

ÚRAZY SENIORŮ - PREVENCE A PŘÍČINY INJURIES IN SENIORS – PREVENTION AND CAUSES

Zimmelová Petra

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických oborů

Summary

Injuries constitute a significant and specific position in sickness figure of seniors. They are the more frequent, the more fragile the health and function condition of seniors is. Serious injuries are related with higher mortality rate than similar injuries in younger age. Besides endangering life, the injuries interfere seriously with the self-sufficiency of fragile geriatric patients. Injuries that are hardly ever functionally significant in younger adults and can be solved in ambulant way can, in a geriatric patient balancing on the edge of self-sufficiency, signify its loss, often permanent. The most frequent injuries in seniors include particularly fractures of the upper part of the femur, being its probability increased by frequent osteoporosis. In many cases, general immobility of the patient results just from this injury.

Key words: senior - prevention - fracture - fall - Health 21

Souhrn

V nemocnosti seniorů představují závažnou a specifickou položku úrazy. Jsou tím častější, čím křehčí je zdravotní a funkční stav seniorů. Závažné úrazy jsou spojeny s vyšší úmrtností než obdobná poranění v mladším věku. Kromě ohrožení života úrazy závažně interferují se soběstačností křehkých geriatrických pacientů. Poranění u mladších dospělých funkčně málo významné a ambulantně řešitelné může znamenat pro geriatrického pacienta balancujícího na hranici soběstačnosti její ztrátu, mnohdy trvalou. Mezi nejčastější úrazy seniorů patří zejména zlomeniny horní části stehenní kosti, jejichž pravděpodobnost zvyšuje častá osteoporóza. V mnoha případech dochází k celkové imobilitě pacienta právě následkem tohoto úrazu.

Klíčová slova: senior - prevence - fraktura - pád - Zdraví 21

K největším subjektivním obavám v souvislosti se stářím patří kromě osamělosti (ovdovění) především neuspokojivě nízká kvalita života podmíněná zdravotním stavem, jejíž pokles je závislý na soběstačnosti. S touto obavou je spojena společenská obava z neúměrné spotřeby zdravotní a sociální péče, přesahující ekonomické možnosti společnosti.

V nemocnosti seniorů představují závažnou a specifickou položku úrazy. Jsou tím častější, čím křehčí je zdravotní a funkční stav seniorů. Závažné úrazy jsou spojeny s vyšší úmrtností než obdobná poranění v mladším věku. Kromě ohrožení života úrazy závažně interferují se soběstačností křehkých geriatrických pacientů. Poranění u mladších dospělých funkčně málo významné a ambulantně řešitelné může znamenat pro geriatrického pacienta balancujícího na hranici soběstačnosti její ztrátu, mnohdy trvalou.

Úrazy jsou typickým příkladem zdravotního problému, jehož účelné řešení, včetně snížené potřeby nemocniční péče, i sekundární prevence závisejí na kvalitě provedení komplexního geriatrického hodnocení CGA (comprehensive geriatric assessment).

Mezi nejčastější úrazy seniorů patří zejména zlomeniny horní části stehenní kosti, jejichž pravděpodobnost zvyšuje častá osteoporóza. V mnoha případech dochází k celkové imobilitě pacienta právě následkem tohoto úrazu.

NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY ÚRAZŮ U SENIORŮ A JEJICH NÁSLEDKY

Hlavním mechanismem pádů ve stáří je snížená schopnost rychlé posturální adaptace na měnící se a ztížené podmínky chůze, jak je tomu při vstávání ze sedu, při chůzi ze schodů apod. *Stalenhoef* (2002) identifikoval jako nejvýznam-

nější predikty pádů abnormální kolísání, kývání těla, nízkou hodnotu hand gripu (svalového stisku), depresi a výskyt dvou či více pádů v předchozím roce. Výskyt jednoho z těchto predikátorů považuje za riziko malé, dvou za střední a 3 – 4 za vysoké.

Jako ve všem je prioritou znát a aplikovat v praxi *preventivní* opatření ve smyslu snížení rizika pádů. Abychom mohli aplikovat preventivní opatření, musíme znát epidemiologii pádů, příčiny pádů, komplikace způsobené pádem a možnosti preventivních opatření. Mezi možnostmi preventivních opatření ale nepatří omezit již tak málo mobilního člověka tak, že se mu zvednou zábrany a je mu zakázána jakákoli iniciativa ve smyslu mobility.

Mezi nejčastější úrazy seniorů patří zejména zlomeniny horní části stehenní kosti, jejichž pravděpodobnost zvyšuje častá osteoporóza. V mnoha případech dochází k celkové imobilitě pacienta právě následkem tohoto úrazu. Jako nejčastější příčinu pádu lze seniorů označit instabilitu.

Většina starých lidí si přechodně, či trvale stěžuje na pocity závrativosti, nejistoty při stožení a chůzi, na slabost nohou, na zhoršení pohyblivosti. Objektivně lze u nich sledovat nejistou a pomalou chůzi, poruchy rovnováhy a neschopnost vyrovnat její vychýlení. Hlavním rizikem instability jsou pády.

U seniorů je nejčastějším důsledkem pádu *zlomenina horní části femuru*.

Příčiny těchto zlomenin lze rozdělit do dvou velkých skupin na **endogenní** a **exogenní**.

Endogenní příčiny:

- synkopy (náhlá krátkodobá ztráta vědomí)
- neméně časté jsou cervikální synkopální syndromy arteria vertebralis (synkopa po prudkém pohybu hlavou u nemocného s vertebrogenními potížemi);
- vasodepresorická synkopa (pokles krevního tlaku při trvajícím tachykardii);
- ortostatický syndrom (symptomatická ortostatická hypotenze) je označením příznaků mozkové hypofunkce vázané na vzpřímenou polohu - zatmění před očima, hučení v uších, závratě, instabilita, provázené vegetativními projevy – pocení, nauzea, zblednutí;
- vertebrogenní závrať spojená s vertigem a také poruchou zraku jsou ve stáří často spojovány s příčinou všech úrazů. Jedná se o špatně osvětlené místnosti, schodiště. Uplatňuje se porucha akomodace na osvit, katarakta, retinopatie a porucha prostorového

vnímání, která může ztěžovat například chůzi ze schodů.

Exogenní příčiny:

- pobyt v koupelně – podle statistik se zde odehrává přes 50 % úrazů starých lidí;
- nevhodná obuv – další častá příčina, chůze na vyšších podpatcích, s rozvázanými tkaničkami, bez pevné paty;
- nebezpečný povrch - kluzký povrch (vana, podlahové krytiny, náledí) anebo shrnovací koberečky či rohožky;
- léky a alkohol - jde jak o chronický alkoholismus, tak o akutní ebrietu.

Prevence a opatření u nestabilních osob s rizikem úrazu

- instalace madel, zábradlí do koupelny, na chodby, WC, bezbariérové prostředí
- úprava podlahových krytin na protiskluzová
- používání opěrných pomůcek po zacvičení (hole, francouzské a podpěrné berle, chodítka)
- systém nouzové signalizace pro případ nemožnosti vstát po pádu (systémy jsou vázány na instalaci telefonu v bytě)
- posilování svalů a nácvik postavování po pádu
- vysazení a omezování léků zhoršujících instabilitu
- zajištění služeb k omezení rizikových faktorů vzniku úrazu u seniora (úklidové práce, mytí oken)

Na nespecifické prevenci úrazů v ústavní péči se podílí střední zdravotnický personál, a to zajištěním optimální hydratace pacienta, adekvátní aktivizací pacienta, zcela individuálně formou rehabilitace a rehabilitačního ošetřování, odstraněním mechanických překážek, edukací pacienta a edukací rodiny.

Na odděleních následné péče tato možnost je, neboť propuštění pacienta je většinou plánované.

Je nutné zdůraznit význam dokumentace pádů, a to dokumentace odpovídající realitě, jelikož na základě prvotních údajů se provádí vyhodnocování a stanovují se opatření. Je třeba zodpovědně analyzovat situaci, při které k pádu došlo, a zvolit adekvátní opatření.

Protokoly o problematice pádů jsou stěžejními dokumenty při výzkumu problematiky pádů. Identifikují stav pacienta před pádem i po pádu, obsahují podrobná pacientova data, informují o jeho handicapu, dávají nám přehled

o soběstačnosti pacienta, jeho psychickém a fyzickém stavu.

Následky úrazů u seniorů

Dlouhodobé či trvalé důsledky úrazů by měly být do značné míry demedicinovány. Čím pravděpodobnější je úzdravový deficit (imobilita), tím více by se měl nemocný vracet z role patientské do role sociální. Měl by vést život seniora s handicapem, který je zdravotnický zajištěn v rámci sekundární či terciární prevence i proti opakování úrazu, relapsu onemocnění i proti funkčním komplikacím včetně náhlé dekompenzace. Neměl by být odsouzen k doživotní patientské roli, k doživotnímu „ústavnímu županu“ a každodennímu samoúčelnému vizitování ve zdravotnickém zařízení.

Následky úrazů by měly být klasifikovány, a to nejen z hlediska etiologického a nozologického, ale především funkčního (jak je to důležité, co to pro nemocného znamená).

K tomu byla v roce 1980 přijata WHO – Mezinárodní klasifikace poškození (*impairments*), invalidity (*disabilities*) a omezení (*handicaps*) – ICIDM (Mezinárodní klasifikace, 1984). Ta byla v roce 2001 novelizována jako Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví – MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF).

ZÁVĚR

Problematikou zkvalitnění života seniorů se zabývá Světová zdravotnická organizace realizací programu „Zdraví 21“, jehož cílem je pozvednout problematiku zdraví mezi nejvyšší hodnoty.

Starší lidé jsou velkým bohatstvím pro své rodiny a pro celou společnost. Mohou výrazně přispět ke kvalitě rodinného života a k pohodě v rodině. Jejich zkušenost stejně jako nashromážděná moudrost jsou nenahraditelnými hodnotami při výchově dětí. Staří lidé jsou přínosem pro celou společnost i pro nejbližší okolí ještě dlouho poté, co odešli ze zaměstnání. Tento potenciál se dnes využívá jen ojediněle.

Výzkumy potvrzují vysoké procento pádů u seniorů. Nejohroženější skupinou jsou pacienti

starší 70 let. Tito pacienti jsou polymorbidní a musí se jim věnovat co nejkvalitnější péče zaměřená na prevenci úrazů. Prevence, která povede k trvalému snižování úrazovosti u seniorů, plně koresponduje s cílem č. 5, uvedený v dokumentu WHO „Zdraví 21“.

LITERATURA

1. Gruberová, B.: Gerontologie. Zdravotně sociální fakulta JU, České Budějovice 1999.
2. Jesenský, J.: Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených, Karolinum, Praha 1995.
3. Kalvach, Z.: Geriatrie a gerontologie. Praha, Grada 2005.
4. Lauritzen, J. B. HIP fractures: incidence, risk factors, energy absorption, and prevention. *Bone* 1996;18(1 Suppl):65S-75S (1)
5. Nejedlá, M. a kol.: Ošetřovatelství IV/2. Praha, Informatorium 2005.
6. Pakhari, J., Kannus, P., Palvanen, M. et al. Majority of hip fractures occur as a result of a fall and impact on the greater trochanter of the femur: a prospective controlled hip fracture study with 206 consecutive patients. *Calcif Tissue Int* 1999; /265(3):183-187 (2)
7. Paneš, V.: Vybrané kapitoly z chirurgie, traumatologie, ortopedie a protetiky. Olomouc, EPava 1993.
8. Rheinwaldová, E.: Novodobá péče o seniory. Praha, Grada 1999.
9. Gebauerová, E.: Sledování pádů a úrazů. *Sestra* 9/2004 – Tematický sešit 139, str. 37
10. Chovancová, D.: Ošetřovatelská péče o pacienty po zlomenině kyčelního kloubu s následnou implantací TEP či CKP. *Sestra* 9/2004 - Tematický sešit 139, str. 49
11. Oravcová, E.: Ergoterapie po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra* 9/2004 – Tematický sešit 139, str. 41

PŘÍLOHA:

Chráníč trochanteru

Zimmelová Petra
zimmelo@zsf.jcu.cz

PŘÍLOHA: Chráníč trochanteru

Je proveden jako spodní prádlo s všitými vycpávkami v trochanterické oblasti (oblast kyčelního kloubu). Chráníče jsou všity po stranách kalhotek tak, aby při nošení pokrývaly oblasti obou velkých trochanterů. energii pádu absorbují a rozvádějí do stran a tím redukuje sílu nárazu na zranitelnou oblast kyčle. Chráníč obsahuje 12,7 mm silný tlumivý uretanový materiál ve vodotěsné a vzduchotěsné kapse. Kalhotky jsou vyrobeny z pružné prodyšné inertní tkaniny. Vyrábí se ve dvou typech a pěti velikostech.

Obr. 1: Lehký, s tenkými a nenápadnými vycpávkami, který je určen pro běžné každodenní nošení



Obr. 2: Robustnější a trvanlivější model, který je určen pro pacienty léčené dlouhodobě nemocných a domovů důchodců



Obr. 3: Rychloupínací chrániče pro inkontinentní pacienty

