

!

Faktory související s pády pacientů s Alzheimerovou chorobou

Eva Gajdošíková

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Eva Gajdošíková**
Osobní číslo: **H16071**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Faktory související s pády pacientů s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti mimořádné události – pádu a Alzheimerovy choroby.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Analýza dokumentace.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh využití pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

JAROŠOVÁ, D. Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.

MAUK, K. Gerontological Nursing – Competencies for care. Sudbury, Mass, Jones and Bartlett Publishers, 2006. 846 s. ISBN 0-7637-2843-8.

MIERTOVÁ, M. Riziko pádů v ošetřovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. 136 s. ISBN 978-80271-0850-3.

POKORNÁ, A., D. DOLANOVÁ a V. ŠTROMBACHOVÁ. Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2019. 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.

VYHNÁNEK, R. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-175-9.

ZVĚŘOVÁ, M. Alzheimerova demence. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 17/2 2010

.....

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla - výdělkem jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělkem dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato práce se zabývá problematikou pádů seniorů s Alzheimerovou chorobou. V teoretické části je popsána Alzheimerova choroba a problematika pádů v ošetrovatelské praxi. Vymezení pojmů a teoretických východisek v těchto oblastech.

Práce si klade za cíl zmapovat nejčastější faktory vedoucí k pádu seniorů s Alzheimerovou chorobou. Za metodiku práce bylo zvoleno kvantitativní šetření pomocí retrospektivní analýzy dokumentace za poslední 3 roky a to od ledna roku 2017 do prosince roku 2019. Cílová skupina respondentů jsou senioři nad 65 let věku s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou. Celkový počet respondentů je 150 klientů domova se zvláštním režimem. Dále půjde o zpracování, vyhodnocení a interpretaci získaných dat, pomocí kterých budou zjištěny nejčastější faktory způsobující pády seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, stáří, pád, nežádoucí událost.

ABSTRACT

This work deals with the issue of falls of seniors with Alzheimer's disease. The theoretical part describes Alzheimer's disease and the issue of falls in nursing practice. Definition of concepts and theoretical background in these section.

The aim of the work chart common factors leading to falls of seniors with Alzheimer's disease. A quantitative research was chosen as a methodology of the work. Retrospective analysis of documentation over a period of three years. From January 2017 to December 2019. The target group of respondents are seniors over 65 years of age diagnosed with Alzheimer's disease. The total number of respondents are 150 clients of a home with a special regime. The next part of the work deals with a processing, evaluation and interpretation of obtained data which will be used to identity the most common factors causing fall of seniors with Alzheimer's disease.

Key words: Alzheimer's disease, old age, fall, emergency.

Za odborné vedení a pomoc bych ráda poděkovala paní doktorce Miroslavě Kubicové. Své rodině a svému příteli děkuji za trpělivost a podporu během celé doby mého studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	12
1.1 PŘÍČINA NEMOCI	12
1.2 PŘÍZNAKY	13
1.2.1 Porucha kognitivních funkcí	13
1.2.2 Poruchy chování.....	14
1.2.3 Poruchy denních, aktivit snížení kvality života	14
1.2.4 Psychotické poruchy	14
1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	15
1.4 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ	15
1.4.1 Anamnéza.....	16
1.4.2 Test kognitivních funkcí	16
1.5 LÉČBA	18
1.5.1 Farmakologická léčba	18
1.5.2 Nefarmakologická léčba.....	20
2 PÁD JAKO MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST.....	21
2.1 DEFINICE PÁDU	21
2.2 DĚLENÍ PÁDŮ	21
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY PÁDŮ	21
2.3.1 Vnější faktory.....	22
2.3.2 Vnitřní faktory.....	22
2.3.3 Specifické faktory	23
2.4 PREVENCE PÁDŮ.....	23
2.4.1 Úprava prostředí v domácích podmínkách	23
2.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORA S RIZIKEM PÁDU	24
2.5.1 Problematika pádů seniorů s Alzheimerovou chorobou	25
2.5.2 Hodnotící škály	25
2.5.3 Péče o seniora po pádu.....	26
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
3 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	28
3.1 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	28
3.2 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	28
3.3 SLEDOVANÉ SKUPINY FAKTORŮ ZPŮSOBUJÍCÍ PÁDY	29
3.3.1 Sledované vnitřní faktory.....	29
3.3.2 Sledované vnější faktory	29

3.3.3	Sledované specifické faktory	30
3.4	ORGANIZACE PRÁCE.....	30
3.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	31
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	32
4.1	VNITŘNÍ FAKTORY.....	32
4.2	VNĚJŠÍ FAKTORY	40
4.3	SPECIFICKÉ FAKTORY	45
5	DISKUZE	52
5.1	NÁVRH PRO PRAXI.....	56
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
	SEZNAM TABULEK.....	62
	SEZNAM GRAFŮ	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Potřebu bezpečí zařadil Abraham Harold Maslow mezi nejzákladnější lidské potřeby. A tu je třeba naplňovat a tím přispívat ke zvýšení kvality života. Pády v sociálních zařízeních se řadí mezi mimořádné události a je důležité jejich monitorování. Na zajištění bezpečného prostředí se sestry podílejí velkým dílem. Kontinuální systém monitoringu přispívá ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Toto téma bylo vybráno záměrně. Pracuji v sociálních službách bezmála již deset let a to převážně s lidmi, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Za tuto dobu jsem se již mnohokrát setkala s pády seniorů, a tak jsem rozhodla, zmapovat jaké faktory vlastně nejčastěji souvisejí s pády a do jaké míry je já jako sestra mohu ovlivnit a minimalizovat. Senioři s Alzheimerovou chorobou jsou jedni z nejkřehčích členů naší společnosti. Nemoc jako taková má dopad na všechny aspekty života seniora. Dříve plně soběstačný a aktivní člověk se postupně stává závislý na péči ať už od svých blízkých nebo od poskytovatelů zdravotně – sociální péče. Změna kognitivních funkcí a snížená schopnost orientace v prostoru představují riziko pádu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova nemoc je vážné progresivní a nevratné neurovegetativní onemocnění, má většinou plíživý začátek. V populaci jde o nejčastější se vyskytující formu demence. Patří mezi infaustní onemocnění (Zvěřová, 2017). Toto onemocnění je popsáno jako presenilní stav. Alzheimerova choroba postupně vede k plné závislosti nemocných na péči druhé osoby. „*V současné době je celosvětový počet nemocných odhadován na 35 milionů lidí. V roce 2050 by tento počet mohl narůst až na 115 milionů nemocných*“ (Doležal et al., 2013 s. 91). Německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer roce 1906 poprvé popsal příznaky této choroby. V jeho praxi na psychiatrické klinice v Mnichově jej zaujal případ pacientky Auguste Deterové, která skonala v 55 letech naprosto dementní. Alzheimer provedl pitvu mozku zemřelé a tam našel mnoho neobvyklých plaků a vláken. Po této zkušenosti provedl ještě stovku dalších mikroskopických i makroskopických analýz mozkových tkání. V roce 1910 byly Alzheimerem popsány změny na mozku pojmenované po svém objeviteli (Zvěřová, 2017). Současně s Alzheimerem zkoumal a publikoval toto onemocnění i pražský vědec Oskar Fischer. Tyto změny na mozkové tkáni jsou i nyní chápány jako charakteristické známky nemoci. „*Alzheimerova choroba se vyskytuje nejčastěji u starších lidí, vzácnější, zpravidla u dědičné (tzv. familiární) formy mohou postihnout i mladší jedince. AN postihuje pouze několik procent lidí starších 65 let (3–5 %), ale téměř třetinu lidí 80letých a starších*“ (Holmerová, 2016, s. 6).

1.1 Příčina nemoci

Příčina vzniku Alzheimerovy choroby není zatím zcela známa. Alzheimerova nemoc postupně oslabuje lidský mozek a při této chorobě dochází k úbytku neuronů, snížení synaptické plasticity. Je předpokládáno, že stěžejním mechanismem je tvorba a ukládání beta – amyloidu (AB). V mozkové tkáni zemřelých lze nalézt významné morfologické změny. První jsou extracelulární plaky a druhé jsou intraneuronální neurofibrilární klubíčka (Zvěřová, 2017).

Alzheimerovu chorobu dělíme:

- Podle začátku onemocnění: časná forma (presenilní forma) - první příznaky onemocnění se objevují před 65 rokem života. Pozdní forma (senilní forma) – první příznaky se objevují po 65. roce života.
- Podle dědičnosti: familiární forma má rychlejší průběh onemocnění. Sporadická forma má pozdní nástup onemocnění a nedochází ke genetickým mutacím (Zvěřová,2017).
- Atypické a smíšené formy na jejich vzniku se podílí jak Alzheimerova choroba i vaskulární demence (Zvěřová,2017).

1.2 Příznaky

Charakteristický je plíživý a nenápadný začátek onemocnění. Prvních projevů nemoci si jako první všimne spíše okolí nemocného než on sám. Sám nemocný je považuje za běžný projev stárnutí. Příznaky lze tak rozdělit do několika skupin. Mezi tyto skupiny řadíme poruchy kognitivních funkcí, poruchy chování a poruchy denních aktivit což vede ke snížení kvality života

1.2.1 Porucha kognitivních funkcí

Nejdříve a nejnápadněji je poškozena paměť. Objevuje se amnézie, ta je doprovázena i poruchou soustředění. Objevuje se porucha epizodické paměti a to znamená, že si nemocný není schopen vybavit nedávné prožitky. Dříve je narušena sémantická paměť - nemocný není schopen využít naučené dovednosti. Poté je narušená recentní paměť - opakující se dotazy, neschopnost vybavit si co bylo před chvílí. Procedurální paměť je narušena v těžkých stádiích nemoci. Objevuje se také apraxie, což znamená, že se vyskytne rozpor mezi myšlenkou a skutkem, agrafie při, které se objevuje špatné pořadí písmen ve slově a psaný projev je těžkopádný a neúhledný a alexie kdy nemocný částečně nebo úplně přestává číst (Zvěřová, 2017).

1.2.2 Poruchy chování

Tyto poruchy bývají označeny za nejvýraznější prediktory onemocnění. V pokročilých stadiích onemocnění dochází až dezintegraci osobnosti. Nejčastěji se u nemocných objevuje toulání at' už po bytě či okolí. Objevuje se apatie, agitace, vokalizace, afektivní poruchy, halucinace, bludy, iluze, sexuální disinhibice, agresivita at' už verbální nebo brachiální nebo porucha příjmu potravy (Zvěřová, 2017).

1.2.3 Poruchy denních, aktivit snížení kvality života

V počáteční fázi onemocnění nastává problém zejména v profesní oblasti. Nemocný má obtíže s vykonáváním složitějších denních aktivit. Posléze vážne schopnost vykonávat jednoduché úkony například obsluha domácích přístrojů, nákupy, vaření a podobně. Při progresi onemocnění přestává nemocný zvládat bazální aktivity jako je stravování, oblékání, hygiena začíná se objevovat se inkontinence (Zvěřová, 2017).

S těmito potížemi se i rapidně snižuje kvalita života. Termín kvalita života lze vysvětlit jako rozsah prožívání, jde záležitosti nebo věci, které lidé považují ve svém životě důležité. Kvalita života má vliv na zdraví a pohodu jedinců v každodenních činnostech. Osobní pohoda jako hodnocení osobního života člověka je často vyjádřena skrz kognitivní a emocionální reakce jedince (Hudáková, Majerníková, 2013).

Kvalita života má dynamický charakter, liší se v různých životních etapách a situacích, lze tedy hovořit i o specifických aspektech kvality života. (Hudáková, Majerníková, 2013).

1.2.4 Psychotické poruchy

„Patologicko – anatomické poruchy jsou popisovány léze pravé hemisféry a hlavy temporálního laloku“ (Zvěřová, 2017, s. 72). Tyto poruchy se k základnímu onemocnění přidružují v pokročilejších stadiích nemoci. Objevují se vizuální halucinace, bludy, paranoidní chování, neorientovanost v členech rodiny nebo svou osobou. Typické jsou projevy iluze dvojníka at' už někoho z blízkého okolí nebo nemocného samého (Zvěřová, 2017).

1.3 Rizikové faktory

Na vzniku Alzheimerovy choroby se podílí řada rizikových faktorů. Častější je výskyt u žen. Nemalý podíl na vznik této choroby má také věk. Genetická zátěž se vyskytuje hlavně u familiární formy onemocnění, která se objevuje před 65. rokem života. Mezi další rizika se řadí poruchy iontové rovnováhy na membránách, metabolismus kalcia, zánět a další imunologické faktory a metabolické změny celkové i v metabolismu amyloidu. Pokud v mozku dochází k neurogenerativnímu úbytku neuronů, fosforylace tau proteinu a nedostatku acetylcholinu zvyšuje se riziko vzniku onemocnění. Další s rizikových faktorů je hypertenze a metabolické onemocnění. Také lidé se stavy deprese jsou náchylnější k rozvoji Alzheimerovy choroby (Holmerová, 2016).

1.4 Diagnostika onemocnění

Ke stanovení diagnózy je třeba komplexního vyšetření nemocného. Stanovení diagnózy je důležité pro pacienta i jeho blízké. Diagnostika by měla být včasná, aby pacient mohl naplánovat svou budoucnost a vyřídit vše potřebné na dobu, kdy už nebude schopen za sebe rozhodovat. Pro diagnostiku ACH je nutné, aby byla splněna obecná kritéria pro demenci. Zároveň je třeba vyloučit jinou příčinu demence např. cerebrovaskulární onemocnění, infekční onemocnění, systémovou poruchu atd. Pokud se u nemocného objevují poruchy paměti, měl by se podrobit CT vyšetření mozku pro vyloučení i jiné příčiny demence. CT vyšetření slouží pro vyloučení tumorů, vaskulárních poruch nebo intrakraniálních hematomů (Zvěřová, 2017). Pro diagnostiku Alzheimerovy choroby se v současnosti stále využívají kritéria NINCDS-ADRDA a DSM - IV - National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer's Disease and Related Dementias Association. Těmito ukazateli je možno diagnózu stanovit jako jistou, možnou pravděpodobnou a pravděpodobnou (Zvěřová, 2017).

Pravděpodobná Alzheimerova choroba: „je potvrzená demence klinickým i neuropsychologickým testováním. Porucha kognitivních funkcí je progredientní a je přítomna ve dvou či více oblastech kognice. Začátek klinických příznaků je mezi 40–90 léty života. Nesmí být přítomna jiná porucha, která vede ke vzniku demence“ (Jirák, 2011, s. 136).

Možná Alzheimerova choroba: je přítomen syndrom demence s atypickým začátkem, klinickým obrazem bez známé etiologie, ale není přítomno onemocnění, kterým by bylo možno demenci vysvětlit (Jirák, 2011).

Nepravděpodobná Alzheimerova choroba: u vyšetřovaného je přítomen syndrom demence s náhlým začátkem, fokální neurologické příznaky nebo záchvaty epilepsie či poruchy chůze časně v průběhu onemocnění (Jirák, 2011).

Jistá Alzheimerova choroba: vyšetřovaný splňuje kritéria pro pravděpodobnou Alzheimerovu chorobu hlavní ukazatel je histopatologický důkaz biopsií nebo autopsií (Jirák, 2011).

Pro určení demence je důležité, aby se k poruše paměti (krátkodobé či dlouhodobé) přidal alespoň ještě jeden faktor například omezená soudnost, porucha abstraktního myšlení, porucha dezorientace místem, osobou, časem, porucha kognitivních funkcí. (Schuler, 2010). Příznaky by se měli objevovat déle než šest měsíců. K diagnostice Alzheimerovy choroby se také užívá odběr biochemických márků, jejichž přítomnost je možné zjistit v periferní krvi (Zvěřová, 2017).

1.4.1 Anamnéza

Anamnestické údaje se odebírají přímo od nemocného nebo od druhé osoby. Tento odběr údajů se týká především rodinné zátěže nemocného, nemocný má potíže s pamětí, a tak má tendence zakrýt nedostatky. Dále se sleduje soulad mezi osobními anamnestickými údaji a údaji od druhé osoby (Schuler, 2010).

1.4.2 Test kognitivních funkcí

Mini - mental State Examination (MMSE) – nejčastěji používaný test v našich podmínkách. Byl vyvinut v roce 1975 jako nástroj pro hodnocení kognitivních funkcí. Využívá se jako screening kognitivního deficitu ale také jako primární indikátor k určení stupně ACH. Test má standardizovanou formu. Obsahuje 30 položek z oblasti orientace, krátkodobé paměti, výbavnost, poznávací funkce, čtení, psaní, počítání a apraxii. Čas k absolvování testu je 10 – 15 minut (Pokorná, 2013).

Každá položka je hodnocena 1 bodem. Maximální počet bodů je 30. Hodnocení 5 bodů a méně je považováno za pokročilou demenci. Počet získaných bodů mezi 27 – 30 body je považován za zcela normální výsledek pro dospělé osobu, která nemá kognitivní poruchu. Pomocí tohoto testu jde i provádět monitoring průběhu onemocnění. Provádí se v pravidelných intervalech. Nástroj má vysokou spolehlivost a senzitivitu to je schopnost identifikace pozitivních výsledků. Nejeftektivnější využití je u pacientů s mírným až středním stadiem nemoci. U těžkých forem je nutné zvážit přítomné potíže s pochopením a motivací vyšetřovaného (Pokorná, 2013).

Test kreslení hodin – Clock test, Clock Drawing test se řadí mezi běžně používané testy, doplňuje MMSE při screeningu a monitoringu kognitivních poruch. Posouzení představitosti a provedení úkolů. Dokáže odhalit i lehkou formu demence. Úkolem pacienta je nakreslit hodiny podle instrukcí vyšetřujícího. Tento test hodnotí správnost postavení ručiček, souměrnost kruhu (Pokorná, 2013).

Bodové skóre dle Watsona je od 1- 6 bodů, kdy 1 bod je hodnocen jako bezchybné zaznačení a vyšší počet bodů jak 3 je patologický nále. Test netrvá déle jak 10 minut ani u těžce postižených pacientů. (Pokorná, 2013)

Sedmiminutový test 7 Minute Screen – zahrnuje 4 položky neurokognitivních podtestů, které hodnotí oblastí kognice (Pokorná, 2013).

1. Řeč

V řečovém projevu se hodnotí slovní plynulost, kdy pacient jmenuje co nejvíce zvířat, za každé zvíře dostane 1 bod. U kognitivně intaktní osoby je výsledek 15-18 bodů, u demenčních osob je výsledek nižší jak 12 bodů.

2. Orientace

Test orientace v čase, orientace v pěti položkách.

3. Paměť – vizuální a sluchová paměť. Je hodnoceno spontánní vybavení obrázků 4x4, kdy je možné vyšetřovanému pomoci nápovědou (Pokorná, 2013).

4. Vizuospaciální funkce – hodnotí vizuálně – konstrukční schopnosti. Úkolem vyšetřovaného je nakreslit na ciferníku hodin za deset minut dvě hodiny. Pozoruje se postavení číslic, počet a vzhled ručiček i to jak jdou číslice na ciferníku za sebou (Pokorná, 2013).

Pokud se testováním kladně prokáže porucha kognitivní funkce (myšlení, paměti, řeči atd.), je zapotřebí jej doplnit vyšetřením neurologem a psychiatrem, který celý diagnostický proces dokončí pomocí dalších testů a zobrazovacích metod (CT či MR mozku). *Pokud se diagnóza Alzheimerovy nemoci potvrdí, měl by být pacient i nadále v péči specialisty, který mu předepíše léky, které mohou zmírnit příznaky nemoci, zůstat by měl samozřejmě také v péči praktického lékaře* (Holmerová, 2018, s. 11).

K diagnostice Alzheimerovy choroby se také užívá odběr biochemických márkůrů jejíž přítomnost je možné zjistit v periferní krvi. Literatura uvádí například glukokortikoidy, prozánětlivé cytokiny, plazmatické koncentrace kortizolu a hemocysteinu (Zvěřová, 2017).

1.5 Léčba

V současné době patří Alzheimerova nemoc k nevléčitelným poruchám. Pokud je nemoc diagnostikována včas a je nasazena podpůrná léčba je možno progresi onemocnění zpomalit a oddálit tak postup do těžkých stadií (Zvěřová 2017).

Odborníci z řad geriatrů, psychiatrů a neurologů kombinují farmakologickou léčbu s nefarmakologickou. Součástí léčby je i důsledná terapie přidružených onemocnění. Lidé nad 65 let jsou často polymorbidní a tak je na pečujících dohlížet na užívání léčiv.

1.5.1 Farmakologická léčba

V literatuře je uvedeno několik skupin farmak, které přináší kýžený účinek. Současná medicína má k dispozici dvě skupiny léčiv. U té první je použití podloženo důkazy evidence – based (Zvěřová,2017). V posledních několika letech se využívají antialzheimerika jako donepezil, galantamin, rivastigmin a memantin. Tyto léčiva předepisují výhradně psychiatři. Piracetam je v hojné míře podávaný lék ze skupiny nootropik ale nemá dostatečný efekt a má budivý účinek a to může způsobovat nespavost, neklid, úzkost až agresivitu (Kučerová, 2013).

Centrální inhibitory acetylcholinesterazy (ACHE)

Inhibice enzymu, který nemůže rozkládat v synaptických spojích neuromediatoracetylcholin. Po dodání této látky je jí dostatečné množství pro přenos nervového signálu centrální nervovou soustavou (Doležal, 2013). Tyto léčiva dělíme do dvou podskupin dle jejich kompetice s aktivním místem ACHE. Kompetivní inhibitory ACHE: přímo interagují s aktivním místem enzymu, který rozkládá acetylcholin (Doležal, 2013). Nekompetivní inhibitory ACHE: inhibují do jiné části aktivního místa. Donepezil patří mezi nejúčinnější centrální inhibitory ACHE. Brání ukládání β – amyloidních plaků v CNS. Má minimum vedlejších účinků a neuroprotektivní účinek (Doležal, 2013).

Inhibitory NMDA receptorů

Inhibiční schopnost memantinu vůči NMDA receptorů centrální nervové soustavě je způsobené jeho vazbou uvnitř kanálu receptoru. Memantin brání aktivaci NMDA receptorů. Při ACH je v CNS zvýšená hladina glutamové kyseliny. Působí jako neuroprotektivum. (Doležal, 2013).

Při léčbě Alzheimerovy choroby je k dispozici celé řada farmakoterapeutický léčiv, kde jejich účinek není podložen důkazy. Jako doplňková léčba v kombinaci s kognitivny jsou podávány extrakty z ginkobiloby. V České republice je v dnešní době dostupný preparát Acutil, užívaný jako doplněk stravy (Zvěřová, 2017).

Antipsychotika

U pacientů nad 65 let je nevhodné podávat olanzapin, benzodiazepinové léčiv (Kučerová, 2013). Při tomto závažném onemocnění se často využívají antipsychotika jako doplněk léčby. K léčbě zmatenosti lékaři také předepisují tiaprid. Velmi dobrý účinek má také haloperidol v malých dávkách. Jde o incizivní antipsychotikum (Martínková, 2018). Na trhu je v tabletách anebo ve formě kapek. Ovlivňuje neklid a agresivitu. v praxi se také osvědčil risperidon. Risperidon je atypické antipsychotikum 2. generace, které potlačuje psychózu – afektivní a negativní příznaky. Nejčastější zástupci jsou Medorisper, Rorendo Oro. Quetiapin se využívá u psychotických poruch, které jsou způsobeny organickou příčinou (Martínková, 2018).

1.5.2 Nefarmakologická léčba

K pozastavení progresu onemocnění se také používá nefarmakologická léčba. Snahou této léčby je nemocného udržet co nejdéle v běžném životě a v sociálních aktivitách (Zvěřová, 2017). Většinou ve formě různých psychoterapií, rehabilitaci za pomoci běžných denních aktivit například ruční práce. Vhodná aktivizace je také reminiscence formou reminiscenčních kufříků, hudby z mládí, fotografií a tak dále. V denních stacionářích nebo domovech se zvláštním režimem je možné provádět krátké tréninky paměti. Ať už ve skupině nebo individuálně (Kučerová, 2013).

Základ tvoří správný psychologický přístup a velkou trpělivost k nemocnému. S prohlubujícím se stadiem onemocnění je nutné tyto aktivity používat co nejlehčí. Nemocný by měl mít k dispozici správné stimuly a vjemy.

2 PÁD JAKO MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST

Pád je nežádoucí a mimořádná událost osoby jak v domácím prostředí nebo za hospitalizace v nemocničním nebo sociálním zařízení. O závažnosti pádů seniorů svědčí hlavně četnost výskytu a následky. Následky pádů mohou být fyzického, psychického, a i ekonomického rázu.

2.1 Definice pádu

Pád je situace, při níž se senior neplánovaně dostane na podlahu nebo na jiný vodorovný povrch, který se nachází níže než je on sám. Může být s poraněním nebo bez poranění (Pokorná, 2019). Tato událost je nezamýšlená, kdy může být přítomen svědek nebo ne. Při pádu se nejedná o záměrný pohyb. Pád je nejčastější nežádoucí událost u seniorů nad 65 let věku. Nejčastěji dochází k pádům v ústavní péči anebo v domácích podmínkách.

2.2 Dělení pádů

- 1) Pád, bez přítomnosti úrazu – senior necítí po pádu bolest, nemá žádné zjevné zranění
- 2) Pád, při kterém došlo lehkému poranění – v souvislosti s pádem vznikl hematom nebo odřenina. Lékařské pomoci nebylo třeba.
- 3) Pád, při kterém došlo ke střednímu poranění – vyžaduje lékařský zásah. Je nutné ošetření například sutura tržné rány nebo RTG vyšetření, aby se vyloučila zlomenina.
- 4) Pád, při kterém došlo k těžkému poranění – jsou to zlomeniny nebo tržné rány, které je třeba řešit velkým chirurgickým zákrokem. Nejzávažnějším důsledkem pádu může být i smrt na základě komplikací po pádu (Mácháčová, 2019).

2.3 Rizikové faktory pádů

Rizikové faktory, které mohou mít za následek pád lze obecně popsat. Nejčastěji se vyskytovaným rizikovým faktorem je věk. Dále kognitivní poruchy a onkologické onemocnění často přispívají k pádu. Dále k nežádoucí události mohou přispět komplikace chronických onemocnění například diabetes mellitus či prodloužená délka hospitalizace. Také dehydratace a malnutricie mají vliv na výskyt pádů. I účinky medikace jako jsou analgetika, psychofarmaka, betablokátory mohou ovlivnit koordinaci pohybů (Mácháčová, 2019).

Okolnosti, které mohou ovlivnit vznik pádu se dělí na vnější, vnitřní nebo specifické.

2.3.1 Vnější faktory

Vnější faktory neovlivní zdravotní stav seniora, ale prostředí může ovlivnit incidenci pádů. Pro snížení rizika pádů je důležité věnovat zvýšenou pozornost těmto faktorům.

Klouzající koberce, volně položené předměty na podlaze nebo povrch podlahy mohou způsobit pád. Senior může mít často nevhodnou obuv s klouzající podrážkou nebo zvolí nesprávnou velikost. Pokud je senior hospitalizován může pád zapříčinit neznámé prostředí či restriktivní opatření. Nevhodně zvolené kompenzační pomůcky jako jsou například příliš vysoké nebo nízké berle, chodítka, nestabilní invalidní vozíky jsou také jedny z faktorů vedoucí k pádu. Řadíme do této skupiny faktorů také nesprávné stavební uspořádání míst například chybějící madla v koupelně nebo na chodbě a také nevyhovující osvětlení kde se senior pohybuje (Pokorná, 2019).

2.3.2 Vnitřní faktory

Za vnitřní rizikové faktory zvyšující riziko pádů se považuje dlouhodobý pobyt na lůžku a následná vertikalizace bez dozoru. Pokud má senior již pád v anamnéze a nejistou chůzi je potřeba zvýšeného dohledu při pohybu seniora. Sleduje se také stav nutriční a hydratační seniora. Dalším významným faktorem z této skupiny je také přítomnost poruchy vestibulárního aparátu. Taktéž neurologické onemocnění, choroby pohybového aparátu diabetes mellitus jsou významným vnitřním faktorem, který zvyšuje riziko pádu (Pokorná, 2019).

2.3.3 Specifické faktory

Pečující by měl sledovat i seniora před pádem a monitorovat jeho fyziologické funkce. Trvale užívané medikace jako hypertenziva, diuretika, hypnotika a léky ovlivňující CNS mají dílčí vliv na vznik pádu seniora (Pokorná, 2019).

2.4 Prevence pádů

Do prevence pádů je zahrnuto především režimové opatření. V prevenci je kladen nárok na to, aby se zabránilo těžkým poraněním S využitím vhodných preventivních technik je možné riziko pádů minimalizovat (Pokorná, 2019). Pády pacientů jsou od roku 2002 sledovány na národní úrovni, koordinátorem je Česká asociace sester. Metodiku prevence pádů si definují jednotlivá zařízení sami. Edukace probíhá u každého pracovníka dle jeho pracovního zařazení formou seminářů nebo schůzek s vedoucími pracovníky. Ověřování znalostí může probíhat formou kontrol nebo auditů (Pokorná, 2019).

2.4.1 Úprava prostředí v domácích podmínkách

Pokud je nemocný v domácím prostředí je zapotřebí uzpůsobit i domácnost.

1. Eliminace výškových rozdílů – člověka s demencí vyvede z rovnováhy i nepatrný rozdíl například mezi prahem a podlahou, nemocný tak může snadno zakopnout.
2. Řádně upevněné zábradlí na schodišti, aby s nemocný při pohybu na schodech cítil bezpečně a nepanikařil a neupadl.
3. Přilepení volně položených koberců, vyvarovat se výrazných vzorů na podlaze – mohou vypadat jako překážka
4. Odstranit nebo lépe uložit volně položené předměty na podlaze jako jsou kabely, nízké stolky nebo taburety (Prokopová, 2018).

2.5 Ošetřovatelská péče o seniora s rizikem pádu

„Setra poskytuje péči v rozsahu vymezených kompetencí dle Zákona č. 96/2004 Sbírky o nelékařských zdravotnických povolání. Je povinností sestry zabránit okolnostem, které by vedly k poškození člověka, je aktivní při poskytování péče, často kontroluje seniorův stav“ (Heřmanová, 2012, s. 67). Kvalitně poskytovaná ošetřovatelská péče vychází především z potřeb seniora. U seniorů dochází často k poklesu mobility a tím se zvyšuje míra závislosti

Pokud senior pobývá v sociálním nebo zdravotnickém zařízení je to pro něj nejen stresující po psychické stránce – noví lidé, jiný režim dne a tak podobně ale nové naznáme prostředí je pro něj vysoce rizikové. (Jarošová, 2015) Personál by měl proto věnovat velkou pozornost jak už prevenci pádů, tak i péči o seniora samotného. To znamená nastavit dobře ošetřovatelský plán a s ním spojené ošetřovatelské diagnózy a intervence. Sestra u seniora nastavuje ošetřovatelské diagnózy pomocí rizikových faktorů

Mezi nejčastější ošetřovatelské diagnózy se řadí Riziko pádu, chronická zmatenost, zhoršená chůze, nevyvážená výživa méně než je třeba organismu a syndrom křehkosti ve stáří (Herdman, 2015).

V ošetřovatelské anamnéze se hodnotí rizika pádů při příjmu seniora do zařízení. Při změně zdravotního stavu při změně medikace nebo po pádu samotném se riziko přehodnocuje. Ve zdravotnických zařízeních je tento senior označen například barevným náramkem. Na pracovně sester může být tento senior graficky označen v přehledu ostatních hospitalizovaných pacientů. U seniorů s Alzheimerovou chorobou je edukována rodina o tomto značení (Pokorná, 2019).

S rizikem pádů u seniorů je spojen syndrom křehkosti - frailty, soubor, který v podstatě definuje geriatrického pacienta. Hlavní ukazatel je ztráta tělesné hmotnosti, sarkopenie – úbytek svalové hmoty, zpomalování chůze, unavenost. Snížení kognitivních funkcí seniora vlivem Alzheimerovy choroby tento syndrom prohlubuje (Holmerová, 2015).

Senioři s poruchou kognitivních funkcí jsou také ohroženi rizikem vzniku podvýživy a dehydratace. Nedostatečný příjem stravy a tekutin může vést také k pádu.

Velká pozornost by také měly být věnována seniorovi s diabetes mellitus kdy je ohrožen hypoglykemií. Důležitá je pečlivá anamnéza, zvolení vhodných hodnotících škál a technik (Holmerová, 2015).

2.5.1 Problematika pádů seniorů s Alzheimerovou chorobou

Bezpečnost je u nemocného s Alzheimerovou chorobou klíčová. Lidé s Alzheimerovou chorobou nejsou schopni míru rizika vyhodnotit (Prokopová, 2018).

Stavy zmatenosti a tím i riziko pádů se zvyšuje i dehydratací, užitím psychofarmak, hypnotik. Nemocný se začíná špatně orientovat ve známém prostředí a v novém prostředí (nemocnice, domov se zvláštním režimem) je zcela bezradný (Faleide, 2010). Tato nejistota a strach zvyšuje riziko pádů. U nemocných se mohou vyskytnout stavy agitace, neklidu, pocit, že musí někam odejít. I když už se pohybují na invalidním vozíku, mohou mít tendence vstávat nebo překonávat postranice v opozici. Při tomto stavu je nutný bedlivý dozor ošetřujícího personálu. Nenechat nemocného bezprizorně bloudit, spíše je dobré nabízet mu doprovod.

2.5.2 Hodnotící škály

1. Hodnocení rizika pádu – Morse Fall Scale a hodnocení rizika pádů dle Conleoyvé
2. Mini Nutritional Assessment (MNA) – škála pro hodnocení stavu výživy ve formě standardizovaného dotazníku, používá se ve zdravotnických zařízeních i poskytovatelů sociálních služeb – domovy pro seniory, domov se zvláštním režimem (Pokorná, 2013).
3. Test ADL – Activity of Daily Living – Barthelové test základních denních činností nejužívanější test pro hodnocení soběstačnosti ve formě strukturovaného dotazníku (Pokorná, 2013).
4. Mini – Mental State Examination (MMSE) - škála pro hodnocení mentálního stavu.

2.5.3 Péče o seniora po pádu

Při pádu seniora je prioritou informovat ihned lékaře. Nutné je posouzení stavu vědomí dle Glasgow comma scale. Sestra změří fyziologické funkce jako krevní tlak, pulz. U diabetiků je nutné změřit hodnoty glykemie. Pokud je třeba sestra zahájí kardiopulmonální resuscitaci. Je zapotřebí zajištění bezpečnosti seniora aby nedošlo k druhotnému poranění. Na základě ordinace lékaře ošetří poranění nebo zajistí potřebné vyšetření (Pokorná, 2019). Proveďte se záznam do dokumentace, vypíše se mimořádná událost. Do formuláře pro nežádoucí/ mimořádnou událost se zapíše osobní údaje, kde k pádu došlo, zda byl přítomen svědek, čas a popis incidentu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 Cíl bakalářské práce

Práce si klade za cíl zjistit nejčastější faktory vedoucí k pádům seniorů s Alzheimerovou chorobou

Dílčí cíl č. 1 Zjistit nejčastější vnitřní faktory vedoucí k pádům seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit nejčastější vnější (zevní) faktory vedoucí k pádům seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit nejčastější specifické faktory vedoucí k pádům seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Dílčí cíl č. 4 Zjistit, zda existuje rozdíl v četnosti rizikových faktorů vedoucích k pádu seniorů s Alzheimerovou chorobou v letech 2017 až 2019

3.2 Metodika průzkumného šetření

K získání dat byla použita kvantitativní metoda šetření, a to analýza dokumentace klientů domova se zvláštním režimem. K šetření byly využity informace ze zápisů mimořádných událostí, lékařská dokumentace a také ošetrovatelská dokumentace a to od roku 2017 do konce 2019. Tyto informace se zaznamenávaly do nestandardizovaného formuláře. Formulář pro sběr má rozsah 4 listy velikosti A4 (Příloha č. 1), tento formulář je vypracován na základě stanovených cílů práce. Ke každé mimořádné události byl přiřazen jeden formulář. Celkově bylo hodnoceno 150 formulářů. Skupinu respondentů tvoří 150 klientů s Alzheimerovou chorobou nad 65 let věku. V každém jednom roce bylo zkoumáno celkem 50 seniorů. Z průzkumného šetření byli vyřazeni klienti, kteří mají jinou formou demence. Získaná data byla vložena do tabulek a grafů. Výsledky byly řazeny v pořadí vnitřní, zevní a specifické faktory. V tabulkách jsou výsledky šetření uváděny v absolutní a relativní četnosti (%). V textu jsou uváděny absolutní četnosti, relativní četnost je uváděna v závorce.

3.3 Sledované skupiny faktorů způsobující pády

3.3.1 Sledované vnitřní faktory

V šetření byly jako vnitřní faktory sledovány tyto parametry.

Pohlaví bylo rozděleno na ženské a mužské.

Věk byl rozdělen v rozmezí 65 – 70 let, 70-79 let, 79- 90 let a 90 a více let.

Diagnóza. Senioři trpí primární diagnózou Alzheimerovy choroby. Do dalších diagnóz jsou zahrnuty choroby, které mohou mít vliv na vznik pádu. Pacienti s jiným typem demence jako je například vaskulární demence a jiné nebyli do šetření zahrnuti. Do dalších diagnóz jsou zahrnuty choroby, které mohou mít vliv na vznik pádu. Mezi tyto diagnózy se řadily hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, presbyakuze, presbyopie, Parkinsonova choroba a ischemická choroba srdeční. Další diagnózy, které se tak často neobjevovaly byly zařazeny pod pojmem jiné.

Poruchy smyslového vnímání: v šetření se sledovalo, zda senior nosí brýle, naslouchátko nebo nenosí.

Stav hydratace byl rozdělen do 3 stupňů, a to v rozmezí 1500 ml a méně, 1500 až 2000 ml, 2000 ml a více za 24 hodin kdy je započítán jak příjem per os tak intravenózní příjem.

3.3.2 Sledované vnější faktory

V šetření byly jako vnější faktory sledovány tyto parametry.

Denní doba: je sledována od 7,00 hod – 13,00 hod, 13,00 – 19,00 hod, 19,00 – 24,00 a 24,00 – 7,00 hodinou.

Lokalita je sledovaný parametr, kde nejčastěji dochází k pádům.

Činnost: je sledovaný parametr při, které činnosti k pádu došlo.

Obuv: sledován je také stav obuvi jaké měl pacient v době pádu či zda ji vůbec měl obutou.

Užívání kompenzační pomůcky: je sledováno, zda ji pacient měl v době pádu a jakou pomůcku užívá.

3.3.3 Sledované specifické faktory

V šetření byly jako specifické faktory sledovány tyto parametry.

Medikace: nejčastěji užívaná medikace, která má vliv na stabilitu seniorů či by mohli ovlivňovat orientaci.

Stav před pádem: parametr, který sleduje stav, který mohl zapříčinit pád například užití medikace či dezorientace pacienta. Pokud byl pád z jiného důvodu, byl zastoupen v kolonce jiné.

Fyziologické funkce: byly rozděleny na hodnoty krevního tlaku za fyziologickou hodnotu je považováno rozmezí 120-139/ 80-89 mmHg. Pod touto hranicí je hodnota snižená a tím pádem riziková nebo naopak vyšší též hodnota riziková. Hodnota pulzu byla měřena aktuálně po pádu. Hodnota glykemie je měřena po pádu pouze diabetiků, kteří jsou jakkoliv kompenzováni. Sledovalo se, zda nastala hypoglykémie či hyperglykémie.

Dále se sledují hodnotící škály, nejčastěji užívané v zařízení, ve kterém je prováděno šetření. Mezi tyto hodnotící škály se řadí Mini – mental test a ADL dle Barthelové. Tabulka je rozdělena dle bodového hodnocení uvedeného v těchto škálách.

Výsledek incidentu sleduje nejčastější důsledky pádů. Tento parametr je důležitý pro zhodnocení, zda mají některé důsledky vzestupný charakter.

3.4 Organizace práce

Nejprve byl zvolen cíl práce. Na základě těchto cílů byl vyhotoven formulář pro sběr dat. S ohledem na diagnózu respondentů nebylo možné provést dotazníkové šetření. Před začátkem šetření byl zajištěn písemný souhlas od ředitelky Alzheimercentra ve Zlíně (Příloha č. 2). Díky němuž mi byl umožněn přístup k dokumentaci klientů. Sběr dat jsem prováděla sama a získané informace jsem zapisovala do již zmíněného formuláře. Uvedená data jsou rozdělena na roky 2017, 2018, 2019. Celkový počet formulářů hodnocených byl 150.

3.5 Zpracování získaných dat

Data byla zpracována do přehledných tabulek a grafů a k tomu byly využity programy Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Data jsou uvedena v absolutní četnosti, což znamená počet respondentů a relativní četnosti, což vyjadřuje, kolik procent z celkového počtu připadá na danou dílčí hodnotu vyjádřenou v procentech. Zkoumané údaje jsou vždy uvedeny nad každou tabulkou a nad každým grafem. K tabulkám a grafům je připojen slovní komentář. Jednotlivé faktory jsou v grafech hodnoceny jako celek. Pro lepší znázornění, nejčastějšího faktoru. V tabulce pod ním je zmapován existuje rozdíl v četnosti rizikových faktorů vedoucích k pádu seniorů s Alzheimerovou chorobou v letech 2017 až 2019.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

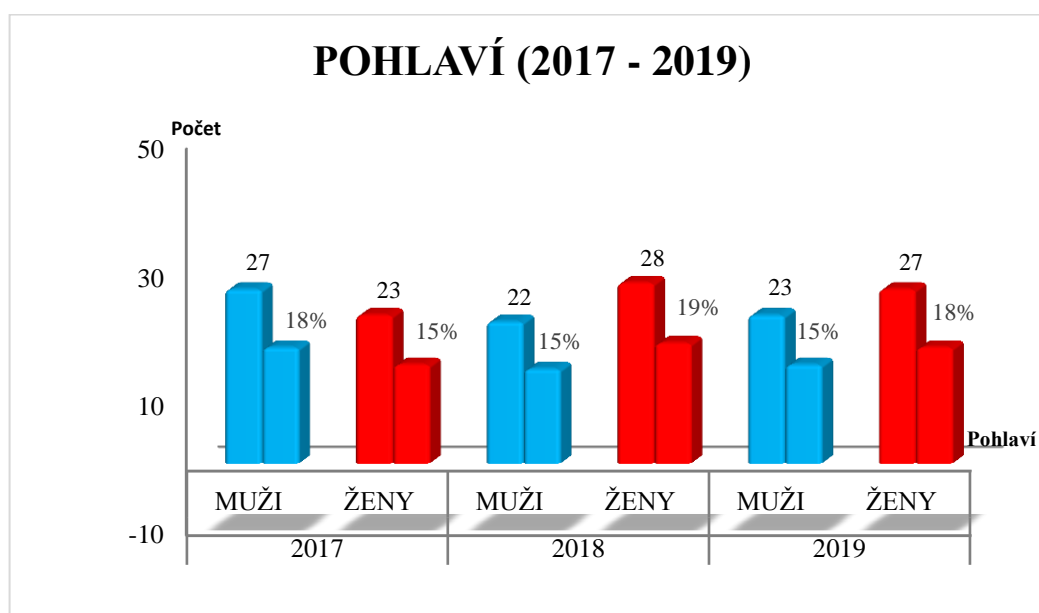
4.1 Vnitřní faktory

FAKTOR Č. 1 POHLAVÍ

V roce 2017 byly ženy zastoupeny v počtu 27 (18 %) a muži v počtu 23 (15 %) z celkového počtu respondentů. V roce 2018 byly ženy zastoupeny v počtu 28 (19 %) a muži byli zastoupeni v počtu 22 (15 %) z celkového počtu. V roce 2019 byly ženy zastoupeny v počtu 27 (18 %) a muži byli zastoupeni v celkovém počtu 23 (18 %). Tabulka č. 1 ukazuje celkové zastoupení pro jednotlivé roky v celkovém počtu respondentů 150. Mezi jednotlivými roky jde vidět, že se poměr mužů a žen mění, ovšem v letech 2018 a 2019 byly k pádům náchylnější spíše ženy.

ROK	POHLAVÍ	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
2017	MUŽI	27	18
	ŽENY	23	15
2018	MUŽI	22	15
	ŽENY	28	19
2019	MUŽI	23	15
	ŽENY	27	18
CELKEM		150	100

Tabulka č. 1 Pohlaví



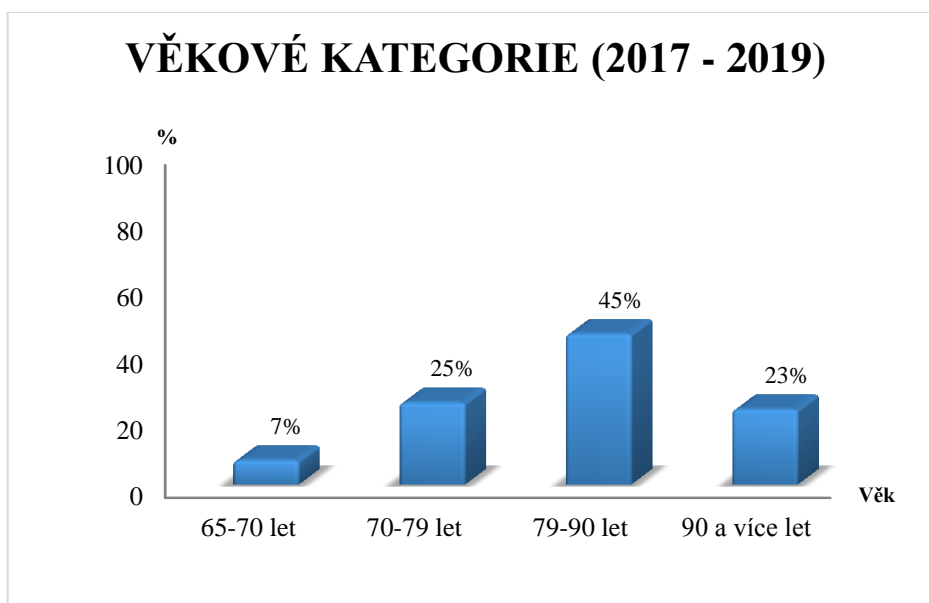
Graf č. 1 Pohlaví

FAKTOR Č. 2 VĚKOVÉ KATEGORIE

V letech 2017 – 2019 byly zaznamenány pády nejčastěji ve věkové skupině 79 – 90 let v počtu 68 (45%) respondentů. Ve věkové kategorii 70 – 79 let se pády vyskytovaly u 37 (25%) respondentů. Ve věkové kategorii 90 a více let se pády vyskytovaly u 34 (23 %) respondentů. Tabulka č. 3 ukazuje věkové kategorie dle pohlaví.

VĚK	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
65-70 let	11	7
70-79 let	37	25
79-90 let	68	45
90 a více let	34	23
CELKEM	150	100

Tabulka č. 2 Věkové kategorie



Graf č. 2 Věkové kategorie

Nejvíce respondentů ve věkové kategorii 79 – 90 let upadlo v roce 2017, v dalších letech 2018 a 2019 byl počet stejný. Ve všech zkoumaných letech však nejméně upadlo respondentů ve věkové kategorii 65 – 70 let. Ve věkové kategorii 70 - 79 let stoupá počet respondentů, kteří upadli. Respondenti ve věkové kategorii 90 a více let jsou téměř ve stejném poměru ve všech letech.

VĚK	2017		2018		2019	
	MUŽI	ŽENY	MUŽI	ŽENY	MUŽI	ŽENY
65-70 let	1	2	3	2	1	2
70-79 let	2	5	8	8	8	6
79-90 let	15	11	9	12	8	13
90 a více let	9	5	2	6	6	6
CELKEM	27	23	22	28	23	27

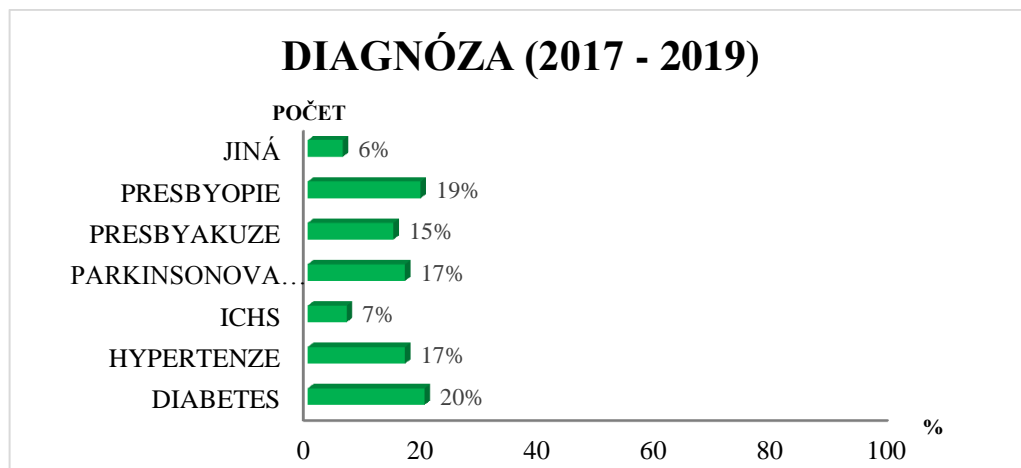
Tabulka č. 3 Věkové kategorie dle pohlaví

FAKTOR Č. 3 DIAGNÓZA

V letech 2017–2019 byl pád u 30 (20 %) způsoben nestabilní hladinou glykemie. 29 (19 %) respondentů upadlo s oční vadou – presbyopii. Parkinsonova nemoc zapříčinila pád u 25 (17 %) respondentů. Hypertenze způsobila pád u 25 (17 %) respondentů. Presbyakuze zapříčinila pád u 22 (15 %). Ischemická choroba srdeční zapříčinila pád u 10 (7 %). U 9 (6%) respondentů se objevuje jiná diagnóza, která mohla mít vliv na pád. V těchto případech se vyskytovali diagnózy typu gonartrózy, epilepsie nebo astma bronchiale.

DIAGNÓZA	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
DIABETES	30	20
HYPERTENZE	25	17
ICHS	10	7
PARKINSONOVA NEMOC	25	17
PRESBYAKUZE	22	15
PRESBYOPIE	29	19
JINÁ	9	6
CELKEM	150	100

Tabulka č. 4 Diagnóza



Graf č.3 Diagnóza

V letech 2017 měli k pádům sklony spíše muži s Parkinsonovou chorobou a s diabetem. V dalších letech tento trend má sestupný charakter. Naopak v roce 2017 upadlo nejméně respondentů s presbyakuzí než v dalších letech. Respondenti s diagnostikovanou hypertenzí více padali v letech 2018 a 2019.

DIAGNÓZA	2017		2018		2019	
	MUŽI	ŽENY	MUŽI	ŽENY	MUŽI	ŽENY
DIABETES	6	5	6	4	3	6
HYPERTENZE	2	4	6	4	6	3
ICHS	3	0	2	2	1	2
PARKINSONOVA NEMOC	7	5	4	3	2	4
PRESBYAKUZE	2	3	1	5	7	4
PRESBYOPIE	5	4	2	6	4	8
JINÁ	2	2	1	4	0	0
CELKEM	27	23	22	28	23	27

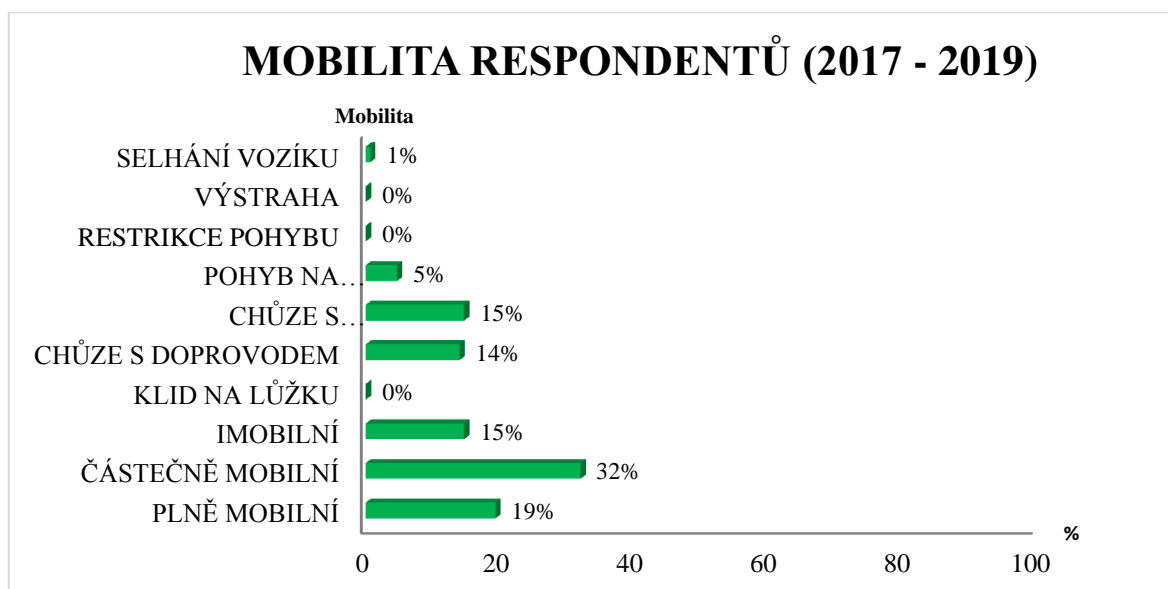
Tabulka č.5 Diagnózy dle pohlaví

FAKTOR Č. 4 MOBILITA RESPONDENTŮ

V tabulce č. 6 je znázorněna mobilita respondentů v daném období, 48 (32 %) respondentů, kteří upadli tak jsou částečně mobilní. 29 (19 %) respondentů jsou plně mobilní. 22 (14 %) upadli imobilní respondenti. 21 (14 %) respondentů využívá při chůzi doprovod personálu. 22 (15 %) respondentů využívá při chůzi kompenzační pomůcku, nejčastěji se jedná o francouzskou hůl, vysoké chodítko a na invalidním vozíku se pohybuje 7 (5 %) respondentů. Tabulka č. 7 ukazuje mobilitu respondentů dle pohlaví.

MOBILITA	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
PLNĚ MOBILNÍ	29	19
ČÁSTEČNĚ MOBILNÍ	48	32
IMOBILNÍ	22	15
KLID NA LŮŽKU	0	0
CHŮZE S DOPROVODEM	21	14
CHŮZE S KOMPENZAČNÍ POMŮCKOPU	22	15
POHYB NA INVALIDNÍM VOZÍKU	7	5
RESTRIKCE POHYBU	0	0
VÝSTRAHA	0	0
SELHÁNÍ VOZÍKU	1	1
CELKEM	150	100

Tabulka č. 6 Mobilita respondentů



Graf č. 4 Mobilita respondentů

V jednotlivých letech jde jasně vidět, že nejvíce mají sklony k pádům respondenti, kteří jsou částečně mobilní nebo ti, kteří k chůzi využívají kompenzační pomůcku. Selhání invalidního vozíku zapříčinilo pád pouze v jednom případě, a to v roce 2018.

MOBILITA KLIENTA	2017		2018		2019	
	MUŽI	ŽENY	MUŽI	ŽENY	MUŽI	ŽENY
PLNĚ MOBILNÍ	4	6	2	4	6	7
ČÁSTEČNĚ MOBILNÍ	8	6	10	7	9	8
IMOBILNÍ	5	4	4	5	3	1
KLID NA LŮŽKU	0	0	0	0	0	0
CHŮZE S DOPROVODEM	2	4	2	4	2	7
CHŮZE S KOMPENZAČNÍ POMŮCKOU	6	1	3	7	2	3
POHYB NA INVALIDNÍM VOZÍKU	2	2	0	1	1	1
RESTRIKCE POHYBU	0	0	0	0	0	0
VÝSTRAHA	0	0	0	0	0	0
SELHÁNÍ VOZÍKU	0	0	1	0	0	0
CELKEM	27	23	22	28	23	27

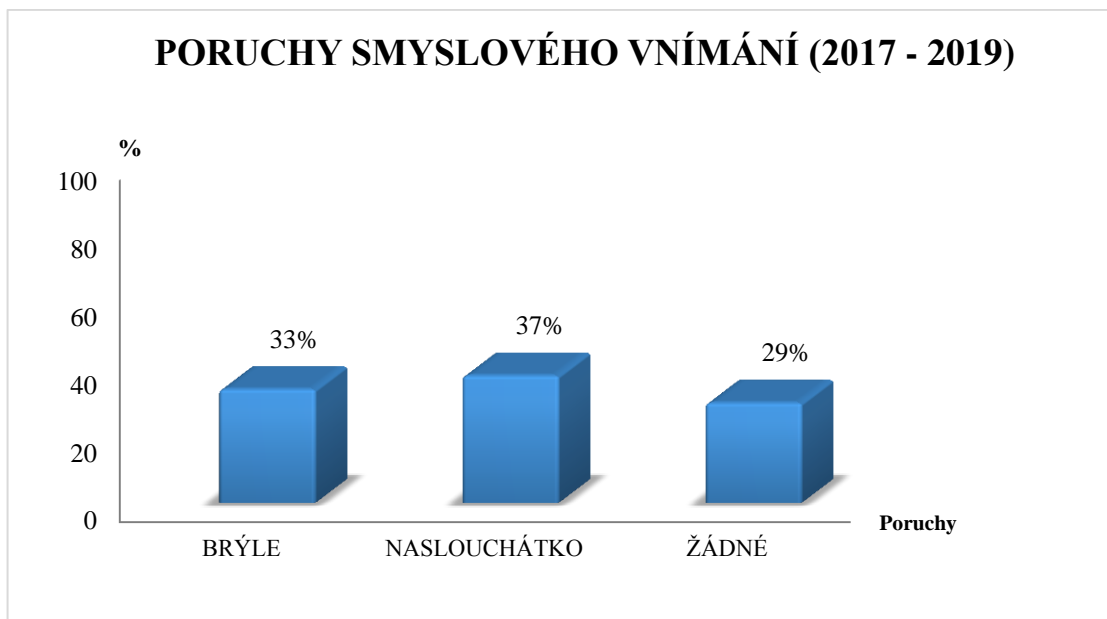
Tabulka č. 7 Mobilita dle pohlaví

FAKTOR Č. 5 PORUCHY SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ

Nejvíce jsou k pádu náchylní ti, kteří mají sluchovou poruchu a nosí naslouchátko, a to v počtu 56 (37 %) respondentů a měli jej nasazeno v době pádu. Respondenti v počtu 50 (33 %) nosí dioptrické brýle. 44 (29 %) respondentů v době pádu neužívalo žádné pomůcky k úpravě smyslové poruchy.

PORUCHY SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
BRÝLE	50	33
NASLOUCHÁTKO	56	37
ŽÁDNÉ	44	29
CELKEM	150	100

Tabulka č. 8 Smyslové poruchy



Graf č. 5 Smyslové poruchy

V tabulce č. 7 je znázorněno, že v letech 2017 a 2018 v počtu 19 (38 %) upadli respondenti, kteří nosí brýle. Naopak v roce 2019 je znázorněno, že tito respondenti padali méně než v předchozích dvou letech.

Respondenti, kteří nosili naslouchátko v počtu 18 (36 %) v letech 2017 a 2019 padali méně než respondenti v roce 2018 v počtu 20 (40 %). Naopak nejvíce upadli ti respondenti 20 (40 %) v roce 2019, kteří nenesli žádnou pomůcku k úpravě smyslové poruchy.

PORUCHY SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
BRÝLE	19	19	12	38	38	24
NASLOUCHÁTKO	18	20	18	36	40	36
ŽÁDNÉ	13	11	20	26	22	40
CELKEM	50	50	50	100	100	100

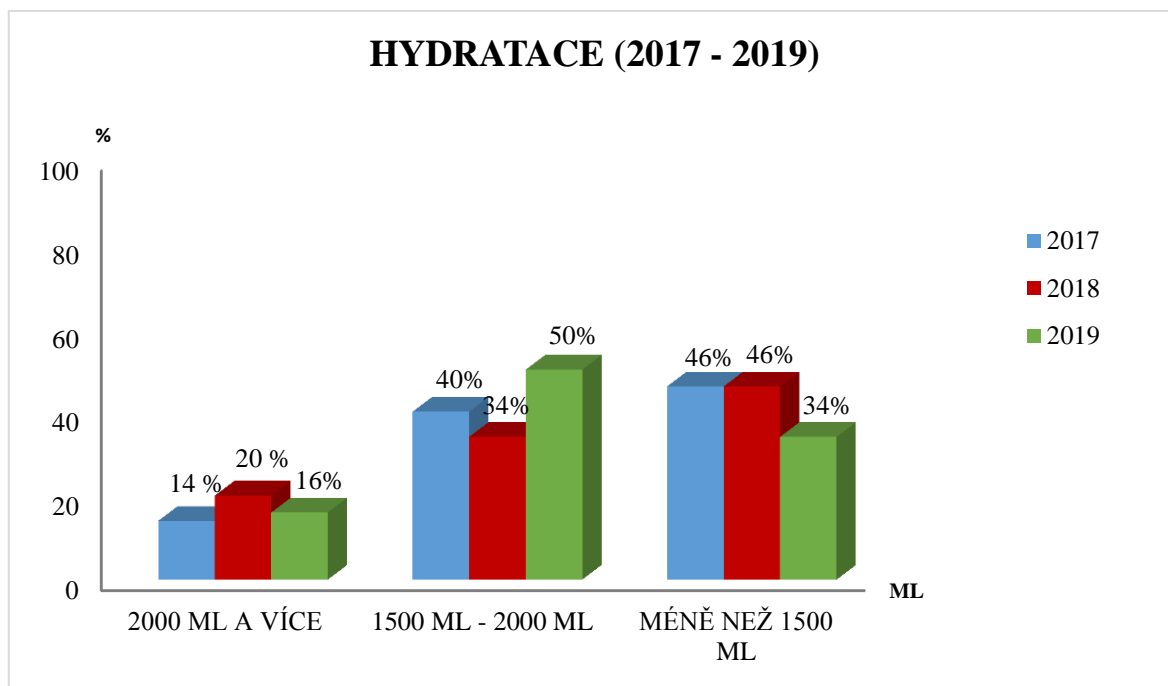
Tabulka č. 9 Smyslové poruchy

FAKTOR Č. 6 STAV HYDRATACE

V roce 2019 byl počet respondentů, kteří upadli 25 (50 %) a ti přijímali mezi 1500 ml až 2000ml tekutin za 24 hodin. Je to tedy polovina respondentů z tohoto roku. Naopak v roce 2017 nejmenší počet 7 (14 %) přijímali 2000 ml a více tekutin za den.

HYDRATACE	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
2000 ML A VÍCE	7	10	8	14	20	16
1500 ML - 2000 ML	20	17	25	40	34	50
MÉNĚ NEŽ 1500 ML	23	23	17	46	46	34
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 10 Stav hydratace



Graf č. 6 Stav hydratace

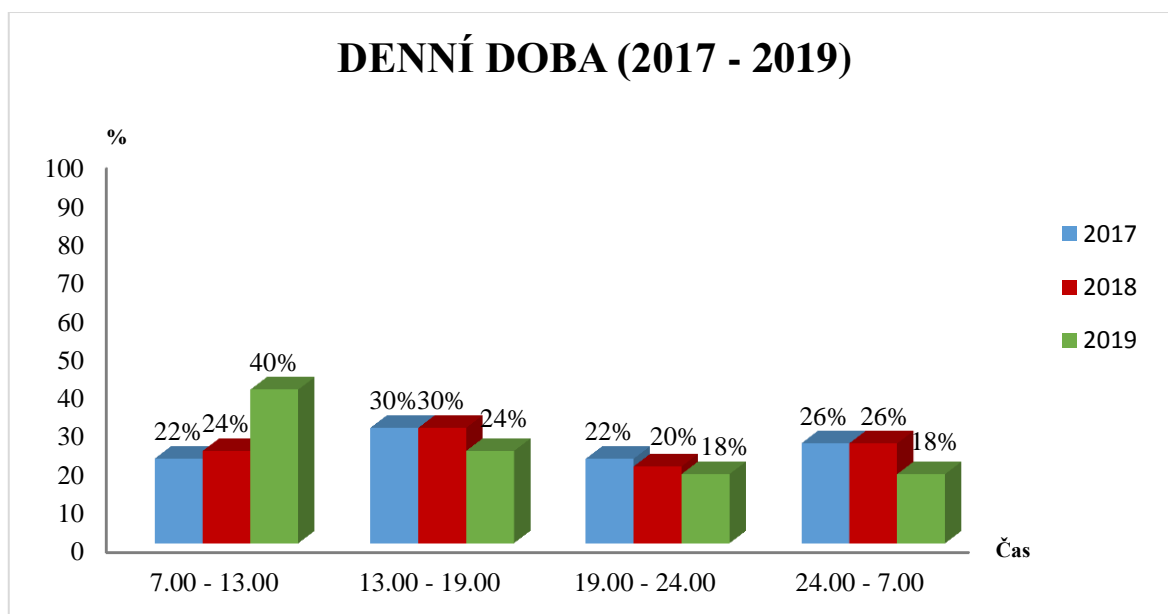
4.2 Vnější faktory

FAKTOR Č. 7 DENNÍ DOBA

Od roku 2017 do roku 2019 byl vzestupný počet pádů v době mezi 7.00 až 13.00 hod. V roce 2017 11 (22 %) a v roce 2019 v tuto dobu byl počet pádů 20 (40 %). Naopak pády mezi 24,00 7,00 hod ranní byly početně stejné v letech 2017, 2018 ale v roce 2019 počet pádů v tuto dobu klesl ze 13 (26 %) na 9 (18 %).

	2017	2018	2019	2017	2018	2019
DENNÍ DOBA	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
7.00 - 13.00	11	12	20	22	24	40
13.00 - 19.00	15	15	12	30	30	24
19.00 - 24.00	11	10	9	22	20	18
24.00 - 7.00	13	13	9	26	26	18
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 11 Denní doba



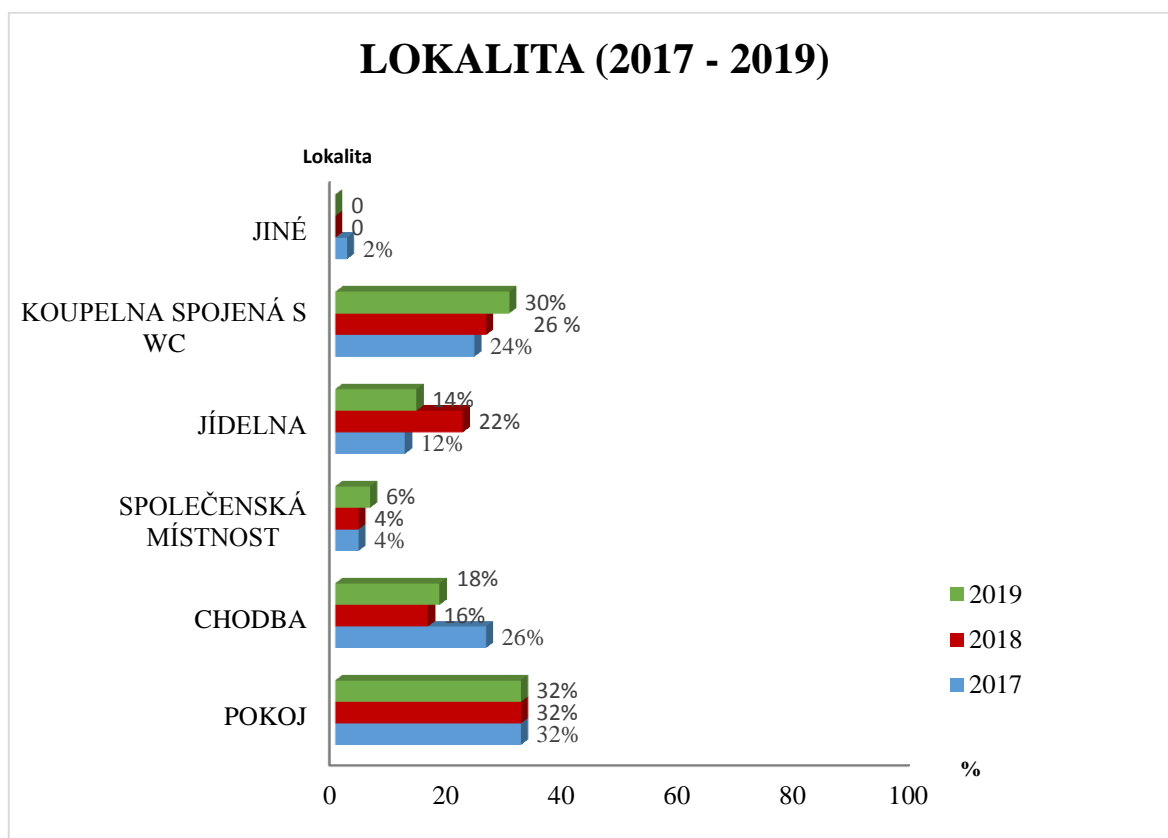
Graf č.7 Denní doba

FAKTOR Č. 8 LOKALITA, KDE DOŠLO K PÁDU

Ve všech sledovaných letech 2017 až 2019 docházelo nejčastěji k pádům 16 (32 %) na pokoji respondentů. Od roku 2017 se však snížil počet na chodbě z 13 (26 %) v roce 2018 na 8 (16 %) a v roce 2019 na 9 (18 %). Naopak od roku 2017 se počet pádů v koupelně společně z WC zvýšil z 12 (24 %) na 15 (30 %) pádů v roce 2019.

LOKALITA	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
POKOJ	16	16	16	32	32	32
CHODBA	13	8	9	26	16	18
SPOLEČENSKÁ MÍSTNOST	2	2	3	4	4	6
JÍDELNA	6	11	7	12	22	14
KOUPELNA SPOJENÁ S WC	12	13	15	24	26	30
JINÉ	1	0	0	2	0	0
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 12 Lokalita



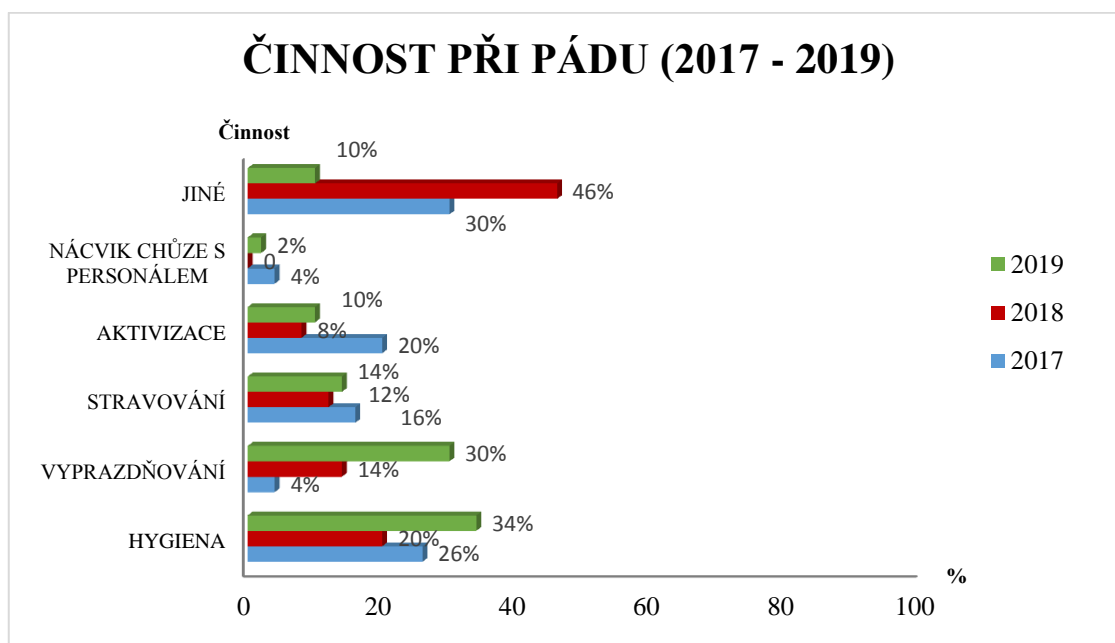
Graf č. 10 Lokalita

FAKTOR Č. 9 ČINNOST, PŘI NÍŽ DOŠLO K PÁDU

Od roku 2017 kdy byl počet případů pádů při hygieně 13 (26 %) a v roce 2019 byl počet případů 17 (34 %), v roce 2018 počet těchto případů naopak klesl na 10 (20 %). (V roce 2017 byl pád při vyprazdňování – ať už se jednalo o sklouznutí z toalety nebo z WC křesla pouze ve 2 (4 %) případech, v roce 2018 už to byl pád v 7 (14 %) případech a v roce 2019 dokonce v 15 (30 %) případech. Jako jiné činnosti byly označeny například pády z lůžka přes postranici a podobně.

ČINNOST, PŘI NÍŽ DOŠLO K PÁDU	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
HYGIENA	13	10	17	26	20	34
VYPRAZDŇOVÁNÍ	2	7	15	4	14	30
STRAVOVÁNÍ	8	6	7	16	12	14
AKTIVIZACE	10	4	5	20	8	10
NÁCVIK CHŮZE S PERSONÁLEM	2	0	1	4	0	2
JINÉ	15	23	5	30	46	10
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 13 Činnost



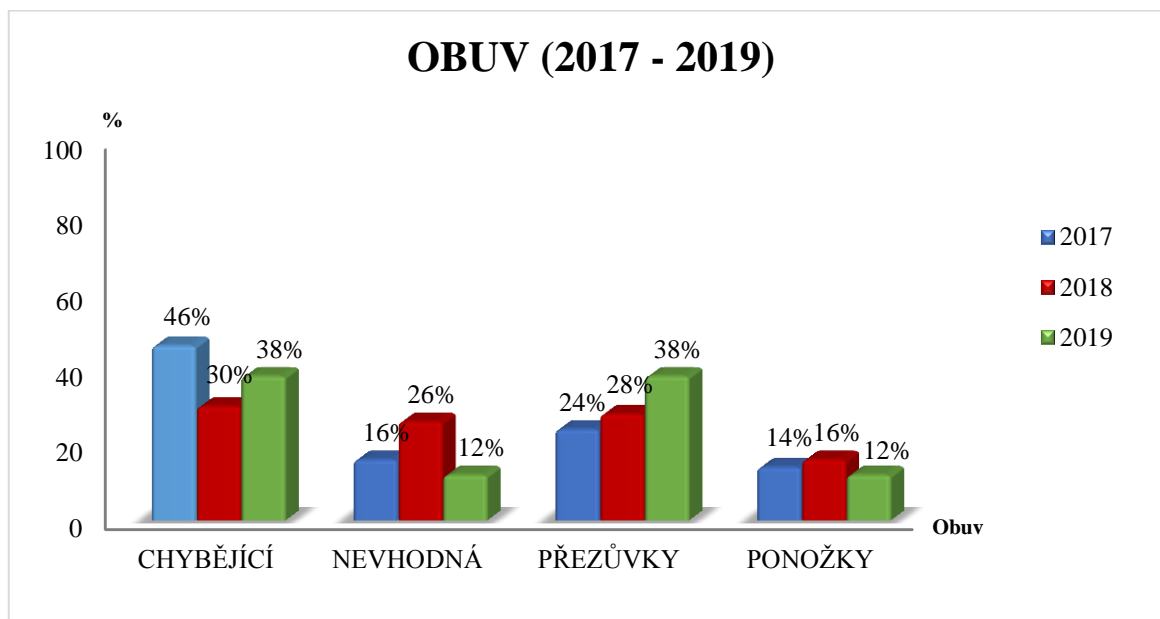
Graf č. 9 Činnost

FAKTOR Č. 10 – OBUV

Pády, ke kterým dochází, při chůzi bez bot měly tendenci od roku 2017, kdy počet těchto pádů byl 23 (46 %) klesat. V roce 2018 byl tento počet 15 (30 %). V roce 2019 ale tento počet opět stoupal a to na 19 (38 %). Od roku 2017 se také zvedal počet pádů v přezůvkách. V roce 2018 byl největší počet pádů způsoben nevhodnou obuví. Ve všech třech letech měla nejmenší vliv na vznik pádů chůze pouze v ponožkách.

OBUV	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
CHYBĚJÍCÍ	23	15	19	46	30	38
NEVHODNÁ	8	13	6	16	26	12
PŘEZŮVKY	12	14	19	24	28	38
PONOŽKY	7	8	6	14	16	12
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 14 Obuv



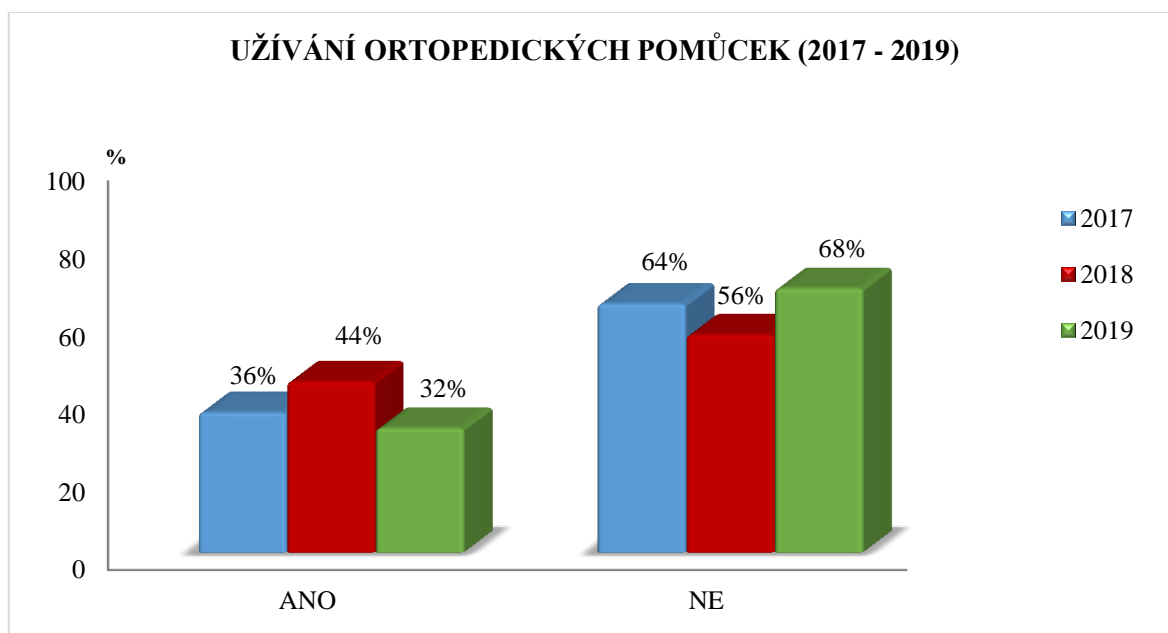
Graf č. 10 Obuv

FAKTOR Č. 11 UŽITÍ ORTOPEDICKÉ POMŮCKY V DOBĚ PÁDU

Nejvyšší počet pádů s užitím ortopedické pomůcky byl v roce 2018 a to v počtu 22 (44 %). Naopak nejnižší počet byl v roce 2019 s počtem 16 (32 %). Nejvyšší počet pádů, které se udály bez použití ortopedické pomůcky v roce 2019 a to s počtem 34 (68 %).

UŽÍVÁNÍ ORTOPEDICKÝCH POMŮCEK	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
ANO	18	22	16	36	44	32
NE	32	28	34	64	56	68
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 15 Ortopedické pomůcky



Graf č. 11 Ortopedické pomůcky

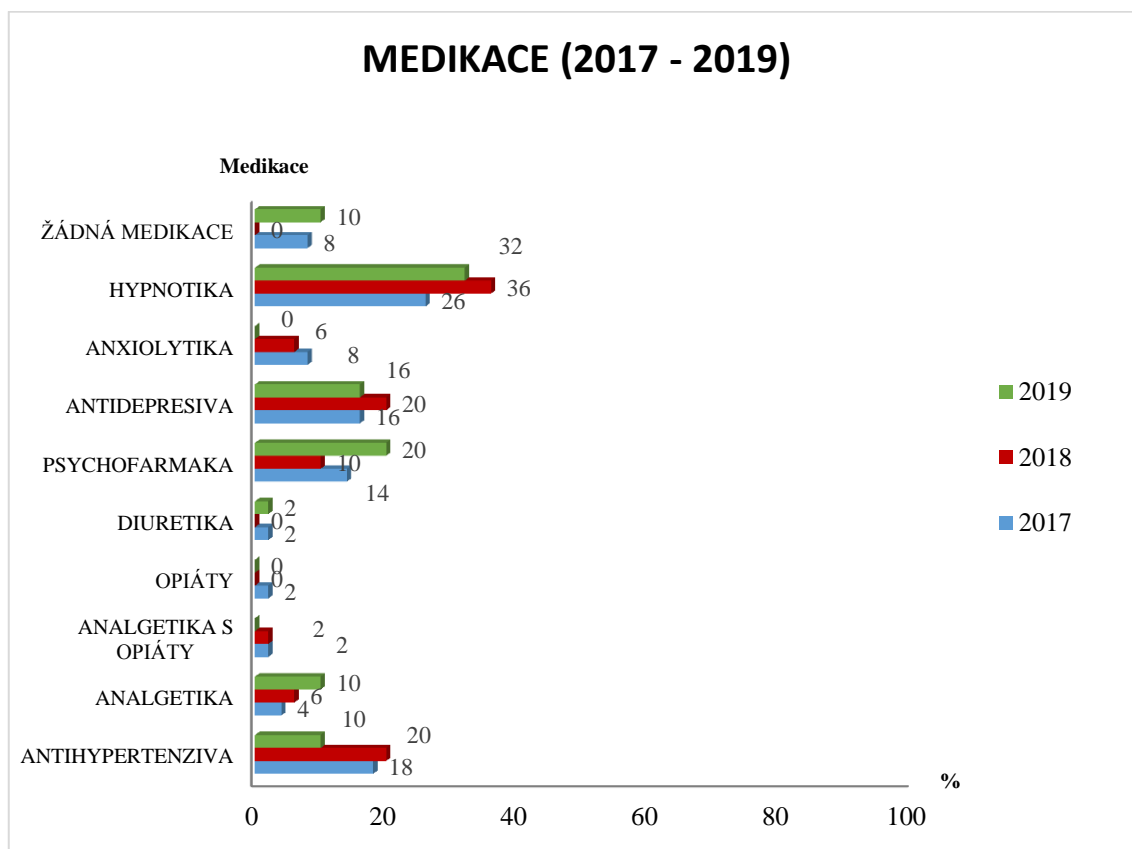
4.3 Specifické faktory

FAKTOR Č. 12 MEDIKACE

Ve všech letech mělo největší vliv na vznik pádů, užití hypnotik, na druhém místě užití antihypertenziv následovány užíváním psychofarmak antidepresiv. V roce 2017 se udály 4 (8 %) pády, aniž by byla užitá jakákoliv medikace. V roce 2019 taky bylo v 5 (10 %) případech.

MEDIKACE	2017 Absolutní četnost	2018 Absolutní četnost	2019 Absolutní četnost	2017 Relativní četnost %	2018 Relativní četnost %	2019 Relativní četnost %
ANTIHYPERTENZIVA	9	10	5	18	20	10
ANALGETIKA	2	3	5	4	6	10
ANALGETIKA S OPIÁTY	1	1	0	2	2	0
OPIÁTY	1	0	0	2	0	0
DIURETIKA	1	0	1	2	0	2
PSYCHOFARMAKA	7	5	10	14	10	20
ANTIDEPRESIVA	8	10	8	16	20	16
ANXIOLYTIKA	4	3	0	8	6	0
HYPNOTIKA	13	18	16	26	36	32
ŽÁDNÁ MEDIKACE	4	0	5	8	0	10
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 16 Medikace



Graf č. 12 Medikace

FAKTOR Č. 12 STAV PŘED PÁDEM

V letech 2017 byl nejčastější důvod pádu dezorientace v počtu 16 (32 %) v dalších letech se toto číslo snižuje. V roce 2018 byl nejčastější důvod pádu užití hypnotik v počtu 19 (38 %), v jiných letech se toto číslo snižuje. V roce 2019 byl nejvyšší počet pádů v počtu 13 (26 %) opět stav dezorientace, který je s rokem 2017 ale nižší. Ostatní medikace neměla na výskyt pádů žádný vliv.

STAV PŘED PÁDEM	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
DEZORIENTACE	16	15	13	32	30	26
ZÁCHVAT	0	0	0	0	0	0
UŽITÍ HYPNOTIK	9	19	12	18	38	24
UŽITÍ ANTIDEPRESIV	8	2	8	16	4	16
UŽITÍ ANALGETIK	2	2	3	4	4	6
UŽITÍ OPIÁTŮ/OPIODNÍCH ANALGETIK	0	1	0	0	2	0
UŽITÍ PSYCHOFARMAK	7	5	8	14	10	16
UŽITÍ ANTIHYPERTENZIV	7	6	5	14	12	10
UŽITÍ DIURETIK	1	0	1	2	0	2
OSTATNÍ	0	0	0	0	0	0
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 17 Stav před pádem

FAKTOR Č. 13 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

Fyziologické funkce byly měřeny bezprostředně po pádu. Hypotenze nebo naopak hypertenze mají vliv také na výskyt pádů. Také hodnoty pulzu mohou mít za následek pád. V roce 2019 byla naměřena bradykardie u celkem 25 (50 %) případů. Což je celá polovina respondentů. Tachykardie je zpravidla po pádu, hlavní roli hraje úlek. V roce 2017 by hypotenze naměřena 15 (30 %) v případech, normotenze v 25 (50 %), hypertenze v 10 (20 %). V roce 2018 byla hypotenze naměřena v 10 (20 %) případech, normotenze byla naměřena v 35 (70 %) případech a hypertenze byla naměřena v 5 (10 %). V roce 2019 byla hypotenze naměřena v 25 (50 %), normotenze v 13 (26 %) případech a hypertenze byla naměřena ve 12 (24 %).

	2017	2018	2019	2017	2018	2019
KREVNÍ TLAK	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
HYPOTENZE	15	10	25	30	20	50
NORMOTENZE	25	35	13	50	70	26
HYPERTENZE	10	5	12	20	10	24
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 18 Krevní tlak

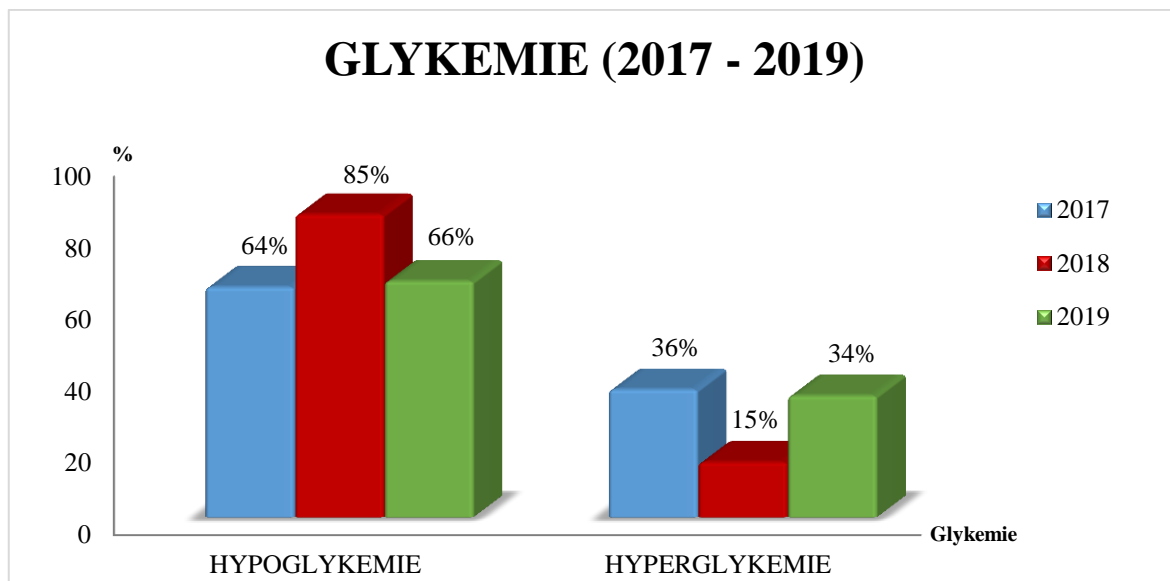
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
PULZ	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
BRADYKARDIE	10	12	15	20	24	30
FYZIOLOGICKÁ HODNOTA	25	20	25	50	40	50
TACHYKARDIE	15	18	10	30	36	20
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 19 Pulz

Hodnota glykemie se měřila vždy po pádu u diabetiků s jakoukoliv kompenzací. Hodnota glykémie nejvíce ovlivňovala výskyt pádů v roce 2018, kdy se nejčastěji vyskytovala hypoglykémie v počtu 22 (85 %) případů. V dalších letech spíše toto číslo kleslo. Hyperglykémie se nejvíce objevuje v roce 2019 v počtu 17 (34 % případů).

	2017	2018	2019	2017	2018	2019
GLYKEMIE	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
HYPOGLYKEMIE	18	22	33	64	85	66
HYPERGLYKEMIE	10	4	17	36	15	34
CELKEM	28	26	50	100	100	100

Tabulka č. 20 Glykemie



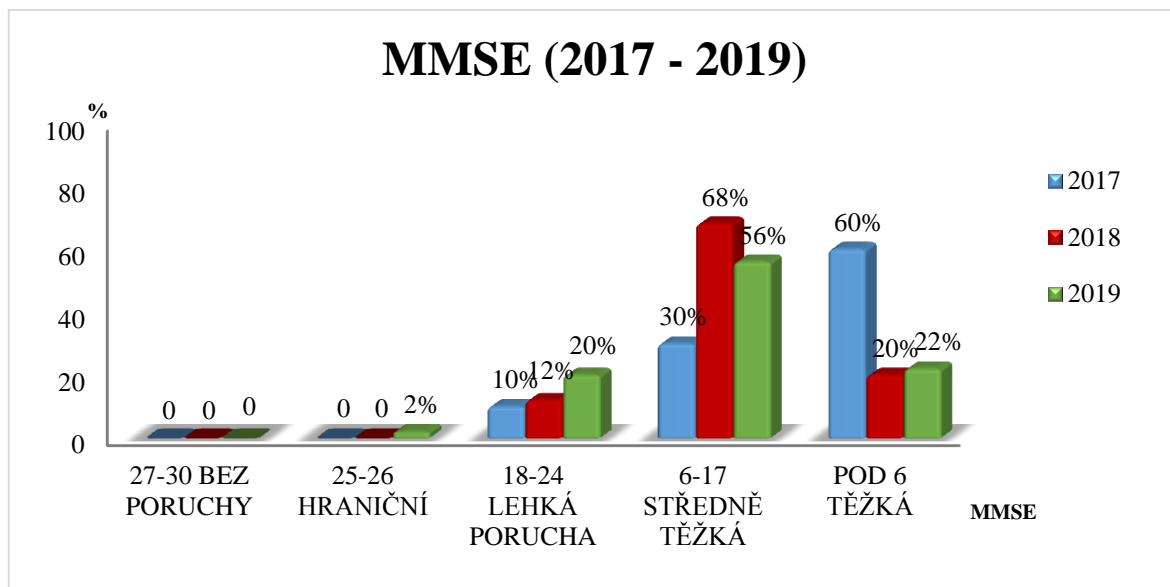
Graf č. 13 Glykémie

FAKTOR Č. 14 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

V sledovaném období se nevyskytovali žádní respondenti, kteří by měli hodnoty MMSE v hodnotách mezi 27 – 30 body. V roce 2019 se vyskytl jeden respondent, který měl počet bodů mezi 25 – 26. Lehká porucha se vyskytovala v roce 2017 u 5 (10 %) respondentů, v roce 2018 u 6 (12 %) respondentů a v roce 2019 u 10 (20 %) respondentů. Středně těžká porucha se vyskytovala v roce 2017 u 15 (30 %) respondentů. V roce 2018 se vyskytovala u 34 (68 %) respondentů a v roce 2019 se vyskytovala u 28 (56 %) respondentů. Těžká porucha se vyskytovala v roce 2017 u 30 (60 %), v roce 2018 se vyskytovala u 34 (68 %) a v roce 2019 se vyskytovala u 11 (22 %) respondentů.

MMSE	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Absolutní počet	Absolutní počet	Absolutní počet	Relativní počet %	Relativní počet %	Relativní počet %
27-30 BEZ PORUCHY	0	0	0	0	0	0
25-26 HRANIČNÍ	0	0	1	0	0	2
18-24 LEHKÁ PORUCHA	5	6	10	10	12	20
6-17 STŘEDNĚ TĚŽKÁ	15	34	28	30	68	56
POD 6 TĚŽKÁ	30	10	11	60	20	22
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 21 MMSE 1

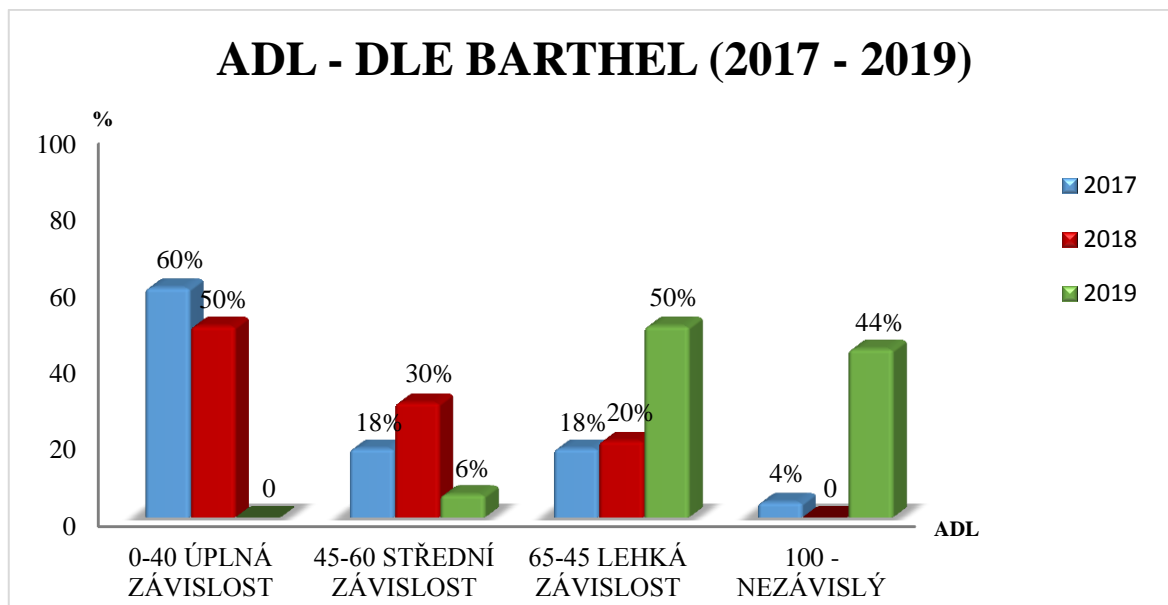


Graf č. 14 MMSE

Hodnota ADL v počtu 100 bodů se vyskytovala v 2017 u 2 (4 %) respondentů, v roce 2018 se vyskytovala 0 (0 %) respondentů, v roce 2019 se vyskytovala u 22 (44 %) respondentů. Hodnota ADL mezi 65 – 45 body vyskytovala v roce 2017 u 9 (18 %) respondentů, v roce 2019 se vyskytovala u 10 (20 %) a v roce 2019 se vyskytovala u 25 (50 %) respondentů. Hodnota mezi 45 – 60 body se vyskytovala v roce 2017 u 9 (18 %) respondentů, v roce 2018 se vyskytovala u 15 (30 %) respondentů a v roce 2019 se vyskytovala 3 (6 %) respondentů. Hodnota mezi 0- 40 body se vyskytovala v roce 2017 u 30 (60 %) respondentů, v roce 2018 se vyskytovala u 25 (50 %) respondentů a v roce 2019 se vyskytovala u 0 (0 %) respondentů.

	2017	2018	2019	2017	2018	2019
ADL - DLE BARTHEL	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
0-40 ÚPLNÁ ZÁVISLOST	30	25	0	60	50	0
45-60 STŘEDNÍ ZÁVISLOST	9	15	3	18	30	6
65-45 LEHKÁ ZÁVISLOST	9	10	25	18	20	50
100 - NEZÁVISLÝ	2	0	22	4	0	44
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 22 ADL



Graf č. 15 ADL

VÝSLEDEK INCIDENTU

V letech 2017 – 2019 se neobjevila po pádu žádná psychická traumata. Žádné zjevné zranění se objevilo v roce 2017 v 10 (20 %) případech, v roce 2018 v 11 případech (22 %) a v roce 2019 se objevilo v 13 (26 %) případech. Zlomenina se objevila v roce 2017 v 1 (2 %) případě, v roce 2018 se objevila ve 4 (8 %) případech a v roce 2019 se objevila v 5 (10 %) případech. V roce 2017 se zranění s potřebou šití objevilo v 9 (18 %) případech, v roce 2018 se objevilo v 14 (28 %) případech a v roce 2019 se objevilo v 11 (22 %) případech. Hospitalizaci v nemocničním zařízení si v roce 2017 vyžádal celkem 1 (2 %) případ, v roce 2018 si hospitalizaci vyžádaly celkem 3 (6 %) případy a v roce 2019 si hospitalizaci vyžádalo 5 (10 %) případů. V kolonce jiné byly uvedeny typy zranění, které se zvládli ošetřit v rámci ošetrovatelských kompetencí například hematom na koleni, stržená kůže a tak dále. V roce 2017 se tato drobná poranění vyskytovala v 29 (58 %) případech, v roce 2018 se vyskytovala v 18 (36 %) a v 2019 se vyskytovala v 16 (32 %) případech.

	2017	2018	2019	2017	2018	2019
VÝSLEDEK INCIDENTU	Absolutní počet	Absolutní počet	Absolutní počet	Relativní četnost %	Relativní četnost %	Relativní četnost %
ŽÁDNÉ ZJEVNÉ ZRANĚNÍ	10	11	13	20	22	26
PSYCHICKÉ TRAUMA	0	0	0	0	0	0
ZLOMENINA	1	4	5	2	8	10
ZRANĚNÍ S POTŘEBOU ŠITÍ	9	14	11	18	28	22
HOSPITALIZACE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍM	1	3	5	2	6	10
JINÉ	29	18	16	58	36	32
CELKEM	50	50	50	100	100	100

Tabulka č. 23 Výsledek incidentu

5 DISKUZE

Pády seniorů s Alzheimerovou chorobou představují multifaktoriální událost. O čemž jsem se přesvědčila svým šetřením, ve kterém jsem se zaměřila na nejčastější vnitřní, vnější a specifické faktory. Ze zkoumaných let vyplývá, že jisté faktory se opakují v přibližně stejném počtu. Jiné faktory mají vzestupný trend.

Pro vyhodnocení sledovaných vnitřních faktorů vycházím pouze ze zjištěných informací.

Pohlaví

Mezi jednotlivými roky jde vidět, že se poměr mužů a žen mění, ovšem v letech 2018 a 2019 byly k pádům náchylnější spíše ženy. V roce 2017 byli k pádům více náchylní muži.

Věkové kategorie

Riziko pádu je nejmenší u věkové kategorie 65 - 70 let. Pády ve věkové kategorii 70 - 79 let mají během těchto 3 let vzestupný trend. Nejvíce zaznamenaných pádů je ve věkové kategorii 79 – 90 let to činí 45 % zaznamenaných pádů. Ve věkové kategorii 90 a více let je počet pádů během tří let přibližně stejný. Za rizikovou skupinu lze tedy považovat seniory s ACH ve věkové kategorii 79 – 90 let. Věk je tedy významný vnitřní rizikový faktor.

Diagnóza

Všichni respondenti měli společně diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu. Pro toto šetření byly hodnoceny diagnózy, které ovlivňují rovnováhu, svalový tonus nebo srdeční rytmus. Nejčastěji byl zaznamenán pád u seniorů s diabetes mellitus a to až v 20 % pádů. V tomto případě šlo většinou o nestabilní hodnoty glykemie. Parkinsonova nemoc také zvyšuje riziko pádu, s tímto onemocněním upadlo 17 % respondentů. Také respondenti s presbyopií a presbyakuzí mají větší sklony k pádům. Na výskyt pádů seniorů také měli vliv i jiné diagnózy například epilepsie a to v 6 %. Diagnóza je významný vnitřní rizikový faktor.

Mobilita

Nejvyšší riziko pádů je seniorů, kteří jsou částečně mobilní až 32 % respondentů. Tito senioři zvládnou chůzi na kratší vzdálenost, ale při delší chůzi se unaví a hrozí riziko pádů. Dále za významný rizikový faktor je pohyb s kompenzační pomůckou. Nebo pokud se senior pohybuje v doprovodu pečujícího personálu.

Tyto pády pak vznikly z důvodu toho, že se senior pohyboval bez kompenzační pomůcky nebo bez doprovodu pečujícího personálu.

Smyslová porucha

Tento byl faktor hodnocen jako rizikový, protože absence brýlí či naslouchátka omezuje schopnost orientace v prostoru a to až v 29 % případů. Tito senioři neměli nasazeny tyto pomůcky a to také byl jeden z důvodů, který zapříčinil jejich pád. Ze šetření také vyplynulo, že v letech 2017 a 2018 upadli ti senioři, kteří nosili brýle až v 38 % případech. V roce 2019 naopak senioři, kteří nosili brýle padali méně. Personál by měl dohlédnout na to, aby senior, který tyto pomůcky užívá je měl nasazeny a byly funkční.

Stav hydratace

Ze šetření vyplynulo, že nejvíce měli sklony k pádu senioři v letech 2017 a 2018 kdy přijímali méně než 1500 ml tekutin za den. V roce 2019 naopak spíše inklinovali k pádům senioři s fyziologickým příjmem tekutin. Stav hydratace je ovlivnitelný ze strany personálu.

Pro vyhodnocení vnějších faktorů vycházím pouze ze zjištěných informací

Denní doba

Ze zjištěných informací vyplývá, že v roce 2017 je nejrizikovější doba mezi 13-19 hodinou což si vysvětluji tím, že je to doba odpočinku po obědě, kdy jsou senioři na svých pokojích, kdy se mnohdy sami bez dozoru pohybují po pokoji a hrozí tak riziko pádu. V roce 2018 byla nejrizikovější doba také mezi 13-19 hodinou. V roce 2019 se vyskytovalo nejvíce pádů mezi 7,00 – 13,00 hodinou. Z výsledků lze usoudit, že denní doba není rizikový faktor.

Lokalita

Ve všech třech letech se pády nejčastěji vyskytovaly na pokojích. Od roku 2017 do roku 2019 se zvýšil počet pádů v koupelně spojené s WC. Lokalita kde se senior pohybuje lze tak považovat za rizikový faktor.

Činnost, při níž došlo k pádu

V letech 2017 a 2018 nejčastěji docházelo k pádům při činnostech, které v šetření byly značeny jako jiné – to znamenalo, že pád byl zapříčiněn například pádem z lůžka, slabostí nebo únavou. Naopak v roce 2019 byl zvýšený počet pádů při hygieně.

Obuv

Z šetření vyplynulo, že riziko pádů zvyšuje chybějící obuv nebo pokud má senior na nohou jen přezůvky, které neposkytují noze takovou oporu. Naopak pevná a nepoškozená obuv snižuje riziko pádů. Obuvi je potřeba věnovat zvláštní pozornost jde o významný rizikový faktor.

Užívání ortopedické pomůcky

Z šetření vyplynulo, že nejčastěji byl pád způsoben absencí vhodné ortopedické pomůcky.

Pro vyhodnocení specifických faktorů vycházím ze získaných informací

Medikace

Za významný rizikový faktor lze považovat užívání psychofarmak, antihypertenziv a hypnotik, tyto léčiva nejčastěji ovlivňují srdeční rytmus nebo stav vědomí.

Stav před pádem

Z šetření vyplynulo, že nejčastěji se pády vyskytovaly u dezorientovaných seniorů což bylo způsobeno základní diagnózou. Dále také užívání určitých lékových skupin jako jsou hypnotika, psychofarmaka, antihypertenziva.

Fyziologické funkce

Z šetření vyplynulo, že za rizikový faktor je považována bezprostředně po pádu naměřena hypotenze, bradykardie. U diabetiků je to hypoglykémie, která má vliv na stav vědomí. Za rizikový faktor je tedy považována hodnota glykemie u diabetiků. V dalších případech je hypotenze považována za rizikový faktor.

Hodnotící škály

Bodové hodnocení u MMSE je považováno za rizikové v bodovém rozmezí mezi 6 – 17 body a s hodnocením pod 6 bodů tato hodnota je považována za významný rizikový faktor. Bodové hodnocení ADL je považováno za rizikový faktor od bodového hodnocení 0 – 40 bodů a od bodového hodnocení od 65 – 45 bodů. Pády seniorů s lehkou závislostí lze vysvětlit změnou prostředí, stavebního uspořádání.

Výsledek incidentu byl do šetření zařazen pro zmapování nejčastějších důsledků pádů.

Nejčastěji se vyskytovaly hodnoty označeny jako jiné což byla drobná poranění nevyžadující lékařské ošetření například stržená kůže, podlitina a tak dále.

Ze zranění u kterých byly nutné lékařské ošetření se nejčastěji v hodnoceném období vyskytovaly zranění s potřebou šití. U této hodnoty byl pozorován i vzestup mezi lety 2017 a 2018, v roce 2019 naopak těchto zranění ubylo.

Dílčí cíl č. 1 Zjistit nejčastější vnitřní faktory vedoucí k pádům seniorů s Alzheimerovou chorobou. Šetřením bylo zjištěno, že mezi nejčastější vnitřní faktory se řadí věk mezi 79 – 90ti lety, diagnózy jako jsou DM, Parkinsonova nemoc, presbyopie, presbyakuze a epilepsie. Vše jsou ohrožení senioři s částečnou mobilitou.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit nejčastější vnější (zevní) faktory vedoucí k pádům seniorů s Alzheimerovou chorobou. Šetřením bylo dokázáno, se mezi nejčastější vnější faktory řadí pokoj, chybějící obuv a absence ortopedické pomůcky.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit nejčastější specifické faktory vedoucí k pádům seniorů s Alzheimerovou chorobou. Šetřením bylo dokázáno, že mezi nejčastější

Dílčí cíl č. 4 Zjistit, zda existuje rozdíl v četnosti rizikových faktorů vedoucích k pádu seniorů s Alzheimerovou chorobou v letech 2017 až 2019. Během let 2017 – 2019 byl zjištěn rozdíl mezi jednotlivými faktory, které způsobovaly pády seniorů s Alzheimerovou chorobou. Důsledné vedení ošetrovatelské dokumentace a souhra multidisciplinárního týmu přispělo k snížení některých faktorů. Některé faktory se naopak zvýšily díky progresi základního onemocnění respondentů.

5.1 Návrh pro praxi

Důležitým krokem pro prevenci pádů je včasná identifikace seniorů s Alzheimerovou chorobou s rizikem pádu. Hodnocení rizika pádů je nejdůležitější při vstupním pohovoru během pobytu v sociálním zařízení je důležité tento stav pravidelně kontrolovat a tím i aktualizovat ošetrovatelský plán.

Na základě zjištěných výsledků je zde uveden přehled důležitých rizikových faktorů.

Vnitřní faktory

Mezi vnitřní rizikové faktory se řadí:

Věková kategorie od 79 – 90 let.

Diagnóza Diabetes mellitus, Parkinsonova choroba, presbyopie, presbyakuze, epilepsie

Mobilita Částečně mobilní senioři, kteří k pohybu používají ortopedickou pomůcku

Smyslová porucha postižení zraku nebo sluchu.

Ošetrovatelské intervence

Ošetřující personál dbá na zvýšenou péči o seniory v této věkové kategorii. Pravidelně kontroluje stav seniorů, jejich schopnosti, kompenzaci DM. U částečně mobilních seniorů aktivně nabízí doprovod při pohybu v zařízení. Vhodnou formu nabízí dopomoc ve všech oblastech sebepéče či poskytne pouze slovní doprovod. Všeobecná sestra edukuje pracovníky v sociálních službách.

Vnější faktory

Mezi vnější rizikové faktory se řadí:

Pokoj seniora

Obuv

Ortopedická pomůcka

Ošetrovatelské intervence

Senior je v domě se zvláštním režimem doma a má právo na své soukromí, ošetrující personál však provádí pravidelné kontroly, zda senior nepotřebuje pomoci. Při pohybu seniora dbá personál na to, aby měl vždy na nohou vhodnou a nepoškozenou obuv. Pokud senior používá k pohybu ortopedickou pomůcku, personál provede její kontrolu zda je plně funkční. Dále všeobecná sestra edukuje pracovníky v sociálních službách o důležitosti těchto intervencí a jejich dodržování.

Specifické faktory

Medikace – psychofarmaka, antihypertenziva, hypnotika

Stav před pádem

Fyziologické funkce

Hodnotící škály

Ošetrovatelské intervence

Ošetrující personál kontroluje stav seniora po podání výše zmíněných medikamentů. Při přetrvání obtíží informuje ošetrujícího obvodního lékaře nebo psychiatra. Pokud je senior neklidný, dezorientovaný je nutný zvýšený dohled. Po pádu je nutné změření fyziologických funkcí u diabetiků kontrola glykémie. V určitém časovém intervalu je nutné provádět kontrolu pomocí hodnotících škál a dle nich upravovat ošetrovatelský plán.

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zmapovat faktory způsobující pády seniorů s Alzheimerovou chorobou. Zjištění těchto důležitých faktorů je důležité pro zkvalitnění ošetrovatelské péče. A tím i zlepšení kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Teoretická část se v první kapitole věnovala Alzheimerově chorobě. Ve druhé kapitole se práce věnovala pádům jako mimořádné události. Základem bylo vymezení základních pojmů a teoretických východisek.

Praktická část byla realizována na základě kvantitativního šetření. Pomocí tohoto šetření byly zjištěny nejčastější faktory způsobující pády seniorů s Alzheimerovou chorobou. Výsledky šetření pomohli určit nejčastější faktory způsobující pády.

Pomocí grafů a tabulek bylo zjištěno, že mezi nejčastější vnitřní faktory se řadí věkové kategorii 79 – 90 let. S přidruženými diagnózami jako jsou Parkinsonova nemoc, diabetes mellitus, presbyopie a presbyakuze. Na vznik pádů se podílela i třeba epilepsie. K pádům jsou náchylnější senioři, kteří jsou částečně mobilní a mají smyslovou poruchu. Mezi nejčastější vnější faktory, které mají vliv na pády seniorů se řadí lokalita pádu ze šetření vyplynulo, že nejvíce pádů se stane na pokoji. Absence obuvi nebo nevhodná obuv mají také dílčí vliv na vznik pádů. V případě, že senior užívá k pohybu kompenzační pomůcku je třeba aby ji měl k dispozici. Mezi specifické faktory způsobující pády seniorů s Alzheimerovou chorobou se řadí užívání antihypertenziv, psychofarmak, hypnotik. Užití těchto léčiv byl také posuzován jako stav před pádem. Jako stav před pádem byl také posuzován stav dezorientace. Také hodnoty škál MMSE a ADL mají velký vliv na pády seniorů.

Získaná data mohou pomoci ke zvýšení kvality péče o seniory s Alzheimerovou chorobou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DOLEŽAL Martin et al., 2013. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervovou soustavu*. Praha: Karolinum Press. ISBN 978 – 80 – 246 – 2382 – 5.
- [2] FALEIDE Asbjörn et al. 2010. *Vliv psychiky na zdraví Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978 – 80 – 247 – 2864 – 3.
- [3] HERDMAN Heather T., KAMITSURU Shigemi, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015 – 2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.
- [4] HEŘMANOVÁ, Jana a Marek VÁCHA a Hana SVOBODOVÁ, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing.. ISBN 978-80-247-3469-9.
- [5] HOLMEROVÁ Iva et al. 2014. *Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978 – 80 – 247 – 5439.
- [6] HOLMEROVÁ Iva a Martina MÁTLOVÁ. 2016. *Na pomoc pečujícím rodinám* Praha: Čass. ISBN 978 – 80 – 86541 – 49 – 5.
- [7] HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4772-9.
- [8] JAROŠOVÁ Darja. 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5426-0.
- [9] JIRÁK Roman. 2011. Stará a nová diagnostická kritéria pro Alzheimerovu chorobu v podmínkách ČR.
Neurologie pro praxi[online] Neurologie pro praxi, 2011, 12., 2, s. 135-137. [cit. 2020-01-10]. Dostupné z https://neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201102-0014_Stara_a_nova_diagnosticka_kriteria_pro_Alzheimerovu_chorobu_v_podminkach_CR.php
- [10] KUČEROVÁ Helena. 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing ISBN 978 – 80 – 247 – 4733 – 0.
- [11] MAUK Kristen L. 2006. *Gerontological Nursing - Competencies for care*, Sudbury: Mass, Jones and Bartlett Publishers. ISBN 0-7637-2843-8.

- [12] MÁCHÁČOVÁ Kateřina a Iva HOLMEROVÁ. 2019. *Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta a.s. ISBN 978-80-7571-037-6.
- [13] MARTÍNKOVÁ Jiřina et al. 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978 – 80 – 271 – 4157 – 4.
- [14] NEJEDLÁ Marie. 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4449-0.
- [15] POKORNÁ Andrea et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishnig. ISBN 978-80-271-0720-9.
- [16] PROKOPOVÁ Anežka. 2018. *Jak upravit domov člověka s demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-62-4.
- [17] SCHULER Mathias et al. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-3013-4.
- [18] ZVĚŘOVÁ Martina. 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0561-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AB	beta – amyloid
ADL	activities of daily living
ACH	Alzheimerova choroba
ACHE	acetylcholinsteózy
AN	Alzheimerova nemoc
CNS	centrální nervová soustava
CT	výpočetní tomografie
DM	Diabetes mellitus
MMSE	Mini – mental State Examination
NINCDS-ADRDA a DSM-IV-	National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer’s Disease and Related Dementias Association
NMDA	N-metyl-D-aspartát receptor
MR	magnetická rezonance

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví	32
Tabulka č. 2 Věkové kategorie	33
Tabulka č. 3 Věkové kategorie dle pohlaví	34
Tabulka č. 4 Diagnóza	34
Tabulka č. 5 Diagnóza dle pohlaví	35
Tabulky č. 6 Mobilita	36
Tabulka č. 7 Mobilita dle pohlaví	37
Tabulka č. 8. Smyslové poruchy	37
Tabulka č. 9 Smyslové poruchy	38
Tabulka č. 10 Stav hydratace	39
Tabulky č. 11 Denní doba	40
Tabulka č. 12 Lokalita	41
Tabulka č. 13 Činnost	42
Tabulka č. 14 Obuv	43
Tabulka č. 15 Ortopedické pomůcky	44
Tabulka č. 16 Medikace	45
Tabulky č. 17 Stav před pádem	46
Tabulka č. 18 Krevní tlak	47
Tabulka č. 19 Pulz	47
Tabulka č. 20 Glykémie	47
Tabulky č. 21 MMSE	48
Tabulka č. 22 ADL	50
Tabulka č. 23 Výsledek incidentu	51

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví	32
Graf č. 2 Věkové kategorie	33
Graf č. 3 Diagnóza	35
Graf č. 4 Mobilita	36
Graf č. 5 Smyslové poruchy	38
Graf č. 6 Stav hydratace	39
Graf č. 7 Denní doba	40
Graf č. 8 Lokalita	41
Graf č. 9 Činnost	42
Graf č. 10 Obuv	43
Graf č. 11 Ortopedické pomůcky	44
Graf č. 12 Medikace	45
Graf č. 13 Glykémie	48
Graf č. 14 MMSE	49
Graf č. 15 ADL	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Formulář pro sběr dat

Příloha P.II: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P I: FORMULÁŘ PRO SBĚR DAT

Vnitřní faktory:

Pohlaví

- Muž
- Žena

Věk

- 65-70 let
- 70-79 let
- 79-90 let
- 90 a více let

Další diagnózy.....

Mobilita klienta

- Plně mobilní
- Částečně mobilní
- Imobilní
- Klid na lůžku
- Chůze s doprovodem
- Chůze s kompenzační pomůckou
- Pohyb na invalidním vozíku
- restrikce pohybu
- selhání vozíku

Poruchy smyslového vnímání

- brýle
- naslouchátko
- žádné

Stav hydratace

- 2000 ml a více
- 1500 – 2000 ml.....
- méně než 1500 ml

Zevní faktory:

Denní doba

- 07.00 – 13.00
- 13.00 – 19.00
- 19.00 – 24.00
- 24.00 – 07.00

Lokalita (vhodné zaškrtněte)

- pokoj
- Chodba
- společenská místnost
- jídelna
- koupelna spojená s WC
- jiné.....

Činnost při níž došlo k pádu

- hygiena
- vyprazdňování
- stravování
- aktivizace
- jiné

Obuv

- chybějící
- nevhodná – poškozená, chybně zvolená velikost, neadekvátní např. k mobilitě klienta či vysoký podpatek
- přezůvky
- ponožky

Užívání ortopedických pomůcek v době pádu

- ano
- ne

Nejčastěji užívané pomůcky

- francouzská hůl
- vysoké chodítko
- invalidní vozík

Specifické faktory:

Medikace:

- antihypertenziva
- analgetika
- analgetika s opiáty
- opiáty
- diuretika
- psychofarmaka
- antidepresiva
- hypnotika
- žádná medikace

Stav před pádem

- dezorientace
- záchvat
- užití hypnotik
- užití antidepresiv
- užití analgetik
- užití opiátů/ opioidních analgetik
- užití psychofarmak
- užití antihypertenziv
- užití diuretik
- ostatní

Fyziologické funkce

Krevní tlak

- Hypotenze
- Normotenze
- Hypertenze

Pulz

- Bradykardie.....
- Fyziolog.hodnota.....
- Tachykardie

Glykémie (pouze u diabetiků, hodnota naměřená v době pádu)

Hodnotící škály

- MMSE.....
- ADL – dle Barthelové.....

Výsledek incidentu

- žádné zjevné zranění
- psychické trauma
- zlomenina
- zranění s potřebou šití
- hospitalizace v nemocničním zařízení
- jiné.....

PŘÍLOHA P II: UMOŽNĚNÍ K PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Eva Gajdošíková	
Téma bakalářské práce	Faktory způsobující pády pacientů s Alzheimerovou chorobou	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Mgr. Miroslava	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19. 3. 2021

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

.....
d

.....
razítko a podpis zástupce zařízení