

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2014**

**Klára Švancarová**

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Hodnocení vybraných oblastí zdravotního stavu  
seniorů sestrou v domácí péči**

**Klára Švancarová**

**Bakalářská práce**

**2014**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Klára Švancarová**  
Osobní číslo: **Z11178**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Hodnocení vybraných oblastí zdravotního stavu seniorů  
sestrou v domácí péči**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

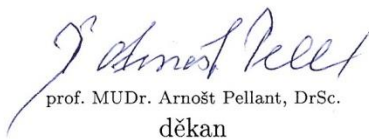
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ČEVELA, Rostislav et al. Sociální gerontologie. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
3. KALVACH, Zdeněk et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
4. KLEVETOVÁ, Dana. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
5. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martina Jedlinská**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2014**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 3. 2014

Klára Švancarová

#### Poděkování:

Velmi ráda bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Martině Jedlinské za pomoc, cenné rady, připomínky, odborné vedení a čas věnovaný konzultacím, které mi významně napomohly ke zpracování této práce. Zároveň bych chtěla poděkovat Mgr. Vítězslavu Dobešovi za pomoc při stylistické úpravě mé práce a poděkování patří i celé mé rodině, která mě ochotně podporovala během celého studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je zaměřena na vybrané rizikové faktory ovlivňující život geriatrických pacientů ve vlastním sociálním prostředí a hodnocení těchto oblastí. Práce konkrétně zjišťuje úroveň soběstačnosti, nutrice a depresivity seniorů v domácí péči.

Teoretická část se stručně zabývá problematikou geriatrie a specifiky práce se seniory v domácí péči. Další část podrobněji rozebírá vybrané rizikové oblasti v seniorském věku, do kterých velmi významně patří soběstačnost, malnutrice a deprese.

Empirická část prezentuje výsledky výzkumného šetření. Metodikou k posouzení vybraných rizikových faktorů byl použit Index Barthelové, Mini – Nutritional Assessment (MNA) a Geriatrická škála deprese.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Domácí péče, senior, geriatrie, soběstačnost, nutrice, depresivita

## **TITLE**

Home care nurse's evaluation of selected areas of seniors health condition.

## **ANNOTATION**

Bachelor thesis is focused on selected critical factors influencing life of geriatric patients in their own social environment and evaluation of those areas. Material in particular studies the level off self - sufficiency, nutrition and depressivity of seniors in home care.

Theoretical part briefly introduces issues of geriatrics and specifics in work with seniors in home care. Next part thoroughly covers critical areas of senior age, from which self – sufficiency, malnutrition and depression are the most significant.

Empirical part presents results of practical research. Barthel Index, Mini Nutritional Assessment (MNA) and Geriatric depression scale were used as the methodology for selected critical factors evaluation.

## **KEYWORDS**

Home care, senior, geriatrics, self – sufficiency, nutrition, depressivity

# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ .....	8
SEZNAM ZKRATEK.....	9
ÚVOD .....	10
CÍLE PRÁCE.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 DOMÁCÍ PÉČE.....	12
1.1 Historie domácí péče .....	13
1.2 Vývoj domácí péče v České republice po roce 1989 .....	13
1.3 Posuzování klienta a kompetence.....	14
1.4 Cíle domácí péče a její výhody .....	15
2 PROBLEMATIKA POZDNÍHO VĚKU.....	17
2.1 Geriatrie.....	19
2.2 Tělesné změny ve stáří .....	20
3 SOBĚSTAČNOST SENIORA .....	21
3.1 Hodnocení úrovně soběstačnosti .....	22
4 STRAVOVÁNÍ A VÝŽIVA .....	24
4.1 Vyšetření malnutrice .....	25
5 DEPRESE .....	27
5.1 Příčiny a rizikové faktory deprese.....	27
5.2 Vyšetření deprese .....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	30
7 METODIKA VÝZKUMU .....	30
8 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	32
9 DISKUZE.....	53
10 ZÁVĚR .....	58
Bibliografické citace .....	60
Seznam příloh .....	63



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Pohlaví respondentů .....	32
Obrázek 2 Věk respondentů.....	33
Obrázek 3 Hlavní diagnóza seniorů pro indikaci domácí zdravotní péče .....	34
Obrázek 4 Soběstačnost seniorů v základních všedních činnostech.....	36
Obrázek 5 Soběstačnost při chůzi po rovině.....	37
Obrázek 6 Soběstačnost při chůzi po schodech .....	38
Obrázek 7 Kontinence moči u seniorů v domácí péči .....	39
Obrázek 8 Snížení příjmu potravy za poslední 3 měsíce.....	40
Obrázek 9 Úbytek váhy za poslední 3 měsíce .....	41
Obrázek 10 Stres nebo závažné onemocnění během posledních 3 měsíců .....	42
Obrázek 11 Neuropsychické obtíže u seniorů v domácí péči.....	43
Obrázek 12 Výsledný nutriční screening pacientů v domácí péči.....	44
Obrázek 13 Spokojenost seniorů se životem .....	45
Obrázek 14 Pocit nudy u seniorů v domácím prostředí.....	46
Obrázek 15 Pocit zbytečnosti u seniorů v domácím prostředí.....	47
Obrázek 16 Porovnání pocitu nudy a zbytečnosti .....	48
Obrázek 17 Strach z něčeho zlého .....	49
Obrázek 18 Pocit bezmoci .....	50
Obrázek 19 Porovnání pocitu strachu a bezmoci.....	51
Obrázek 20 Výsledné hodnocení depresivity seniorů.....	52
Obrázek 21 Standardizovaný dotazník ADL .....	64
Obrázek 22 Standardizovaný dotazník MNA .....	65
Obrázek 23 Geriatrická škála deprese GDS .....	66
Obrázek 24 Demografická charakteristika české populace v roce 2012 .....	67
Obrázek 25 Demografické prognózy .....	68

## **SEZNAM ZKRATEK**

ADL – test základních všedních dovedností

ADP – agentura domácí péče

BDI – Beckova škála deprese

BMI – index tělesné hmotnosti

CDT – funkční neuropsychologický test (Clock Drawing Test)

CMP – cévní mozková příhoda

CRP – C-reaktivní protein

DAD – CZ – dotazník soběstačnosti u pacientů s demencí v České republice

FIM – funkční míra nezávislosti

FW – sedimentace erytrocytů

GDS – geriatrická škála deprese

IADL – měření instrumentálních aktivit denního života

MADRS – Montgomeryho – Asbergova škála deprese

MMSE - krátká škála mentálního stavu

MNA – měření nutričního stavu

OSN – Organizace spojených národů

TSH – thyreostimulační hormon

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

V historii lidstva nebylo obvyklé, že se lidé dožívali vysokého věku, tedy 80 nebo dokonce více let. Dnes je ale stáří dopřáno většině z nás a starých lidí významně přibývá a bude přibývat. V České republice je 16, 2 % populace ve věku 65 let a více (ČSÚ, 2012).

Bohužel je ale stáří zatíženo vysokou nemocností, polymorbiditou a zhoršováním soběstačnosti a fyzické zdatnosti. V České republice se sice prodloužila střední délka života, ale populace žije déle s chronickým onemocněním. To má podle Topinkové (2010, str. XVII) vliv i na poskytování zdravotní péče a dochází k tzv. geriatrizaci medicíny v souvislosti s pokračujícím demografickým stárnutím.

Zdravotní stav a invalidita starší populace se u nás trvale zvyšuje a náklady na zdravotní péči o seniory přesahují 35 % z celkových nákladů na zdravotnictví. Vzhledem k současným demografickým změnám, které budou patrné zejména po roce 2030, kdy se do seniorského věku posunou silné ročníky, je třeba považovat správné řešení otázky dlouhodobé zdravotní péče (Holmerová, 2010).

Cílem zdravotní politiky je, aby byla zdravotní péče zajišťována nejen v nemocnicích a léčebnách, ale i v domácím prostředí, tedy v nejpřirozenějším prostředí pro klienty samotné a zároveň jim nejbliže a ekonomicky nejefektivněji. Systém domácí zdravotní péče je proto ve všech vyspělých zemích považován za nedílnou součást zdravotního systému (Jarošová, 2006).

Pro funkčnost a efektivnost domácí zdravotní péče je proto nezbytné, aby všeobecné zdravotní sestry pracující v této oblasti uměly správně vyhodnotit zdravotní stav klientů. Jednou z pomůcek, které přitom mohou využít, jsou součástí funkčního geriatrického hodnocení. Proto je předkládaná bakalářská práce zaměřena na hodnocení tří rizikových oblastí zdravotního stavu, mezi něž patří míra soběstačnosti, stav nutriční a depresivita u seniorů žijících ve vlastním sociálním prostředí.

## **CÍLE PRÁCE**

Cílem je zhodnotit vybrané oblasti zdravotního stavu seniorů nad 70 let, kteří využívají služeb domácí zdravotní péče.

1. Zhodnotit soběstačnost seniorů využívajících služeb agentury domácí péče v jejich vlastním sociálním prostředí pomocí ADL testu – Indexu Barthelové.
2. Zhodnotit nutriční stav seniorů využívajících služeb agentury domácí péče v jejich vlastním sociálním prostředí pomocí MNA-SF testu.
3. Posoudit depresivitu seniorů využívajících služeb agentury domácí péče v jejich vlastním sociálním prostředí pomocí geriatrické škály deprese GDS.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DOMÁCÍ PÉČE

*„Domácí péče je zdravotnická péče poskytována pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti“ (SZÚ, Metodické opatření č. 13/2004 Věstník MZ - Koncepce domácí péče).*

Domácí péče je poskytována pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním zařízení. Tato péče je poskytována pacientům, jejichž pobyt ve zdravotnickém zařízení ústavní péče není pro léčení nebo udržování stability zdravotního stavu nutný. V posledních desetiletích má na rozvoj domácí péče vliv mnoha společenských faktorů, z nichž mezi nejdůležitější patří vzrůstající ekonomický tlak a demografické stárnutí a vzrůstající poptávka veřejnosti po poskytování služeb v domácím prostředí. Domácí péče je financována z fondu veřejného zdravotního pojištění, nebo přímou platbou pacienta v případě, že není pojištěn, či za výkon, který není hrazen zdravotní pojišťovnou. Další možností financování je z grantů, nadací a sponzorských darů. Domácí péče ve všech vyspělých zemích představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů ve zdravotnictví. Pokrok v oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství umožňuje v současnosti poskytovat pacientům kvalitní péči v přirozeném domácím prostředí. Společně s jinými faktory přispívá k psychické pohodě člověka, což hraje významnou roli v procesu uzdravování. V rámci komplexní domácí péče bývá poskytována odborná zdravotní péče indikovaná ošetřujícím lékařem, dále sociální péče a laická pomoc v oblasti sebepéče nebo za účasti blízkých osob klienta. Domácí péče je jakákoliv forma péče poskytována lidem v jejich domovech, k níž patří zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb (Jarošová, 2006, s. 55-57).

Podle Americké asociace sester je domácí péče vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomická a maximálně dostupná forma péče poskytována individuálně klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou komunity a začlenění rodinných příslušníků a blízkých do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče poskytujícího individuální péči a vzájemnou pomoc (Stanhope, Lancaster, 2004, s. 134, 963).

## **1.1 Historie domácí péče**

Domácí péče jako přirozený způsob péče o člověka existuje od nejstarších dob. První zmínky o jejich prvních formách se objevují od počátku 12. století, kdy byly služby potřebných poskytovány prostřednictvím řeholních řádů. Masivněji se pak rozvíjelo ošetřovatelství v domácnostech na konci 13. století, kdy byla členkám církevních řádů zakázána služba ve špitálech. V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví Diakonky, které byly pro tuto práci speciálně školeny. Po církevním zákazu roku 1545 se musely stáhnout zpět do klášterů a ve městě vznikaly v soukromých domech lazarety, kde se staraly o nemocné neškolené starší ženy vybrané pražskými konšely. Po několik století tak byli ošetřováni nemocní v institucích - lazaretech, špitálech a později v nemocnicích (Jarošová, 2006, s. 52).

Moderní koncept domácí péče byl zahájen roku 1859 v Liverpoolu panem Williamem Rathbonem, známým obchodníkem a filantropem, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho manželka umírala na zhoubnou chorobu. Ve spolupráci s Florence Nightingalovou založil první školu pro sestry. V roce 1885 byla ve Spojených státech amerických založena organizace sester v domácí péči, která pomáhala chudým a opuštěným lidem se zdravotními problémy. V rámci celé Evropy docházelo kolem 19. století k rozvoji domácí péče. V průběhu dvacátého století byla zatlačena do pozadí z důvodu kumulace klientů v lůžkových zdravotních zařízeních. Domácí péče se orientovala na péči pro seniory. Pouze v Holandsku zůstávali a zůstávají věrní tradičnímu systému domácí péče, a to od doby příchodu lidské bytosti na svět až po jeho opuštění (Nerudová, 2011).

## **1.2 Vývoj domácí péče v České republice po roce 1989**

V České republice do roku 1989 domácí péče jako taková neexistovala, ale fungovaly geriatrické sestry, které v rámci prevence navštěvovaly pacienty v jejich sociálním prostředí. Nejvýraznějším zlomem v poskytování zdravotní péče nastal po roce 1989, kdy začalo období transformace, reformy, řízení a financování zdravotnictví. Geriatrické sestry jako pracovní právní kategorie byly zrušeny a péče o staré nemocné v jejich domovech byla delegována na rozvíjející se systém home care, popřípadě na systém služeb, které začaly nabízet soukromé agentury či různá občanská sdružení. První pracoviště zajišťující domácí péči vzniklo již po několika měsících od politických změn. Rok 1991 byl odrazový můstek pro rozvoj české domácí ošetřovatelské péče. Ve Štrasburku se konal První mezinárodní kongres a tohoto roku právně legalizovalo Ministerstvo zdravotnictví domácí péči jako jeden ze segmentů zdravotní činnosti. V říjnu 1991 byla založena při nemocnici v Pardubicích první

agentura domácí péče a ke konci téhož roku působilo v České republice celkem 26 agentur, které zajišťovaly ošetrovatelskou péči pro 1459 klientů. Rok 1993 byl charakterizován bouřlivým rozvojem agentur domácí péče, který souvisel nejen s rozšířením informací o službách domácí péče, ale především se vznikem zdravotních pojišťoven a se zavedením povinného zdravotního pojištění. Tohoto roku fungovalo již 179 agentur a byla založena Asociace domácí péče, která dodnes nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče. V roce 1995 evidovala Asociace domácí péče 399 řádně registrovaných agentur a v roce 2001 bylo v České republice 477 pracovišť domácí péče, které poskytovaly komplexní domácí péči (Jarošová, 2006, s. 57-59).

Na konci roku 2011 poskytovalo v České republice služby domácí péče 472 pracovišť. Péči poskytovalo celkem 3 058 odborných pracovníků, z toho 2 753 nelékařských pracovníků s odbornou způsobilostí, 69 fyzioterapeutů a 236 ostatních odborných pracovníků. V tomto roce využilo služby domácí zdravotní péče více než 147 tisíc pacientů (cca o 3 500 více než v roce 2010), z toho byly čtyři pětiny (79%) ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny (64%) tvořily ženy. Lidé ve věku 65 let a více tvoří dlouhodobě přibližně 80% všech pacientů (ÚZIS, 2012).

### **1.3 Posuzování klienta a kompetence**

V agenturách domácí péče pracují všeobecné sestry bez odborného dohledu podle § 4 Zákona 96/2004 Sb. v platném znění a dle vyhlášky 55/2011 v odbornosti 925 - všeobecná sestra v domácí péči. Sestry musí mít minimálně pětiletou praxi ve zdravotnictví, z toho dva roky u lůžka a měly by mít řidičský průkaz. Účastní se akreditovaných kvalifikačních kurzů zaměřených na oblast domácí péče, hojení ran a věnují se samostudiu. Výhodou je pro ně pomaturitní specializační studium v oblasti geriatricke nebo vysokoškolské vzdělání (Jarošová, 2006, s. 64).

Všeobecná sestra pracující v domácí péči má za úkol zhodnotit svého klienta ihned při první návštěvě, ovšem komplexní posuzování probíhá i během všech prováděných návštěv v jeho domácnosti. Všeobecná sestra zaznamenává během návštěvy u nemocného objektivní i subjektivní informace o klientovi a jeho rodině. Data jsou získávána anamnestickým rozhovorem, fyzikálním vyšetřením, přímým pozorováním klienta a jednoduchým funkčním hodnocením. V souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, nebo případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových

faktorů a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy). Sleduje a hodnotí fyziologické funkce pacientů, jako je dech, puls, krevní tlak, tělesná teplota a další tělesné parametry. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta do zdravotní dokumentace. Zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky). Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti. Edukuje pacienty, případně ostatní osoby zapojené do ošetrovatelského procesu. Během hodnotící fáze navrhuje sestru zapojení dalších odborníků, např. sociálního pracovníka, fyzioterapeuta či logopeda (Jarošová, 2006, s. 73).

Na multidisciplinární tým klade systém poskytování domácí péče specifické nároky tím, že přicházejí do vlastního, velice intimního prostoru nemocného a stávají se součástí života celé rodiny. Musejí umět rychle a zodpovědně zhodnotit a zasáhnout ve složitých situacích. Musejí unést smutek a bolest pacienta i rodiny a to často bez bezprostřední podpory ostatního personálu tak, jak to zažívá personál v nemocnicích. Z důvodu intenzivnějšího kontaktu s ostatními členy rodiny dopadá na sestry v domácí péči silněji bolest a smutek spojený s úmrtím nemocného. Proto je pro členy týmu domácí péče důležité scházet se, vzájemně hovořit o své práci a umět si říct o podporu ostatních profesionálů v týmu (Marková, 2010, s. 23-24).

#### **1.4 Cíle domácí péče a její výhody**

Cílem domácí péče je pomáhat pacientovi i jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody, zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí. Zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními. Hodnotit, udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech, edukovat pacienta i jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví. Zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta a rodiny (Jarošová, 2006, s. 56).

Ze statistických údajů (ÚZIS, 2012) vyplývá, že se v českých nemocnicích v roce 2012 snížila průměrná doba hospitalizace na 6,4 dne oproti roku 2011, kdy byla průměrná ošetrovací doba 6,7 dne. Ve srovnání s rokem 2004 se snížil počet hospitalizovaných dokonce o 9,3%. Vzhledem k výraznému poklesu průměrné ošetrovací doby téměř o polovinu z 11, 8 dne



v roce 1992 až na současných 6,4 dne se celkový objem poskytované lůžkové péče v nemocnicích z hlediska počtu ošetřovacích dní snížil v průběhu celého období již více než o třetinu. V roce 2012 byla u většiny léčených (76,8%) po propuštění nutná následná ambulantní péče a pouze u necelé desetiny propuštěných pacientů nebyla žádná další péče již zapotřebí. Lze s určitostí říci, že systém domácí péče tomuto trendu významně napomáhá. Kvalitně poskytovaná péče v domácím prostředí tedy umožňuje zkrátit dobu hospitalizace v nemocničním zařízení pouze na nezbytně nutnou dobu a to např. při ošetření pooperačních ran. V některých případech je dokonce možné se hospitalizaci vyhnout. Pacient má v domácím prostředí možnost být v neustálém kontaktu se svými blízkými a léčí se na místě, které dobře zná. Pobyt ve vlastním prostředí výrazným způsobem ovlivňuje celý proces uzdravování a pozitivně působí na psychiku a také se minimalizuje vznik nozokomiálních infekcí. V neposlední řadě je třeba zdůraznit, že tato péče je oproti hospitalizaci výrazně levnější. Domácí zdravotní péče je určena pro všechny klienty bez rozdílu, tj. pro všechny věkové a diagnostické skupiny. Tato péče je poskytována nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu (Jarošová, 2006, s. 55).

## 2 PROBLEMATIKA POZDNÍHO VĚKU

Vzhledem k postupujícímu demografickému stárnutí obyvatelstva jsou klienti domácí péče převážně senioři a zdravotníci o ně pečující by měli znát a věnovat se problematice pozdního věku. Stárnutí je podle Čevely (2012) souhrn involučních změn morfologických a funkčních nastupujících postupně, se značnou interindividuální variabilitou. Morfologicky jde o fyziologickou, věkově obvyklou atrofii, funkčně o zhoršování vlastností, pokles rezerv, úbytek funkcí, zhoršování reakcí, o změnu biorytmů. Organismus se dostává za svůj zenit, zhoršuje se výkonnost, funkční zdraví, spontaneita i odolnost k zátěži (Čvela et al., 2012, s. 20).

Oproti tomu Kalvach (2004, s. 65) pohlíží na stárnutí jako na univerzální proces postihující živou hmotu. Jde podle něj o proces multifaktorový, který probíhá kontinuálně od početí. Avšak za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Proces stárnutí lze ovlivnit vnějšími faktory, jako jsou dostatečná fyzická aktivita, dietetické návyky a vyvarování se dlouhodobých stresů. Faktory životního stylu, zvláště nedostatek tělesné aktivity, přejídání, kouření, drogy a nadměrná konzumace alkoholu mají zhoubný vliv na zdraví a délku života.

*„Stárnutí začíná v momentě, kdy člověk dává v životě přednost událostem spojeným s jeho vnitřním světem před společenskými událostmi a osobní angažovaností v nich. Lékem proti stárnutí je aktivní duševní a tělesná činnost“* (Dienstbier, 2009, s. 33).

*„Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy oficiálně začíná stáří“* (Haškovcová, 2010, s. 9).

Stáří je další vývojová etapa lidského života. Je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si pozornost nejen ze strany seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí i zájem sociální a zdravotní politiky. Stáří však nelze chápat pouze jako involuční proces, ale jako proces zrání osobnosti. Každý starý člověk má svůj životní příběh, který je poskládán z radostných i bolestných událostí a čím déle člověk žije, tím je jeho příběh delší (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 11).

Jedním z nejvíce používaných a rozšířených hodnocení stáří je kalendářní věk. Výhodou je jednoznačnost a jednoduchost. Kalendářní hranice stáří se trvale posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní stav nově stárnoucích generací. Dnes se za počátek stáří považuje věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří teprve od věku 75 let.

V 18. století rozčlenil A. Haller, zakladatel novodobé fyziologie, lidský život na devět fází, z nichž sedm se týkalo dětství a mládí. Věk 25 – 62 let označoval za mužný a 63 a více let za stáří. Senioři v té době tvořili méně než 5 % obyvatelstva. E. B. Hurlocková v polovině 20. století označila věk 40 – 59 let jako střední věk, 60 a více let jako stáří. Tuto hranici přijaly i OSN a WHO. Odpovídá patnáctileté periodizaci lidského života: 30 – 44 let dospělost, 45 – 59 let střední věk, 60 – 74 let stárnutí, časně stáří, 75 – 89 let vlastní stáří, senium, 90 a více let dlouhověkost. Z důvodu přibývání starších lidí a zlepšování jejich zdravotnosti navrhla B. L. Neugartenová v 60. letech 20. století pojmy „mladí senioři“ pro věk 55 – 74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let (Kalvach, 2010, s. 7).

*„Ve stáří má velký význam subjektivní postoj k vlastním potížím, které jsou v tomto věku běžné. Stáří je spojeno s nutností přizpůsobit se svým možnostem a akceptovat omezení“* (Vágnerová, 2007, s. 312).

Pojem sociální stáří je vnímán čistě z psychosociálního hlediska a začíná nástupem do starobního důchodu. V tomto období dochází ke změně sociálních rolí, ekonomického zabezpečení a hledání nového smyslu života. Postupně se ztrácí sociální kontakty, snižuje se společenská prestiž a může docházet k věkové diskriminaci, agismu (Kalvach, 2004, s. 45).

Starých a velmi starých lidí v lékařských ordinacích významně přibývá a bude přibývat. Hovoří se o geriatrizaci medicíny v procesu stárnutí populace a nástupu dlouhověké společnosti. Stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející řadu šancí a výzev týkajících se například seberealizace a využití potenciálu starších lidí, financování zdravotnických a sociálních systémů při poskytování podpory a služeb (Kalvach, 2008, s. 21).

Zdravotní stav ovlivňuje všechny aspekty života ve stáří. Člověk je náchylnější k nemocem, které ovlivňují jeho zdravotní stav více než v mladším věku. Jakékoliv chronické onemocnění může urychlit proces stárnutí, způsobit celkový úbytek sil a tím znesnadnit nebo úplně znemožnit provádění denních sebeobslužných aktivit. V mnoha rodinách může dojít k situaci, kdy zhoršující se zdravotní stav stárnoucího člena rodiny a pokročilý věk negativně ovlivní úroveň jeho soběstačnosti natolik, že si již nebude moci samostatně zajišťovat denní životní potřeby a starat se o sebe (Jarošová, 2006, s. 36).

## 2.1 Geriatrie

Geriatrie je samostatný lékařský obor, který je v České republice uznáván od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku. To znamená osobám starším 65, obvykle však nad 70 – 75 let. Geriatrie se kromě specifických metod zdravotní péče od ostatních oborů medicíny odlišuje šíří a komplexností přístupu a potřebou koordinované týmové péče. Cílem geriatrie je zvýšit šance starého člověka uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním onemocnění a jejich léčbou. Uplatňovat metody primární a sekundární prevence. Dále pak dosáhnout nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta. Důležité je i přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora (Topinková, 2010, s. 3).

Geriatrie je diferencovaná, má složku akutní i chronickou, preventivní i paliativní, rehabilitační i ošetrovatelskou. Jde o multioborovou týmovou činnost. Každý klinický obor má svou geriatrickou problematiku, potřebu zajistit bezpečnou a účinnou zdravotní péči o geriatrické pacienty se specifickými potřebami (Čevela, 2012, s. 65).

Do odvětví geriatrické medicíny spadají pacienti splňující určitá kritéria, z nichž nejdůležitější je brán vyšší věk, morbidita a hrozící nebo přítomné funkční omezení. Po zahájení léčby je důležitým kritériem akutní onemocnění nebo progresse chronického onemocnění. Věková hranice pro geriatrickou léčbu je většinou stanovena od 65 let, je však potřeba zaznamenat přítomnost i jiných faktorů než je věk. Především zhoršující se pohyblivost, iktus za poslední tři měsíce, kvalitativní poruchy vědomí, jako je delirium ve spojení s demencí. Můžeme sem zařadit i pacienty s přítomností demence, deprese, s poruchami výživy, po těžké nemoci nebo operaci, s chronickou bolestí, ale i pacienty s chronickými ranami. Na léčbě se podílí celý geriatrický tým, přičemž je důležitá spolupráce mezi pacientem, jeho rodinou, lékařem, ošetrujícím personálem, sociálními pracovníky, terapeutickými specialisty (fyzioterapeut, logoped, nutriční terapeut, ergoterapeut) i psychologem (Schuler, 2010, s. 119).

## 2.2 Tělesné změny ve stáří

Tělesné projevy a změny, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale bývají velmi individuální. S přibývajícím věkem se snižuje tělesná výška, ubývá aktivní tělesná hmota, přibývá tuk a vazivo. Mění se postoj a chůze. Dochází ke změně výrazu obličeje. Prodlužují se ušní lalůčky, zvětšuje se špička nosu, klesají horní víčka i tváře. Z důvodu ztráty zubů se mění výraz úst a dolní části obličeje, vlasy šedivějí a vypadávají. Mimořádně významné jsou involuční změny smyslového vnímání. U zraku se projevují změny akomodace, ubývá sluchová ostrost a klesá chuť i čich. Dochází ke snižování funkce srdce a jeho schopnosti přečerpávat krev. Zhoršuje se adaptace na zvýšenou zátěž. V důsledku svalové atrofie se snižuje i dechová ventilace a klesá vitální kapacita plic. Snížením svalové síly na dolních končetinách, dochází ke zpomalení krevního toku a zvýšenému riziku varixů, flebotrombóz a plicní embolie. Ve stáří bývá velký problém s kvalitní výživou ať už z důvodů nedostatku financí, sociálních znevůle nebo neschopnosti si připravit jídlo až po tělesné pro nevyhovující zubní protézu nebo ztrátu chrupu. Peristaltika střev a motilita žaludku se snižuje, vyskytuje se zácpa, průjem a inkontinence. Mění se emocionalita, dochází k emoční oploštělosti a ke snížení bazálního metabolismu. Potřeba spánku obecně s věkem klesá a dochází k úbytku kvalitního hlubokého spánku. Senioři mají potíže s usínáním nebo častějším probouzením během noci a často usínají během dne (Kalvach, 2004, s. 99).

Tělesné změny jsou dobře patrné a významně se podílejí na vzhledu člověka. Pohyby jsou pomalejší, klouby degenerují a často vzniká potřeba použití opěrných holí. Změnami prochází i kůže, ztrácí elasticitu, objevují se vrásky a pigmentové skvrny. Vlivem změn se kůže ztenčuje, někdy až do fáze tzv. papírové kůže. Výraznými změnami prochází i vnitřní orgány, kterým se snižuje funkce. Porušená termoregulace se projevuje snížením adaptace na změny teploty. Senioři se často potýkají se zimomřivostí. Změny jsou patrné i při vyprazdňování a objevuje se inkontinence různého stupně (Venglářová, 2007).

### 3 SOBĚSTAČNOST SENIORA

Vzhledem k výše uvedenému se dá předpokládat, že v období stáří bude prevalence porušené soběstačnosti vyšší než v produktivní populaci. Na tento fakt musí reflektovat i činnosti všeobecných sester pracujících v domácí péči a to tím, že kvalifikovaně zhodnotí míru soběstačnosti klienta, dokáží zajistit dopomoc v základních sebeobslužných aktivitách s ohledem na jejich zhoršený zdravotní stav, který nesoběstačnost způsobuje (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s. 22).

Pokud jsme zdraví a máme vyhovující prostředí, ve kterém žijeme, považujeme vykonávání denních činností za samozřejmost. Ovšem v případě dlouhodobých potíží způsobených narůstajícím věkem či změnou zdravotního stavu si člověk začne uvědomovat přítomnost potíží ve vykonávání aktivit denního života a zvyšující se závislost na okolí. Schopnost vykonávat aktivity denního života ovlivňuje také psychický stav a udržování sociálních kontaktů. V kompetenci všeobecné sestry pracující v domácí péči je sledovat soběstačnost klienta a především ji podporovat (Jarošová, 2006, s. 83).

*„Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí“*  
(Kalvach, 2004, str. 196).

Soběstačnost je dána funkční zdatností organismu včetně potřebných dovedností, znalostí a náročností prostředí. Lze ji zachovat nebo obnovit často spíše úpravami prostředí, ve kterém senior žije než normalizací funkční zdatností nemocného. Mnozí nemocní jsou přes své postižení plně soběstační v bydlení, které disponuje výtahem, dálkovým topením nebo dokonce v bezbariérovém prostředí. Oproti tomu bývají významně závislí nemocní, kteří bydlí na samotě nebo ve vyšších patrech bez výtahu. Dostatečné a efektivní zajištění kompenzačních pomůcek pro nesoběstačného seniora v jeho domácím prostředí je možné pouze se znalostí jak funkčního deficitu a kompenzačních schopností, tak se znalostí prostředí, ve kterém senior žije a v němž se pohybuje. A to je ta oblast, kterou sestry pracující v domácí péči musí dokázat zhodnotit a podle toho zvolit vhodnou ošetrovatelskou péči (Kalvach, 2004, s. 196).

Soběstačností se podrobně zabývá oblast rehabilitace, která se nazývá ergoterapie a její hodnocení je spolu s hodnocením práceschopnosti mladších nemocných náplní ergodiagnostiky (Kalvach, 2004, s. 196).

### 3.1 Hodnocení úrovně soběstačnosti

Hodnocení celkových funkčních schopností - schopnost sebeobsluhy a péče o domácnost je součástí komplexního geriatrického vyšetření. V současnosti existuje velká spousta dotazníků a škál pro hodnocení úrovně soběstačnosti, ale pro zhodnocení základních a instrumentálních všedních činností doporučuje Česká geriatrická a gerontologická společnost standardizované testy. Mezi nejčastěji používané testovací škály patří Index Barthelové ADL (Activities of daily living). Jde o koncept hodnocení aktivit každodenního, běžného, všedního života. Vychází z přesvědčení, že u seniorů není rozhodující dílčí míra zlepšení tělesné zdatnosti, ale funkční zdatnosti ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti, aktivity a podílení se na něčem. Index Barthelové zahrnuje hodnocení celkem 10 položek, mezi něž patří činnosti, které senior běžně vykonává jako najedení a napití, oblékání, osobní hygienu, kontinenci stolice a moče, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a chůze po schodech. Každá položka je ohodnocena 0, 5 či 10 body a dosažené skóre vypovídá o stupni závislosti v ADL. Pacient, který dosáhne 0 – 40 bodů, je vysoce závislý, hodnota 41 – 60 bodů značí závislost středního stupně, 65 až 95 bodů lehkou závislost a 96 až 100 bodů nezávislost. Lawtonova škála Instrumental activities of daily living (IADL) je měření instrumentálních aktivit denního života. Jednotlivé položky hodnotí telefonování, používání dopravních prostředků, přípravu jídla, nakupování, vedení domácnosti, práce kolem domu, nakládání s penězi a užívání léků. Podle dosaženého skóre za tyto položky je stanoven stupeň závislosti v IADL. Při dosažení 0 – 40 bodů je pacient závislý, 41 – 75 bodů částečně závislý a při 76 – 80 bodech nezávislý (Kalvach, 2004, s. 169).

Neméně významný je i dotazník soběstačnosti DAD – CZ (The disability assessment for dementia), který rozšiřuje možnosti strukturovaného hodnocení základních a instrumentálních aktivit denního života u pacientů s demencí včetně Alzheimerovy demence v České republice. Dotazník obsahuje 17 položek běžných základních aktivit ve 4 oblastech (hygienu, oblékání, kontinence a jedení), 18 položek instrumentálních aktivit v 5 oblastech (příprava jídla, telefonování, chození ven a pobyt venku, finance a korespondence, léky) a 5 položek týkajících se volného času a domácích prací (Bartoš et al, 2009, s. 320-323).

V klinické a rehabilitační praxi se vyvinula potřeba širšího záběru testování funkční nezávislosti pacienta v prostředí pro něho typickém, ať už se jednalo o domácí nebo ústavní prostředí. V USA byla sestavena funkční míra nezávislosti FIM (Functional Independent Measure), která se začala používat i ve vyspělých evropských státech od roku 1987 a stala se

tak základním vyšetřením. FIM měří to, co pacient zvládne, bez ohledu na jeho diagnózu. FIM hodnotí 6 okruhů činnosti jako je sebeobsluha, kontrola sfinkterů, mobilita, lokomoce, komunikace a sociální adaptabilita. Každá položka má sedmibodovou klasifikaci, přičemž hodnota 1 – 2 body značí zcela závislého pacienta, částečně závislého s 3 – 5 body a nezávislého s 6 – 7 body (Zahradnická, 2004, s. 15-16).

Pokud však není možné, aby nemocní setrvali v domácím prostředí, je nutné jim zajistit dlouhodobý či trvalý pobyt v zařízení, které bude umět řešit jejich situaci snížené soběstačnosti a bude respektovat jejich biopsychosociální a spirituální potřeby. Cílem péče je kompenzace trvalé nesoběstačnosti (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s. 22).



## 4 STRAVOVÁNÍ A VÝŽIVA

Jedním z významných faktorů, který má vliv na kvalitu a délku života, je stravování a výživa. Je nesporné, že nesprávná výživa, dietní chyby, nadměrná nebo nedostatečná konzumace některých potravin může způsobit starým lidem nezanedbatelné zdravotní potíže. Na rozdíl od mnoha jiných faktorů, které mají vliv na kvalitu života, je výživa, skladba jídelníčku a výběr potravin většinou v rukou každého člověka. Výživa seniorů významně ovlivňuje celkový stav lidského organismu, jeho tělesnou i duševní výkonnost, odolnost k infekci i schopnost zvládnutí stresu. Kvalitní a nutričně vyvážená strava má tedy pozitivní vliv na kvalitu života ve stáří (Štílec, 2004, s. 27-30).

S přibývajícím věkem se vytrácí chuť k jídlu, klesá fyzická aktivita, snižuje se potřeba příjmu energie, čímž se zhoršuje vstřebávání důležitých látek do organismu. Ve stáří se vytrácí pocit žízně, a proto mají senioři často problémy s příjmem dostatečného množství tekutin. Následkem toho může být nedostatečná tvorba slin, vysychání sliznice dutiny ústní či bolesti hlavy. Dehydratace se projeví již po 2 – 4 dnech a to poruchami vylučování odpadních látek močí, zvýšenou viskozitou krve s následným zvýšeným rizikem trombózy a embolie, dochází ke stavům zmatenosti a selhání krevního oběhu (Stránský, Ryšavá, 2010, s. 67).

Stav výživy seniorů ovlivňují somatické faktory, mezi něž patří snížená chuť k jídlu až nechutenství, problémy s chrupem, poruchy polykání, onemocnění dutiny ústní, trávicího traktu či snížená pohyblivost. Mezi psychické faktory, které ovlivňují výživu seniorů, řadíme depresi, demenci, paranoidní bludy či alkoholismus. Příčinou nedostatečné výživy seniorů mohou být i sociální důvody, jako snížení soběstačnosti, osamělost, chudoba či neznalost správné výživy. Z důvodu nedostatečné výživy může dojít k anémii, hypoproteinémii, k oslabení imunity a zhoršení hojení ran. Může dojít také ke zvýšené morbiditě, delší rekonvalescenci a v neposlední řadě vznikají vyšší náklady na péči (Čok, 2009).

Důvodů, proč dochází u seniorů k malnutrici, je mnoho. Senioři jsou na počátku stravovacího procesu méně hladoví a dříve dosáhnou sytosti než mladí lidé, pocit hladu obecně ve stáří ubývá. Dochází ke ztrátě dentice a s ní i následného nedostatečného rozmělnění potravy. Objeví se poruchy motility trávicí trubice, při jednostranné stravě dochází ke stagnaci střevního obsahu a tím dochází k dyspepsii. Anorexie se může vyskytovat při dlouhodobém užívání léků (polypragmazií) i při poruchách zraku, oslabení čichu a chuti. Nejen fyzické, ale i psychické faktory způsobují malnutrici starých lidí. Můžeme sem zařadit osamělost seniorů,

depresi, maladaptivní syndrom po přijetí seniora do dlouhodobé ústavní péče, nezáměr rodiny nebo ztrátu životního partnera (Kalvach et al., 2008, s. 162).

Senioři patří mezi ohroženou skupinu, u které vzniká riziko obezity nebo malnutrice, a proto by se sestry pracující v domácí péči měly důsledně věnovat sledování a hodnocení stavu nutrice seniorů.

#### **4.1 Vyšetření malnutrice**

Obvyklým nepřímým ukazatelem nutričního stavu seniorů je odhad příjmu potravy pomocí výživové anamnézy. Často používanou anamnestickou metodou je krátkodobá anamnéza, kdy si nemocný vzpomene na všechna konzumovaná jídla během posledního dne nebo během posledních tří dnů. K odhadu stavu výživy může vést i údaj o častějším zvracení nebo průjmech (Kozáková, Jarošová, 2010, s. 396).

Z anamnézy je možné zjistit dostupnost stravy, ekonomické zajištění nemocného a soběstačnost v každodenních činnostech (viz kapitola 3. 1.), výživové zvyklosti, chuť k jídlu a poruchy žvýkání nebo polykání. Pátrá se po onemocněních, která zhoršují trávení nebo vstřebávání, nebo zvyšují trávení či vstřebávání (Topinková, 2010, s. 25).

Na anamnestický rozhovor by v rámci hodnocení nutrice mělo plynule navazovat fyzikální vyšetření. Mezi základní vyšetření patří stanovení hmotnosti a výšky s výpočtem BMI. Tělesné zásoby proteinů se odhadují inspekcí a palpací podkoží a různých svalových skupin. Pokud jsou šlachy svalů lehce přístupné k palpaci, znamená to, že nemocný ztratil nejméně 30 % tělesné bílkoviny. Stiskem palce a ukazováku v místě nad bicepsem či tricepsem je možné zjistit tukové tělesné zásoby. Vhodné je měření kožní řasy kaliperem či zjištění obvodu paže a hodnotit je pomocí výpočtů (Kalvach et al., 2008, s. 77-78).

Měření obvodu paže je jednoduchá metoda, měří se na nedominantní končetině v poloviční vzdálenosti mezi akromionem a olekranonem. Za normální hodnoty se považují u žen 28,5 cm a více, u mužů 29,3 cm. Patologická hodnota u žen se uvádí obvod paže menší než 15,5 cm a u mužů méně než 19,5 cm (Kozáková, Jarošová, 2010, s. 396-397).

Po fyzikálním vyšetření by mělo být využito i standardizovaných nutričních dotazníků. Základní dotazník k orientaci o riziku malnutrice je vyplněn s pomocí nemocného či pečujícího o seniora v domácím prostředí. Jedním z nástrojů pro hodnocení nutrice je Mini-Nutritional Assessment, který je vhodný pro screening rizika malnutrice u seniorů v domácí péči (Kalvach et al., 2008, s. 77).

Počátky MNA se datují od roku 1989, kdy byla na setkání Mezinárodní asociace geriatrů a gerontologů v Acapulcu zahájena diskuze o nutnosti vytvořit nástroj pro hodnocení nutričního stavu seniorů podobně jako již existující testy pro hodnocení kognitivních funkcí. MNA byl vytvořen a publikován v roce 1994 B. Vellasem z Univerzity v Toulouse ve Francii, W. Chumleou z Univerzity Dayton v USA a P. Garrym z Univerzity Albuquerque v USA. Cílem dotazníku je identifikovat nemocné s rizikem nebo přítomností malnutrice (Rambousková, 2010, s. 205).

Dalším dotazníkem je Nottinghamský screeningový dotazník u akutně hospitalizovaných nemocných (Kalvach et al., 2008, s. 77).

Diagnostika malnutrice musí být komplexní. U geriatrických pacientů se vyskytují poruchy výživy velice často, a proto by v rámci kvalitní péče o seniory mělo být samozřejmostí dbát na dostatečnou výživu a hydrataci nejen v domácím prostředí, ale i u hospitalizovaných nemocných.

## **5 DEPRESE**

V neposlední řadě by měla všeobecná sestra pracující v domácí péči věnovat v rámci svého hodnocení pozornost i psychickému stavu svých klientů. Jedním z rizik, které je ohrožují, je především depresivita a deprese. Deprese je závažné psychické onemocnění, které se projevuje patickou - depresivní náladou a dalšími symptomy. Vedoucím příznakem deprese je smutek. Někdy je výrazná příměš úzkosti, někdy naopak apatie s neschopností prožívat radost. K dalším symptomům patří zpomalení psychomotorického tempa, sebedoceňování, poruchy spánku, soustředění, nechut' k jídlu. Deprese spolu s demencemi a delírii patří mezi nejčastější psychické poruchy vyššího věku. Deprese v seniorském věku trvají déle než v mladším věku a některými autory bývají pokládány za rizikový faktor vzniku Alzheimerovy choroby (Kalvach, 2004, s. 554-556).

Deprese je závažné psychické onemocnění vyznačující se poruchou nálady – smutkem, který je přítomen po většinu dne, trvá minimálně 2 týdny a není ovlivněn jinými okolnostmi. Deprese u starších pacientů je často přehlížena a pokládána za běžnou reakci na stárnutí, a proto bývá často nerozpoznána a tudíž neléčena (Matějovská Kubešová et al., 2009, s. 172).

Deprese postihuje 7 – 15 % osob nad 65 let žijících ve vlastním sociálním prostředí, vyšší prevalence je u seniorů hospitalizovaných a v dlouhodobé ošetrovatelské péči 20 – 30 % (Topinková, 2010, s. 145).

### **5.1 Příčiny a rizikové faktory deprese**

Deprese je heterogenní skupina onemocnění, na jejíž etiologii se podílejí genetické vlivy, stárnutí, přítomnost chronických onemocnění - diabetes, malignity, CMP, léky - kortikoidy, opioidy a vnější stresory - úmrtí partnera a jiné. Zvýšeně jsou depresí ohroženi lidé žijící sami nebo v pečovatelských zařízeních. Tito lidé trpí osamocností, méněcenností a z takových pocitů je k depresi jen krůček Mezi rizikové faktory patří i nízký socioekonomický status, somatické choroby a kognitivní porucha. Deprese zvyšuje mortalitu, morbiditu a průběh chronických onemocnění. Zhoršuje soběstačnost, péči o sebe a výživové parametry. Je možné, že nastane spontánní uzdravení, ale obvyklé jsou chronické průběhy (Topinková, 2010, s. 146).

## 5.2 Vyšetření deprese

U pacientů s depresí je důležitý podrobný rozhovor s dostatečnou časovou rezervou, kdy hodnotíme přítomnost symptomů deprese, jejich závažnost, včetně nebezpečí suicida. Nezbytné je využití screeningu depresivních syndromů pomocí standardizovaných škál, zhodnocení soběstačnosti (viz kapitola 3. 1.), kognitivních funkcí a v neposlední řadě také laboratorní vyšetření k vyloučení jiných chorob, např. krevní obraz, základní biochemické vyšetření séra a moče, TSH a CRP nebo FW (Topinková, 2010, s. 146-147).

Pro přesné určení a diagnostiku deprese existují tzv. diagnostická kritéria. Musí být přítomen alespoň jeden z hlavních příznaků (depresivní nálada je přítomna po většinu dne a trvá alespoň dva týdny, pokles zájmů nebo příjemných prožitků a zvýšená unavitelnost, pokles energie). A dalším diagnostickým kritériem pro diagnostiku deprese je přítomnost minimálně čtyř z přidružených příznaků jako je únava, ztráta energie nebo snížené libido, porucha chuti k jídlu, porucha spánku, pocity viny, obtížná koncentrace, neklid, myšlenky na smrt nebo sebevraždu (Pidrman, 2010, s. 45).

Mimořádně významné je odlišení deprese od demence, obě poruchy mohou mít zdánlivě podobný klinický obraz. U pacientů s demencí je začátek plíživý, může trvat déle než šest měsíců, nálada bývá proměnlivá, jsou přítomny poruchy orientace, poruchy pacient bagatelizuje, v testech chybuje a výkon bývá horší večer. Naopak u pacienta s depresí bývá začátek náhlý, trvání je kratší než šest měsíců, přetrvává negativní nálada, pacient v testech chybuje proto, že se nesnaží, poruchy zdůrazňuje a výkon bývá horší ráno. Z dalších diferenciálně diagnostických možností je třeba pomyslet na deliria, poruchy štítné žlázy nebo pseudoneurastenie (Drástová, Krombholz, 2006, s. 241- 243).

U rizikových nemocných se provádí funkční neuropsychologické testy jako je např. MMSE – Mini-Mental State Examination M. Folsteina z roku 1975. Bývá nejpoužívanější metodou ke zjištění celkových kognitivních funkcí a k zachytu demence s určením míry postižení. Test je zaměřen na orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, pozornost, početní schopnosti, psaní, čtení, řeč a konstrukčně – praktické dovednosti. Test odliší těžkou demenci od normálního stáří. Maximální skóre je 30 bodů, přičemž čím vyšší hodnota, tím lepší výkon. Od 24 bodů a méně začíná většinou pásmo demence. Úkolem testované osoby při Clock testu – Clock Drawing Test (CDT), je nakreslit ciferník i čísla na hodinách a umístit ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas (Smičková, 2011, s. 391-393).

Pro hodnocení emočního stavu se v geriatrii a v gerontopsychiatrii užívá několik hodnotících škál. Široce užívaná je Škála deprese pro geriatrické pacienty GDS (Geriatric Depression Scale), která se skládá z 15 otázek (příloha C). Škála GDS je screeningovým nástrojem s velmi dobrou výpovědní hodnotou. Při výsledném skóre 0 – 5 bodů se emoční stav testovaného pokládá za normální, skóre 6 – 10 bodů indikuje mírnou depresi, skóre 11 – 15 bodů již indikuje klinicky relevantní depresi. U pacientů vyššího věku lze k posouzení deprese použít i další škály např. Montgomeryho - Asbergova škála deprese (MADRS), Hamiltonova škála deprese (HAM-D) nebo samohodnotící Beckova škála deprese (BDI), (Kalvach et al, 2008, s. 88).

## II PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá analýzou a zpracováním dat získaných z dotazníkového šetření.

### 6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jakou míru soběstačnosti měřenou pomocí Indexu Barthelové vykazují senioři v domácí péči v rámci záměrně vybraného souboru respondentů?
2. Jak je hodnocena nutriční pomoci MNA u seniorů v domácí péči v rámci záměrně vybraného souboru respondentů?
3. Jakou míru depresivity měřenou pomocí Geriatric Depression Scale (GDS) vykazují senioři v domácí péči v rámci záměrně vybraného souboru respondentů?

### 7 METODIKA VÝZKUMU

Pro dosažení stanovených cílů a výzkumných otázek byla zvolena kvantitativní metoda přímého pozorování, dotazování a jednoduchého funkčního hodnocení za využití standardně využívaných škál pro Funkční geriatrické hodnocení (ADL, MNA-SF, GDS). Tato metoda byla zvolena z důvodu její relevantnosti k danému tématu, která se opírá o výsledky výzkumů Pavlína Brímové, Hany Kašparové, Veroniky Dajčarové, Kamily Markové, Renaty Dvořákové a Lenky Šenkýřové, i o teoretické poznatky prezentované v teoretické části této práce (viz kapitola 3,4 a 5). Popis jednotlivých nástrojů, které byly ve výzkumu použity, je obsažen v kapitole 3.1, 4.1 a 5.2. Stanovená metodika práce byla v období od 1. 10. do 20. 10. 2013 ověřena pilotním výzkumem, který obsahoval 5 oblastí – soběstačnost, nutriční stav, depresivitu, inkontinenci pomocí Gaudenzova dotazníku a mentální funkci seniorů pomocí krátké škály mentálního stavu MMSE (Mini-Mental State Examination). Tato pilotáž byla aplikována u 10 záměrně vybraných respondentů, kteří byli osloveni ve svém vlastním sociálním prostředí. Kritériem pro výběr respondentů byl jejich věk nad 70 let, ústní souhlas se zařazením do výzkumu a jejich využívání služeb ADP. Agentura domácí péče byla vybrána záměrně, představuje příklad dobré praxe, má dobré jméno a její klienti jsou spokojeni s přístupem i péčí všeobecných sester. Po vyhodnocení pilotáže byly provedeny změny v rozsahu hodnocených oblastí a to tak, že z výzkumu bylo vyřazeno hodnocení inkontinence a mentálního stavu seniorů (MMSE) z důvodu nekompletnosti získaných dat. Výzkumné šetření probíhalo od 1. 11. 2013 do 28. 2. 2014 v téže agentuře domácí péče jako pilotní výzkum, přičemž bylo osloveno 39 respondentů. Z důvodu změny názorů klientů pro zařazení

do výzkumu byla vyhodnocena data od 30 respondentů, kteří se výzkumu dobrovolně zúčastnili. Výzkum probíhal ve východočeském městě s dvaceti tisíci obyvateli. Toto vyšetření probíhalo v délce 30 – 45 minut a bylo vždy prováděno stejnou osobou, jež byla proškolená v práci s nástroji, které výzkum používal. Vyhodnocená data byla zpracována anonymně.

K výzkumu byly použity standardizované dotazníky. Iniciály, věk, pohlaví a důvod indikace domácí péče byly zaznamenány na základě dotazu. V oblasti soběstačnosti byl k výzkumu použit Barthelův test základních všedních dovedností (ADL), který se skládá z 10 polytomických výběrových otázek a pomocí něhož byl zaznamenáván výsledný počet bodů. Blíže je popsán v kapitole 3.1 (příloha A).

Pro zjištění nutričního stavu seniorů byl pro výzkum použit Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) s 5 polytomickými výběrovými otázkami, který plynule přecházel do fyzikálního vyšetření. Hodnocení testu probíhalo dle popisu v kapitole 4. 1.(příloha B).

Depresivita seniorů v domácím prostředí byla zjišťována pomocí geriatrické škály deprese (GDS), blíže popsané v kapitole 5.2. Otázky kladené v tomto testu byly uzavřené dichotomické, respondenti měli na výběr odpověď ANO / NE (příloha C).

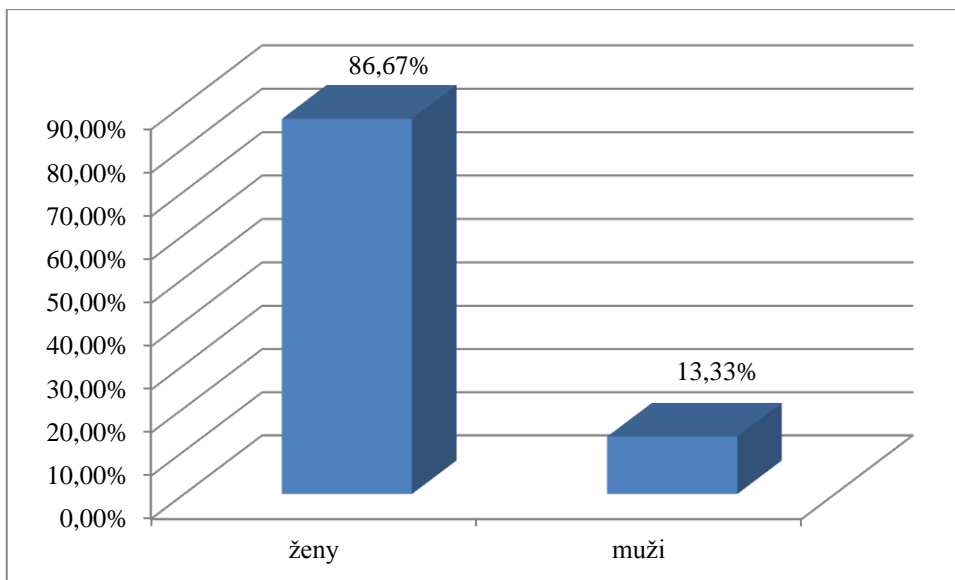
Ke zpracování získaných dat byl použit program Microsoft Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010. Výsledky byly interpretovány slovním komentářem u jednotlivých otázek a zpracovány pomocí grafů. V jednotlivých grafech jsou hodnoty uvedeny v absolutní (n) a relativní četnosti (%). Při interpretaci výsledků byly údaje v procentech zaokrouhleny na celá čísla. Pro prezentaci výsledků byly zvoleny sloupcové grafy.



## 8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 8.1 Okruh identifikačních otázek

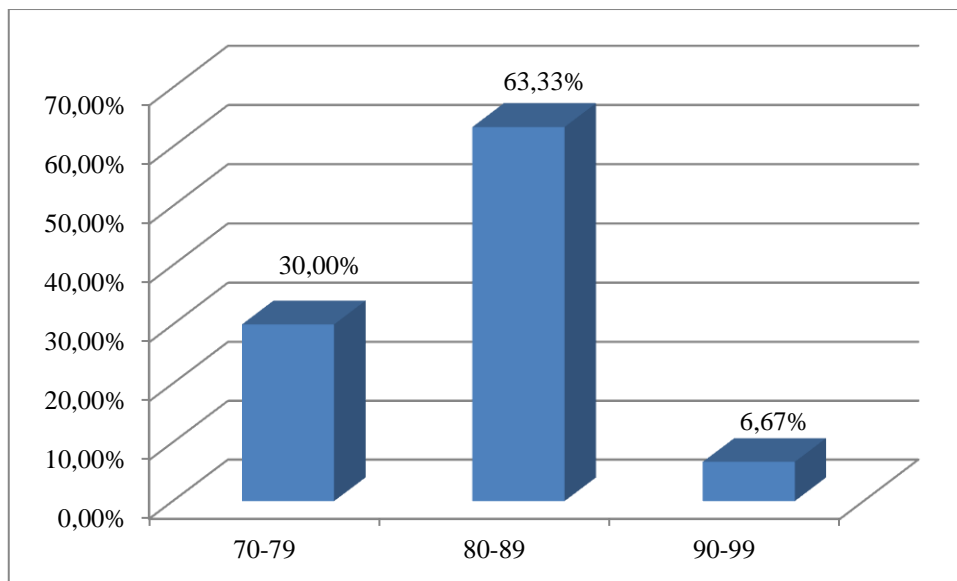
#### Pohlaví respondentů



**Obrázek 1** Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 100 % (n=30) respondentů tvořily nejpočetnější skupinu ženy, a to v počtu 87% (n=26), zbývajících 13% (n=4) bylo mužů.

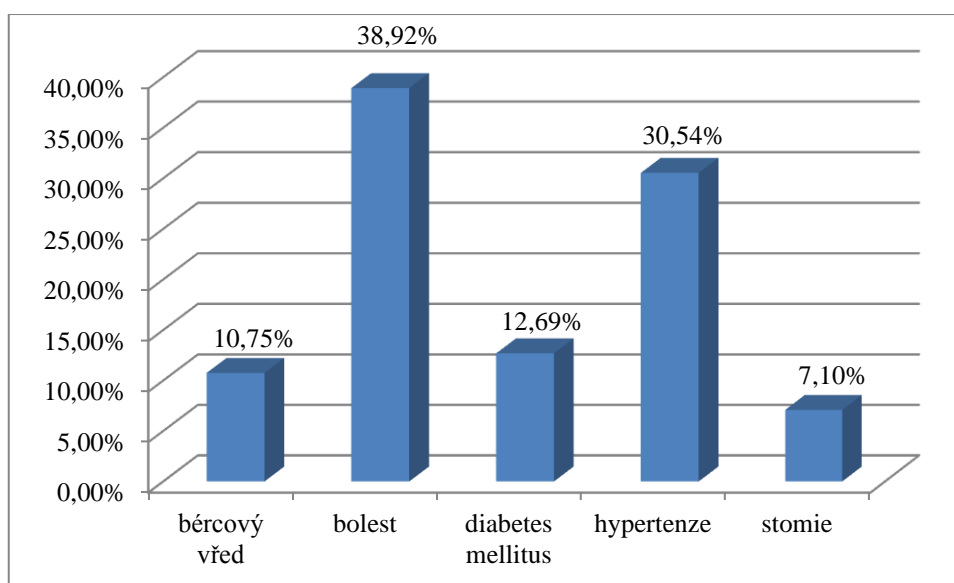
## Věk respondentů



**Obrázek 2** Věk respondentů

Ze zkoumaného souboru 100% (n=30) bylo 30 % (n=9) respondentů ve věku od 70 – 79 let, 63 % (n=19) klientů ve věku 80 – 89 let a 7 % (n=2) klienti ve věku 90 – 99 let. Průměrný věk všech respondentů byl 81,2 let, střední hodnota (medián) i hodnota nejčetnější (modus) byla 82 let. Průměrný věk mužů byl 79 let a žen 81,5 let. Jedna žena a jeden muž patřili mezi nejmladší respondenty, bylo jim 70 let. Nejstarší klientky využívající služeb domácí péče byly dvě seniorky ve věku 94 a 97 let.

### Hlavní diagnóza pro indikaci domácí zdravotní péče



**Obrázek 3** Hlavní diagnóza seniorů pro indikaci domácí zdravotní péče

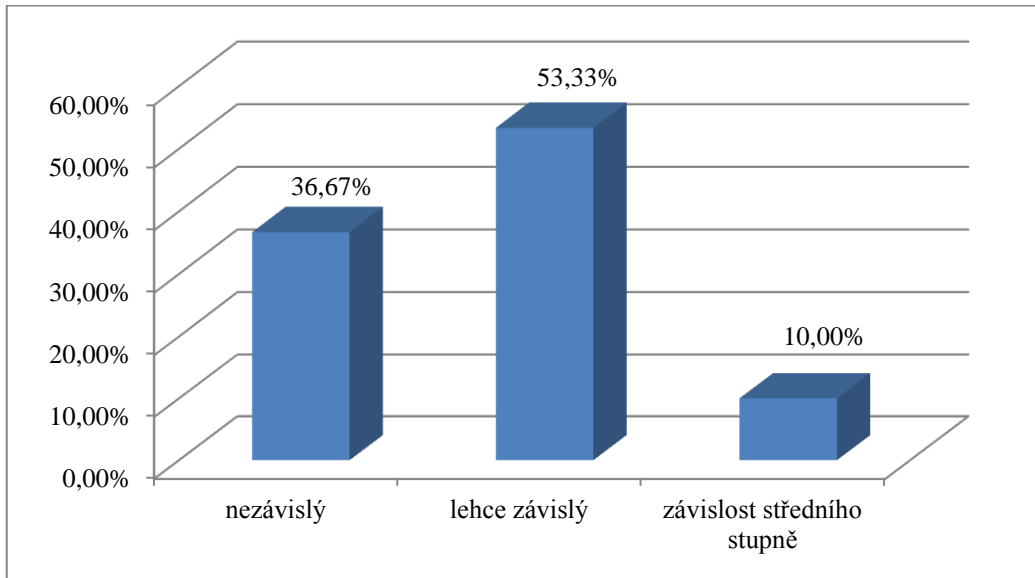
Na obr. 3 je patrné, že ve zkoumaném souboru byla nejčastější hlavní diagnóza hypertenzní nemoc, a to v 37 % (n=11). Průměrný věk respondentů trpících hypertenzí byl 81 let. Patřila i k nejčastějším diagnózám u mužů, a to v 75 % (n=3) z celkového počtu 100 % (n=4). V hodnocení ADL bylo sedm klientů nezávislých, tři senioři lehce závislí, jeden respondent středně závislý a zároveň v riziku podvýživy. V hodnocení GDS bylo osm klientů v normálním psychickém stavu, dva senioři vykazovali mírnou depresi a jeden respondent trpěl těžkou depresí. Druhým nejčastějším problémem, který se objevil ve výzkumném souboru, byla bolest pohybového aparátu, kterou trpěly pouze ženy. Byla zaznamenána u 30 % (n=9) respondentek, jejichž průměrný věk činil 79 let. U všech žen byl nutriční stav v normě. V oblasti soběstačnosti bylo šest žen lehce závislých a pouze tři ženy nezávislé. Plně kontinentních bylo pět, občasnou inkontinencí trpěly čtyři ženy. Těžká deprese byla zjištěna u dvou respondentek, mírná deprese u čtyř žen a pouze u dvou žen byl zaznamenán normální psychický stav. Třetí nejčastější diagnóza seniorů využívající služby agentury domácí péče byl v tomto výzkumném souboru diabetes mellitus. Toto onemocnění bylo zaznamenáno u 17 % (n=5) klientů, kterými byly pouze ženy, přičemž jejich průměrný věk činil 83 let. I v tomto případě byl u všech žen nutriční stav v normě. Jedna žena byla v oblasti soběstačnosti nezávislá, dvě klientky byly lehce závislé a dvě respondentky středně závislé. Trvalou inkontinencí trpěla jedna žena, občasná inkontinence byla zaznamenána u tří seniorek a pouze jedna klientka byla plně kontinentní. Jedna žena byla v těžké depresi, u dvou

respondentek byla zaznamenána mírná deprese a dvě seniorky měly normální psychický stav. Ošetření bércového vředu bylo v tomto výzkumném souboru potřeba u 10 % (n=3) respondentů, do něhož patřil jeden muž a dvě ženy. Jejich průměrný věk činil 81 let. Jedna klientka byla v riziku podvýživy. Všichni tři respondenti byli v oblasti soběstačnosti lehce závislí, muž byl plně kontinentní a zároveň trpěl těžkou depresí. U obou žen se objevovala občasná inkontinence a zároveň mírná deprese. Nejméně častou diagnózou pro indikaci domácí zdravotní péče bylo ošetření stomií. Onemocnění bylo zaznamenáno u 7 % (n=2) respondentů z výzkumného souboru. Jednalo se o ženy, jejichž průměrný věk byl 84 let. Jedna ze seniorek byla v riziku podvýživy, obě ženy byly v oblasti soběstačnosti lehce závislé a obě byly plně kontinentní. U jedné seniorky byla zjištěna mírná deprese a u jedné ženy deprese těžká.

## 8.2 Okruh otázek věnující se soběstačnosti seniorů v domácí péči

Druhá oblast dotazníkového šetření zahrnovala položky standardně používaného dotazníku (ADL) Indexu Barthelové (příloha A).

### Soběstačnost seniorů v základních všedních dovednostech

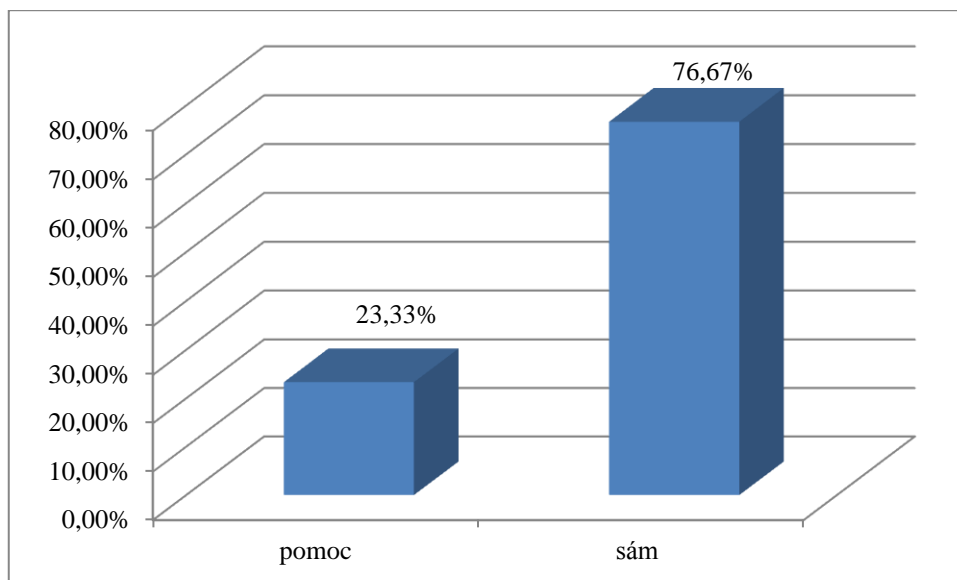


**Obrázek 4** Soběstačnost seniorů v základních všedních činnostech

Z grafu na obrázku 4 vyplývá, že z celkového počtu 100 % (n=30) je většina respondentů 53 % (n=16) lehce závislých, nezávislých je 37 % (n=11) a 10 % (n=3) respondentů je středně závislých. Tři muži byli nezávislí a jeden muž byl lehce závislý. Závislost středního stupně byla zaznamenána v nejvyšší věkové kategorii, kterou tvořily pouze ženy ve věku 86, 94 a 97 let. Průměrná hodnota hodnocení ADL byla 88 bodů, což je lehká závislost. Nejčetnější hodnotou (modus) byl 100 bodů (n=11), střední hodnota (medián) byla 90 bodů.

V práci dále nebudou rozebrány všechny proměnné ADL testu, ale pouze vybrané, ve kterých respondenti vykazovali různou míru závislosti. V ostatních proměnných, které nejsou graficky zpracovány, byli respondenti ve 100 % nezávislí.

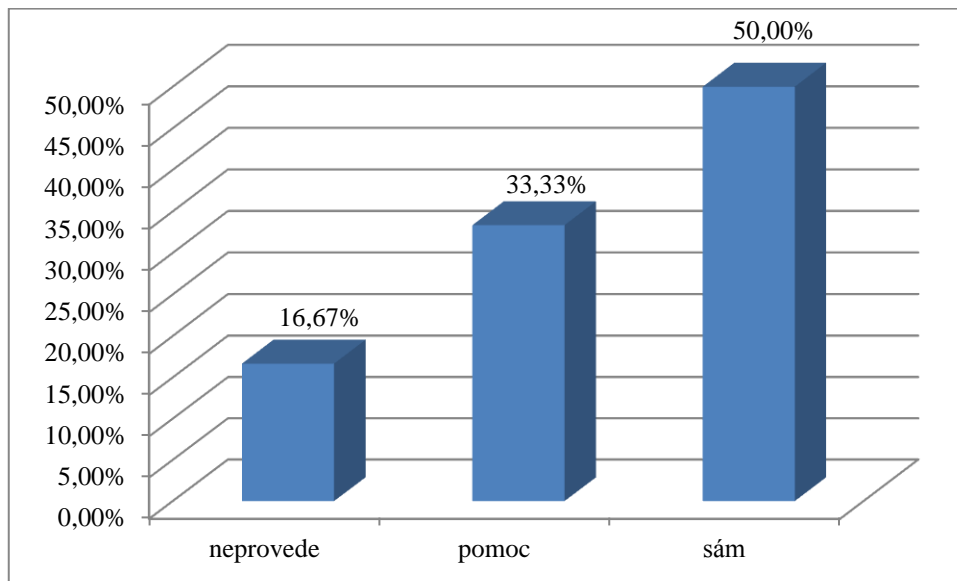
### Soběstačnost seniorů při chůzi po rovině



**Obrázek 5** Soběstačnost při chůzi po rovině

Na obrázku 5 je patrné, že samostatnou chůzi po rovině bez pomoci zvládá 77 % (n=23) respondentů a pouze 23 % (n=7) seniorů v domácí péči potřebuje pomoc. 100 % (n=4) mužů pomoc při chůzi po rovině nepotřebuje. Věkový průměr žen, které pomoc při chůzi po rovině potřebují, je 86 let.

## Soběstačnost seniorů při chůzi po schodech

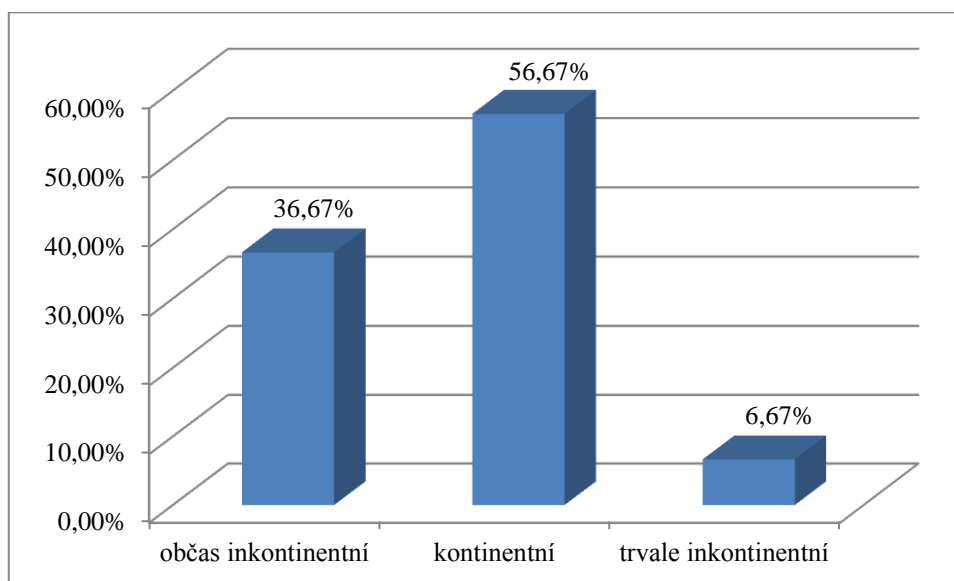


**Obrázek 6** Soběstačnost při chůzi po schodech

Obr. 6 znázorňuje, že samostatnou chůzi po schodech zvládne 50 % (n=15) respondentů, pomoc při zdolávání schodů potřebuje 33 % (n=10) seniorů a 17 % (n=5) chůzi po schodech nezvládne vůbec. Tři muži zvládnou chůzi po schodech sami bez pomoci a jeden muž tuto činnost vůbec neprovede. Věkový průměr žen, které potřebují pomoc při chůzi po schodech, je 82 let.

Z výsledku je patrné, že hodnocení chůze po schodech mělo vliv na celkové hodnocení soběstačnosti u seniorů v jejich sociálním prostředí. Tato proměnná sledovaná v Indexu Barthelové byla nejčastější proměnnou, ve které respondenti vykazovali nesoběstačnost.

### Soběstačnost seniorů v oblasti kontinence moči



**Obrázek 7** Kontinence moči u seniorů v domácí péči

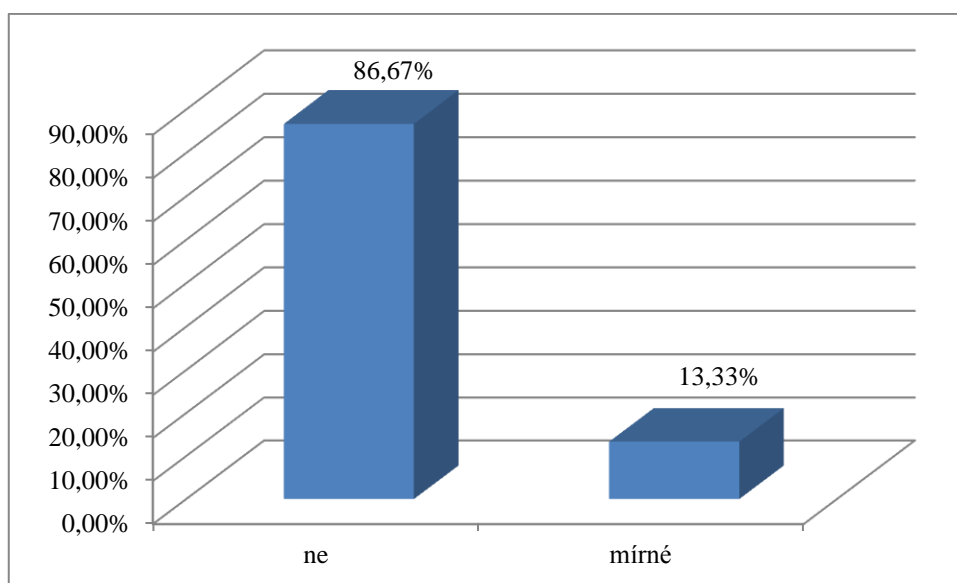
Obr. 7 znázorňuje, že z celkového počtu 100 % (n=30) respondentů je plně kontinentních 57 % (n=17), z nichž 37 % (n=11) je občas inkontinentních a pouze 7 % (n=2) seniorů je trvale inkontinentních. Inkontinence byla zaznamenána pouze u žen. Věkový průměr žen, které byly trvale inkontinentní, byl 79 let, přičemž tyto ženy měly zároveň problémy s mobilitou. U žen, které byly občas inkontinentní, byl průměrný věk 84 let. V tomto případě nebyla zaznamenána souvislost s imobilitou. Dvě klientky, které jsou trvale inkontinentní, mají zaveden permanentní močový katetr. Tyto ženy udávaly prodělanou gynekologickou operaci v minulosti. Čtyři ženy, které trpí občasnou inkontinencí, používají plenkové kalhotky a zbylých sedm respondentek s občasnou inkontinencí používá jednorázové speciální vložky pro únik moči.



### 8.3 Okruh otázek věnující se výživě seniorů v domácí péči

Další oblast dotazníkového šetření zahrnovala položky standardizovaného dotazníku Mini-Nutritional Assessment – MNA (příloha B).

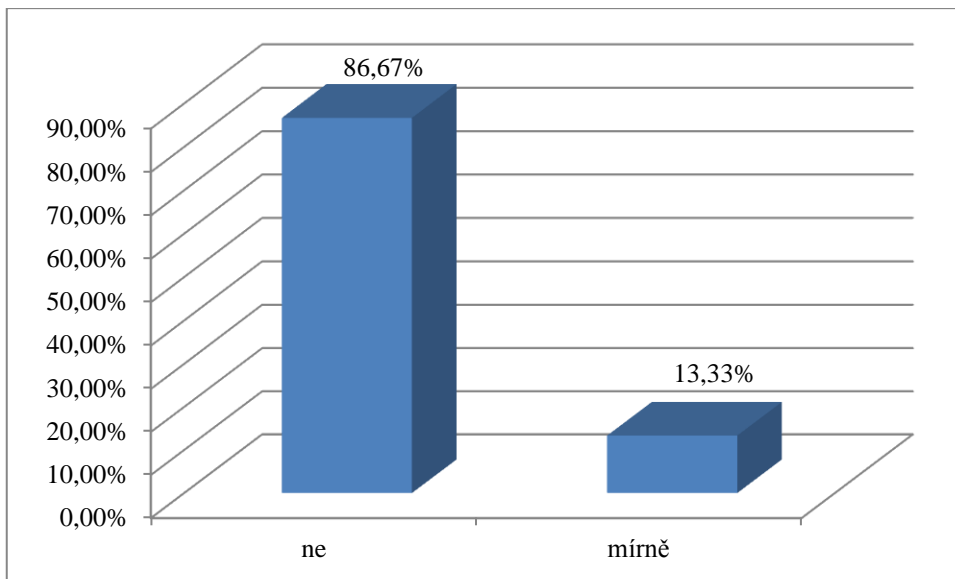
#### Otázka č. 1: Snížil se u Vás příjem potravy za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství či zažívacích problémů?



Obrázek 8 Snížení příjmu potravy za poslední 3 měsíce

Z celkového počtu dotazovaných 100 % (n=30) odpovědělo 87 % (n=26) seniorů, že se jejich příjem potravy během uplynulých tří měsíců nesnížil a u 13 % (n=4) seniorů se příjem potravy snížil mírně. Snížení potravy se týkalo pouze žen, přičemž jejich věkový průměr byl 82 let a průměrná hodnota Indexu Barthelové byla 85 bodů, což značí lehkou závislost. U všech žen, které udávaly snížení potravy, byl zaznamenán zároveň úbytek na váze. Tři ženy byly v riziku podvýživy. Dvě ženy vykazovaly v hodnocení GDS těžkou depresi a dvě seniorky trpěly mírnou depresí. Dvě ženy udávaly v posledních dvou měsících dyspeptické obtíže.

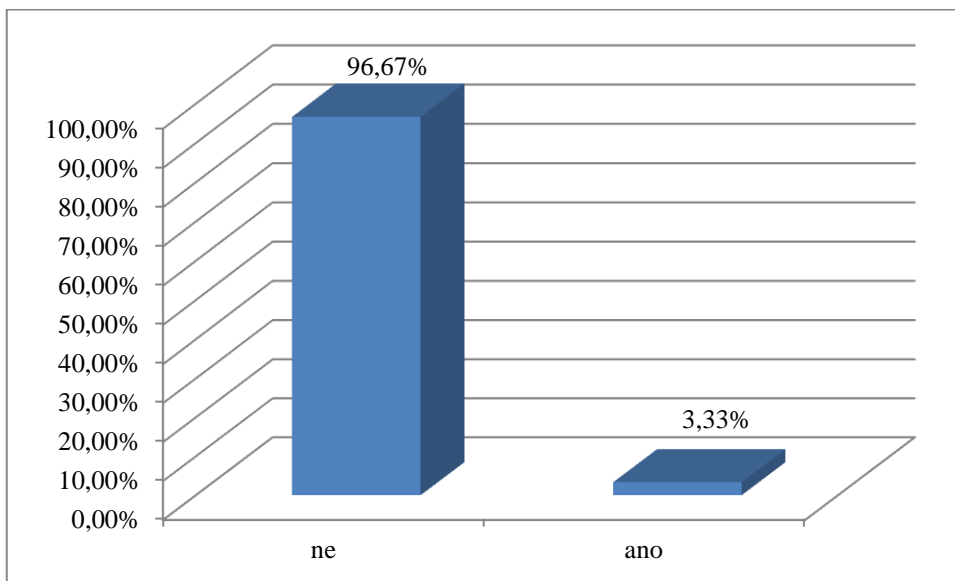
**Otázka č. 2: Došlo u Vás během posledních 3 měsíců k úbytku tělesné hmotnosti?**



**Obrázek 9 Úbytek váhy za poslední 3 měsíce**

Na obrázku 9 je patrné, že většina dotazovaných 87 % (n=26) uvedla, že jejich tělesná hmotnost je stabilní a za poslední 3 měsíce u nich nedošlo k výraznému úbytku váhy. Ovšem 13 % (n=4) respondentů uvedlo, že u nich došlo během této doby k úbytku tělesné hmotnosti mezi 1 – 3 kg, což je patrné z komentáře k obr. 8. Ke zvýšení váhy nedošlo u žádného z respondentů.

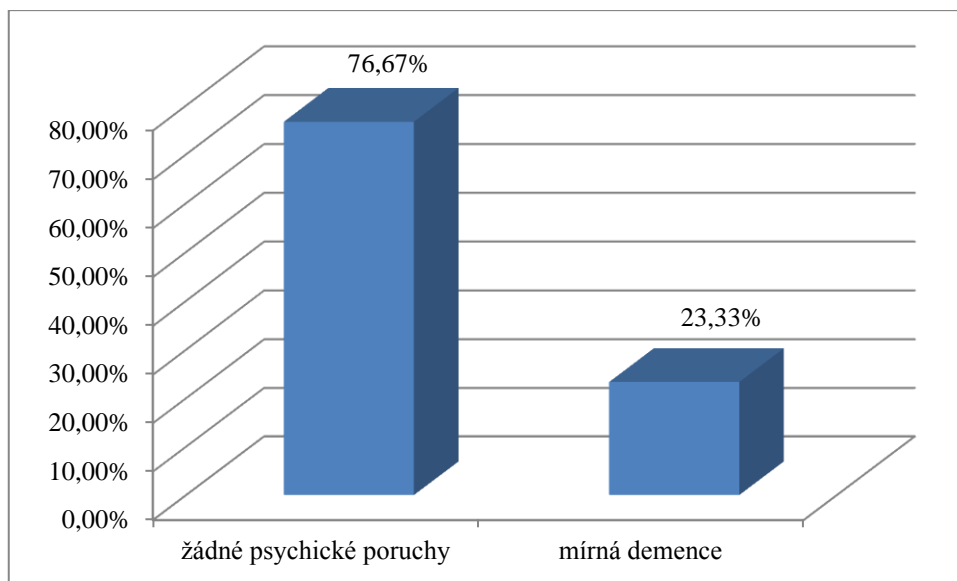
**Otázka č. 3: Trpěl/a jste během posledních 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním?**



**Obrázek 10** Stres nebo závažné onemocnění během posledních 3 měsíců

Z celkového počtu 100 % (n=30) dotazovaných odpovědělo 97 % (n=29) seniorů, že stresem ani závažným onemocněním během uplynulých 3 měsíců netrpělo. Zatímco pouze jedna seniorka (3 %) ve věku 80 let uvedla, že stresem trpěla, zároveň byla lehce závislá, trpěla občasnou inkontinencí a v hodnocení GDS byla v těžké depresi.

## Neuropsychická oblast, demence či deprese u seniorů související s příjmem potravy

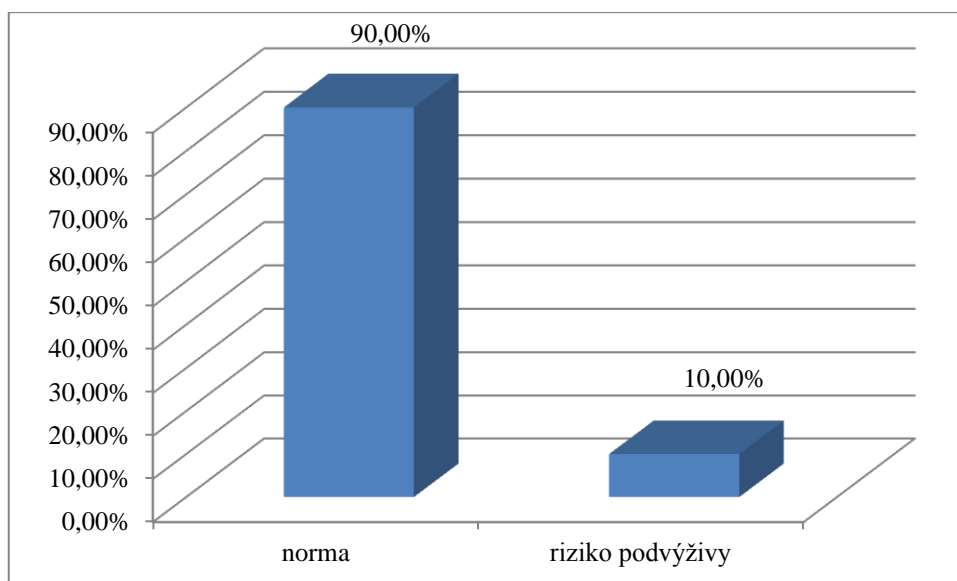


**Obrázek 11** Neuropsychické obtíže u seniorů v domácí péči

Z grafu na obrázku 11 je patrné, že 77 % (n=23) seniorů v domácí péči netrpí žádnou psychickou poruchou a 23 % (n=7) z celkového počtu 100 % (n=30) respondentů trpí mírnou demencí. Psychická porucha byla objevena pouze u žen, přičemž jejich průměrný věk činil 83 let. Jedna z žen byla středně závislá, ve věku 97 let, s mírnou depresí, ovšem její nutriční stav byl v normě. Zbývajících šest žen, které udávaly neuropsychické obtíže, byly zároveň v hodnocení ADL lehce závislé.

Lze předpokládat, že v opačném případě, či při vážných demencích, by nebylo možné ponechat klienty v domácí péči a byla by nutná jejich hospitalizace, nebo umístění v jiných zdravotnických zařízeních.

## Výsledný screening Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)



**Obrázek 12** Výsledný nutriční screening pacientů v domácí péči

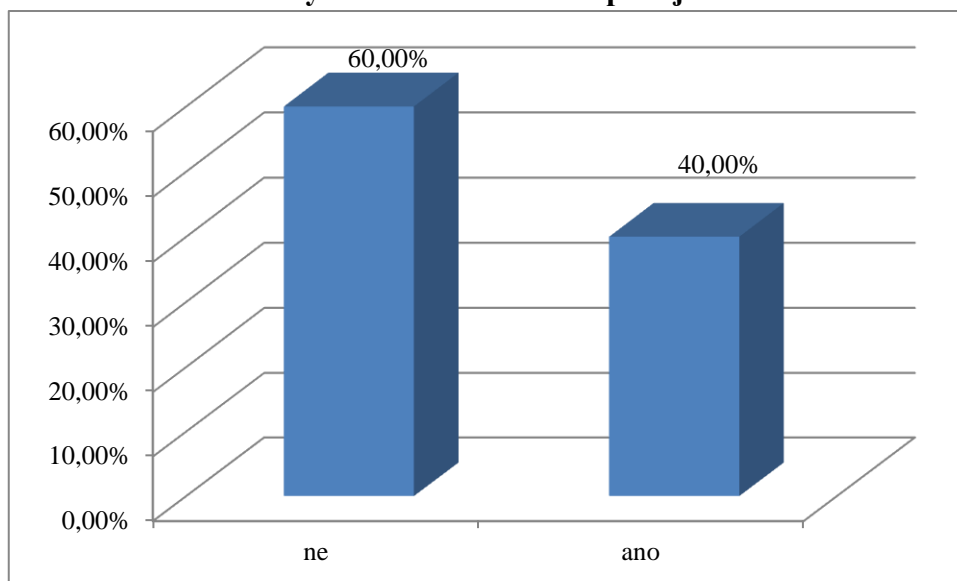
Z celkového počtu 100 % (n=30) seniorů využívajících služeb domácí péče, bylo 90 % (n=27) klientů, kteří měli normální výživový stav a 10 % (n=3) klientů, jež bylo v riziku podvýživy. Jednalo se pouze o ženy, přičemž všechny tři byly v hodnocení ADL lehce závislé, v tomto případě byla zaznamenána souvislost s porušenou mobilitou. Dvě z respondentek trpěly z hodnocení GDS mírnou depresí a jedna žena byla v těžké depresi. Průměrný věk respondentek s rizikem podvýživy byl 80 let.

Z výsledku na obr. 12 je patrné, že jde celkem o pozitivní informaci. Převážná většina klientů domácí péče byla v hodnocení výživy v normě.

## 8.4 Okruh otázek věnující se depresivitě seniorů v domácí péči

Poslední oblast dotazníkového šetření zahrnovala položky standardizovaného dotazníku (příloha C) geriatrické škály deprese GDS (Geriatric Depression Scale). Nebudou ovšem rozebrány všechny proměnné GDS, ale pouze vybrané, ve kterých respondenti vykazovali zvýšenou míru depresivity.

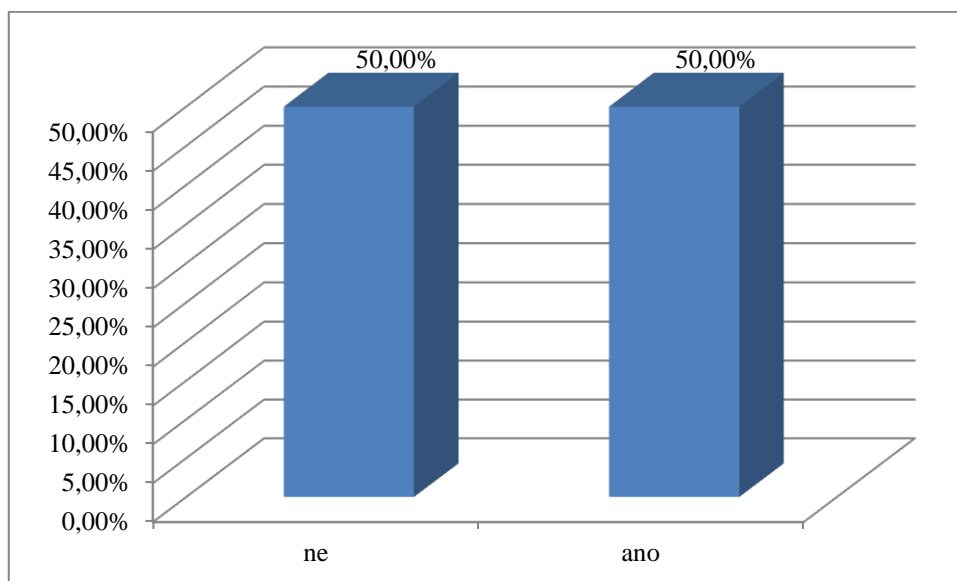
### Otázka č. 1: Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?



**Obrázek 13** Spokojenost seniorů se životem

Graf na obrázku 13 znázorňuje, že 40 % (n=12) seniorů je se svým životem v zásadě spokojeno, ale velký počet seniorů 60 % (n=18) uvádí, že se svým životem spokojeno není. Z výsledků vyplynulo, že se svým životem není spokojen jeden muž, který je zároveň v hodnocení ADL lehce závislý. Průměrný věk žen nespokojených v životě byl 83 let. Pouze dvě z nich byly plně kontinentní, jedna byla trvale inkontinentní a zbytek žen, nespokojených se svým životem, bylo občas inkontinentních.

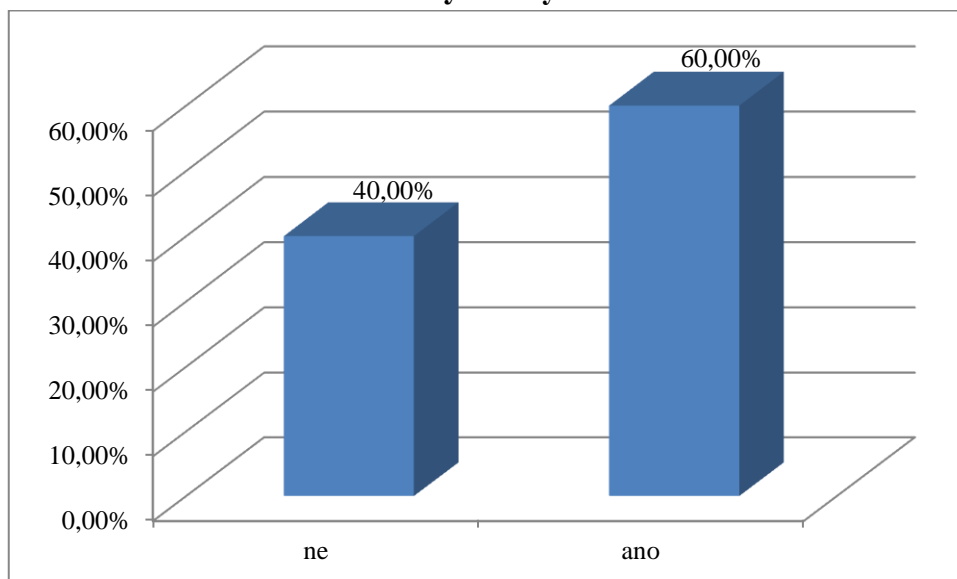
## Otázka č. 2: Nudíte se často?



**Obrázek 14** Pocit nudy u seniorů v domácím prostředí

V odpovědích na otázku č. 2 se rozdělili respondenti na polovinu. 50 % (n=15) respondentů se shoduje, že se ve svém životě nudí. Stejný počet, tedy 50 % (n=15) seniorů se nenudí. Stejně se shodují v otázce nudy i muži, 50 % (n=2) mužů z celkového počtu 100 % (n=4) se nudí, přičemž jsou zároveň, v hodnocení soběstačnosti ADL, lehce závislí. Souvislost je patrná v hodnocení soběstačnosti i u žen. 11 respondentek, které se v životě často nudí, jsou lehce závislé a dvě klientky středně závislé.

### Otázka č. 3: Cítíte se v životě zbytečná/ý?

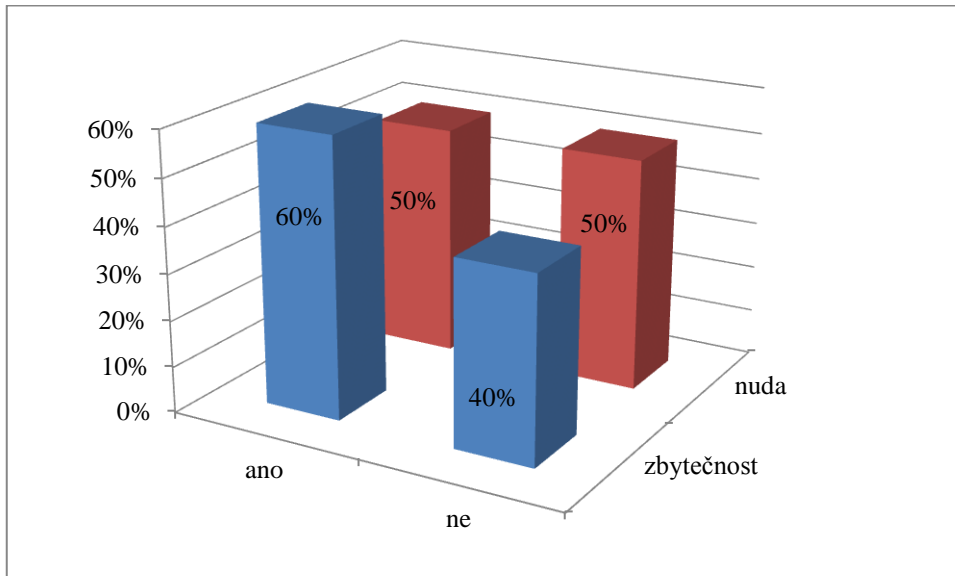


Obrázek 15 Pocit zbytečnosti u seniorů v domácím prostředí

Otázka č. 3 měla zjistit, jak senioři hodnotí svoji pozici v rodině, zda se cítí být v rodině potřební a nepostradatelní. Z celkového počtu 100 % (n=30) odpovědělo 40 % (n=12) seniorů tak, že se v životě necítí být zbyteční. Oproti tomu 60 % (n=18) seniorů trpí pocitem nepotřebnosti a úplného nezájmu rodiny. Pocit zbytečnosti mělo souvislost s hodnocením Indexu Barthelové. Pouze jeden muž se cítil v životě zbytečný, přičemž byl v hodnocení ADL lehce závislý. Ze 17 žen, které trpí pocitem nepotřebnosti, byly dvě nezávislé, 13 žen bylo lehce závislých a dvě seniorky byly středně závislé.



### Pocit zbytečnosti versus pocit nudy

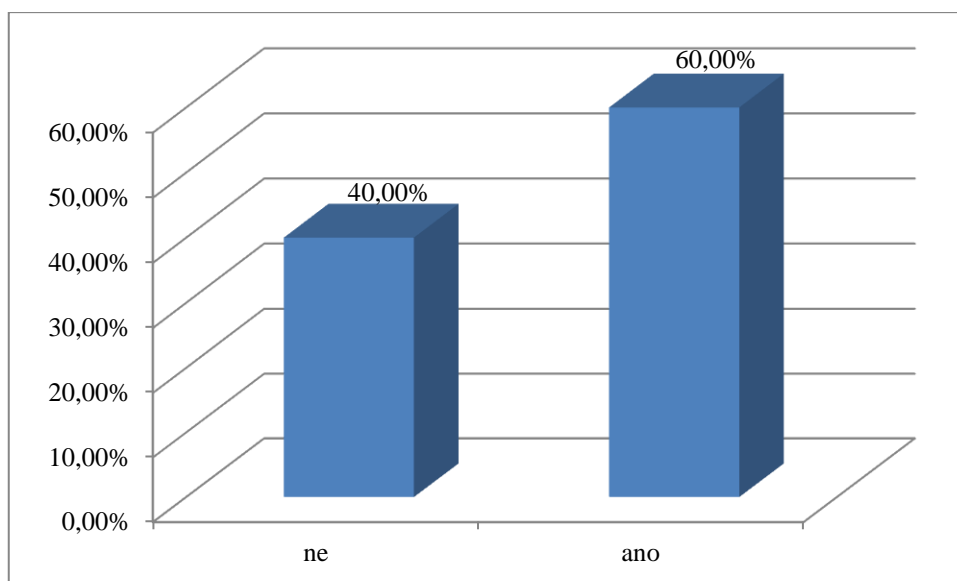


**Obrázek 16** Porovnání pocitu nudy a zbytečnosti

Na obr. 16 je patrné, že senioři v domácí péči se cítí být více zbyteční, a to v 60 % (n=18), a v otázce pocitu nudy se respondenti rozdělili přesně na polovinu.

Lze předpokládat, že hodnocení pocitu zbytečnosti a nudy v životě seniorů mělo vliv na celkové hodnocení depresivity respondentů, jak je patrné na obr. 20.

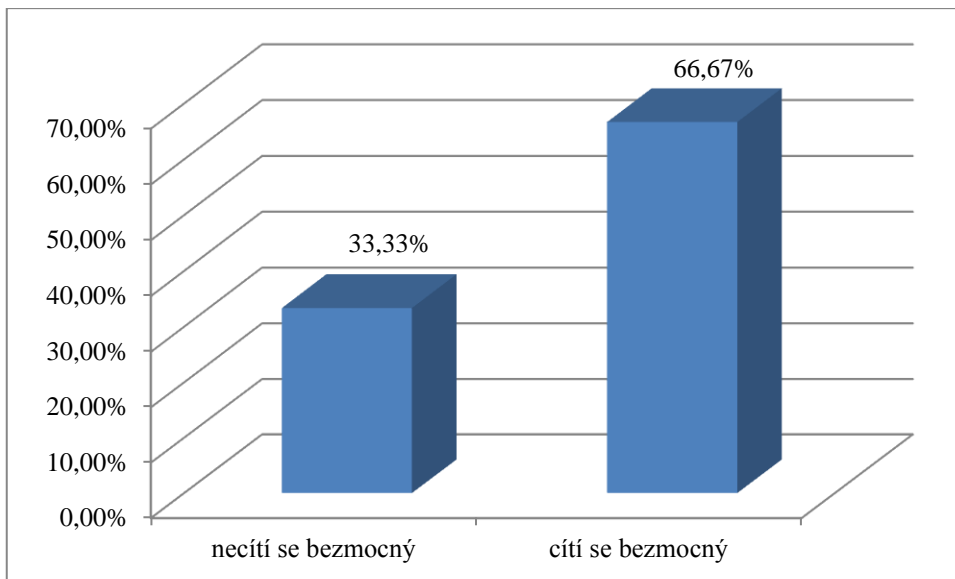
#### Otázka č. 4: Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?



Obrázek 17 Strach z něčeho zlého

Z celkového počtu 100 % (n=30) dotazovaných udává, že 60 % (n=18) seniorů má strach z toho, že se jim v životě přihodí něco zlého. Pouze 40 % (n=12) seniorů tyto obavy nemá. Obavy v životě udává 25 % (n=1) mužů z celkového počtu 100 % (n=4). Souvislost s hodnocením soběstačnosti ADL je patrná i v tomto případě. Závislost středního stupně byla zaznamenána u dvou respondentek, lehce závislých bylo 13 žen a pouze dvě ženy, které mají obavy z něčeho zlého, byly nezávislé.

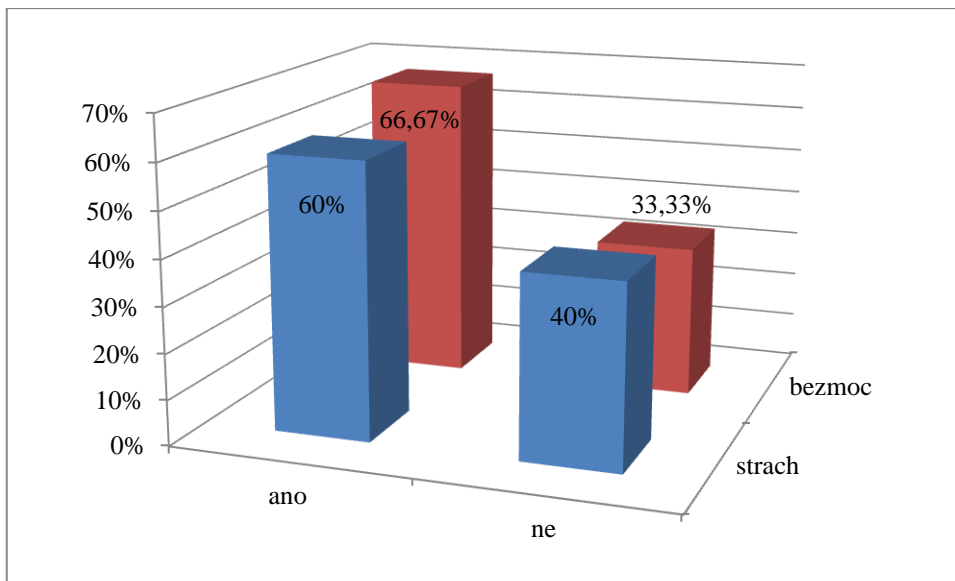
**Otázka č. 5: Cítíte se často bezmocná/ý?**



**Obrázek 18** Pocit bezmoci

Nadpoloviční většina, 67 % (n=20) respondentů uvedlo, že se cítí být v životě bezmocní. 33 % (n= 10) z celkového počtu 100 % (n=30) respondentů se necítí být bezmocných. 50 % (n=2) mužů uvedlo pocit bezmoci. Lehce závislých, v hodnocení ADL, bylo 16 respondentů, z toho jeden muž. Středně závislé byly 3 ženy a pouze jeden muž byl nezávislý.

## Strach versus bezmoc

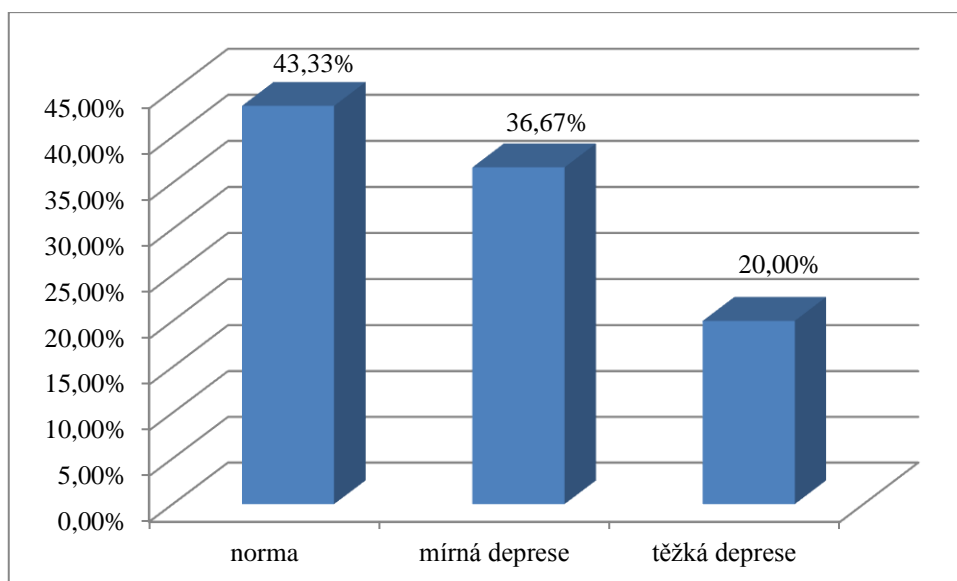


**Obrázek 19** Porovnání pocitu strachu a bezmoci

V nadpoloviční většině cítí senioři v domácí péči bezmoc v životě a strach z něčeho, co je ještě v životě potká. Lze předpokládat, že i strach a bezmoc měly vliv na celkové hodnocení depresivity seniorů v domácím prostředí, jak je patrné na obr. 19.

Pocit bezmoci byl ve výzkumném souboru nejčastějším rizikovým faktorem depresivity seniorů.

## Výsledné hodnocení depresivity seniorů v domácím prostředí



**Obrázek 20** Výsledné hodnocení depresivity seniorů

Obr. 20 zaznamenává, že v celém sledovaném souboru respondentů 100 % (n=30) bylo 43 % (n=13) respondentů, jejichž míra depresivity byla v rozmezí 0 – 5 bodů, což znamená normální stav. U 37 % (n=11) respondentů byla míra depresivity v rozmezí 6 – 10 bodů, kdy se jedná o mírnou depresi. 20 % (n=6) respondentů dosáhlo hodnocení > 11 bodů, což značí podle GDS pro manifestní depresi, která již vyžaduje pozornost odborníka. Těžká deprese byla vyhodnocena u jednoho muže, zatímco tři muži z celkového počtu 100 % (n=4) byli v normě. Depresivita byla zaznamenána ve velké míře v souvislosti s hodnocením Indexu Barthelové a to tak, že lehce závislých bylo 15 respondentů a dva klienti byli středně závislí. U klientů v těžké depresi bylo lehce závislých pět a jeden respondent byl středně závislý. Souvislost s inkontinencí nebyla výrazná, plně kontinentní byli dva respondenti a občasnou inkontinencí trpěly čtyři ženy. Průměrný věk respondentů v těžké depresi byl 85 let. Všech 11 klientek, trpících mírnou depresí, bylo lehce závislých, plně kontinentní byly čtyři, občas inkontinentních bylo šest a jedna respondentka byla trvale inkontinentní. Jejich průměrný věk činil 83 let. Prevalence depresivity ve zkoumaném souboru respondentů je alarmující.

## 9 DISKUZE

Bakalářská práce se věnuje hodnocení vybraných oblastí zdravotního stavu seniorů, kteří využívají služeb agentury domácí péče. Konkrétně se jedná o hodnocení soběstačnosti, nutrice a v neposlední řadě také depresivity seniorů ve svém vlastním sociálním prostředí. Kromě standardizovaných dotazníků ADL, MNA-SF a GDS bylo zjišťováno pohlaví, věk respondentů a důvod indikace domácí péče. Ve zkoumaném vzorku bylo 86,67 % žen a pouze 13,33 % mužů. Charakteristiky výzkumného souboru jsou velice podobné se statistickými údaji (ÚZIS, 2012), kdy necelé dvě třetiny (65 %) klientů domácí péče tvoří ženy. Tento fakt také koresponduje se základní demografickou charakteristikou české populace (příloha D). V důsledku vyšší úmrtnosti mužů je ve starší populaci převaha žen. Údaje se shodují i s jinými výzkumnými pracemi, např. s diplomovou prací Renaty Dvořákové - Výživa seniorů v domácím prostředí, kde uvádí, že ve zkoumaném vzorku bylo 71,1 % žen a 28,9 % mužů (Dvořáková, 2007). Věkové rozpětí respondentů ve výzkumném souboru od nejmladšího (70 let) po nejstaršího (97 let) byl 27 let, průměrný věk klientů byl 81,2 let. Nejčtenější hodnota (modus) byla 82 let, což bylo 5 (16,66 %) respondentů. 82 let značil zároveň i střední hodnotou (medián).

**Výzkumná otázka č. 1:** Jakou míru soběstačnosti, měřené pomocí Indexu Barthelové, vykazují senioři v domácí péči v rámci záměrně vybraného souboru respondentů?

Senioři ve výzkumném souboru vykazují nejčastěji plnou soběstačnost. V otázce týkající se samostatnosti při chůzi po rovině uvedlo 76,67 % respondentů, že chůzi zvládají sami a menší pomoc při chůzi po rovině potřebuje 23,33 % seniorů. Podobných výsledků se dočkala i Pavlína Brimová ve své diplomové práci – Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života. Její práce byla prováděna na souboru seniorů žijících ve svém sociálním prostředí, u kterých ovšem nebylo podmínkou využívání služeb domácí péče. Jediným kritériem byl věk respondentů nad 65 let. V své práci uvádí samostatnost při chůzi po rovině u 59,6 % respondentů a s menší pomocí u 30,4 % (Brimová, 2010). V předkládaném výzkumu oblast samostatnosti při chůzi po schodech výrazně ovlivňovala celkové hodnocení soběstačnosti. Bylo zjištěno, že 50 % seniorů v domácím prostředí chůzi do schodů zvládne samostatně, s pomocí tuto činnost zvládne 33,33 % seniorů a pouze 16,67 % respondentů chůzi po schodech nezvládne vůbec. Pavlína Brimová ve svém výzkumném souboru v diplomové práci uvádí, že chůzi po schodech samostatně bez pomoci zvládne 41,3 %, s pomocí 39,6 %

a 19,1 % chůzi po schodech nezvládne vůbec. I v tomto případě se výsledky shodují. Dalším faktorem, který měl vliv na míru soběstačnosti u seniorů v péči agentury domácí péče, byla přítomnost inkontinence. Z výzkumu vyplynulo, že plně kontinentních je 56,67 %, občas inkontinentních je 36,67 % a 6,67 % je trvale inkontinentních. V oblasti inkontinence se výsledky lišily. Veronika Dajčarová ve své diplomové práci – Inkontinence ve stáří srovnává počet inkontinentních seniorů v domácím prostředí a v institucionální péči. Ve vztahu inkontinence a pohlaví zjistila, že inkontinencí trpí ženy v 76,8 % a muži v 38,7 %. Z výsledků její práce vyplývá, že z celkového počtu respondentů v domácím prostředí trpí inkontinencí 54 %, zatímco senioři v ústavním zařízení udávají inkontinenci v 76 % (Dajčarová, 2008). Lze tedy předpokládat, že senioři trpící inkontinencí bývají ve větší míře častějšími klienty ústavního zařízení. V práci Pavlína Brímové je uveden počet plně kontinentních 43,9 %, občas inkontinentních 32,2 % a trvale inkontinentních 23,9 %. Při celkovém hodnocení dotazníku ADL vyplynulo, že v celkovém počtu respondentů je 36,67 % nezávislých, 53,33% respondentů lehce závislých a středně závislých je 10 %. Téměř shodné výsledky jsou patrné v práci Pavlína Brímové a to v počtu 53 % lehce závislých respondentů, dále pak 33,9 % seniorů nezávislých a v počtu 7,4 % středně závislých seniorů, ovšem v tomto výzkumném souboru bylo zjištěno 5,7 % seniorů vysoce závislých. Oblasti, které nejvíce ovlivňují stupeň závislosti v ADL, jsou chůze po rovině a chůze po schodech (obr. 5 a 6). Z vyhodnocených dat vyplynulo, že míra soběstačnosti v denních činnostech má souvislost s věkem. Lze předpokládat, že je tento stav způsobený výskytem chronických onemocnění a to především v oblasti kardiovaskulárního a pohybového systému. Z výzkumů vyplývá, že klienti žijící ve svém vlastním sociálním prostředí vykazují vyšší míru soběstačnosti. Senioři, kteří potřebují pomoc při chůzi, nežijí ve svém domácím prostředí sami a je jim poskytována pomoc člena rodiny či blízké osoby. Lze tedy předpokládat, že porušená mobilita bývá jedním z nejčastějších důvodů, který vede k institucionalizaci seniorů.

**Výzkumná otázka č. 2:** Jak je hodnocena nutriční pomoci MNA u seniorů v domácí péči v rámci záměrně vybraného souboru respondentů?

Respondenti ve výzkumném souboru nevykazují ve většině případů riziko malnutrice, či dokonce její přítomnost. Na otázku, zda se u respondentů snížil příjem potravy během posledních 3 měsíců vlivem nechutenství či zažívacích problémů, odpovědělo 86,67 % seniorů záporně. 13,33 % respondentů odpovědělo, že se u nich příjem potravy mírně snížil. V otázce úbytku váhy během posledních tří měsíců odpovědělo také 86,67 % respondentů záporně a 13,33 % udávalo úbytek tělesné hmotnosti mezi 1 – 3 kg. Hodnoty týkající se úbytku váhy (obr. 9) korelují s výsledky množství příjmu potravy (obr. 8). Přítomnost psychického stresu nebo závažného onemocnění během posledních 3 měsíců udávalo pouze 3,33 % respondentů. Oproti tomu 96,67 % seniorů přítomnost psychického stresu neudávalo. V předkládaném výzkumu byl nejčastějším faktorem, který ovlivňoval nutriční stav seniorů, psychický stav. Bylo zjištěno, že 76,67 % respondentů netrpělo žádnými psychickými poruchami a u 23,33 % respondentů byla zjištěna mírná deprese nebo demence. Výzkum u vybraného vzorku respondentů potvrzuje, že 90 % seniorů v domácí péči má normální výživový stav a pouze 10 % ze zkoumaného vzorku je v riziku podvýživy. Podvyživený nebyl žádný z respondentů, což je velmi pozitivní informace. Výsledky byly porovnány s diplomovou prací Hany Kašparové – Nutriční problémy seniorů přijatých k hospitalizaci do Psychiatrické léčebny Šternberk. Kritériem pro výběr respondentů v její práci byl věk nad 60 let, přičemž senioři do doby hospitalizace žili ve svém vlastním sociálním prostředí. V jejím zkoumaném vzorku bylo 23 % respondentů v pásmu normálního stavu výživy, v pásmu rizika malnutrice se nacházelo 41% respondentů a v pásmu malnutrice bylo 36 % respondentů (Kašparová, 2013). Rozdíly jsou markantní a pro seniory v domácí péči velmi pozitivní. Lze tedy předpokládat, že problém s nutričním stavem bývá rizikovým faktorem, který vede k hospitalizaci seniorů.



**Výzkumná otázka č. 3:** Jakou míru depresivity měřenou pomocí Geriatric Depression Scale (GDS) vykazují senioři v domácí péči v rámci záměrně vybraného souboru respondentů?

Kvantitativní šetření ve zkoumaném souboru odhalilo alarmující míru depresivity, ukázalo převážně negativní postoj ke stárnutí a stáří. Senioři ve výzkumném souboru vykazují nejčastěji normální psychický stav, ovšem přítomnost mírné i těžké deprese u seniorů v domácím prostředí není v žádném případě zanedbatelná. Negativní hodnocení se projevilo převážně u seniorů, kteří svůj čas tráví pasivně. Stáří popisovali jako období osamělosti, ztrát, bezmoci a omezení fyzického zdraví. Stejného výsledku se dobrala ve své diplomové práci - Vztah reminiscenčních aktivit a depresivity seniorů Kamila Marková. Pro seniory, kteří tráví svůj čas podle možností aktivně, je stáří obdobím odpočinku, klidu a spokojenosti. Tento kladný postoj ke stáří je často ovlivněn fyzickou a duševní aktivitou (Marková, 2013). Rizikovými faktory v hodnocení depresivity byla nespokojenost se životem, přičemž 60 % respondentů vyjadřovalo se životem nespokojenost a 40 % seniorů bylo se svým životem v zásadě spokojeno. To, že se nudí, udávalo 50 % ze všech dotazovaných respondentů. Hlavní příčinou toho, že se nudí, byla přítomnost nynějšího onemocnění, které seniory omezuje ve svých obvyklých činnostech. Výsledky ukázaly, že 60 % seniorů ve svém vlastním sociálním prostředí trpí pocitem nepotřebnosti, mají pocit nezájmu rodiny a cítí se být zbyteční. Oproti tomu 40 % seniorů tímto pocitem netrpí. Stejně tak 60 % respondentů má obavy, že se jim v životě přihodí něco zlého, něco, s čím se nedokáží vypořádat. Strach a obavy netrápí 40 % seniorů. Bezmocných si připadá 66,67 % respondentů, oproti 33,33 % seniorů, kteří se takto necítí. Výsledek měl přímou souvislost s nespokojeností, pocitem zbytečnosti, strachu a obav z něčeho zlého, co ještě seniora může v životě potkat. Je patrné, že hodnocení těchto oblastí mělo celkový vliv na výsledné hodnocení geriatrické depresivní škály. Je zajímavé, že subjektivně si 77 % seniorů myslí, že žádnou psychickou poruchou netrpí (obr. 11), ovšem objektivní výsledky přítomnosti depresivity hovoří jinak. Rozdíly mezi subjektivním a objektivním hodnocením kvality pacientova života uvádí i Křivohlavý (2002, s. 167). Z celkového výsledku vyplývá, že ve výzkumném souboru seniorů v domácím prostředí má normální stav 43,33 % seniorů, mírnou depresi trpí 36,67 % respondentů a 20 % seniorů je v těžké depresi. Ovšem Lenka Šenkýřová ve své diplomové práci – Výskyt deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí a u seniorů žijících v sociálních institucích uvádí odlišné výsledky. Z jejího výzkumného souboru seniorů žijících ve vlastním prostředí je 71,1 % seniorů v normě, 18,6 % trpí mírnou depresi a u 10,3 % respondentů je vyhodnocena pomocí GDS těžká depresivita (Šenkýřová, 2013). Výskyt depresivity ve sledovaném souboru

v této práci je velmi vysoký a je pravděpodobné, že celková prevalence deprese u seniorů je ještě vyšší. Dle výsledků Ivy Holmerové (2006, s. 176), měly osoby se zvýšenou depresivitou zároveň horší výsledky při vyšetření funkční způsobilosti a soběstačnosti. Tento fakt je patrný i z výsledků této práce.

## 10 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat míru soběstačnosti, nutriční stav a depresivitu seniorů žijících v jejich vlastním sociálním prostředí. Z informací obsažených v teoretické části práce je patrné, že tyto oblasti patří mezi rizikové faktory zdravotního stavu seniorů, které musí umět sestry pracující v agenturách domácí péče správně vyhodnotit. Pro správné vyhodnocení zdravotního stavu klientů je možné využívat škály z funkčního geriatrického hodnocení, jako je ADL, MNA a GDS, na jejichž základě se odhalilo, že tato skupina seniorů je především soběstačná, netrpí malnutricí (nebo jen velmi málo), ale jako největší problém se jeví přítomnost depresivity.

Ač byly výsledky výzkumu v oblasti výživy pozitivní, je nutné věnovat problematice výživy ve stáří stálou pozornost. Přizpůsobit výživu změněným podmínkám ve stáří, to vše v souladu s individualitou každého jedince. Stravování seniorů se musí dostat do popředí zájmu v souvislosti se zvyšováním počtu starých lidí v populaci a z toho plynoucí geriatrizaci medicíny. Je jisté, že důsledná edukace seniorů i rodinných příslušníků o zdravé výživě významně sníží výskyt nejčastějších problémů v oblasti výživy a potažmo také spotřebu zdravotních a sociálních služeb i dlouhodobé péče.

Protože výzkum prokázal alarmující výskyt depresivity seniorů, bylo by dobré se v praxi sester ADP na tuto oblast zaměřit, nepodceňovat ji a ani ji nepřecházet a začít pracovat (ve spolupráci s praktickým lékařem, či multidisciplinárním týmem) s vhodnými intervencemi. Demografické ukazatele předpokládají, že do roku 2020 se deprese pravděpodobně stane druhou nejvýznamnější příčinou ztracených let v důsledku disability (redukce psychosomatických schopností), hned za ischemickou chorobou srdeční (Holmerová a kol., 2006, s. 175). I přes svou závažnost se jedná o onemocnění, které je v mnohých případech neléčeno vůbec, nebo je léčeno nedostatečně. Základním důvodem tohoto stavu je nedostatečná a nepřesná diagnostika. Ztráta soběstačnosti patří k dalším závažným důsledkům geriatrické deteriorace (zhoršování zdravotního a funkčního stavu) i různých chorob ve stáří (Kalvach, Onderková, 2006).

Výzkum přinesl mnoho poznatků, které mohou přispět nejen pracovníkům v domácí péči, ale i laikům v problematice této oblasti. Je zcela evidentní, že soběstačnost, malnutrice a depresivita spolu velice úzce souvisí. Vzhledem k demografickým prognózám (příloha E) je nutné si uvědomit, že naše populace stárne. Důležité je nebagatelizovat potencionální problémy, depresivní příznaky u seniorů, vyvarovat se agistických postojů, umět využívat detekčních nástrojů k odhalování depresivních příznaků u seniorů a především pozitivně ovlivňovat duševní i tělesný stav seniora (Bartoš, Hasalíková, 2010). Je nutné si uvědomit, že každý člověk má své individuální potřeby a je vhodné přizpůsobit systém klientovi v rámci možností v jeho vlastním sociálním prostředí. Je také potřeba zlepšit informovanost o sociálních a finančních možnostech, které pomohou seniorům zvládat samostatný život, a tím přispět k tomu, aby mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí co nejdéle možnou dobu. Bylo by vhodné vytvořit dostatečný časový prostor sestřám v ADP pro monitorování rizikových oblastí, čímž by se zvýšila šance pro včasné vyhledávání seniorů ohrožených vznikem závislosti, malnutrice a depresivity. Z mého průzkumu vyplývá, že hodnotící škály jsou velice vhodné a potřebné pro efektivní práci s klienty, a proto by měly přijít do širšího podvědomí sester pracujících v agenturách domácí péče.

Je patrné, že výsledky tohoto výzkumu se liší od závěrů šetření jiných autorů. Rozdíly mohou být způsobeny nízkým počtem respondentů a regionem. Z těchto důvodů by bylo vhodné provést šetření na větším počtu seniorů a v různých částech republiky, aby bylo možné srovnání mezi jednotlivými oblastmi a průzkum zobecnit pro celou Českou republiku.

## Bibliografické citace

### Knihy:

1. BARTOŠ, A.; HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas: Příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-802-0422-828.
2. ČEVELA, R. et al. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
3. DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix, 2009, 184 s. ISBN 978-80-860-3188-0.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. Vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
5. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.
6. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-2470-548-6.
7. KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
8. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. CARE. ISBN 80-7262-455-5.
9. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-2472-169-9.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 200s. ISBN 80-2470-179-0.
11. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-2473-171-1.
12. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. *Akutní stavy v geriatrici*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5.
13. PIDRMAN, V. *Deprese seniorů*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2010, 56 s. ISBN 978-80-7345-218-6.
14. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-80-2473-013-4.
15. STANHOPE, M.; LANCASTER, J. *Community and Public Health Nursing*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2004. ISBN 0-323-02240-5.
16. STRÁNSKÝ, M.; RYŠAVÁ, L. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010, 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.
17. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
18. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-365-5.
19. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-2461-318-5.

20. VÁLKOVÁ, M.; KOJESOVÁ, M.; HOLMEROVÁ, I. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-80-7421-021-1.
21. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-2472-170-5.

### Periodika:

1. BARTOŠ, A. et al. Dotazník soběstačnosti DAD – CZ – Česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Neurologie pro praxi*. Olomouc, 2009, č. 10. ISSN 1213-1814.
2. DRÁSTOVÁ, H.; KROMBHOLZ, R. Deprese v seniu. *Medicína pro praxi*. 2006, č. 5. ISSN 1214-8687.
3. HOLMEROVÁ, I. Péče o seniory a nový obor Medicína dlouhodobé péče. *Lékařské listy*. 2010, č. 18. ISSN 0044-1996.
4. HOLMEROVÁ, I. et al. V geriatrické praxi může kalendářní věk mást. *Medical Tribune*. 2006, s. 11. ISSN 1214-8911.
5. HOLMEROVÁ, I. et al. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 7(4). ISSN 1213-0508.
6. KALVACH, Z. Kdy začíná stáří? Můžeš: *Sdružení přátel konta Bariéry ve spolupráci s Nadací Charty 77*. 2010, č. 7-8, s. 28-30. ISSN 1213-8908.
7. KOZÁKOVÁ, R.; JAROŠOVÁ, D. Metody hodnocení stavu výživy seniorů. *Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 10. ISSN 1214-8687.
8. NERUDOVÁ, I.: Domácí péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, VII, č. 5, s. 7. ISSN 1801-1349.
9. RAMBOUSKOVÁ, J. Hodnocení nutričního stavu seniorů - dotazník MNA. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*. 2010, roč. 13, č. 4. ISSN 1211-9326.
10. SMIČKOVÁ, E. Možnosti identifikace poruch sebedpěče u seniorů a jejich kompenzace. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 9. ISSN 1214-8687.
11. ZAHRADNICKÁ, I. Hodnocení soběstačnosti. *Sestra*. 2004, č. 2, s. 15-17. ISSN 1210-0404.

### Elektronické zdroje:

1. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Obyvatelstvo podle věku. ČSÚ [online]. 2012, [cit. 2014-03-27] Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/6A002ECDCC/\\$File/400712a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/6A002ECDCC/$File/400712a1.pdf)
2. ČOK, Milan. Výživa nemocných. *Osobní asistence* [online]. 2009, [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=4>.

3. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Návrh metodického doporučení pro nakládání s odpady vznikajícími při domácí ošetrovatelské péči. *SZÚ* [online]. 2009, [cit. 2014-03-27]. Dostupné z:  
<http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/puda/priloha3Z.pdf>
4. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče. *ÚZIS* [online]. 2012, [cit. 2014-03-27]. ISBN 978-80-7472-063-5. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-lecebne-preventivni-pece-2012>.
5. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2012. *ÚZIS* [online]. 2012, [cit. 2014-03-27]. ISBN 978-80-7472-090-1. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>.

### Akademické práce

1. BRÍMOVÁ, Pavlína. *Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života*. Brno, 2010. 128 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová. Dostupné z: [www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz).
2. DAJČAROVÁ, Veronika. *Inkontinence ve stáří*. Brno, 2008. 109 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Marie Malinková. Dostupné z: [www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz).
3. DVOŘÁKOVÁ, Renata. *Výživa seniorů v domácím prostředí*. Brno, 2007. 99 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová. Dostupné z: [www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz).
4. KAŠPAROVÁ, Hana. *Nutriční problémy seniorů přijatých k hospitalizaci do Psychiatrické léčebny Šternberk*. Brno, 2013. 119 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová. Dostupné z: [www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz).
5. MARKOVÁ, Kamila. *Vztah reminiscenčních aktivit a depresivity seniorů*. Pardubice, 2013. 80 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Martina Jedlinská. Dostupné z:  
<http://hdl.handle.net/10195/51774>.
6. ŠENKÝŘOVÁ, Lenka. *Výskyt deprese u seniorů žijících ve vlastním sociálním prostředí a u seniorů žijících v sociálních institucích*. Brno, 2013. 119 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc. Dostupné z: [www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz).

## **Seznam příloh**

- A. Standardizovaný dotazník ADL
- B. Standardizovaný dotazník MNA-SF
- C. Geriatrická škála deprese GDS
- D. Demografická charakteristika české populace
- E. Demografické prognózy



**Příloha A Standardizovaný dotazník ADL**

**Barthelův test základních všedních činností  
(ADL – Activities of Daily Living)**

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

**Hodnocení stupně závislosti:**

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**  
**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**  
**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**  
**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

Obrázek 21 Standardizovaný dotazník ADL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.

## Příloha B Standardizovaný dotazník MNA-SF



### Mini Nutritional Assessment – MNA®

Příjmení: \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_ Pohlaví: \_\_\_\_\_  
 Věk: \_\_\_\_\_ Váha (kg): \_\_\_\_\_ Výška (cm): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Vyplňte část Screening tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Sečtěte čísla, abyste získali celkový výsledek screeningu.

Screening	datum	
<b>A</b> Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)? 0 = výrazné snížení příjmu potravy 1 = mírné snížení příjmu potravy 2 = bez snížení příjmu potravy	hodnocení <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>B</b> Úbytek váhy za poslední 3 měsíce 0 = úbytek váhy větší než 3 kg 1 = neví 2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg 3 = žádný úbytek váhy	hodnocení <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>C</b> Mobilita 0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní 1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí 2 = samostatná chůze bez omezení	hodnocení <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>D</b> Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním  0 = ano      2 = ne	hodnocení <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>E</b> Neuropsychické poruchy nebo obtíže 0 = vážná demence nebo deprese 1 = mírná demence 2 = žádné psychické problémy	hodnocení <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>F1</b> Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m <sup>2</sup> ) 0 = BMI nižší než 19      1 = BMI od 19 a nižší než 21 2 = BMI od 21 a nižší než 23      3 = BMI 23 nebo vyšší	hodnocení <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>POKUD BMI NENÍ K DISPOZICI, NAHRAĎTE OTÁZKU F1 OTÁZKOU F2.                      NEDPOVÍDEJTE NA OTÁZKU F2, POKUD JSTE ODPOVĚĎELI NA OTÁZKU F1.</b>		
<b>F2</b> Obvod lýtky v cm (měří se v nejširším místě) 0 = Menší než 31      3 = 31 nebo větší	hodnocení <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Výsledek screeningu = součet bodů (max. 14 bodů)</b>	datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>12 – 14 bodů</b> normální výživový stav	<b>8 – 11 bodů</b> v riziku podvýživy	<b>0 – 7 bodů</b> podvyživený/á

Pro detailnější hodnocení vyplňte plný MNA® který je k dispozici na [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® – It's History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA)® Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

® Sociéte des Produits Nestlé, S. A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Pro více informací: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Obrázek 22 Standardizovaný dotazník MNA<sup>2</sup>

<sup>2</sup> ©Nestlé, 1994, Revision 2009, N67200 12/99 10M

## Příloha C Geriatrická škála deprese

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!				
01.	Jste v zásadě spokojen/a se svým životem?	ano	NE	
02.	Vzdal/a jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO	ne	
04.	Nudíte se často?	ANO	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	NE	
06.	Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný/á?	ano	NE	
08.	Cítíte se často bezmocný/á?	ANO	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než byste šel/šla mezi lidi a seznamoval/a se s novými věcmi?	ANO	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaší vrstevníci?	ANO	ne	
11.	Myslíte si, že je krásné žít?	ano	NE	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ANO	ne	
13.	Cítíte se plný/á elánu a energie?	ano	NE	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ANO	ne	
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ANO	ne	

### Hodnocení:

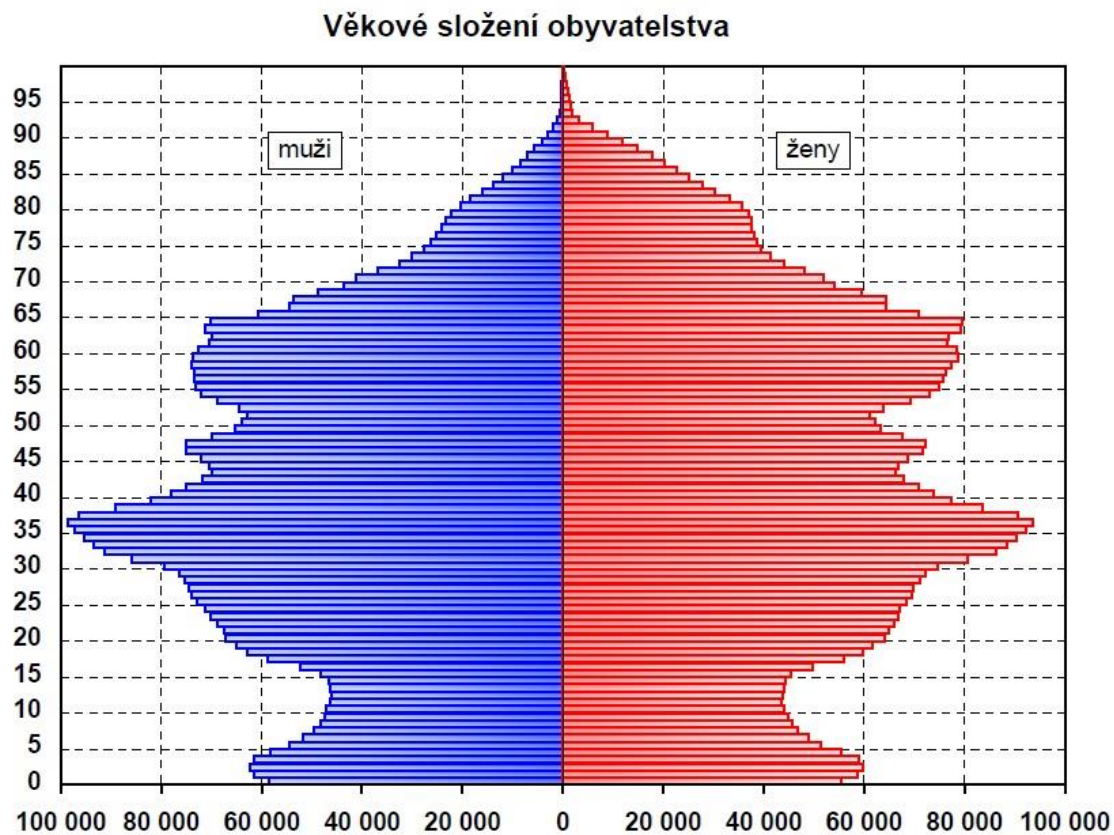
**Za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny se počítá 1 bod**

Normální afekt bez deprese	0 – 05 bodů
Mírná deprese	06 – 10 bodů
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů

Obrázek 23 Geriatrická škála deprese GDS<sup>3</sup>

<sup>3</sup> TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.

## Příloha D Demografická charakteristika české populace



Obrázek 24 Demografická charakteristika české populace v roce 2012<sup>4</sup>

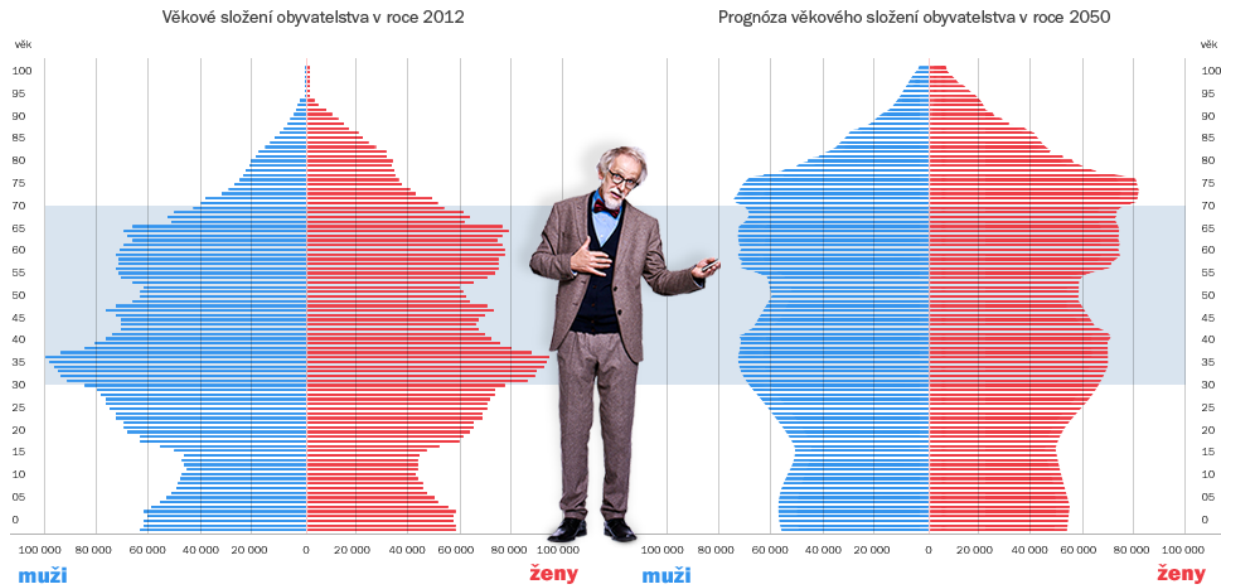
<sup>4</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Věkové složení obyvatelstva*. [online]. 2012 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: [mpsv.cz](http://mpsv.cz)

## Příloha E Demografické prognózy

### Věkové složení obyvatelstva

Mezi roky 2012 – 2050 přibude v České republice téměř 700 tisíc seniorů.

**Věříte, že slabá aktivní populace zvládne platit dostatečně vysoké důchody těmto seniorům?**



Obrázek 25 Demografické prognózy<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Věkové složení obyvatelstva*. [online]. 2012 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: mpsv.cz