 2015 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>.

*Návštěvy proti samotě* [online]. **Diakonie Českobratrské církve evangelické.** ©2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<http://brno.diakonie.cz/dobrovolnicke-programy/navstevy-proti-samote/>>.

*O projektu: Žít déle doma* [online]. **Webové stránky projektu Žít déle doma: služby, které pomohou.** ©2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=2>>.

*Odlehčovací služby, stacionáře* [online]. **Webové stránky projektu Žít déle doma: služby, které pomohou.** ©2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=6>>.

*Paliativní péče* [online]. **Webové stránky projektu Žít déle doma: služby, které pomohou.** ©2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=4>>.

*Pečovateľská služba* [online]. **Webové stránky projektu Žít déle doma: služby, které pomohou.** ©2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=5>>.

**ŠLÉGROVÁ, Šárka.** *Prevence pádu u seniorů v domácím prostředí* [online]. Brno, 2009, 117 s. [cit. 2017-04-23]. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: <[https://is.muni.cz/th/310115/lf\\_m/DP\\_Slegrova\\_Sarka\\_ISU\\_2009.pdf](https://is.muni.cz/th/310115/lf_m/DP_Slegrova_Sarka_ISU_2009.pdf)>.

*Telefonická krizová pomoc* [online]. **Webové stránky projektu Žít déle doma: služby, které pomohou.** ©2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=9>>.

*Tísňová péče: nonstop pomoc v krizových situacích* [online]. **Život 90: pro seniory a jejich blízké.** ©2008-2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<https://www.zivot90.cz/201-tisnova-pece>>.

**TROJÁKOVÁ, Iveta.** *Pády seniorů v domácím prostředí a jejich prevence* [online]. Praha, 2012, 88 s. [cit. 2017-04-23]. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta tělesné výchovy a sportu. Dostupné z: <[file:///C:/Users/T/Downloads/DPTX\\_2010\\_2\\_0\\_271482\\_0\\_106095-3.pdf](file:///C:/Users/T/Downloads/DPTX_2010_2_0_271482_0_106095-3.pdf)>

**VACEK Lubomír, Jan KLÁN a Alžběta HÁJKOVÁ.** *Zpráva ze sociologického šetření: Kvalita života českých seniorů v roce 2014* [online]. Praha: Klub společenských věd, 2014, 16 s. [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <<http://www.rscr.cz/wp-content/uploads/2014/10/ZPR%C3%81VA-z-v%C3%BDzkumu-senior%C5%AF-54-14.pdf>>.

*WHO: Global report on falls prevention in older ages* [online]. **Oficiální internetové stránky WHO.** Geneva: WHO, 2007, 47 s. [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <[http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)>.

## 10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Složení obyvatelstva České republiky dle věkových skupin v letech 2001, 2011 a 2016</i> .....	84
Příloha B – <i>Obyvatelstvo České republiky podle věkových skupin v letech 2010 – 2016</i> .....	85
Příloha C – <i>Nevyplněný dotazník</i> .....	86
Příloha D – <i>Vyplněný dotazník od jednoho z respondentů</i> .....	91
Příloha E – <i>Edukační materiál</i> .....	96

Příloha A – Složení obyvatelstva České republiky dle věkových skupin v letech 2001, 2011 a 2016

Tabulka: Složení obyvatelstva České republiky dle věkových skupin v letech 2001, 2011 a 2016

Věková skupina seniorů	Rok 2001		Rok 2011		Rok 2016	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
65-69	190 976	243 585	254 313	306 356	319 288	372 068
70-74	163 890	242 230	165 376	221 401	232 026	300 627
75-79	115 207	209 135	121 381	189 215	137 596	202 479
80-84	42 777	89 990	80 131	151 982	83 098	146 129
85-89	23 394	59 816	35 027	86 702	43 637	95 030
90-94	6 271	20 025	6 674	20 255	12 443	36 554
95-99	579	2 510	1 123	4 386	1 491	5 764
100 let a více	20	166	100	414	166	529
<b>Celkem</b>	<b>543 114</b>	<b>867 457</b>	<b>664 125</b>	<b>980 711</b>	<b>829 745</b>	<b>1 159 180</b>

Zdroj: Český statistický úřad, 2014b; Český statistický úřad 2017a a 2017c; vlastní tvorba

Příloha B – Obyvatelstvo České republiky podle věkových skupin v letech 2010 – 2016

Tabulka: Obyvatelstvo České republiky podle věkových skupin v letech 2010 – 2016

Věková skupina obyvatelstva	Počet osob v %					
	Rok 2010	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016
0-14	14,4	14,8	15,8	15,2	15,4	15,6
15-64	70,1	68,4	67,6	67,0	66,3	65,6
65 +	15,5	16,8	17,4	17,8	18,3	18,8
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Český statistický úřad, 2016; Český statistický úřad 2017b; vlastní tvorba

## DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,  
jmenuji se Markéta Zezulová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice - obor Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který zjišťuje roli pádů v životě seniorů žijících v domácím prostředí. Výsledky dotazníkového šetření jsou přísně důvěrné a budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce. Vámi vybranou odpověď označte, prosím, křížkem.

Po vyhodnocení dotazníku Vás v případě zájmu ráda seznámím s jeho výsledky. Děkuji Vám za Vaši ochotu a Vámi věnovaný čas.

1) Jaké je vaše pohlaví?

- Muž                       Žena

2) Do jaké věkové kategorie patříte?

- 65-74 let  
 75-84 let  
 85 let a výše

3) Kdo s Vámi žije ve Vašem domácím prostředí?

*Můžete vybrat více možností.*

- Manžel/ka, partner/ka  
 Děti  
 Vnoučata  
 Nikdo, bydlím sám/a.  
 Někdo jiný (napište prosím, o koho se jedná):.....

4) Byl/a jste informován/a o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku?

- Ano                       Ne

V případě, že jste byl/a informován o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku, kdo Vám tyto informace poskytl/a?

- Praktický lékař, sestra v ordinaci praktického lékaře
- Lékaři, sestry v nemocnici
- Sousedé, kamarádi, rodina
- Televize, rádio, internet, noviny, časopisy
- Jiné zdroje (jaké):.....

5) Využíváte některé z následujících služeb?

- Domácí péče (zdravotnické služby – převazy, rehabilitace, odběry...)
- Pečovatelská služba (pomoc s úklidem, vařením)
- Tisňová péče (např. AREÍON)
- Nevyužívám žádných služeb
- Využívám jinou službu/jiných služeb (uveďte prosím, jakou/jakých):.....

.....

6) Upadl/a jste v seniorském věku (tj. po 65. roce života) ve Vašem domácím prostředí?

- Ano
- Ne

**Dotazník je dále určen pouze respondentům, kteří odpověděli v předchozí otázce „ano“. V případě, že jste odpověděl/a „ne“, děkuji Vám za ochotu a čas věnovaný vyplňování dotazníku.**

7) V jaké věkové kategorii jste upadl/a ve svém domácím prostředí poprvé?

- 65-74 let
- 75-84 let
- 85 let a výše

8) Měl/a jste v uplynulém roce následkem pádu v domácím prostředí nějaký úraz, který si vyžádal lékařské ošetření?

- Ano
- Ne



9) V případě, že jste neměl/a následkem tohoto pádu úraz, navštívil/a jste i přesto svého praktického lékaře, abyste jej o pádu informoval/a?

- Ano  Ne

Pokud jste o svém pádu praktického lékaře neinformoval/a, proč jste se tak rozhodl/a?

- Pád jsem bral/a jako běžný problém stáří.  
 Když jsem neutrpěl/a zranění, nechtěl/a jsem lékaře obtěžovat.  
 Styděl/a jsem se za nešikovnost.  
 Jiný důvod (napíšte): .....

10) Kolikrát jste v uplynulém roce ve Vašem domácím prostředí upadl/a?

- 1 – 5 krát za uplynulý rok  
 6 – 11 krát za uplynulý rok  
 1 - 4 krát za měsíc  
 Vícekrát za týden  
 Vícekrát za den

11) Ve které části Vašeho domácího prostředí k pádům nejčastěji dochází?

*Můžete uvést i více možností.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Koupelna, WC    | <input type="checkbox"/> Kuchyň                     |
| <input type="checkbox"/> Ložnice         | <input type="checkbox"/> Obývací pokoj              |
| <input type="checkbox"/> Schody          | <input type="checkbox"/> Předsíň, chodba            |
| <input type="checkbox"/> Zahrada, dvorek | <input type="checkbox"/> Jinde (napíšte kde): ..... |

12) Trpíte pády i mimo Vaše domácí prostředí (např. na ulici, v obchodě, v kostele, v parku...)?

- Ano  Ne

13) Co má podle Vás podíl na Vašem pádu/pádech?

*Můžete uvést i více možností.*

- Nevhodná obuv (vyšší podpatky, rozvázané tkaničky, sešlápnuté boty, ...)
- Nebezpečný povrch (shrnovací koberec, kluzká podlaha v koupelně, nevhodný typ podlahy, ...)
- Překážky (schody, prahy mezi místnostmi, kabely od elektrických zařízení a internetu, ...)
- Špatné uspořádání prostoru domácího prostředí (špatně rozestavěný nábytek - úzký prostor pro procházení, nevhodné umístění věcí denní potřeby...)
- Špatné osvětlení (odlesky, nedostatečné osvětlení, ...)
- Neopatrné provádění nepřiměřené činnosti (úklid ve výškách, věšení záclon, ...)
- Jiné (napíšte jaké):.....

14) Došlo na základě této zkušenosti k úpravě Vašeho domácího prostředí?

- Ano                       Ne

15) Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“, jaké změny jste provedl/a?

*Popište prosím konkrétně změny, které jste provedl/a.*

.....  
.....  
.....

16) V případě, že ve Vašem domácím prostředí žádné změny neproběhly, z jakého důvodu?

- Nepovažuji úpravy za důležité.
- S úpravami nesouhlasí rodina (majitel bytu).
- Úpravy nejsou možné z finančních důvodů.
- Nemá mi kdo s úpravami pomoci.
- Jiné (uved'te jaké):.....

17) Ovlivňují podle Vašeho názoru pády kvalitu Vašeho života?

Ano, ovlivňují.

Ne, neovlivňují.

## Příloha D – Vyplněný dotazník od jednoho z respondentů

### DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Markéta Zezulová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice - obor Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který zjišťuje roli pádů v životě seniorů žijících v domácím prostředí. Výsledky dotazníkového šetření jsou přísně důvěrné a budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce. Vámi vybranou odpověď označte, prosím, křížkem.

Po vyhodnocení dotazníku Vás v případě zájmu ráda seznámím s jeho výsledky. Děkuji Vám za Vaši ochotu a Vámi věnovaný čas.

1) Jaké je vaše pohlaví?

Muž                       Žena

2) Do jaké věkové kategorie patříte?

65-74 let

75-84 let

85 let a výše

3) Kdo s Vámi žije ve Vašem domácím prostředí?

*Můžete vybrat více možností.*

Manžel/ka, partner/ka

Děti

Vnoučata

Nikdo, bydlím sám/a.

Někdo jiný (napište prosím, o koho se jedná):.....

4) Byl/a jste informován/a o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku?

Ano                       Ne

V případě, že jste byl/a informován o zvýšeném riziku pádů v seniorském věku, kdo Vám tyto informace poskytl/a?

Praktický lékař, sestra v ordinaci praktického lékaře

Lékaři, sestry v nemocnici

Sousedé, kamarádi, rodina

Televize, rádio, internet, noviny, časopisy

Jiné zdroje (jaké):.....

5) Využíváte některé z následujících služeb?

Domácí péče (zdravotnické služby – převazy, rehabilitace, odběry...)

Pečovatelská služba (pomoc s úklidem, vařením)

Tísňová péče (např. AREÍON)

Nevyužívám žádných služeb

Využívám jinou službu/jiných služeb (uveďte prosím, jakou/jakých):.....

6) Upadl/a jste v seniorském věku (tj. po 65. roce života) ve Vašem domácím prostředí?

Ano

Ne

**Dotazník je dále určen pouze respondentům, kteří odpověděli v předchozí otázce „ano“. V případě, že jste odpověděl/a „ne“, děkuji Vám za ochotu a čas věnovaný vyplňování dotazníku.**

7) V jaké věkové kategorii jste upadl/a ve svém domácím prostředí poprvé?

65-74 let

75-84 let

85 let a výše

8) Měl/a jste v uplynulém roce následkem pádu v domácím prostředí nějaký úraz, který si vyžádal lékařské ošetření?

Ano

Ne

9) V případě, že jste neměl/a následkem tohoto pádu úraz, navštívil/a jste i přesto svého praktického lékaře, abyste jej o pádu informoval/a?

Ano  Ne

Pokud jste o svém pádu praktického lékaře neinformoval/a, proč jste se tak rozhodl/a?

Pád jsem bral/a jako běžný problém stáří.

Když jsem neutrpěl/a zranění, nechtěl/a jsem lékaře obtěžovat.

Styděl/a jsem se za nešikovnost.

Jiný důvod (napište): .....

10) Kolikrát jste v uplynulém roce ve Vašem domácím prostředí upadl/a?

1 – 5 krát za uplynulý rok

6 – 11 krát za uplynulý rok

1 - 4 krát za měsíc

Vícekrát za týden

Vícekrát za den

11) Ve které části Vašeho domácího prostředí k pádům nejčastěji dochází?

*Můžete uvést i více možností.*

Koupelna, WC

Kuchyň

Ložnice

Obývací pokoj

Schody

Předsíň, chodba

Zahrada, dvorek

Jinde (napište kde): .....

12) Trpíte pády i mimo Vaše domácí prostředí (např. na ulici, v obchodě, v kostele, v parku...)?

Ano  Ne

13) Co má podle Vás podíl na Vašem pádu/pádech?

*Můžete uvést i více možností.*

- Nevhodná obuv (vyšší podpatky, rozvázané tkaničky, sešlápnuté boty, ...)
- Nebezpečný povrch (shrnovací koberec, kluzká podlaha v koupelně, nevhodný typ podlahy, ...)
- Překážky (schody, prahy mezi místnostmi, kabely od elektrických zařízení a internetu, ...)
- Špatné uspořádání prostoru domácího prostředí (špatně rozestavený nábytek - úzký prostor pro procházení, nevhodné umístění věcí denní potřeby...)
- Špatné osvětlení (odlesky, nedostatečné osvětlení, ...)
- Neopatrné provádění nepřiměřené činnosti (úklid ve výškách, věšení záclon, ...)
- Jiné (napíšte jaké):.....

14) Došlo na základě této zkušenosti k úpravě Vašeho domácího prostředí?

- Ano                       Ne

15) Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“, jaké změny jste provedl/a?

*Popište prosím konkrétně změny, které jste provedl/a.*

*ŠIKÉ BOTY.....*  
*PODLOŽKA DO VANY.....*  
*ODKROKOVÁ L. PRAHY.....*

16) V případě, že ve Vašem domácím prostředí žádné změny neproběhly, z jakého důvodu?

- Nepovažuji úpravy za důležité.
- S úpravami nesouhlasí rodina (majitel bytu).
- Úpravy nejsou možné z finančních důvodů.
- Nemá mi kdo s úpravami pomoci.
- Jiné (uved'te jaké):.....

17) Ovlivňují podle Vašeho názoru pády kvalitu Vašeho života?

Ano, ovlivňují.

Ne, neovlivňují.



