

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Život seniorů po propuštění z následné péče

Bc. Michaela Tráinerová

Diplomová práce  
2014

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Štainerová**  
Osobní číslo: **Z12204**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**  
Název tématu: **Život seniorů po propuštění z následné péče**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování:


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: **50 stran**  
Forma zpracování diplomové práce: **tiskárenská/elektronická**  
Seznam odborné literatury:


1. DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 8024741385.
2. KALVACH, Z. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
3. MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
4. SMUTEK, M.; KAPPL M. Proměny klienta služeb sociální práce. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-716-1.
5. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

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

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2012**  
Termín odevzdání diplomové práce: **5. května 2014**

  
prof. MUDr. Arnošt Pelka, DrSc.  
děkan

I.S.

  
PhDr. Kateřina Čepínková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. března 2014

### **Prohlášení:**

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 a to do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 2. 5. 2014

Bc. Michaela Třáinerová

### **Podkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Martině Jedlinské za její čas, trpělivost, cenné rady a připomínky při odborném vedení této diplomové práce. Také bych chtěla podkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu.

## **ANOTACE**

Diplomová práce s názvem: Život seniorů po propuštění z následné péče má za cíl zhodnotit zdravotní stav klientů 3 měsíce po propuštění z následné péče. Práce je teoreticko-výzkumná. V teoretické části jsou popsány základní jevy a faktory gerontologie a geriatrie, jakožto vědy o stáří a stárnutí. Dále stručně popisuje komplexní geriatrické vyšetření a možnosti následné péče po ukončení hospitalizace ze zdravotního a sociálního hlediska. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které bylo uskutečнено pomocí hodnotících škál, jež jsou relevantní součástí funkčního geriatrického hodnocení.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Senioři, komplexní geriatrické vyšetření, dlouhodobá péče

## **TITLE**

The life of the elderly after discharge from follow-up care

## **ANNOTATION**

The life of seniors after the release from follow-up care. The thesis aims to evaluate client's health conditions three months after their release from follow-up care. This thesis is a theoretical research. The theoretical part of the thesis describes fundamental effects and factors of gerontology and geriatrics as the science of senility and aging. It briefly describes comprehensive geriatric examination and possibilities of follow-up care after the termination of hospitalization due to health and social perspective. The research part contains survey results which were accomplished with the help of evaluation scale which is a relevant part of the functional geriatric evaluation.

## **KEY WORDS**

The elderly people, Comprehensive Geriatric Assessment, follow - up care

## Obsah

Seznam ilustrací a tabulek .....	8
Úvod .....	10
Cíle práce .....	11
I Teoretická část .....	12
1 Stáří a stárnutí .....	13
1. 1 Geriatrický pacient a geriatric .....	13
1. 2 Rozdělení věku ve stáří .....	14
1. 3 Specifické změny ve stáří .....	15
1. 4 Charakteristika nemocí ve stáří .....	17
2 Funkční vyšetření senior .....	19
2. 1 Vybrané škály hodnotící funkční úroveň seniora .....	20
2. 2 Subjektivní vnímání funkční schopnosti seniora .....	21
3 Následná péče .....	23
3. 1 Sociální péče o seniory v ČR .....	23
3. 2 Zdravotní péče o seniory v ČR .....	26
II Výzkumná část .....	29
4 Výzkumné otázky: .....	30
5 Metodika výzkumu .....	31
5. 1 Statistické zpracování získaných dat .....	34
6 Prezentace výsledků .....	35
6. 1 Testování hypotéz .....	50
7 Diskuze .....	60
8 Závěr .....	65
9 Soupis bibliografických citací .....	66
10 Přílohy .....	69

## Seznam ilustrací a tabulek

### Ilustrace

Obrázek 1 Relativní četnost pohlaví respondentů .....	35
Obrázek 2 Relativní četnost aktuálního místa pobytu respondenta .....	37
Obrázek 3 Relativní četnost v pobírání příspěvku na péči .....	38
Obrázek 4 Relativní četnost vyuffití agentur domácí péče při pobytu v domácím prostředí....	39
Obrázek 5 Relativní četnost v hodnocení soběstačnosti seniorů .....	40
Obrázek 6 Relativní četnost v hodnocení nutričního stavu .....	41
Obrázek 7 Relativní četnost v hodnocení rizika pádu dle tříbodové hodnotící škály .....	42
Obrázek 8 Relativní četnost v hodnocení rizika dekubitu .....	43
Obrázek 9 Relativní četnost výsledků v Timed Get Up and Go Testu .....	44
Obrázek 10 Krabicový graf s výsledky časového hodnocení 4 metrové chůze ve vteřinách...	45
Obrázek 11 Relativní četnost v hodnocení bolesti.....	46
Obrázek 12 Relativní četnost výsledků testu MMSE.....	47
Obrázek 13 Krabicový graf s výsledky subjektivního hodnocení seniorů v bodech .....	48
Obrázek 14 Relativní četnost bodového ohodnocení na škále deprese pro geriatrické pacienty .....	49
Obrázek 15 Histogram naměřených hodnot ADL s Gausovou křivkou .....	51
Obrázek 16 Histogram naměřených hodnot GDS s Gausovou křivkou.....	52
Obrázek 17 Histogram naměřených hodnot vku s Gausovou křivkou.....	55
Obrázek 18 Histogram naměřených hodnot MMSE s Gausovou křivkou .....	56
Obrázek 19 Histogram naměřených hodnot MNA s Gausovou křivkou .....	58



## **Tabulky**

Tabulka 1 V kové rozlofení respondent v souboru .....	36
Tabulka 2 Popisná statistika z dat Index Barthelové a geriatrické škály deprese.....	50
Tabulka 3 Výsledné hodnoty Pearsonova korela ního koeficientu pro hypotézu . 1 .....	53
Tabulka 4 Popisná statistika dat v k a výsledk testu MMSE .....	54
Tabulka 5 Výsledné hodnoty Pearsonova korela ního koeficientu pro hypotézu . 2 .....	56
Tabulka 6 Popisná statistika dat z testu MNA a Indexu Barthelové.....	57
Tabulka 7 Výsledné hodnoty Pearsonova korela ního koeficientu pro hypotézu . 3 .....	58
Tabulka 8 Výsledné hodnoty Pearsonova korela ního koeficientu pro hypotézu . 4 .....	59

## Úvod

Rychlý vývoj společnosti, nové poznatky v lékařských a sociálních vědách a z kvalitní péče o ty, kteří to potřebují – všechny tyto faktory mají za následek to, že se lidé dožívají vyššího věku. Se zvyšujícím se věkem stoupá i počet chronických onemocnění, která mohou ovlivňovat soběstačnost a celkovou kvalitu života seniora. Práv kvalita života a stárnutí mohou mít společného jmenovatele. Stárnutí je proces, který se netýká jen seniorů, ale nás všech. Samotné stárnutí je doprovázeno spíše v těm mnohstvím regresivních změn, které mohou život ve stáří komplikovat a zhoršovat. Zhoršuje se zejména soběstačnost člověka, kdy závislost na pomoci druhým je negativně vnímána nejen ve stáří, ale i v mladším věku.

Práv regresivní změny a mnohá chronická onemocnění mohou přivést seniora do situace, kdy je nutná jeho hospitalizace. Celkový zdravotní stav a přítomná polymorbidita u seniorů často vedou k tomu, že někteří seniori z nemocnic neodcházejí domů ke své rodině, ale do dalších institucí, kde se na základě nedostatečné péče a nedostatečné stimulace mohou i nadále rozvíjet jejich imobilizační syndrom a na základě toho se jim nemusí se svými blízkými ve společné domácnosti setkat.

Tento fakt si člověk uvědomuje již v mladších letech. Uvědomuje si, že v době, kdy se o sebe nebude moci adekvátně postarat, nechce být institucionalizován, ale chce si své stáří prožít v klidném, pokud možno domácím prostředí. Zejméno proto v dnešní době dochází ke z kvalitování péče o seniory, ať už v sociálním i zdravotním přístupu.

## **Cíle práce**

1. Prohloubit si znalosti v problematice péče o seniory.
2. Zjistit charakteristiku seniorů 3 měsíce po ukončení hospitalizace.
3. Zmapovat zdravotní stav seniorů 3 měsíce po ukončení hospitalizace.
4. Zjistit, zda existuje vztah mezi proměnnými v rámci komplexního geriatrického vyšetření.

## **I Teoretická část**

# 1 Stá í a stárnutí

Pojem stárnutí je vnímáno velmi individuálně, proto existuje i mnoho různých definic od mnoha autorů. Společně se ale shodují na tom, že jde o pirozenou fázi života, která u každého jedince začíná v jiném věku a může mít odlišné rysy. (Malíková, 2011)

Jednu z definic stárnutí uvádí ve své publikaci Navrátil a kol. :

*Štárnutí je proces, jehož průběh je druhově nastaven. Z tohoto pohledu je délka života právě tak dlouhá, aby umožnila jedinci dokončit jejich vývoj a získat zkušenosti nutné k jejich práci v daném prostředí, a samozřejmě dopřála jim čas zplodit a vychovat dostatek potomstva. Pokud by stárnutí neprobíhalo, vedlo by k pomalejšímu stárnutí generací.* (2008, s. 337)

Autoři Smutek a Kappl se ve své publikaci zaměřují na definici, která vznikla na Gerontologickém sjezdu v Meranu v roce 1957 a jejím obsahem je označení věku 60 až 70 let pro začátek stárnutí, kdy dojde k poklesu výkonnosti po psychické i fyzické stránce, ale zároveň vyvrcholí jedincovi životní zkušenosti. (2006)

## 1.1 Geriatrický pacient a geriatrie

Vymezení pojmu geriatrický pacient není v České republice ještě stále jasně vymezeno, panují nad ním rozpaky. Lze ho chápat v širším a užším slova smyslu. V širším smyslu je geriatrický pacient vnímán jako osoba určitého věku, nejčastěji se jedná o osobu starší 75 let. Tato věková hranice se postupně posouvá, a to díky funkční zdatnosti starších osob. Naopak nejčastěji udávaný nejnižší věk, na základě kterého lze osobu daného věku považovat za geriatrického pacienta je 65 let. V užším slova smyslu je za geriatrického pacienta považována taková osoba, která vykazuje jasné známky související s involucí. (Kalvach, 2008)

Stárnutí jakožto fenoménem dnešní doby se zabývá ve svých publikacích mnoho autorů. S tím také souvisí odborná terminologie. Základem pro takovou odbornou terminologii se stalo slovo českého původu geron a v příkladu ho můžeme chápat jako stařec nebo starý člověk.

Gerontologie je tedy věda multidisciplinárního charakteru, která se zabývá procesem stárnutí a stárnutí. Gerontologie má několik odvětví, které se zaměřují na různé problematiky. Je to gerontologie experimentální, která se zaměřuje na živé organismy a specifika jejich stárnutí, proto se jí také říká gerontologie biologická. Gerontologie sociální svou činností soustředí na zkoumání vzájemného vztahu staršího člověka a společnosti. A nakonec gerontologie klinická se zabývá především zvláštnostmi zdravotního stavu seniorů. (Kalvach et al., 2004)

Gerontologie klinická úzce souvisí s pojmem geriatrie. Slovo geriatrie je opět eckého p vodu kdy se ke slovu ger n p idává slovo iatro (lé it). Pokud by se m la charakterizovat innost geriatrie dle Kalvacha a kol. by definice zn la takto:

*„Z hlediska klinických oborových kompetencí by se geriatrie m la ujímat p edev-ím t ch senior , jejichfl zdravotní problémy p esahují hranice zodpov dnosti a praktických mofností v-eobecného léka e, nevyfladují v danou chvíli specializované slufby jiného oboru (kardiologie, nefrologie, intenzivní pé e apod.) a kte í se dnes bez existence geriatrických slufleb vzhledem k polymorbidit , involu ní k ehkosti a pot eb multidisciplinárního p ístupu asto ocitají v území š nikohoō.ō (2008, s. 25)*

Geriatři tí pacienti ale nejsou jen klienty specializovaných odd lení, ale setkáváme se s nimi na nejr zn j-ích pracovi-tích. Proto by se m l v p ístupu k nim uplat ovat klinický geriatrický p ístup, který zahrnuje znalosti involu ních zm n a geriatrických zvlá-tností. V pé i o takového pacienta je d lefité nahradit jeho putování za pofladovanými slufbami (vy-et eními) za slufby soust ed né kolem n ho, d sledn propojovat diagnostiku a lé bu s ohledem na aktuální zdravotní a funk ní stav pacienta, zd raz ovat nejen zdravotní stav pacienta, ale brát ohled i na kvalitu flivota a sociální za len ní. Podobn jako v jiných oborech má geriatrie za cíl celek, my-leno pacienta a jeho rodinu. Má za cíl laickým pe ovatel m p íblíflit pé i o geriatrického pacienta, protofle jen tak má jeho aktuální lé ba za hospitalizace budoucí význam. (Kalvach, 2008)

## **1. 2 Rozd lení v ku ve stá í**

V dne-ní spole nosti je asto v k povařován za pod adnou informaci vzhledem k fyzickému stavu jedince. Z ejm í proto vzniklo n kolik d lení stá í jedince dle v ku. WHO (World Health Organization) d lí v k od dosp losti do stá í následovn : 30 ó 44 let ó dosp lost, 45 ó 59 let ó st ední v k (zralý v k), 60 ó 74 let ó senescence (po átek stá í), 75 ó 89 let ó kmetství, senium a 90 let a více ó patriarchum (dlouhov kost). (Malíková, 2011)

Dal-í d lení v ku ve stá í publikoval Z. Kalvach, který do svého pojetí v kového rozli-ení za adil i jiné faktory nefl pouze v k jako takový. Jeho rozd lení zní: kalendá ní stá í je v k daný íslem, po íná datem narození a kon í smrtí jedince. Jeho kone ná hranice se v dne-ní dob stále prodlufluje. Sociální stá í zachycuje zm nu pot eb v flivot lov ka, zm nu jeho flivotních rolí a také zm nu v ekonomické situaci. Za po átek sociálního stá í je obvykle povařován vznik nároku na starobní d chod í skute né penzionování. A biologické stá í je dáno konkrétní mírou involu ních zm n organismu. Obvykle se hodnotí funk ní stav, výkonnost, kondice a také patologie organismu. (Kalvach et al., 2004)

### 1. 3 Specifické změny ve stáří

Stáří a stárnutí je flivotní období, kdy p icházejí v pop edí involu ní zm ny organismu. Pro lep-í p ehlednost jsou ásto i v literatu e d leny na zm ny fyzické, psychické a v posledních letech se odborná literatura zam ůje i na zm ny sociální.

#### 1. 3. 1 Fyzické zm ny

V knize od Poledníkové a kol. jsou fyzické zm ny rozd leny do devíti skupin dle toho, jakou t lesnou soustavu dané zm ny postihují. Na k flí a p ídatných orgánech k fle, my- leno v etn vlas , neht , potních a mazových fláz zaznamenáme úbytek bun k. To zp sobí, fle k fle není schopna zadržet tolik tekutiny, kolik by bylo pot eba a výsledkem je suchá a sv dící k fle. Objevuje se zm na pigmentace, tzv. sta ecké skvrny. Zm na pigmentace je zaznamenána i v anální a genitální oblasti. Na k flí ubývá i množství rohové vrstvy, ímfl se výrazn sniřuje ochranná bariéra k fle a zároveň schopnost regenerace a vřflivy pokoflky, cofl je jedním z faktor , které p íspívají k tvorb ran a dekubit . Dal-ím výrazným rysem je progresivní úbytek tukové a svalové hmoty. (2006)

Svaly ztrácí na své elasticit a pruřnosti, atrofují a jsou rychleji únavné a ást ji dochází k poran ní jak sval , tak i jedince. (Dessaintová, 1999)

V centrální i autonomní nervové soustav dochází k úbytku bun k, ímfl se zvy-uje i riziko neřládoucích ú ink léku na tuto oblast.

Na dýchacím systému je zaznamenán snířený objem hrudníku, cofl vede ke sníření respira ní ú innosti. Zvy-ená únavnost a atrofie sval , které jsou velmi pot ebné k efektivnímu dýchání, zp sobuje v t-í predispozici k infek ními chorobám dýchacích cest. S klesajícím v kem ubývá srde ní výkonnost a m ní se elasticita cév. Cévy jifl nejsou tak pruřné, cofl vede ásto ke zvý-ení krevního tlaku. Typickým jevem srde ní funkce senior je zna né zvý-ení systolického tlaku oproti tlaku diastolickému.

Zm ny v trávicím systému zp sobují poruchy p íjmu potravy, jako je nevolnost a poruchy vylu ování, nej ást ji zácpu. Tyto dva symptomy u geriatrických pacient ale také ásto bývají zp sobeny farmakoterapií. Klesá kapacita mo ového m chý e a p edev-ím ztrácejí tonus sfinksterické svaly, cofl m fle mít za následek áste nou i úplnou inkontinenci v obou vylu ovacích systémech. (Poledníková, 2006)

Lidé po 60. roce mají v 90 % zhor-enou zrakovou percepci a u 30 % lidí se po tomto roce zhor-uje sluch. Tyto zm ny zrakové a sluchové funkce mají ásto vliv na samotný výkon

jednice a také tento problém může tvořit překážku při běžných relaxačníchinnostech, jako je četba nebo poslouchání hudby nebo tvoření bariéry při rozhovoru s blízkým. Komunikace se proto ve vyšším věku může zhoršovat, což vede k pocitům úzkosti a nejistoty. (Langmaier a Krejčíková, 2006)

Změny v imunitním systému seniora jsou dány především zhoršením kvality ochranných bariér, patogenní agens tedy vniká do těla seniora snadněji. Oslabuje se funkce B a T-lymfocytů, což způsobuje, že infekční choroby mají ve stáří větší probíhání a způsobují vyšší mortalitu.

Snížením metabolismu jde ruku v ruce i snížení tělesné teploty. Jsou porušeny kompenzační reakce a tak není výjimkou, že měřeme u seniorů tělesnou teplotu pod 36,0 stupňů Celsia. Ale naopak díky úbytku potních žláz, jak je uvedeno výše chybí i schopnost tělo reagovat na horko.

Pohlavní pud může přetrvává oproti jiným tělesným funkcím i do vysokého věku, může být ale často ovlivněn právě přítomnou chorobou nebo farmakoterapií. Proto je důležité nepřehlížet tuto tělesnou potřebu ve vyšším věku. (Poledníková, 2006)

### **1.3.2 Psychické změny**

Někdy se psychické změny tolik nedemonstrují na seniorech jako změny psychické, o to více komplikace mu ale mohou přivodit. Tyto projevy mohou mít nemalou část také vliv na kvalitu života seniora. V první řadě může docházet ke zhoršení kognitivních funkcí, a to a to například paměti. (Mahrová a Venglová, 2008)

S postupem věku člověk ztrácí životní elán a vitalitu, což zpomaluje celkové psychomotorické tempo seniora, které se projeví třetím pádem, špatnou koordinací, psychickou únavou a ztrátou váhy. Změny probíhají i v citové oblasti, kdy dochází k oslabení vyšších citů. Celkově starý člověk může vypadat velmi vyrovnaný a klidný, naopak jiný člověk snadněji propadá úzkostným stavům. Je to dáno změnou psychiky, která ve stáří může nastat, a do popředí se dostávají osobnostní rysy celoživotně potlačované. (Poledníková, 2006)

Zvláště u těžkých geriatrických pacientů může často docházet k ovlivnění somatické stránky stránkou psychickou. Kalvach ve své knize mluví o psychických změnách a nemocech takto:

*„Psychické stresory a psychická onemocnění indukují často somatickou dekompenzaci a naopak stresory a choroby somatické se jeví často jako indukují deliria, neuropsychické syndromy, poruchy chování. To spolu s obvyklou tlumivou léčbou dále zhoršuje mobilitu a*



*jiné t lesné funkce, což je-t v souvislosti s v domím p edchozího psychického selhání dále podlamuje sebehodnocení, navozuje úzkost, strach (nap . z pád ) s dal-ím omezením aktivity, a rozvoj maladaptá ní somatizace projevující se únavou, zhor-ením chronických bolestí, dyspepsií, vegetativními projevy apod..ō (2008, s. 30 ó 31)*

### **1. 3. 3 Sociální zm ny**

Sociální zm ny jsou v život seniora ovlivn ny p edev-ím jeho zm nou sociální role ve společnosti. Nejv t-ím životním mezníkem je zejména odchod do starobního d chodu. (Langmaier a Krej í ová, 2006)

Kon í zde velká životní role v dané profesi lov ka. Mohou nastat i role nové, nap . role prarodi e. U senior je zna n snížena schopnost adaptace a s odkazem na vý-e psané kapitoly lze usoudit, že senior m že zažívat t flké životní období a v-echny komplikace plynoucí z tohoto stavu asto vedou k sociální izolaci, a to zejména po úmrtí životního partnera, ale i vrstevník . Tím senior ztrácí kontakty s okolím, což m že vést k nesob sta nosti, snížení ekonomického p íjmu a k nutnosti institucionální pé e. (Pichaud a Thareauová, 1998)

Ztrátou p íjmu senior ztrácí nejen na společenské prestiži, ale i na celkové pot ebnosti pro společnost v bec. (Kalvach, 1995)

### **1. 4 Charakteristika nemocí ve stá í**

P í hodnocení zdravotního stavu ve stá í se m že asto setkat s pojmy jako je multimorbidita i komorbidita. Toto ozna ení m že znamenat p idružené choroby nebo kombinaci n kolika sou asn probíhajících chorob. Takové stavy nemusí být p ítomen pouze u senior , ale práv pro n jsou typickým znakem. (Kalvach, 2008)

S p íbývajícím v kem totiž dochází v organismu k morfologickým zm nám, které se odráž í i na funkci organismu, jak uvádí autorka Ha-kovcová (2010).

U senior jsou p ítomny geriatrické syndromy, které jsou práv pro geriatrického pacienta velmi typické. V praxi se asto uplat ují tyto syndromy: atypický klinický obraz, sta ecká k ehkost neboli fragilita, odli-ný klinický pr b h nemoci a také specifické geriatrické odli-nosti v oblasti du-evní. Jedná se o astá deliria, demence a deprese. (Kalvach, 2008)

Polymorbidita léka m iní nejen diagnostické obtíže, ale i terapeutické, kdy lé ba jednoho onemocnění nemá dobrý vliv na lé bu onemocnění jiného. Autor Vondrá ek ve své knize uvádí definici polymorbidity z praxe:

*šPacient, který sou asn trpí cukrovkou, ischemickou chorobou srde ní a selháváním ledvinných funkcí, je polymorbidní pacient. Pacient, který má deformující spondylartrózu hrudních a bederních obratl , není polymorbidníš. (2011, s. 53)*

Sou asnou lé bou n kolika onemocn ní jde ruku v ruce polypragmzie. Jedná se o sou asné podávání medikament , které mohou zastírat p íznaky jiné choroby a zárove mohou potencovat neřádoucí ú inky. Udává se, že u obzvlá-t k ehkých geriatrických pacient by nem lo být podáváno více neř 5 lék najednou. (Kalvach, 2008)

## 2 Funkční vyšetření senior

S odkazem na kapitulu 1. 3. 1 Fyzické změny a 1. 3. 2 Psychické změny ve stáří je patrné, že organismus seniora s pibývajícím věkem není schopen plnit všechny potřebné funkce a senior se na základě toho může stát osobou, v níž některých nebo i ve všech oblastech životy.

Pro objektivní zhodnocení současného stavu seniora se v posledních letech úspěšně užívaly standardizované hodnotící škály, které nám alespoň priblíží funkční úroveň seniora.

Pokorná a kol. ve své knize uvádí definici souhrnného geriatrického vyšetření takto:

*Š Komplexní geriatrické hodnocení š CGS (Comprehensive Geriatric Assessment) je zaměřeno na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů k ehkým seniorům s cílem vypracovat plán pro léčbu a dlouhodobé sledování.š (2013, s. 5)*

Dle Topinkové (1995) funkční geriatrické vyšetření spoívá v komplexním vyšetření zdravotního stavu geriatrického pacienta, které v sobě spojuje jednak stanovenou lékařskou diagnózu, ale také zhodnocení pacientova postižení a jeho funkční schopnosti.

CGS vychází ze standardního klinického vyšetření, je ale komplexnější. Význam CGS spoívá v práci s takovými údaji, které jsou velmi podstatné, avšak vedle výtu chorob pacienta často opomíjené. Mezi takové údaje, které mohou mít často velký vliv na stav nemocného, patří například malnutrice, kognitivní i fatické poruchy, pohybová dekompenzace i pády a jejich povaha a celková míra postižení.

CGS má p t hlavními oblastmi zájmu, je to osobnost pacienta, kdy je hodnocen především subjektivní stav pacienta, jeho názor na vlastní stav a zdraví. Dále tělesné zdraví, kdy je hodnocena zejména morbidita pacienta, poté funkční výkonnost a zdatnost, ve které probíhá hodnocení zdatnosti, rovnováhy a chůze, vlivy, postižení, kognitivních funkcí a nálady a subjektivního stavu seniora pomocí hodnotících škál. U pacienta se také hodnotí duševní zdraví a sociální souvislosti, především prostředí, kde senior žije a dostupné finanční prostředky k potřebné péči. Všechny součásti CGS jsou nezbytné pro komplexní zjištění údajů o pacientovi. Pro získání potřebných informací se užíval anamnestického rozhovoru, pro hodnocení funkčního stavu seniora ale byly vytvořeny standardizované hodnotící škály, za pomocí kterých jsou hodnoceny faktory již výše zmíněné.

## 2.1 Vybrané –kály hodnotící funk ní úrove seniora

Pro hodnocení nutri ního stavu nemocného je doporu eno pouívat –kálu MNA (Mini Nutritional Assessment) a pro podrobn j–í analýzu stavu výíiv m fleme pouít antropologická m ení i laboratorní testy. Mini Nutritional assessment je nástrojem pro nutri ní screening pacient . Je doporu ován pro hodnocení u instituciovaných i hospitalizovaných pacient star–ích 65 let. Velmi rychle dokáí odhalit seniora s poruchou výíiv m fleme i riziko poru–ené výíiv m fleme. Jeho validita je dokázána mnohými výzkumy, jak uvádí autor v deckého lánku Vellas. Jeho senzitivita byla ur ena na 98,9 %. (Vellas, 2009)

MNA ve zkrácené rychlej–í verzi obsahuje 6 polofek a jeho kompletní vypln ní netrvá déle neí 10 minut. Zahrnuje komplexní hodnocení pacienta v etn antropometrických údaj , kdy pracuje s obvodem lýtka i úbytkem váhy za poslední 3 m síce, dále obsahuje zhodnocení funk ního stavu seniora se zam ením na jeho mobilitu a psychický stav seniora. Maximum získaných bod m fle bít 14, kdy rozhraní 12 ó 14 bod sv d í pro normální výíiv m fleme stav. V riziku podvýíiv m fleme se budou nacházet senio i, kte í získají 8 ó 11 bod a podvýíiv m fleme budou ti senio i, kte í mají v této –kále 7 bod a mén .

Orienta n hodnotíme seniora jíí p i úvodním rozhovoru a k p esn j–ím metodám vy–et ení doporu uje pro kognitivní funkce také test MMSE (Mini-Mental-State-Examination) a pro odhalení depresivity senior modifikovanou –kálu deprese dle Yesavage.

Pro podrobn j–í diagnostiku by potom slouíilo psychiatrické vy–et ení i CT mozku. Dle Jaro–ové (2007) by m í být screening du–evního stavu ve stá í zam en p edev–ím na tzv. t i D ó demence, deprese, deliria. Jak jíí bylo e eno, kognitivní funkce m fleme vy–et it pomocí testu MMSE, je to test pouívaný pro diagnostiku demence. Pomocí tohoto testu lze zhodnotit i pr b h a závaínost demence. Jedná se o adu otázek, kdy za správnou odpov senior získá bodové ohodnocení. MMSE prov uje adu psychických schopností lov ka, v etn pam ti, pozornosti a jazyka. V testu lze dosáhnout maximálního po tu bod 30. Obecn lze íci, fle pokud senior získá 27 bod a více, tak netrpí demencí. 25 ó 26 bod je ozna ováno za hrani ní stav, kdy je prokázána lehká porucha kognitivních vlastností. Demence st edního typu je v bodovém rozsahu 10 ó 24. Pod 10 bod se jedná o t ílký stupe demence. P i hodnocení testu, zejména pokud se klient dostane do hrani ního rozmezí, je d leííté p íhlédnout k aktuálnímu stavu a rozpoloíení seniora. Výsledek m fle bít zkreslen nap . únavou i léky. Sami auto i uvád jí, fle je nutno brát v úvahu vzd lání lov ka, které m fle

výsledek testu zkreslit. Zároveň doporučí pro lidi s mentálním postižením i neschopností se vyjádřit použít jinou škálu hodnocení. (Alzheimer's Society, 2014)

Jedním z nejdřívejších hodnocení v rámci komplexního geriatrického vyšetření je úroveň soběstačnosti, pohybu a sebepečení. Test často používaný v našich podmínkách se nazývá test Barthelové neboli ADL. Test Activity of Daily Living neboli Index Barthelové test je objektivní test pro zhodnocení schopností seniorů a může sloužit jako možné hodnocení vzájemné spolupráce seniora se zdravotníky. V testu se hodnotí schopnost seniora provést určitou činnost, jako je najedení a napití, oblékání, koupání a osobní hygiena, kontinence moči a stolice včetně schopnosti použít WC, pohybové aktivity jako je přesun z lůžka na židli, chůze po rovině i chůze po schodech. V rámci každé polofky se hodnotí, zda senior tuto činnost provede a pokud ano, zda k tomu potřebuje pomoc druhé osoby. (Topinková, 2005)

Pro hodnocení tělesné zdatnosti se nejčastěji používá test chůze po rovině, kdy se hodnotí čas ve vteřinách, vhodným nástrojem pro takové hodnocení je test Get-up and Go. Get up and Go test byl vyvinut zejména k identifikaci starších osob s rizikem pádu. Hlavním indikátorem je čas, který slouží pro zhodnocení stavu chůze a rovnováhy klienta. Test obsahuje následující úkoly: klient se posadí na židli, poté musí vstát, ujít 3 metry a vyznačené místo, tam se následně otočit a jít zpět na výchozí bod, tedy k židli a posadit se. Čas je měření od pokynu k chůzi do doby, než se klient dostaví do své výchozí pozice. Klienti se následně zařazují do kategorie dle stanoveného času. Seniori s časem pod 10 vteřin nejsou ohroženi pádem, seniori s časovým rozmezím 10 až 20 vteřin mají riziko pádu a seniori s časem 20 vteřin a více jsou ohroženi vysokým rizikem pádu. Studie zaměřená na tento test, zdrazuje ohled na kompenzační pomůcky v chůzi. Lidé, kteří jsou plně mobilní a neužívají žádné kompenzační pomůcky k chůzi nejčastěji dosahovali času pod 10 vteřin, byli to zejména lidé mladšího věku. Je důležité se také zaměřit na jednotlivé komponenty testu, například otočení byla zaznamenána větší časová prodleva u seniorů, nežli u lidí mladšího věku. Výsledky z prováděných studií je tedy takový, že test objektivně hodnotí klienty a lze ho použít v každém zdravotnickém zařízení nejen jako identifikaci klienta s rizikem pádu, ale i pro zhodnocení výkonu a soběstačnosti. (Wall, 2000)

## **2.2 Subjektivní vnímání funkční schopnosti seniora**

Nad samotnou podstatou flivota člověk za nepemýšlet v okamžiku, kdy nastane výrazná změna, včetně negativní, v jeho flivotu. Pro seniory je to například odchod ze zaměstnání a tím ztráta sociálního postavení nebo ztráta partnera i jiné blízké osoby. Jedinec poté

přehodnocuje své životní hodnoty a práva jejich uspokojování a náhled na ně má vliv na samotnou kvalitu života. (Valentová, 2003)

Kvalita života ale nesouvisí jen s pojmem zdraví, ale jde o komplexní funkčnost člověka.

Soběstačnost ve velké míře může ovlivňovat vlastní vnímání prožívaného života. Můžeme se do říst, že soběstačnost je stav, kdy člověk není závislý na pomoci druhé osoby. Jiná definice určuje soběstačnost jako schopnost uspokojit základní životní potřeby bez cizí pomoci. (Hudáková a Majerníková, 2013)

Stárnutí a změny zdravotního stavu ovlivňují v pokročilem věku fyzické, psychické a sociální funkce člověka, což vede ke snížení soběstačnosti. Člověk se tak stává závislým na svém okolí, zejména rodině, ale i na společnosti. Pod pojmem kvalitní život ve stáří si často lidé představují udržení si soběstačnosti v každodenním životě a při ztrátě této schopnosti se mohou cítit méně cenní. Často se potom může stát, že senioři ztrátu soběstačnosti vnímají hrozně, nejlépe onemocnění samotné a mají obavy z odloučení ze své domácnosti. (Topinková, Neuwirth, 1995)

Hudáková Anna ve své knize uvádí, že: *š zdravotní stav seniora, ale hlavně úroveň mobility a nezávislosti jsou indikátory kvality života v seniu. Pro člověka, který trpí chronickým onemocněním, jsou důležité i oblasti jako fyzické problémy podmíněné nemocí a léčbou, psychický stav a výkonnost, výkonnost v oblastech každodenního života a sociální vztahy.* (2013, s. 43)

Také uvádí, že:

*š hlavní součástí při hodnocení kvality života je autonomie. Autonomii jako atribut kvality života koncipuje hlavně fyzická soběstačnost, kterou doplňuje finanční samostatnost.*

(Hudáková, Majerníková, s. 45).

Soběstačnost u starších lidí vede k pocitu sebeúcty a má velký vliv na pocit seniora k sobě samému. Opakem autonomie je heteronomie, kdy senior nemůže nebo není schopen vést vlastní život. Nelze ale tyto pojmy vnímat úplně černobíle, protože je možné, že i pacient plně fyzicky závislý může vést autonomní život. (Hudáková, Majerníková, 2013)

### 3 Následná pé e

V současné době je velmi aktuální otázka zajištění zdravotní a sociální péče starším občanům. Stárnutí obyvatelstva se stalo realitou. I kdyby je dožívání vyvího v ku jednotlivc bráno za úspěch medicíny a reakce jsou spíše pozitivní, je nutné akceptovat a napravit se na problémy každodenního života, které se pibývají v kem picházejí. Takovým e-ením se stávají sektory dlouhodobé pé e, které nemají význam jen pro samotného jedince, ale i pro jeho rodinu, komunitu a stát. (Hrozenská, Dvo áková, 2013)

Dlouhodobá pé e zahrnuje komplex služeb vhodných pro lidi se sníženou sob sta ností. Tuto pé i zaji- ují sociální i zdravotní služby. Dle Evropské unie dlouhodobá pé e znamená pomoc lidem, kte í nejsou v akutním ohrožení života, ale jejich sou asný stav vyžaduje sociální i zdravotní pé i. P ímá definice pro dlouhodobou pé i od Evropské unie zní:

*špr ezové politické téma, které spojuje služby pro osoby závislé na pomoci p i základních každodenních innostech (ADLs) po del-í dobu. Prvky dlouhodobé pé e zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí o-et ování, sociální pé i, bydlení, dopravní služby, stravování, zam stnanecké a zplnomoc ování aktivity a také pomoc s instrumentálními každodenními aktivitami (IADLs).õ (European Commission, 2014)*

EU také klade význam na rozli-ování služeb sociálních a zdravotních, p i emfi každá služba má vlastní a odli- né pole p sobnosti, ale p i poskytování kvalitní dlouhodobé pé e by m ly p sobit spole n . (European Commission, 2014)

A koliv je každá z forem poskytování dlouhodobé pé e popisována zvlá- , nejd lefiit j-ím programem pro poskytování kvalitní pé e je komplexnost. V-echny složky, tj. zdravotní i sociální by m ly být navzájem propojené. Hlavním koordinátorem takové pé e se potom stává praktický léka nebo rodina i pacient sám.

#### 3.1 Sociální pé e o seniory v R

Pod pojmem sociální služby se rozumí innost, kterou provád jí poskytovatelé sociálních služeb, kte í jsou k této innosti oprávn ni dle zákona .108/2006 Sb., o sociálních službách, který je platný od roku 2007. Sociální služby jsou ur eny nejen pro jednotlivce, ale i pro rodiny a komunity, které tuto pé i pot ebují.

Ministerstvo práce a sociálních v cí hodnotí stávající sociální zákon takto: šZcela zásadní zm ny v oblasti sociálních služeb p inesl zákon . 108/2006 Sb., o sociálních službách ve zn ní pozd j-ích p edpis (dále jen zákon) ú inný od 1. ledna 2007. Jeho cílem je zaji- t ní pomoci osobám v nep íznivé sociální situaci prost ednictvím nov definovaného spektra

sociálních služeb. Pomocí se rozumí takové činnosti, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a dle stejné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti. Podle zákona má být poskytovaná pomoc dostupná, a to z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického, má být efektivní - je upravena tak, aby vyhovovala potřebám, nikoliv špotřebám systému. V neposlední řadě by měla být kvalitní a zabezpečována způsobem a rozsahem, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti. Sociální pomoc by měla být bezpečná a provozována tak, aby neomezovala oprávněná práva a zájmy osob. (MPSV ČR, 2012)

Cílem poskytování sociálních služeb je nejen a kladným způsobem ovlivnit nepříznivé životní sociální situace. Dále tyto služby slouží k zajištění i znovuoobnovení sociální integrace, zajištění základních životních potřeb, jako může být například v noclehárních a podobných službách. Základním pravidlem pro poskytování sociální péče je jednat tak, aby byla zachována lidská důstojnost a aby tato nápomocná činnost motivovala lidi k dalšímu posunu vpřed. (Kopecká, Novotný, 2003).

Toto potvrzuje i samotný zákon o sociálních službách, který říká: „Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociální znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů tělesnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením neřádných společenských jevů.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., 2010)

Sociální péče o seniory je zaměřena především na zajištění soběstačnosti a na navrácení seniorů do běžného denního života. Sociální péče je tedy především zaměřena na ty seniory, jejichž zdravotní stav vede k poklesu funkčních schopností a samostatnosti. Pokud je senior v stavu natolik vážný, že není schopen se do běžného života zapojit a postarat se o sebe, cílem sociálních služeb je zajistit mu adekvátní pomoc a dle stejné prostředí pro další život.

V současné době jsou sociální služby ovlivňovány změnou celého systému poskytování sociálních služeb, zkrácením péče a uvažováním si, že při aktuálním trendu stárnutí populace není možné zajistit všem seniorům institucionální péči. Proto se stále více používá a



v dnešní době pracuje s pojmem domácí péče. Dochází k tvorbě nových subjektů, které poskytují takovou péči a úsluhy na úrovni městské i obecní. (Kunstova, Baslova, 2006)

### **3. 1. 1 Formy poskytování sociálních služeb**

Sociální služby pro seniory mají mnoho forem. Základem je, aby si senior a jeho rodina vybrali takovou službu, kterou aktuálně potřebují. V ČR se poskytování sociálních služeb řídí zákonem 108/2006 Sb., který nabyl platnosti od 1. 1. 2007. Zde je výčet základních sociálních služeb, které jsou v ČR využívány:

Osobní asistence – jedná se o terénní službu, kterou klient může využívat kdykoliv po dobu stanovenou dle jeho potřeb. Avšak tuto službu si klient hradí sám.

Pečovatelská služba – napomáhá lidem, kteří potřebují pomoc druhé osoby jak v širokém prostředí, tak i ve specializovaných zařízeních. Jedná se o služby napomáhající seniorům zvládat běžný denní život a postarat se sám o sebe a o svou domácnost. Tuto službu si klient také radí sám.

Odlehovací služby – cílem této služby je pomoci osobám, které pečují o své seniory. Jedná se o ambulantní i pobytové služby, při kterých je seniorovi a rodině nabídnuta sociální pomoc v etnoprostedí prostřednictvím potřeby kontaktů. Služba je poskytována za úhradu.

Centra denních služeb – centra jsou poskytovatelem denních ambulantních služeb, kam senior dochází za účelem rozvoje soběstačnosti a navázání společenských kontaktů, které zabraňují vyloučení seniora ze společnosti. Služba je poskytována za úhradu.

Stacionární denní a týdenní – poskytují obdobnou pomoc jako centra denních služeb, kdy navíc nabízejí týdenní pobyt. Služba se hradí plně klientem.

Domovy pro seniory – v domovech jsou poskytovány pobytové služby pro seniory, kteří nedisponují takovou mírou soběstačnosti, aby sami zvládali denní život. Neustávajícími důvody toho bývá jejich věk. Služby jsou hrazeny klientem. Ke dni 31. 12. 2012 existovalo 480 domovů pro seniory s kapacitou 37 477, přičemž tyto služby využívalo 36 197 seniorů. (MPSV, 2014)

Z posledních statistik, které jsou z roku 2012 je celkem 3 185 poskytovatelů sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., dohromady mají kapacitu 79 937 a ve skutečnosti je využíváno 75 594 osob. K porovnání mohou posloužit data z roku 2010, kdy bylo v ČR 3 127 poskytovatelů s celkovou kapacitou 79 410, využito z toho bylo 75 254 míst. (MPSV, 2012)

### 3. 2 Zdravotní péče o seniory v ČR

Každý člověk ve svém životě uznává určité hodnoty, které více či méně ovlivňují jeho chování. Z celostátního výzkumu v ČR vyplývá, že zdraví se nejčastěji vyskytuje jako primární hodnota v životních očekáváních občanů. Zdravotní stav jedince je ovlivněn mnoha faktory, na kterých se může jedinec s větší či menší mírou podílet. Dle Světové zdravotnické organizace je ale pouze 20 % zdravotního stavu občanů ovlivněno dostupnou zdravotní péčí. Větší míru, tedy 80 % zdravotního stavu ovlivňuje jedinec sám svým, životním stylem a prostředím ve kterém žije. (Gladkij, Koldová, 2005)

Je přes tento fakt se zdravotní péče neustále rozvíjí a je na ni kladen od občanů veliký důraz. Stát poskytuje zdravotní péči v souladu s nejnovějšími a dostupnými poznatky z lékařské vědy. Vzhledem k důležitosti zdravotní péče se stát snaží zajistit zdravotní péči o všechny obyvatele. Jak se ale mění struktura obyvatel, stává se aktuální otázkou nejen v Evropě ale i v ČR reforma zdravotnictví pro spokojenost jak pacientů, tak poskytovatelů zdravotní péče a také efektivní ekonomika.

V posledních letech dochází ke změnám v demografickém rozložení obyvatelstva. Je to dáno nízkou porodností a prodlužující se délkou středního života, což má za následek stárnutí obyvatelstva. S výměnou po tem osob nad 65 let tak průměrnou úmrtností stoupá i počet zdravotnických služeb. Je tak zřejmé, že v dnešní době jsou největšími odběrateli zdravotní péče právě senioři a výměnou mírou tak zatěžují finanční systém zdravotní péče. Proto v ČR v posledních letech dochází k deinstitucionalizaci seniorů, alespoň co se týče nemocničního prostředí. Pokud se zaměříme na demografické údaje, tak v ČR v roce 2000 bylo 1 421 853 občanů starších 65ti let, v roce 2005 to bylo 1 445 219 a k roku 2012 eviduje český statistický úřad 1 734 367 osob starších 65ti let. (ÚZIS, 2012)

Zdravotní péče v ČR je ve většině případů hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění. V praxi to znamená, že nemocnicím a jiným poskytovatelům zdravotní péče hradí náklady za pacienty pojištění. Jejich vztah je určen tzv. rámcovými smlouvami. Tam, kde nemocnice nemá smlouvu s pacientovou zdravotní pojišťovnou, nemusí nemocnice pacientovi poskytnout danou péči nebo si ji pacient musí hradit sám. Na základě rámcových smluv může pacient využívat tuto zdravotnickou péči: Zdravotní péči praktických lékařů, ambulantní specializovanou péči, ambulantní péči zubních lékařů, zdravotní péči v nemocnicích a odborných léčebných ústavech, ambulantní diagnostickou péči, domácí zdravotní péči, fyzioterapii, ergoterapii, porodní asistenci, zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,

lékárenskou a lázeňskou péčí. Kde ale pacient musí poplatit s doplatkem za zdravotní pomoc, jsou lékárny. Dle novely zákona je nutná spoluúčast pacienta při hrazení léku. Maximální výška doplatku je v ČR regulována zákonem č. 48/1997 Sb. (Ministerstvo vnitra, 2014)

### 3. 2. 1 Formy poskytování zdravotní péče

Mezi zdravotnická zařízení, která poskytují dlouhodobou zdravotní péči, řadíme především instituce, které poskytují následnou ošetřovatelskou péči. Dle národního zdravotnického informačního systému jsou formy poskytované dlouhodobé zdravotní péče následující: nemocnice následné péče, které navazují svou dlouhodobou péčí na poskytovanou akutní péči v nemocnicích, léčebny dlouhodobě nemocných, kde je pacientům s chronickými onemocněními poskytována specializovaná ošetřovatelská a rehabilitační péče, hospice, které slouží pro paliativní péči a jiné odborné ústavy a ústavy dlouhodobé intenzivní péče, kdy se nejčastěji setkáváme s vyleněnými lůžky v rámci klasického oddělení pro poskytování takové péče. Dále mezi poskytovatele dlouhodobé zdravotní péče řadíme oddělení gerontopsychiatrická, která jsou zřízena při psychiatrických léčebnách speciálně pro geriatrické pacienty, různé rehabilitační ústavy a agentury domácí péče, které jsou schopny klientovi poskytnout komplexní péči v oblasti zdravotní, sociální i jiné vyřádané formy péče. (Hrkal a kol., 2013)

Roli nejvýznamnějšího poskytovatele následné péče zastává rodina a blízcí nemocného. Obecný trend dlouhodobé péče směřuje od institucionální péče spíše k péči domácí a komunitní. Pro dosažení takového cíle je třeba spolupráce mezi národní, regionální a místní samosprávou se soukromým a dobrovolným sektorem.

Ze statistik z roku 2012 vyplývá, že dvě třetiny příjemců dlouhodobé péče žijí v domácnosti, v 60 % jsou to především ženy. Aby byla zajištěna hmotná existence seniora při pobytu doma nebo aby mohly být využívány nabízené pomocné služby je seniorům i jiným osobám vyřádujícím takovou pomoc udělován příspěvek na péči. Ministerstvo práce a sociálních věcí definuje cílovou oblast příspěvku takto:

*Špísevek na péči - náleží těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepřítomného zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby při zvládnutí základních životních potřeb.* (MPSV, 2013, s. 12)

Uživatel sociálních služeb se podílí na financování péče také, a to buď příspěvkem, nebo hraje celou částku s přihlednutím k jeho aktuálnímu stavu, kde se hodnotí zdravotní stav, výhled chodu, majetkové poměry seniora a také rodinné poměry. Jednotlivé úkony služeb mají vlastní sazebník, dle kterého senior za danou službu platí.

Výše příspěvku závisí na soběstačnosti seniora v denních aktivitách a také na sociálním zabezpečení, především na schopnosti nakládat s penězi. Jsou rozeznány čtyři stupně výše příspěvku, které se liší mírou závislosti člověka na péči jiné osoby. Příspěvek pobírá osoba, která o seniora pečuje, z čehož vyplývá, že příspěvek může být použit i na vybrané profesionální služby. Stupeň závislosti seniora posuzuje sociální pracovník s posudkovým lékařem. V září roku 2013 bylo na příspěvku na péči vydáno 1,646,5 mil. Kč a celkový počet příjemců činil 324,8 tis.. (MPSV, 2013, s. 12)

## **II Výzkumná část**

Výzkumná část se skládá z kvantitativního výzkumu, který byl podpořen grantem SGS Univerzity Pardubice .SGFZS02/2013.

#### **4 Výzkumné otázky:**

1. Jaká je charakteristika senior klientů 3 měsíce po ukonění hospitalizace?
2. Jaký je funkční stav seniorů 3 měsíce po propuštění, hodnocen pomocí vybraných součástí funkčního geriatrického vyšetření?
3. Existuje statisticky významný vztah mezi soběstačností seniorů (měřeno pomocí Indexu Barthelové) a jejich depresivitou (měřeno pomocí GDS)?
4. Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní kognitivních funkcí (měřeno pomocí MMSE) a v kěm seniorů ?
5. Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní soběstačnosti (měřeno pomocí Indexu Barthelové) a úrovní nutričního stavu seniora (měřeno pomocí MNA)?
6. Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní soběstačnosti (měřeno pomocí Indexu Barthelové) a kognitivním stavem seniora (měřeno pomocí MMSE)?

## 5 Metodika výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zhodnotit zdravotní stav seniorů 3 měsíce od ukončení hospitalizace za pomoci vybraných součástí funkčního geriatrického hodnocení.

Pro splnění cíle byly využity metody řízeného rozhovoru se seniorem i jeho rodinou, studium zdravotnické dokumentace a jednoduché funkční hodnocení. Výzkumné období probíhalo od března do prosince 2013 a metoda výzkumného období byla schválena etickou komisí daného zdravotnického zařízení. Nejprve byly sbírány informované souhlasy (viz. příloha A), kdy byl seniorovi přednesen důvod probíhajícího výzkumu, byl informován o možné anonymní publikaci získaných poznatků v odborných časopisech v oblasti medicíny i možnosti prezentace získaných dat na odborných konferencích. Po zodpovězení všech dotazů, senior svým podpisem potvrdil souhlas s posouzením svého zdravotního stavu ve vybraných zdravotnických oblastech. Na závěr informovaného souhlasu byl podepsaný i zdravotnický pracovník, který seniora informoval o výše uvedených informacích. Společně s informovaným souhlasem byl získán telefonický kontakt na seniora. Následně za 3 měsíce po ukončení hospitalizace na oddělení, které je hodnoceno jako zařízením dobré praxe a poskytované zdravotní péče o seniory v Pardubickém kraji. Lokální kapacita tohoto zařízení pro tento typ péče je 67 lůžek a každoročně je zde přijato přibližně 300 pacientů. Zařízením patří mezi významné poskytovatele následné péče v kraji, který má počet obyvatel 520 213 a hustota základní síťové péče činí 112 obyvatel/km<sup>2</sup>, byli seniori kontaktováni a byla s nimi sjednána souhlasy, na které proběhlo získání dat pro výzkum pomocí vybraných hodnotících škál dle metodiky doporučené pro práci s definovanými testy.

Výběr respondentů vhodných pro výzkum probíhal záměrně, kdy pro zařazení do výzkumu musela být splněna tato kritéria: respondent musel být hospitalizován na oddělení následné péče, věk respondenta byl roven či vyšší 60 let, respondent dal písemný souhlas se zařazením do výzkumu, včetně telefonického kontaktu, (v případě MMSE nižšího než 18 i písemného souhlasu svěřence - zdravotnického pracovníka). Kritériem pro vyřazení z výzkumu byla změna zdravotního stavu pacienta, který vyžadoval intenzivní péči a z výzkumu byli vyřazeni klienti, u nichž nebylo možné zjistit všechny potřebné proměnné pro výzkum.

Na základě dotazu byly zaznamenány proměnné, jako je věk, pohlaví, aktuální místo pobytu včetně osoby či služby, která se podílí na péči o respondenta. Dále bylo zaznamenáno, zda klient nebo rodina pobírá příspěvek na péči. Na základě studia zdravotnické dokumentace (za

hospitalizace nemocného) byla zjištěna data, jako je celkový počet dní hospitalizace a hlavní a vedlejší lékařské diagnózy.

Jednoduché funkční hodnocení bylo složeno z vybraných součástí funkčního geriatrického hodnocení, konkrétně se jednalo o Index soběstačnosti dle Barthelové (viz. příloha B), test mobility o Get up and Go test (viz. příloha C), Mini Mental State Examination (viz. příloha D), Mini Nutrition Assessment - short form (viz. příloha E), škála deprese pro geriatrické pacienty dle Yesavage (viz. příloha F), hodnocení bolesti pomocí 10 bodové numerické škály, hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (viz. příloha G), test rychlosti chůze na 4 metrech - š4 metrová chůze, hodnocení rizika pádu dle screeningu Screening for Fall(s) Questions (viz. příloha H). Dále byla zvolena škála pro subjektivní hodnocení zdravotního stavu (viz. příloha CH).

Popis vybraných hodnotících škál (Index soběstačnosti dle Barthelové, test mobility o Get up and Go test, Mini Mental State Examination a Mini Nutrition Assessment - short form), jakofito součástí komplexního geriatrického vyšetření, je rozepsán v teoretické části práce, konkrétně v kapitole 2. 1 Vybrané škály hodnotící funkční úroveň seniora. Základní popis jednotlivých hodnotících metod je uveden níže.

### **Geriatrická škála deprese**

Geriatrická škála deprese dle Yesavage slouží pro zhodnocení stavu deprese a je určeno přímo pro geriatrické pacienty. Skládá se z 15 přesně definovaných otázek, kdy na základě předem daného skórovacího systému dotazovaný získává určitý počet bodů. Vyhodnocovací systém škály je následující: při získání 0 až 7 bodů je senior zařazen do kategorie bez poruchy, při 8 až 12 bodech je senior zařazen do kategorie trpící mírnou depresí a při 13 až 15 bodech se již senior nachází ve stádiu těžké deprese.

### **Hodnocení rizika dekubitu**

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitu slouží modifikované stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Tato stupnice pro získání celkové hodnoty rizika vzniku dekubitů zjišťuje v klientovi motivaci a ochotu ke spolupráci, stav kůže, somatický stav nemocného a souběžná onemocnění, pohyblivost a aktivitu a nadměrný stav a inkontinenci. Dle bodového ohodnocení za každou polovku je klient následně zařazen do určitého rizika vzniku dekubitů. Do rizika vzniku dekubitu byl respondent zařazen při získání 25 bodů a méně. Kromě



definovaných kritérií bylo dále hodnoceno, zda má respondent v době hodnocení dekubitů i nikoli a pokud ano, byla zaznamenána velikost a stupeň dekubitu.

### **Hodnocení mobility**

K testu mobility hodnoceného pomocí Get up nad Go testu byla dále hodnocena 4 metrová chůze, kdy byl klient vyzván k ujití vzdálenosti 4 metrů obvyklým tempem a následně byl vyhodnocen čas (vteřiny) za který klient tento úkol zvládl. Bylo přihlíženo i na kompenzační pomůcky, které klient k chůzi používá.

### **Hodnocení rizika pádu**

Screening rizika pádu byl hodnocen pomocí faktorů, jako jsou 2 a více pádů za posledních 12 měsíců, současný akutní pád a poruchy chůze a rovnováhy. Při alespoň jedné kladné odpovědi na výše zmíněné faktory byl senior zařazen do rizika pádu. Dále bylo hodnoceno, zda klient za pobytu doma (i v jiném zařízení následně péči) upadl.

### **Hodnocení bolesti**

Bolest byla hodnocena pomocí numerické škály na měřítku od 0 do 10 bodů, a to tak, že 0 znamená, že senior nepociťuje žádnou bolest, 1 a 2 znamená mírnou bolest, která neovlivňuje pozornost respondenta, 3 a 5 byla střední bolest, která dominuje nad snahou se soustedit, 6 a 9 je označení pro silnou bolest, kdy jsou patrné u nemocného bolestivé grimasy, a bolest převládá nad veškerou snahou se soustedit a hranice 10 znamená nesnesitelnou bolest, která může vést až ke smrti. (Vorlíček a kol., 2012)

U seniorů, kteří pro svůj kognitivní stav nebo i z jiného důvodu nebyli schopni určit míru bolesti pomocí numerické hodnotící škály, byla bolest hodnocena na škále PAINAD nebo Pain Assessment In Advanced Dementia, jejíž výsledek byl následně převeden do ústředního hodnocení. Tato PAINAD je určena pro geriatrické pacienty s pokročilou demencí a zahrnuje pět základních polofleků dýchání, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, extenze a utváření. Každá polofleka má vlastní hodnocení od nuly do dvou. Hlavní výhodou této škály je, že její výsledky jsou srovnatelné v měřítku s běžnou numerickou hodnotící škálou. (Pokorná a kol., 2013)

### **Subjektivní hodnocení zdravotního stavu**

Poslední hodnocenou poloflkou byl klientem subjektivně vnímaný zdravotní stav. Tento stav byl hodnocen za využití nástroje pro subjektivní hodnocení zdravotního stavu (Vizuální

analogové škály, kdy stupeň 1 značil naprostou spokojenost a stupeň 10 značil naprostou nespokojenost).

## 5. 1 Statistické zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována pomocí MS Office Excel 2010 a softwaru STATISTICA© od firmy StatSoft. V MS Office Excel byla získaná data zpracovávána a dále prezentována pomocí grafů a tabulek. K procentuálnímu vyjádření byl využit statistický vzorec  $pi = (ni / n) * 100$ , kde  $pi$  značil relativní četnost, která je udávána v procentech,  $ni$  absolutní četnost a  $n$  celkový počet respondentů. V programu STATISTICA© byly rovněž zpracovány tabulky a grafy.

Během statistického zpracování byl hodnocen statisticky významný vztah mezi pohlavím a různými proměnnými, a to na hladině významnosti 5 %.

Pro testování statistických hypotéz, při používání programu STATISTICA 12, se o výsledku testu rozhoduje na základě p-hodnoty, která ukazuje pravděpodobnost platnosti nulové hypotézy. Při testování si vždy určíme hladinu významnosti. Jestliže je p-hodnota > zvolená hladina významnosti, pak nulovou hypotézu nezamítáme, jestliže je p ≤ zvolená hladina významnosti, pak nulovou hypotézu zamítáme na zvolené hladině významnosti (Hendl, 2006).

Pro zjištění statisticky významného vztahu byl použit Pearsonův korelační koeficient, který byl zvolen na základě zhodnocení normality dat v souboru, a to pomocí Kolmogorova-Smirnovova testu.

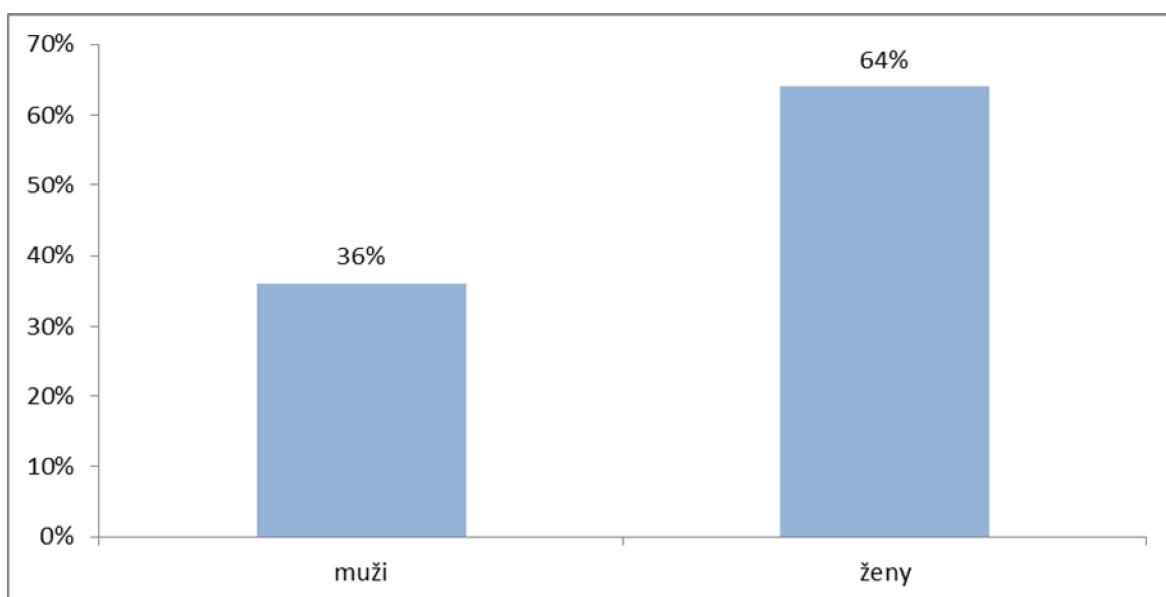
## 6 Prezentace výsledk

### Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkum bylo osloveno 54 klient , z nichž u 18 klient nebylo možno adekvátn odebrat potřebná data, a to z důvodu odmítnutí, nemožnosti respondenty znovu kontaktovat nebo z důvodu úmrtí během probíhajícího výzkumu. Celkem tedy výzkum proběhl u 36 klient .

### Pohlaví respondent

Na obrázku . 1 je uvedeno pohlaví. Na první pohled je patrné, že ženy (n = 23) jsou ve výzkumném souboru zastoupeny asi třikrát více než muži (n = 13).



Obrázek 1 Relativní četnost pohlaví respondent

## Věk respondentů

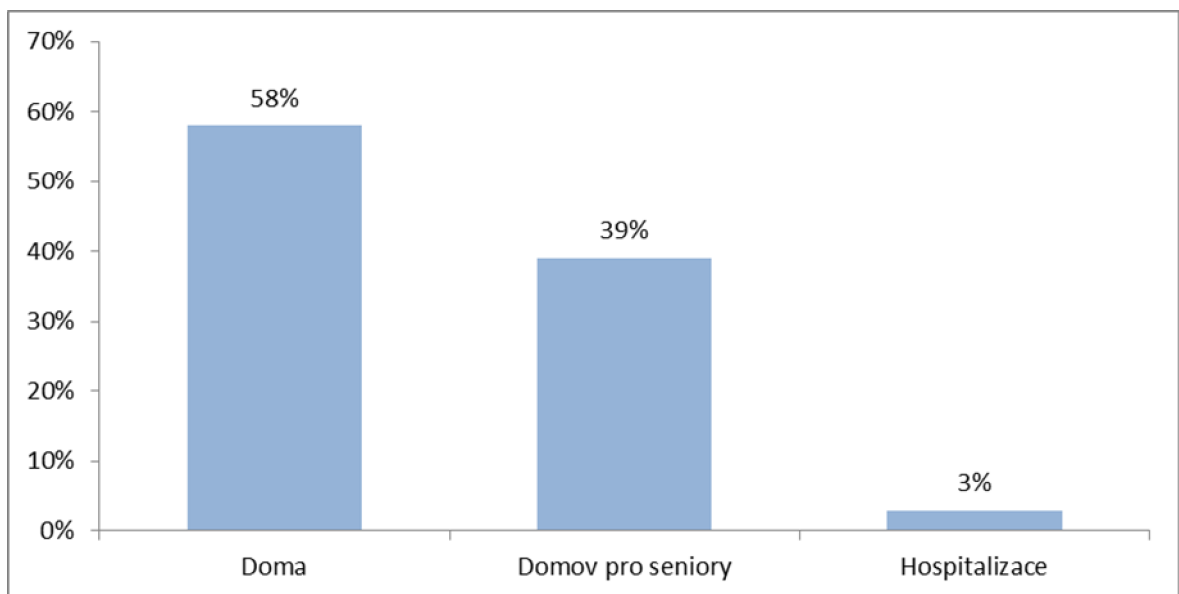
Tabulka 1 zobrazuje část z obecného zhodnocení respondentů o věku. Nejmladší respondent v souboru byl ve věku 60 let, nejstarší ve věku 92 let. Průměrný věk respondentů byl 76 let.

Tabulka 1 Věkové rozložení respondentů v souboru

Průměrná	N platných	Průměr	Medián	Modus	Min	Max	Sm.odch.
Věk	36	76,3055	76,0000	60,0000	60,00000	92,00000	8,80525

### Aktuální místo pobytu respondenta

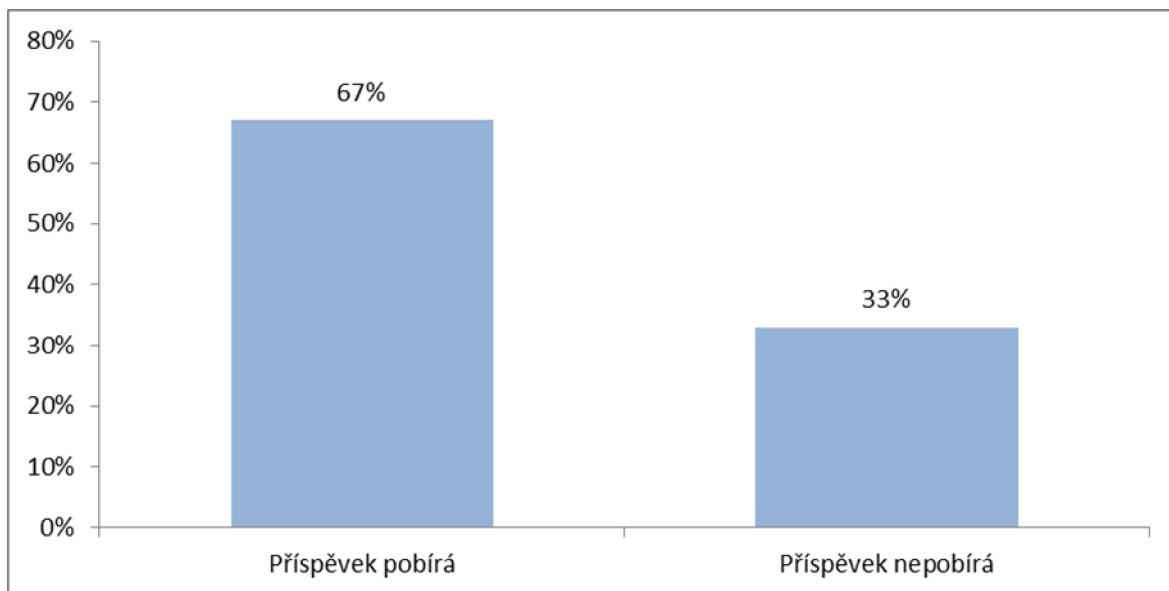
Respondenti se 3 měsíce po propuštění nacházeli ve většině případů (n = 21) v domácím prostředí, méně jich bylo v domov pro seniory (n = 14) a pouze 1 senior byl opětovně hospitalizován.



Obrázek 2 Relativní četnost aktuálního místa pobytu respondenta

### Pobírání příspěvku na péči

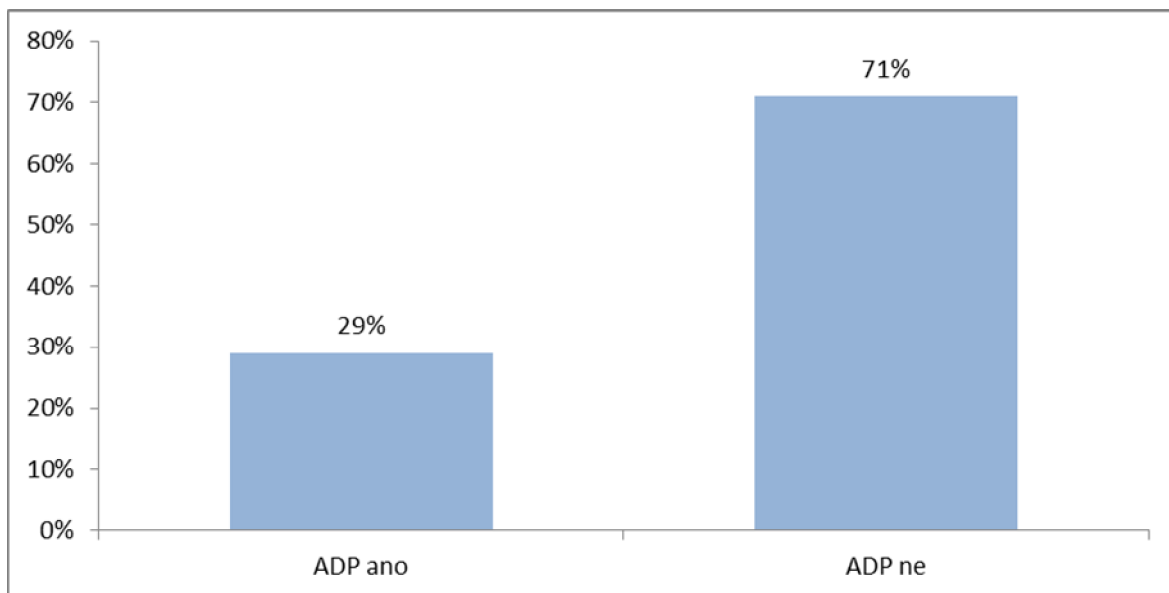
Jak je patrné z obrázku 3, většina respondentů z výzkumného souboru ( $n = 24$ ) pobírala příspěvek na péči po jejich propuštění z následné péče. Přesněji řečeno, 67% respondentů pobíralo příspěvek na péči, zatímco 33% respondentů příspěvek na péči nepobíralo.



Obrázek 3 Relativní četnost v pobírání příspěvku na péči

### Využití agentur domácí péče při pobytu seniora v domácím prostředí

Z obrázku 4 je patrné, že pomoc agentur domácí péče využívá menší část seniorů (n = 10) žijících v domácím prostředí a většina seniorů žijících v domácím prostředí (n = 26) do styku s agenturou domácí péče nepřišla.

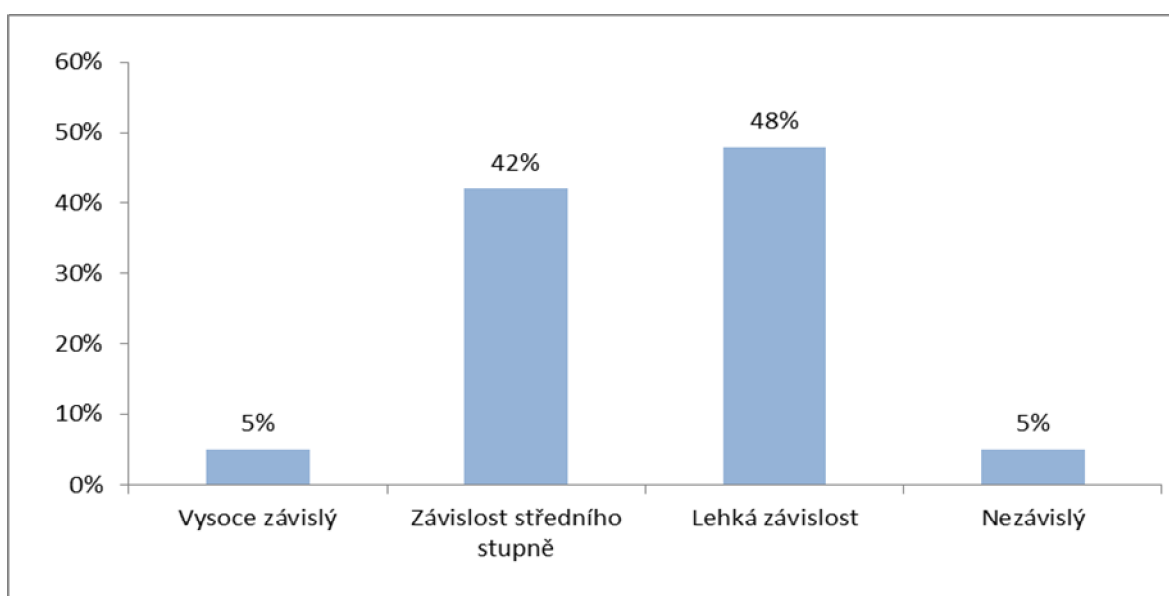


Obrázek 4 Relativní četnost využití agentur domácí péče při pobytu v domácím prostředí

## Hodnocení funkčního stavu seniorů – o hodnocení vybraných součástí zdravotního stavu

### Hodnocení soběstačnosti seniorů

Pomocí testu Activity of Daily Living byl hodnocen stupeň soběstačnosti seniorů. Seniori byli nejčastěji ohodnoceni jako lehce závislí (n = 17). Závislost středního stupně byla zjištěna u 15 seniorů. Krajní kategorie – o nezávislost a úplná závislost obsahovali stejný počet seniorů (n = 2).

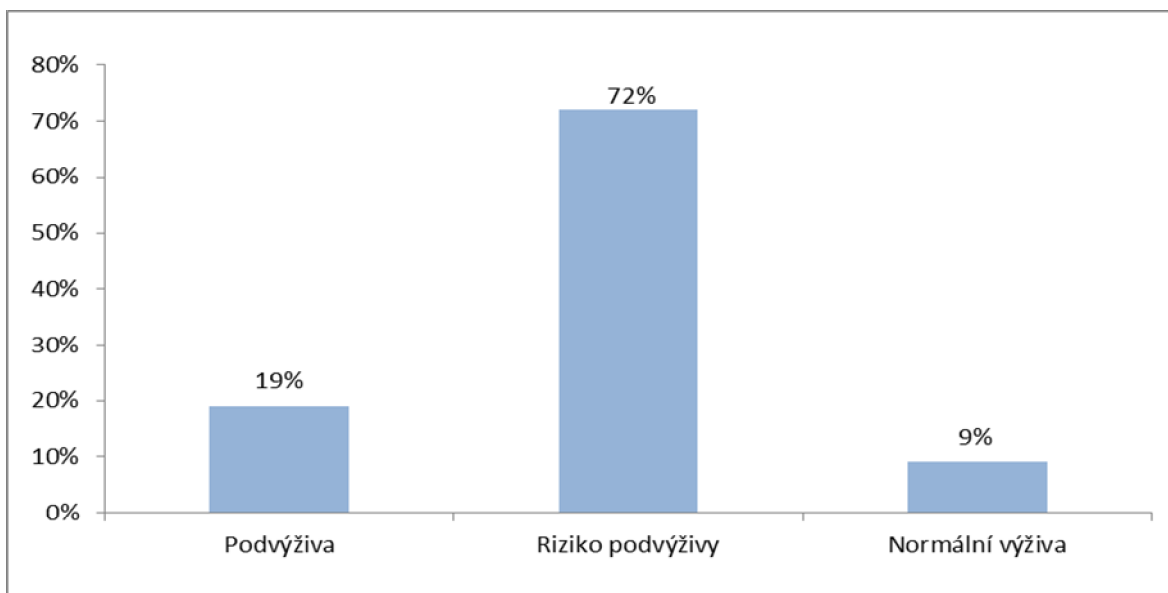


Obrázek 5 Relativní četnost v hodnocení soběstačnosti seniorů



## Hodnocení nutričního stavu seniorů

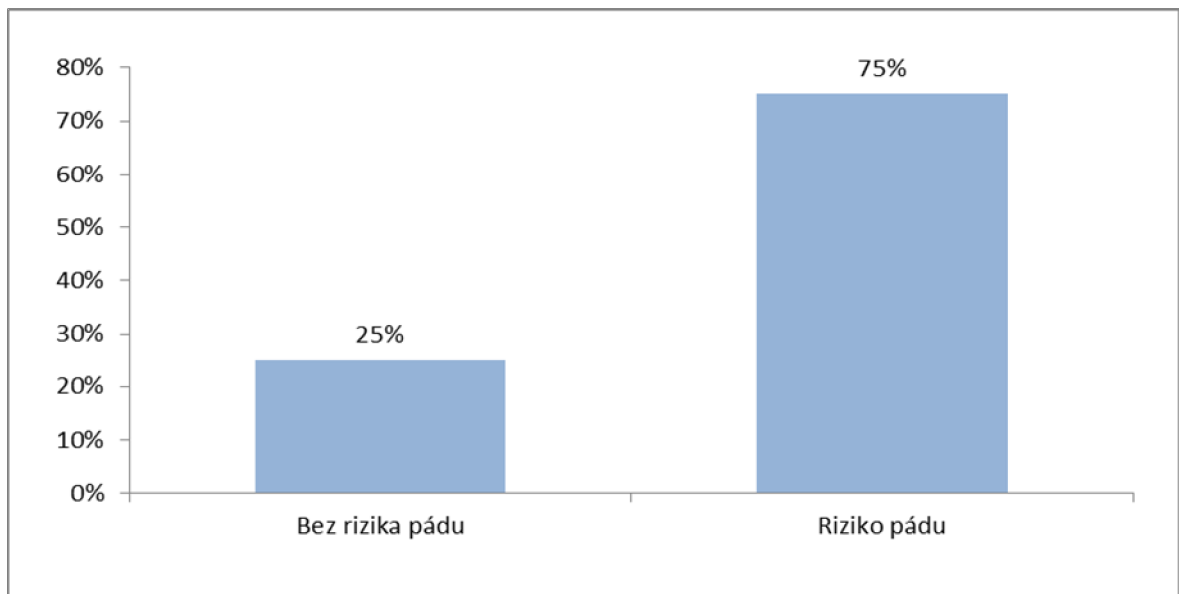
Na obrázku 6 je graf znázorňující výživový stav zkoumaných seniorů. Na první pohled je patrné, že jsou seniři rizikovou skupinou v oblasti výživy. Zkrácená verze testu MNA dozařadila 26 seniorů do rizika malnutrice. U 7 seniorů byla zjištěna již aktuálně přítomná podvýživa a nejmenší část zkoumaných seniorů ( $n = 3$ ) bylo ohodnoceno normálním výživovým stavem. Jelikož je i soběstačnost klienta velmi důležitým faktorem pro hodnocení výživy, jak v najezení a napití, tak i ve schopnosti si pokrm připravit, je následujícím obsahem práce (viz. kapitola 6.1) hodnocení vzájemného vztahu mezi soběstačností a výživovým stavem seniora.



Obrázek 6 Relativní četnost v hodnocení nutričního stavu

## Hodnocení rizika pádu senior

Obrázek 7 znázorňuje, kolik seniorů bylo zařazeno do rizika pádu dle screeningové škály, která hodnotí rizikové faktory (viz metodika práce). Tato screeningová metoda do rizika pádu zařadila v této části seniorů ze zkoumaného souboru ( $n = 27$ ) a menší část zkoumaných seniorů ( $n = 9$ ) byla ohodnocena jako neriziková v oblasti pádu.

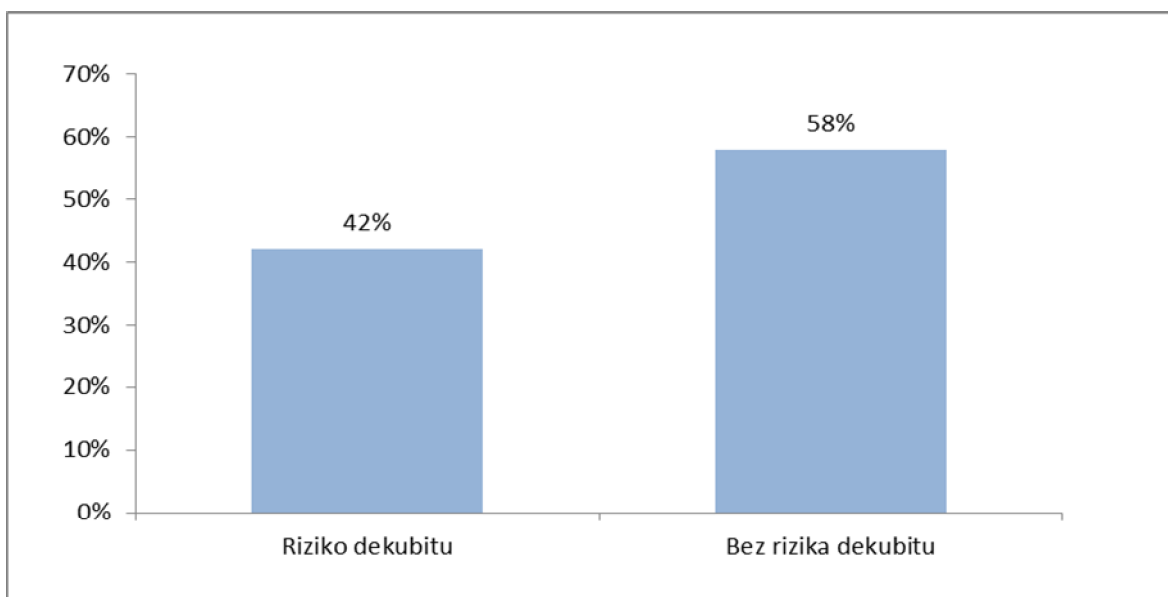


Obrázek 7 Relativní četnost v hodnocení rizika pádu dle tříbodové hodnotící škály

Při hodnocení rizika pádu seniorů byla zaznamenána i informace o tom, zda senior z výzkumného souboru od ukončení hospitalizace upadl. Následně pak proběhlo porovnání těchto dvou informací o riziku pádu a skutečným pádem seniora. Seniori, kteří byli pomocí jednoduché screeningové škály zařazeni do rizika pádu ve většině případů opravdu upadli ( $n = 15$ ). Počet seniorů, kteří i po vyhodnocení stavu bez rizika pádu upadli, byl minimální ( $n = 1$ ).

## Hodnocení rizika dekubitu

Na obrázku 8 vidíme vyhodnocení seniorů dle modifikované škály pro hodnocení rizika dekubitu dle Nortonové. Tato označila v této části zkoumaného souboru ( $n = 21$ ) jako bezrizikovou v kontextu se vznikem dekubitu a menší část ( $n = 15$ ) byla označena jako riziková v oblasti vzniku dekubitu.



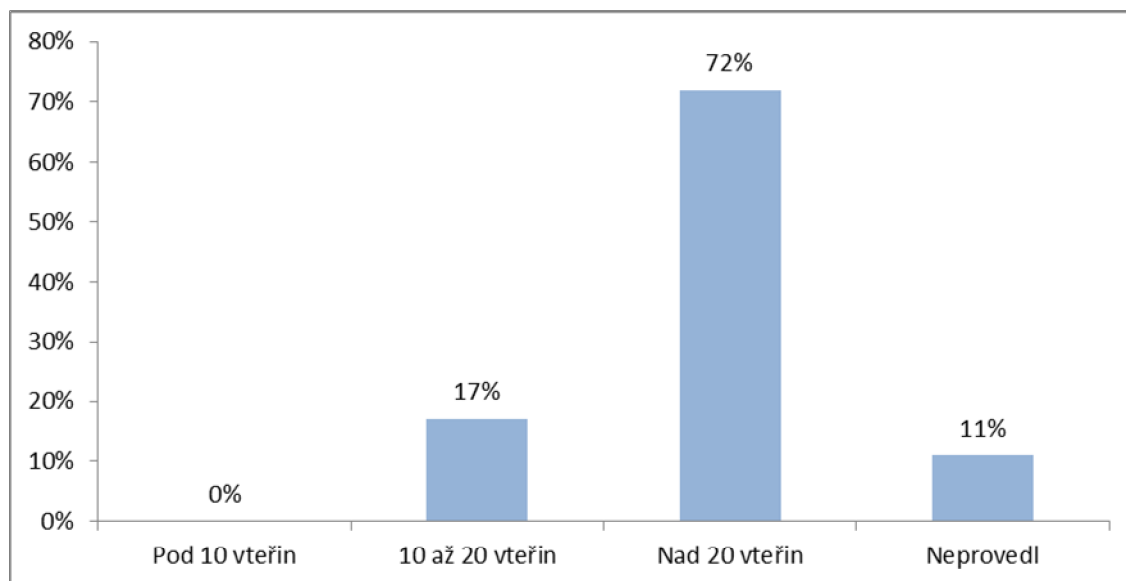
Obrázek 8 Relativní četnost v hodnocení rizika dekubitu

Ve výzkumném souboru bylo zjištěno, že u seniorů, kteří byli zařazeni do kategorie rizika dekubitu, dekubitus vznikl minimálně ( $n = 5$ ). U seniorů, kteří do rizika dekubitu zařazeni nebyli, dekubitus vznikl s ještě menší četností ( $n = 2$ ).

Při porovnání výsledků hodnotících nutriční stav seniora a vzniklým dekubitem bylo zjištěno, že u seniorů, kteří neprokazovali riziko malnutrice ani samotnou malnutrici, dekubitus nevznikl. U seniorů, kteří se nacházeli v riziku malnutrice i v malnutrici ( $n = 33$ ) dekubitus vznikl v 7 případech.

## Hodnocení mobility seniorů – Timed Get Up and Go Test

Na obrázku 9 jsou prezentovány výsledky jednoho z vybraných nástrojů pro hodnocení mobility seniorů ve výzkumném souboru. Největší zastoupení mělo časové rozmezí nad 20 vteřin ( $n = 26$ ). Nejlepšího možného výsledku – čas pod 10 vteřin – nedosáhl žádný senior. Druhého nejlepšího výsledku dosáhla malá část seniorů ( $n = 6$ ). Část ze zkoumaného souboru nebylo schopno test mobility provést ( $n = 4$ ).



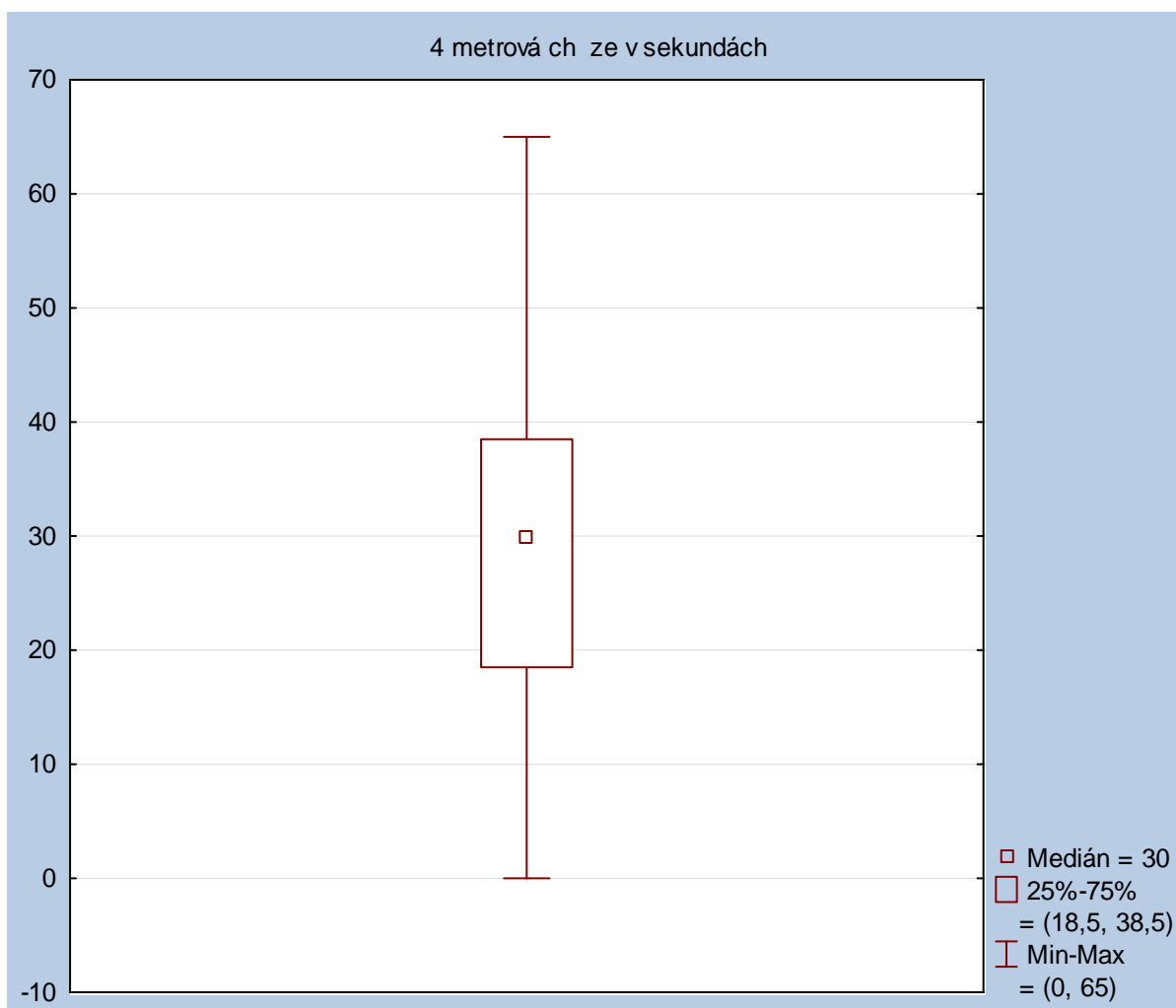
Obrázek 9 Relativní četnost výsledků v Timed Get Up and Go Testu

Výsledný počet vteřin také slouží jako predikce rizika pádu. Manuál pro zpracování výsledků hodnocení testu mobility udává, že senioři, kteří dosáhnou času nad 20 vteřin, jsou ohroženi vysokým rizikem pádu. Při porovnání skutečného pádu seniora s touto informací bylo zjištěno, že v této rizikové skupině opravdu upadlo ( $n = 21$ ).

Při porovnání výsledků Timed Get Up and Go Test a reálným vznikem dekubitu bylo zjištěno, že z celkového počtu vzniklých dekubitů ( $n = 7$ ) v celém výzkumném souboru, jichž v téžina ( $n = 6$ ) vznikla právě u seniorů s výsledným časem nad 20 vteřin.

## Hodnocení mobility seniorů 4 metrová ch ze

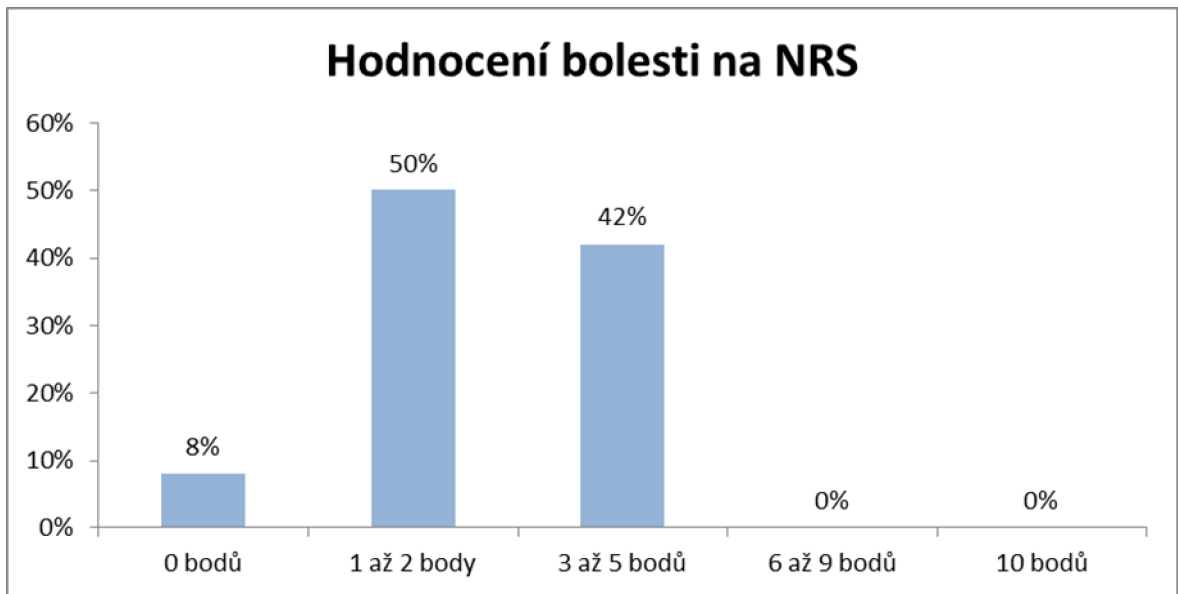
Na obrázku 10 je krabicový graf znázorující výsledky při hodnocení 4 metrové ch ze seniora (ve vte inách). Je patrné, že nejníflí hranicí při pln ní zadaného úkolu byla nula, a to z d vodu neschopnosti seniorů zadaný úkol splnit, nej ast ji z d vodu imobility. Nejdelší as pro spln ní úkolu bylo potom 65 vte in. Senio i se se svými výsledky nacházeli nej ast ji v rozhraní 18,5 a 38,5 vte in.



Obrázek 10 Krabicový graf s výsledky časového hodnocení 4 metrové ch ze ve vte inách

## Vyhodnocení bolesti na numerické škále

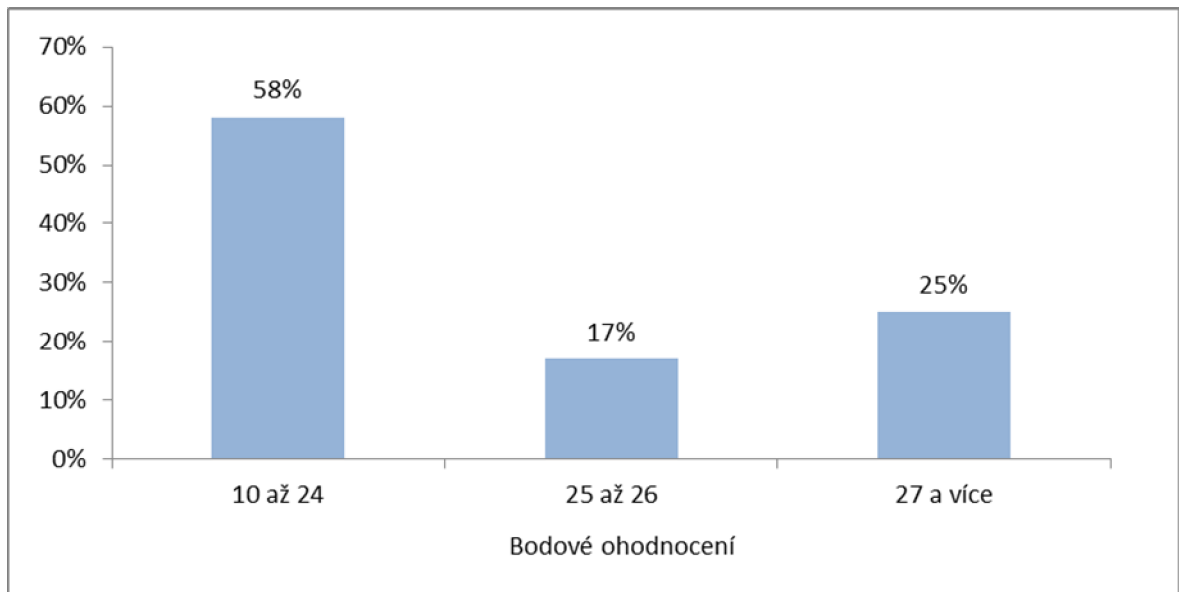
Respondenti měli za úkol zhodnotit svou aktuální bolest, kterou právě prožívají pomocí předložené numerické škály. Jen malá část seniorů neudávala žádnou bolest (n = 3). Nejčastěji se objevovala mírná bolest (n = 18), která odpovídala hodnocení 1 až 2 body na numerické škále. Stejně silnou bolest udávala necelá polovina seniorů (n = 15).



Obrázek 11 Relativní četnost v hodnocení bolesti

## Hodnocení kognitivního stavu senior

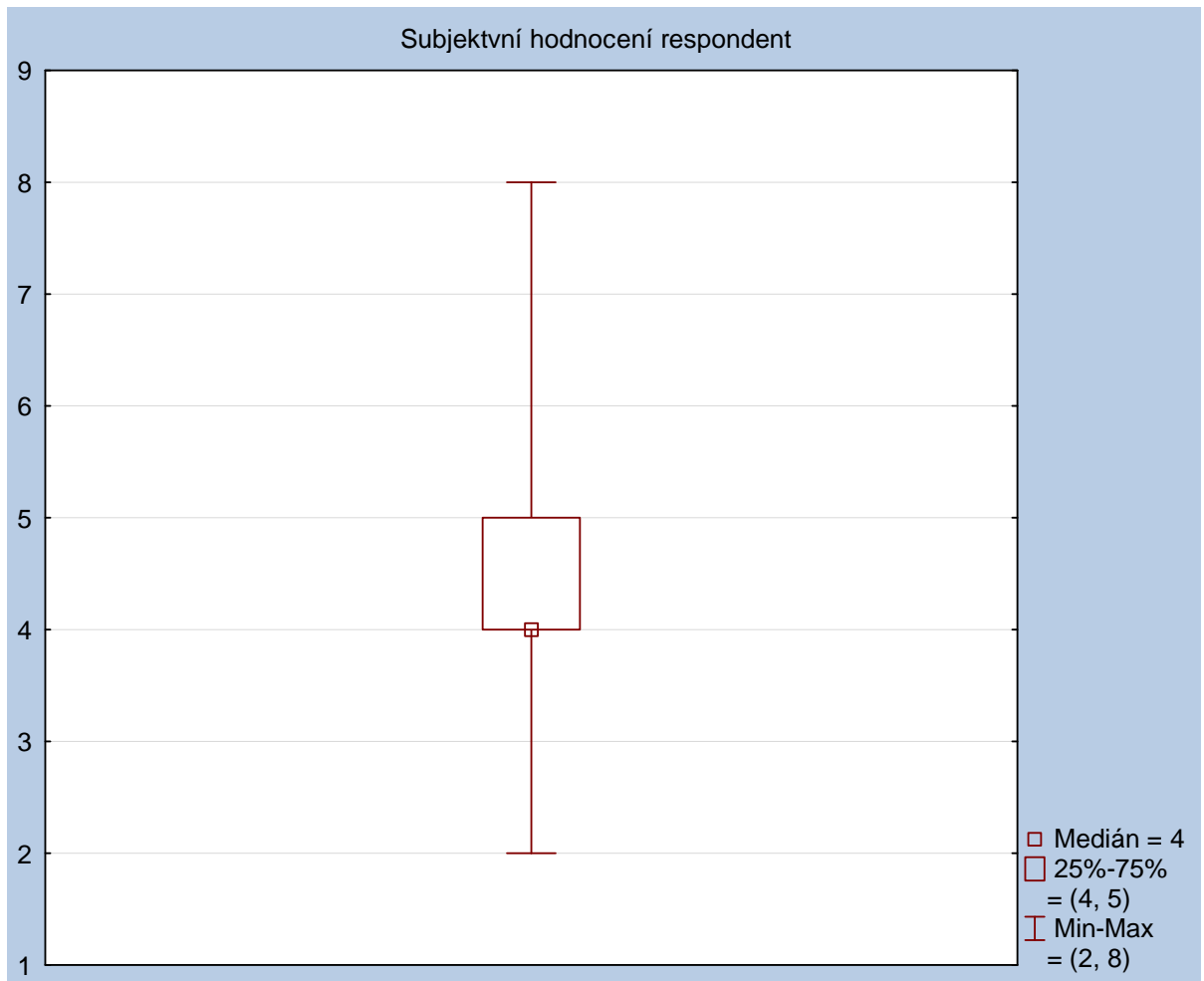
U respondentů byly hodnoceny kognitivní funkce pomocí testu MMSE. Ze sloupcového grafu na obrázku 12 vyplývá, že rozložení souboru není rovnoměrné. Senioři nejčastěji dosahovali bodového hodnocení značící demenci středního typu. (n = 21). Nejnížší absolutní četnost byla zastoupena u lehkých poruch kognitivních funkcí (n = 6) a částečně zastoupení měla i kategorie, kde nebyla u seniorů označena kognitivní porucha (n = 9).



Obrázek 12 Relativní četnost výsledků testu MMSE

## Subjektivní hodnocení zdravotního stavu seniorem

Senioři hodnotili svůj zdravotní stav tak, jak je uvedeno v metodice práce, tedy od 1 do 10, kdy jedna značí absolutní spokojenost se svým zdravotním stavem a 10 absolutní nespokojenost se svým zdravotním stavem. Na krabicovém grafu můžeme vidět, že na stupnici byl nejlepším vnímaným zdravotním stavem 2 a nejhorším vnímaným 8. Nejčastěji se potom senioři zařadili do hodnocení 4 a 5.

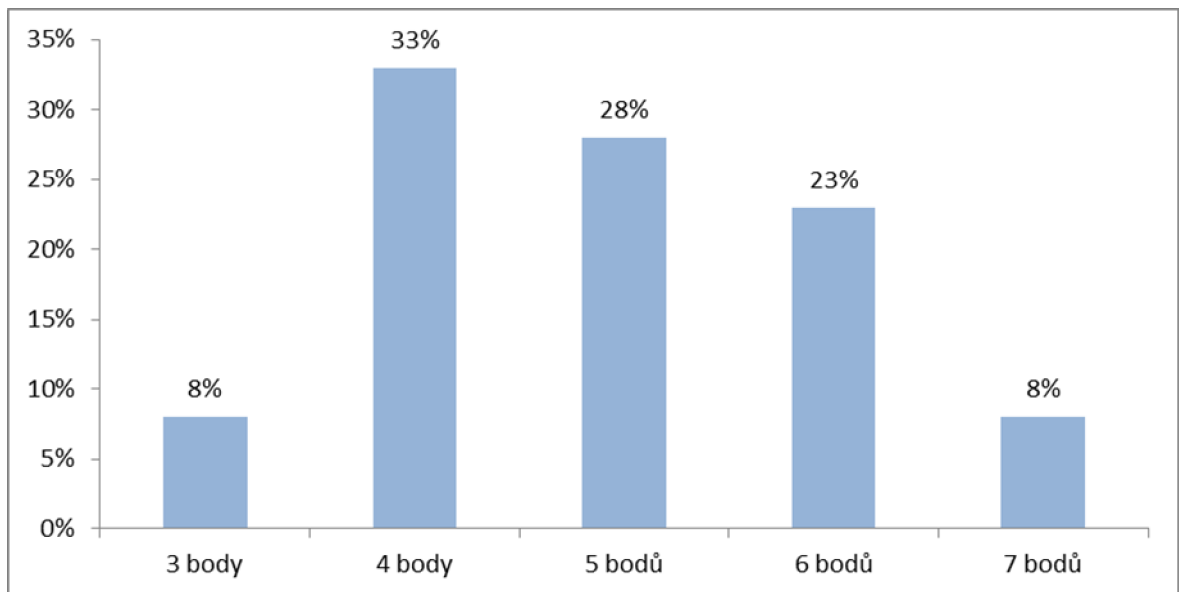


Obrázek 13 Krabicový graf s výsledky subjektivního hodnocení seniorů v bodech



## Hodnocení deprese u senior

U senior byla hodnocena míra deprese pomocí škály Yesavage, jejíž bodové vyhodnocení se nachází v metodice práce. Při pohledu na obrázek 14, je patrné, že většina seniorů (n = 25) nebyla zařazena do žádného stádia demence. Zbytek respondentů (n = 11) bylo zařazeno do stádia mírné formy deprese. Na škále žádný senior nezískal takový počet bodů, aby byl zařazen do stádia těžké deprese.



Obrázek 14 Relativní četnost bodového ohodnocení na škále deprese pro geriatrické pacienty

## 6. 1 Testování hypotéz

Pro statistické testování byla z hypotézy pracovní  $H_P$  vytvořena hypotéza nulová  $H_0$  a hypotéza alternativní  $H_A$ .

### Testování hypotézy . 1:

$H_{P1}$ : Sobsta nost senior ovlivuje jejich depresivitu.

$H_{01}$ : Mezi sobsta ností a depresivitou seniora není žádný statisticky významný vztah.

$H_{A1}$ : Mezi sobsta ností a depresivitou seniora je statisticky významný vztah.

Prvním krokem pro statistické zpracování otázky je vypracovat popisnou statistiku, která nám slouží pro získání základních informací o souboru dat, jako je modus, medián, průměr, směrodatná odchylka, minimum a maximum. Tyto hodnoty byly spoítány jak z dat naměřených na škále pro hodnocení sobsta nosti (Index sobsta nosti dle Barthelové), tak z dat získaných pomocí geriatrické škály deprese.

Tabulka 2 Popisná statistika z dat Index Barthelové a geriatrické škály deprese

Proměnná	N platných	Průměr	Medián	Modus	Min	Max	Sm.odch.
ADL	36	65,555	65,000	50,0000	25,0000	100,00	19,66788
GDS	36	4,8888	5,0000	4,00000	3,00000	7,0000	1,11555

### Index Barthelové

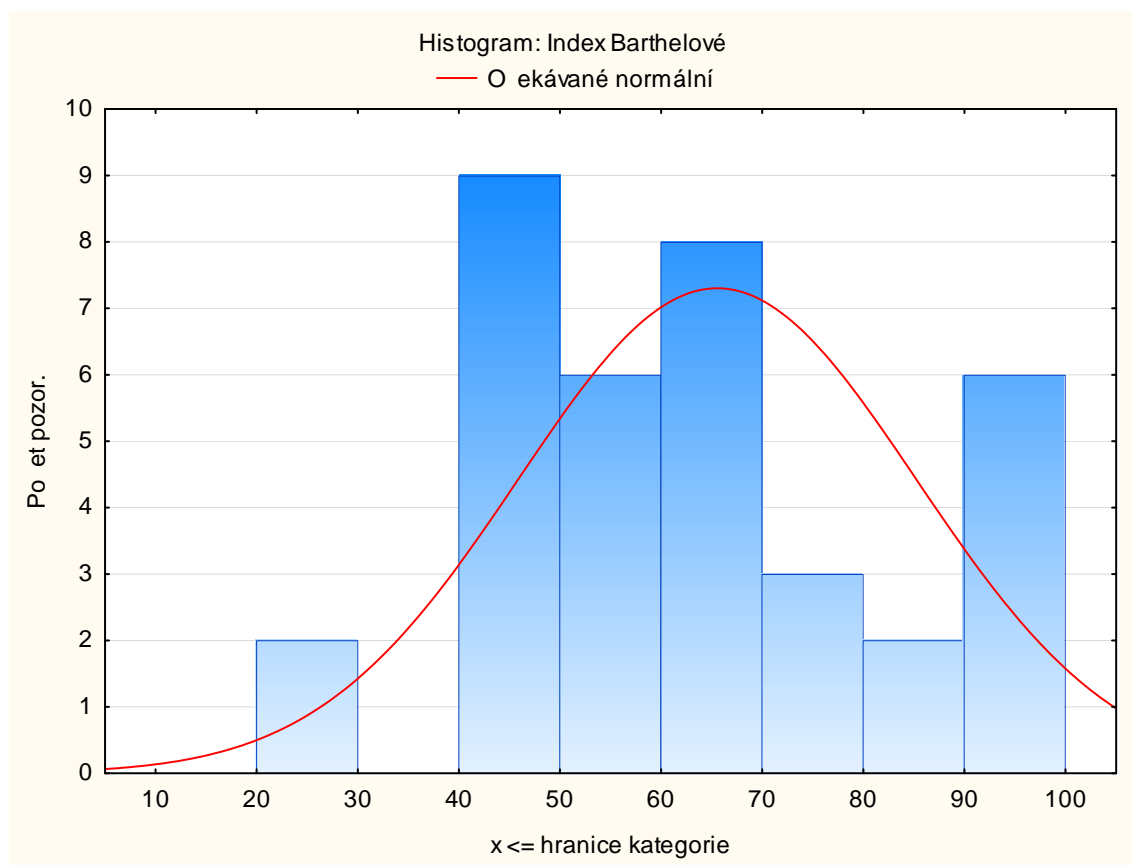
Z dat popisné statistiky můžeme vyčíst, že modus, který nám udává nejastěji vyskytovanou hodnotu v souboru dat je 50, kdy toto bodové ohodnocení říká, že respondent patří do skupiny střední závislosti v oblasti v-edních činností. Minimální hodnota v souboru byla 25 bodů, což znamená, že se ve skupině respondentů nachází senior s vysokým stupněm závislosti na pomoci ve v-edních činnostech. Ale naopak se ve skupině respondentů nachází i plně sobsta nostý senior, protože maximální hodnota v souboru dat byla 100 bodů, což je maximální bodové ohodnocení, kterého lze v testu základních v-edních činností dosáhnout.

## Geriatrická škála deprese

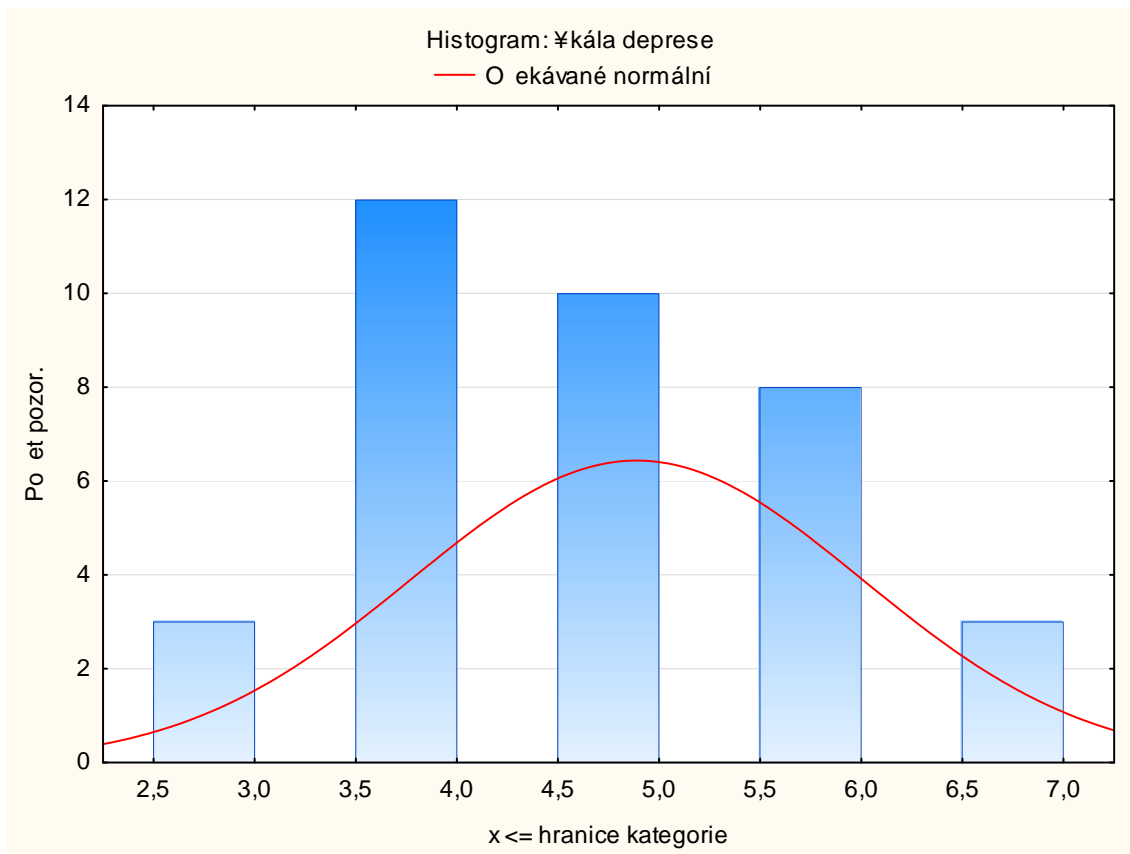
Data popisné statistiky nám říkájí, že mediánová hodnota v souboru byla 5 bodů a modusová hodnota 4 body, kdy toto bodové ohodnocení seniora neadí dle hodnotící škály do jakékoli formy deprese.

Minimální dosažená hodnota byla 3 body, což sice neznamená, že by senior trpěl depresí, ale zároveň u žádného respondenta nebylo bodové ohodnocení 0, které by svědčilo pro plnou spokojenost.

Dalším krokem pro statistické zpracování dat je zjistit normalitu dat. Normalita byla vždy vyhodnocena dle Kolmogorova a Smirnovova (dále K-S testu) a pro dobré grafické znázornění byl ještě použit histogram. Test normálního rozložení byl proveden pro každou proměnnou zvlášť.



Obrázek 15 Histogram naměřených hodnot ADL s Gaussovou křivkou



Obrázek 16 Histogram naměřených hodnot GDS s Gaussovou křivkou

Pomocí Kolmogorov-Smirnov testu bylo zjištěno, že data hodnotící Index Barthelové, patří do normálního rozložení, nebo dosažené  $p < 0,868712$ ;  $\alpha = 0,05$ .

Pomocí Kolmogorov-Smirnov testu bylo zjištěno, že data hodnotící Geriatrickou škálu deprese, patří do normálního rozložení, nebo dosažené  $p < 0,177210$ ;  $\alpha = 0,05$ .

Na základě této informace byl pro statistické testování hypotézy zvolen parametrický test Pearson v koeficient korelace na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Pearson v korelační koeficient může nabývat hodnot  $-1, 1$ . Čím více se vypočítaná hodnota koeficientu blíží k hodnotě 1 (nebo -1), tím je vztah mezi porovnávanými proměnnými těsnější. Pokud Pearson v korelační koeficient nabývá hodnot 0, pak se tedy nejedná o vzájemný vztah mezi porovnávanými proměnnými. Pokud se získané hodnoty blíží spíše k -1, jedná se o negativní vztah, což znamená, že se získané proměnné ovlivňují, ale opačným způsobem. (Chrástka, 2007)

Tabulka 3 Výsledné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu pro hypotézu . 1

Proměnná	Index Barthelové	Skála deprese
Index Barthelové	1,000000	-0,316152
Skála deprese	-0,316152	1,000000

Závěr:

Na základě Pearsonova korelačního koeficientu (viz tabulka . 3:) byla **zamítnuta nulová hypotéza  $H_0$**  a **byla přijata hypotéza alternativní  $H_A$** , protože  $p$  hodnota  $< (0,316152 < 0,05)$ . Mezi sobstátností a depresivitou seniora byl prokázán statisticky významný vztah.

## Testování hypotézy . 2:

$H_{P2}$ : Vyšší věk má negativní vliv na kognitivní funkce seniora.

$H_{02}$ : Mezi věkem seniora a kognitivními funkcemi není žádný statisticky významný rozdíl.

$H_{A2}$ : Mezi věkem seniora a kognitivními funkcemi je statisticky významný rozdíl.

Pro statistické zpracování hypotézy . 2 byl také stejný postup jako pro testování hypotézy . 1. Nejprve data zhodnotíme pomocí popisné statistiky.

Tabulka 4 Popisná statistika dat věk a výsledk testu MMSE

Proměnná	N platných	Průměr	Medián	Modus	Min	Max	Sm.odch.
Věk	36	76,3055	76,0000	60,0000	60,00000	92,00000	8,80525
MMSE	36	22,6111	22,0000	26,0000	14,00000	30,00000	4,55617

### Věk

Na tabulce . je patrné, že věk nejmladšího respondenta byl 60 let, naopak věk nejstaršího respondenta byl 92 let. Nejvíce zastoupený věk byl 60 let a průměrný věk respondentů byl 76 let.

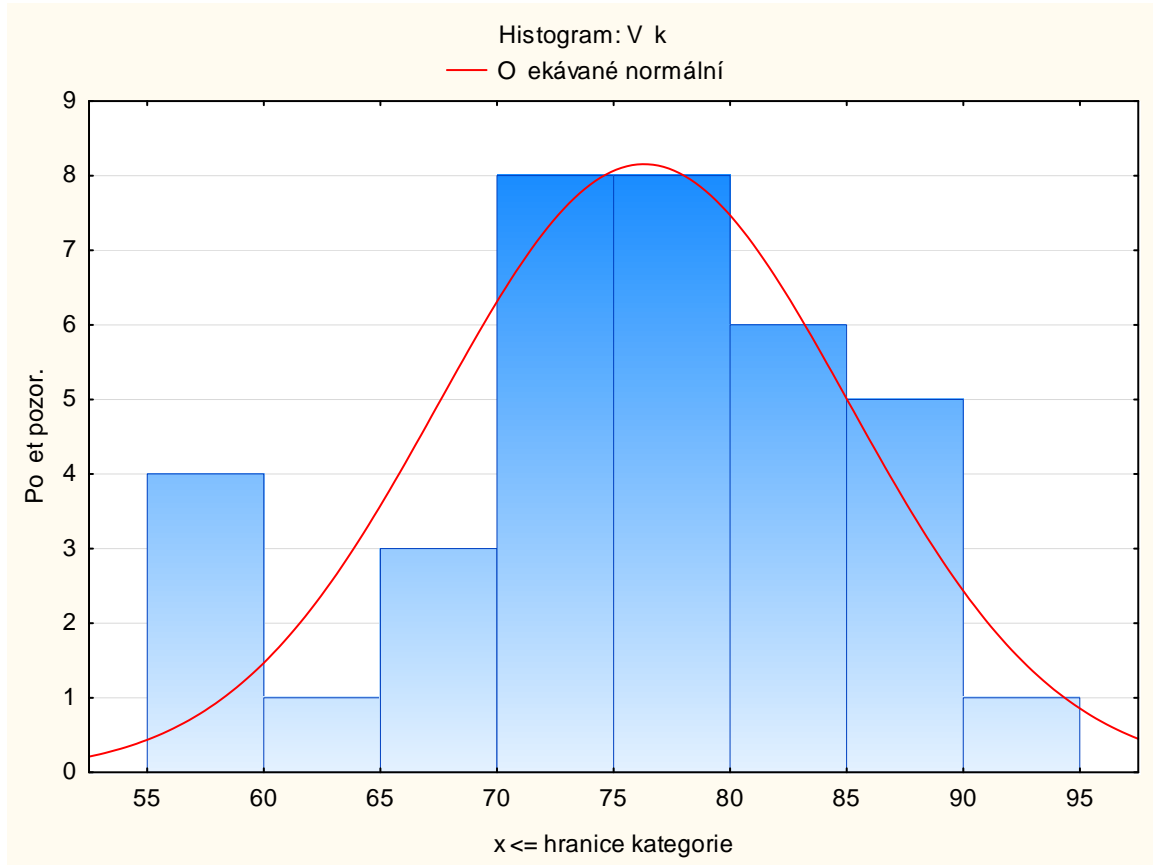
### MMSE

Hodnoty MMSE nám udávají kognitivní úroveň respondentů. Minimální získaná hodnota byla 14 bodů. Dle skórovacího systému k testu MMSE je toto bodové ohodnocení závažné do středního až těžkého typu demence. Bodového ohodnocení, které by svědčelo pro velmi těžký stav demence, nedosáhl žádný respondent. Naopak maximální dosažená hodnota v souboru byla 30 bodů, což je i maximální možná hodnota, které lze v testu dosáhnout. Nejvíce dosahované bodové ohodnocení bylo 26 bodů, což podle skórovacího systému řadí seniory do hraničního stavu, kdy je možnost výskytu demence.

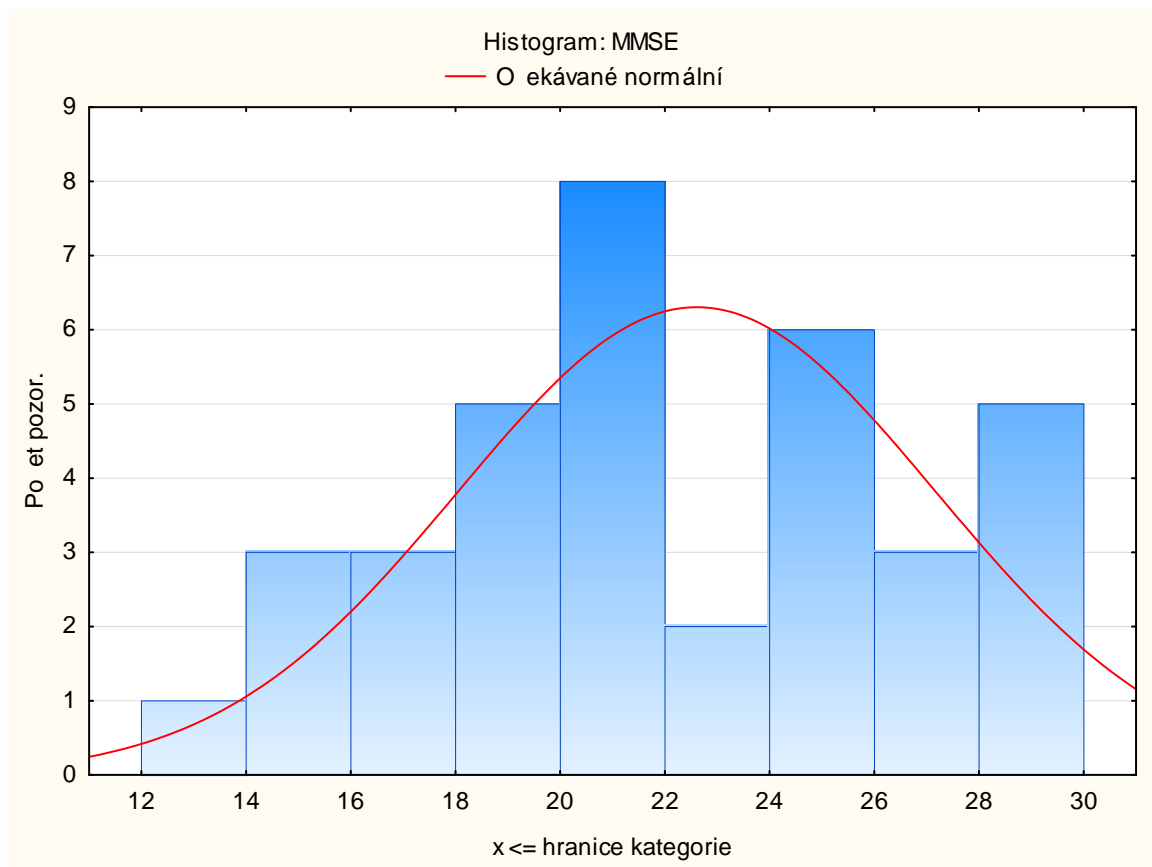
Po zhodnocení popisné statistiky byla zjištěna normalita dat, a to opět pomocí Kolmogorov-Smirnov testu pro každou proměnnou zvlášť. Pomocí Kolmogorov-Smirnov testu bylo zjištěno, že věk respondentů patří do normálního rozložení, nebo dosažené  $p < 0,05$  ( $p = 0,748027$ ;  $\alpha = 0,05$ ).

Pomocí Kolmogorov-Smirnov testu bylo zjištěno, že data hodnotící Geriatrickou škálu deprese patří do normálního rozložení, nebo dosažené  $p < \alpha$  ( $p = 0,949671$ ;  $\alpha = 0,05$ ).

Pro grafické znázornění rozložení dat posloužil histogram. Každá proměnná byla zobrazena zvlášť.



Obrázek 17 Histogram naměřených hodnot v ku s Gaussovou křivkou



Obrázek 18 Histogram naměřených hodnot MMSE s Gaussovou křivkou

Na základě této informace byl pro statistické testování hypotézy 2 zvolen parametrický test Pearson v koeficient korelace na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Tabulka 5 Výsledné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu pro hypotézu 2

Proměnná	V k	MMSE
V k	1,000000	-0,543907
MMSE	-0,543907	1,000000

Závěr:

Na základě Pearsonova korelačního koeficientu (viz tabulka 5) byla **zamítnuta nulová hypotéza  $H_0$**  a byla **přijata hypotéza alternativní  $H_A$** , protože p-hodnota  $< \alpha$  ( $-0,543907 < 0,05$ ). Mezi verbální a kognitivní úrovní respondenta byl prokázán statisticky významný vztah.



### Testování hypotézy . 3:

$H_{P3}$ : Vyšší úroveň soběstačnosti má pozitivní vliv na úroveň nutričního stavu seniora.

$H_{03}$ : Mezi úrovní soběstačnosti a úrovní nutričního stavu seniora není statisticky významný vztah.

$H_{A3}$ : Mezi úrovní soběstačnosti a úrovní nutričního stavu seniora je statisticky významný vztah.

Pro získání základních informací o souboru máme použít tabulku popisné statistiky.

Tabulka 6 Popisná statistika dat z testu MNA a Indexu Barthelové

Proměnná	N platných	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Sm.odch.
MNA	36	9,02778	9,00000	11,00000	3,00000	12,0000	2,09061
ADL	36	65,55556	65,00000	50,00000	25,000	100,0000	19,66788

### MNA

Mini Nutritional Assessment hodnotí výživový stav seniora. Ve výzkumném souboru byla dosažena nejnižší hodnota 3 bodů, cožadí seniora do stavu podvýživy. Naopak nejvyšší dosažená hodnota byla 12 bodů, což znamená normální výživový stav. Nejnižší a nejvyšší bodová hranice, které lze ve screeningovém hodnocení dosáhnout nebyla ani v jednom případě zastoupena. Nejastěji dosahovaná hodnota byla 11 bodů, což znamená pro seniora riziko malnutrice.

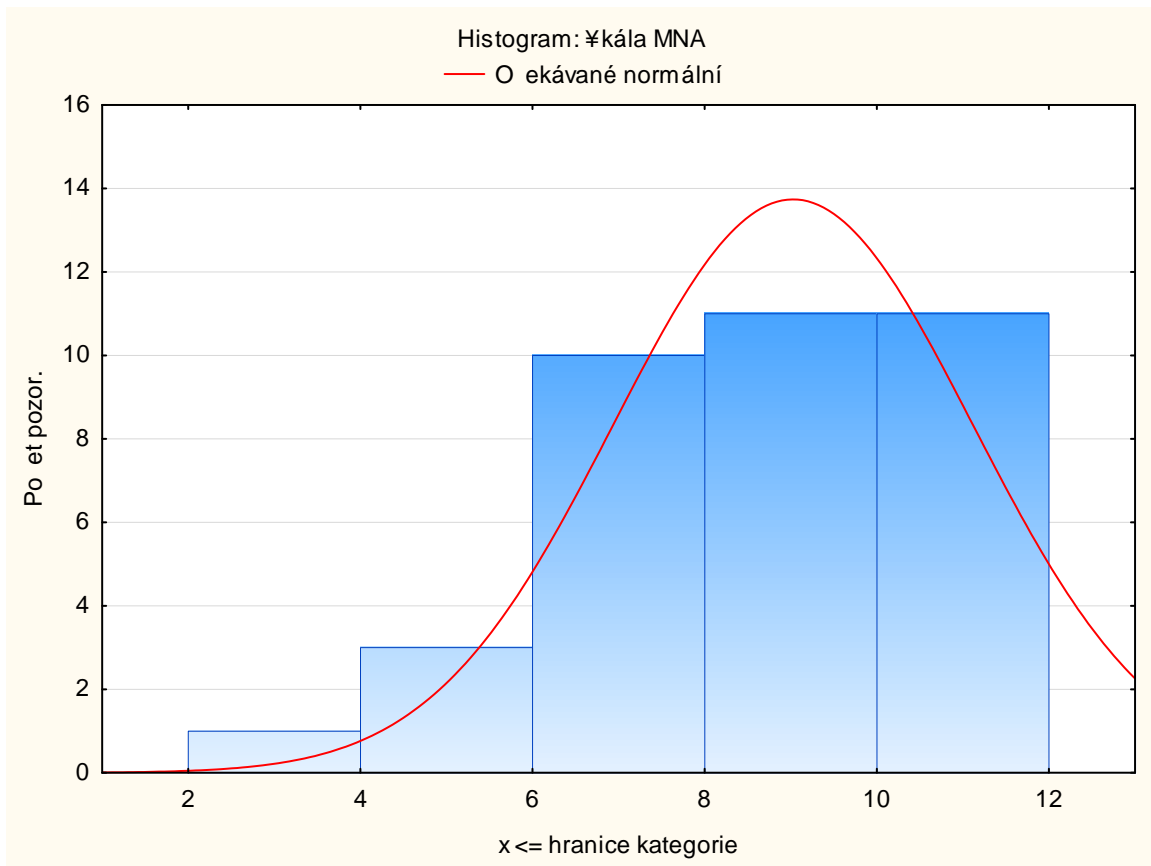
### Index Barthelové

Index soběstačnosti ve výzkumném vzorku byl hodnocen u hypotézy . 1.

Dále je třeba určit, zda je možné použít parametrický test na základě normálního rozložení dat. Na určení normálního rozložení dat byl použit histogram a Kolmogorov-Smirnov test, pro každou proměnnou zvlášť, a to na hladině významnosti 5 %. Pomocí Kolmogorov-Smirnov testu bylo zjištěno, že data z Mini Nutritional Assessment patří do normálního rozložení, nebo dosažené  $p < (p = 0,0547307; \alpha = 0,05)$ .

Kolmogorov-Smirnov test pro Index Barthelové byl již proveden a jeho výsledek je popsán u testování hypotézy . 1. Na základě tohoto výsledku lze konstatovat, že data jsou normálně rozložena.

Tento fakt je patrný i z histogramu, který je také zobrazen u testování hypotézy . 1. Následující graf zobrazuje rozložení souboru dat z testu MNA.



Obrázek 19 Histogram naměřených hodnot MNA s Gaussovou křivkou

Na základě této informace byl pro statistické testování hypotézy . 3 zvolen parametrický test Pearson v koeficient korelace na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Tabulka 7 Výsledné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu pro hypotézu . 3

Proměnná	Index Barthelové	MNA
Index Barthelové	1,000000	0,611098
MNA	0,611098	1,000000

Závěr:

Na základě Pearsonova korelačního koeficientu (viz tabulka . 7) byla **zamítnuta alternativní hypotéza  $H_A$**  a byla **přijata hypotéza nulová  $H_0$** , protože p-hodnota 1 (0,611098 > 0,05). Mezi úrovní sobsta nosti a úrovní nutričního stavu nebyl prokázán statisticky významný vztah.

#### Testování hypotézy . 4:

$H_{P4}$ : Vyšší úroveň kognitivního stavu pozitivně ovlivňuje soběstačnost seniora.

$H_{04}$ : Mezi úrovní kognitivního stavu a soběstačností seniora není statisticky významný vztah.

$H_{A4}$ : Mezi úrovní kognitivního stavu a soběstačností seniora je statisticky významný vztah.

Poslední hypotéza se zabývá korelací mezi kognitivními funkcemi seniora, měně pomocí testu MMSE, a soběstačností seniora, měně pomocí testu ADL. Obě naměřené proměnné jifi byly vyhodnoceny výše (MMSE na straně u hypotézy . a ADL na straně u hypotézy .). Bylo tedy zjištěno, že všechny naměřené hodnoty spadají do normálního rozložení dat, zbývá tedy ověřit korelační vztah těchto dvou proměnných, a to pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, jehož výsledek je prezentován v tabulce . 4.

Tabulka 8 Výsledné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu pro hypotézu . 4

Proměnná	Průměr	Sm.odch.	ADL	MMSE
ADL	65,55556	19,66788	1,000000	0,815524
MMSE	22,61111	4,55617	0,815524	1,000000

Závěr:

Na základě Pearsonova korelačního koeficientu (viz tabulka . 8) byla **zamítnuta alternativní hypotéza  $H_A$**  a byla **přijata hypotéza nulová  $H_0$** , protože p-hodnota 1 (0,815524 > 0,05). Mezi úrovní soběstačnosti a úrovní kognitivního stavu nebyl prokázán statisticky významný vztah.

## 7 Diskuze

### Výzkumná otázka . 1:

#### **Jaká je charakteristika klientů následné péče 3 měsíce po ukončení hospitalizace?**

Výzkumný soubor obsahoval celkem 36 klientů následné péče. Do výzkumného souboru se zařadilo 36 % mužů a 64 % žen. Ve sledované skupině respondentů byl průměrný věk 76,3 let (minimum 60, maximum 92, modus 60, medián 76). Aktuální místo pobytu seniorů při výzkumu bylo nejčastěji doma, a to v 58 %, dále seniori bydleli v domovech pro seniory o 39 % a 3 % seniorů byly opětovně hospitalizováni. Celkem 67 % respondentů při propuštění z nemocnice pobíralo příspěvek na péči a 29 % klientů propuštěných do domácího ošetřování využilo pomoc agentur domácí péče.

Ke konci roku 2012 je evidováno 16,2 % obyvatel starších 65 let, což byl 1 701 000 z celkového počtu obyvatel v České Republice. Podíl mužů starších 65 let byl ke konci roku 2012 6,9 % z celkového počtu obyvatel. Ženy zaujímaly v této části, jejich podíl byl 9,9 %. (Český statistický úřad, 2013) Tento trend je zachován i v tomto výzkumném souboru, neboť jak již bylo uvedeno v charakteristice výzkumného vzorku, ženy zaujímaly 64 % z celkového počtu respondentů, muži potom 36 %.

Ke konci roku 2011 poskytovalo v České republice služby domácí zdravotní péče 472 pracovišť. Služeb domácí péče využilo 147 tisíc pacientů, z nichž cca třetina byli ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny tvořily ženy. Praktickým léčením byla domácí zdravotní péče indikována u více než 159 tisíc pacientů (tj. v 85 % případů), ošetřujícím léčením při ukončení hospitalizace u cca 28 tisíc pacientů (15 %). Tento trend se opět odráží ve výsledcích výzkumu, neboť bylo zjištěno, že 29 % seniorů po ukončení hospitalizace využilo služeb domácí péče. Jedním z důvodů, proč je procentuální zastoupení ve výzkumném souboru v této věci přibližně stejné, může být například fakt, že v Pardubickém kraji je nejvyšší poměr poskytování domácí péče seniorům v ČR. (ÚZIS, 2012)

## **Výzkumná otázka . 2:**

### **Jaký je stav senior 3 m síce po propu-t ní, hodnocen pomocí vybraných sou ástí funk ního geriatrického vy-et ení?**

Zdravotní stav klient následné pé e za 3 m síce po ukon ení hospitalizace byl hodnocen pomocí vybraných hodnotících -kál, které jsou sou ástí komplexního geriatrického hodnocení. Jednalo se konkrétn o 9 hodnotících a m ících -kál, a to byly: Index sob sta nosti dle Barthelové, test mobility ó Get up and Go test, test rychlosti ch ze na 4 metrech - š4 metrová ch zeõ, Mini Mental State Examination, Montrealský kognitivní test, Málá deprese pro geriatrické pacienty dle Yesavage, hodnocení bolesti pomocí 10 bodové numerické -kály, Mini Nutrition Assessment - short form, hodnocení rizika vzniku dekubit dle Nortonové, hodnocení rizika pádu dle screeningu doporu eného American Geriatrics Society/British Geriatrics Society v dokumentu s názvem Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Pearsons.

Pomocí t chto -kál byl zhodnocen jak fyzický, tak psychický stav seniora. Stran mobility, hodnocené pomocí Timed Get Up and Go Testu, dosahovali respondenti ve v t-in p ípad výsledk na úrovni poru-ené mobility. Na základ tohoto testu z ostatních výzkumných -et ení vyplývá, že je u senior jasn prokázaná hor-í mobilita, která m že ovlivnit i ostatní schopnosti seniora. Ze zahrani ního výzkumu ( $n_2$ ), který aplikoval tento test na osobách s pr m rným v kem 75,8 (tedy velmi podobný pr m rnému v ku na-eho výzkumného souboru) byla nam ena pr m rná hodnota 18,14 vte in. Pr m rná hodnota nam ená v na-em výzkumném souboru ( $n_1$ ) u senior , kte í úkol test splnili, byla 37,125. Jedná se o hodnotu, která je jednou tak velká, neví uvádí zahrani ní výzkum. Jedním z hlavních faktor , který mohl mít vliv na lep-í hodnocení mobility v souboru  $n_2$  je fakt, že se jednalo ve 100 % o seniory pobývající v institucionální pé i (domov pro seniory), kde jim byla zaji- ována rehabilitace a byli lé eni pro poruchy mobility. Je tedy patrné, že pravidelná rehabilitace má jist pozitivní vliv na mobilitu seniora. (Wall, 2000)

V rozporu s pozitivním hodnocením mobility u senior v institucionální pé i se m že zdát zji-t ný fakt, že senio i, kte í byli po ukon ení hospitalizace propu-t ni do domácího o-et ování, upadli pouze ve 29 %, naopak senio i, kte í pobývají v domovech pro seniory, upadli v 64 %. Zde se ale m že jednat nejen o stav mobility seniora, ale i faktor neznámého prost edí. Statistiky USA (Falls in Nursing Homes Fact Sheet) udávají,

Veškerých 75 % obyvatel ošetřovatelského domu za rok upadne, což je velmi podobný trend našemu výzkumu. Lze se tedy domnívat, že cizí prostředí je jedním z faktorů pro riziko pádu. (J. C. Resources, 2007)

Při hodnocení soběstačnosti bylo zjištěno, že v této sledované skupině je závislých na pomoci druhých. Závislost lehkého stupně vykazovalo 48 % a závislost středního stupně 42 % respondentů. Tento fakt může souviset s prokázanou horší mobilitou seniorů, v které i pohlavím.

Poruchy výživy se vyskytují ve stejné míře i v jiných věkových skupinách. Ve sledované skupině seniorů se potvrdilo, že v této skupině trpí rizikem malnutrice, a to v 72 %. Magazín medicína pro praxi udává (2010), že rizikem poruch výživy v ČR trpí 30 až 65 % seniorů žijících v domácím prostředí, což je v porovnání se získanými informacemi z probíhajícího výzkumu ještě nižší číslo.

Jeden ze zahraničních výzkumů, který mapuje nutriční stav hospitalizovaných seniorů, udává, že test MNA zařadí do rizika malnutrice 55 % seniorů, v malnutrici bylo 22 % a v normální stavu nutrice vykazovalo 24 % respondentů. To značí lepší výsledky než u respondentů v domácím prostředí, je tedy možné, že hospitalizace, kdy si seniory nemusí pokrm připravovat sami, má pozitivní vliv na stav nutrice. (Calvo, 2012)

Porucha nutrice může souviset jednak s poruchou soběstačnosti (jak se pokusí ověřit pracovní hypotéza 3), tak i s kognitivním stavem, depresivitou a dalšími faktory. Dostupnost dobrého nutričního stavu spočívá v prevenci nemocí a hlavně v lepší péči o chronických ran, kterými seniory často trpí. U sledované skupiny respondentů byl porovnán stav nutrice se vznikem dekubitu a bylo zjištěno, že jedním z faktorů pro vznik dekubitu mohl být špatná nutriční stav. Dekubity se totiž vyskytly u seniorů v riziku malnutrice až v 86 % a u seniorů v malnutrici až ve 14 %.

Kognitivní funkce jsou hlavním projevem činnosti mozku. S postupujícím v kterém dochází k bodovému poklesu ve výsledcích kognitivních testů. Kognitivní funkce tak mohou být relativně levným a zcela dostupným ukazatelem při degenerativních změnách mozkové činnosti a mohou napomáhat v terapeutické péči, dříve než se projeví klinický obraz demence (Kopeček, 2009).

U našeho sledovaného vzorku respondentů bylo prokázáno pomocí testu MMSE, že až 58 % seniorů trpí mírnou demencí a 17 % se nachází v kritickém stádiu vzniku demence. Z demografických dat České Republiky, které mapují výskyt demence u českých obyvatel,

vyplývá, že výskyt demence je jedním z nejastjiých onemocnění i výskyt diabetu mellitu. četnost demence u občanů starších 65ti let je udáván v 5 % ve vkové hranici, nad 85 let je to ufi 30 ó 50 % jedinců. (Jiráek, 2009)

Respondenti mli za úkol zhodnotit, jak vnímají svj zdravotní stav na škále od 1 do 10, kdy jedna zna í absolutní spokojenost se svým zdravotním stavem a 10 absolutní nespokojenost se svým zdravotním stavem. Bylo zjieno, že klienti nejastji udávali íslo 4, což pat í do pozitivní hodnocené situace. S tímto faktem koresponduje i výsledné hodnocení deprese pomocí škály Yesavage, která za adila jen 31 % seniorů do mírného stádia deprese a fládného do stádia t flké formy deprese. Dle výsledků zahrani ních výzkumů, uvedených v knize Kvalita života seniorů v kontextu (rok) o-et ovatelství je udáváno, že depresivita postihuje 20 % osob starších 65ti let. Tyto výsledky se blíí i výsledkům náeho výzkumu, což mli být dáno jednak v kem seniorů, pohlavím a aktuálním psychickým stavem, kdy senior mli být ovlivn n nap íklad vzniklou negativní událostí, jako mli být smrt blízké osoby apod.

### **Výzkumná otázka . 3:**

**Existuje statisticky významný vztah mezi sobstáností seniorů (m ení pomocí Indexu Barthelové) a jejich depresivitou (m eno pomocí GDS)?**

Úkolem hypotézy . 1 bylo zjistit, zda sobstánost seniorů negativn ovliv uje jejich depresivitu. Na základ výpo tu Pearsonova korela ního koeficientu p hodnota  $< (0,316152 < 0,05)$  bylo dosaeno výsledku, že sobstánost seniora negativn ovliv uje jeho depresivitu.

Výzkum na toto téma provedl i Martinez ó Mendoza v mexickém institutu sociálního zabezpe ení, a to u respondentů s pr m rným v kem 72 let. Byla u nich potvrzena 50,3 % depresivita a fyzická závislost v 62 %. Byla prokázána vzájemná závislost mezi depresí a vysokou mírou závislosti. (Dvo áková, 2012)

### **Výzkumná otázka . 4:**

**Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní kognitivních funkcí (m eno pomocí MMSE) a v kem seniorů ?**

Úkolem hypotézy . 2 bylo zjistit, zda vyí v k negativn ovliv uje kognitivní funkce seniora. Na základ Pearsonova korela ního koeficientu p-hodnota  $< (-0,543907 < 0,05)$  bylo prokázáno, že v k opravdu negativn ovliv uje kognitivní schopnosti seniora.

Pro testování kognice byl zvolen test MMSE, který dosahuje vysoké hodnoty specifity, a to až 90 až 95 %.

Je prokázáno, že výskyt demence souvisí a stoupá s obecným stárnutím populace. Je udáváno, že u jedinců starších 65 let je riziko demence 5 %, u jedinců starších 75 let je riziko demence 10 % a u osob 80 letých je riziko demence 20 %. (Pidrman 2007)

#### **Výzkumná otázka . 5:**

**Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní sobsta nosti (měřeno pomocí Indexu Barthelové) a úrovní nutričního stavu seniora (měřeno pomocí MNA)?**

Úkolem hypotézy . 3 bylo zjistit, zda má úroveň sobsta nosti pozitivní vliv na nutriční stav seniora. Na základě Pearsonova korelačního koeficientu p-hodnota 1 (0,611098 > 0,05) bylo zjištěno, že vyšší úroveň sobsta nosti nemá vliv na lepší nutriční stav seniora. Relativně dobrý nutriční stav seniora i přes zhoršenou mobilitu může být dán rozsahem pečující osoby i instituce, ale i naopak i přes dobrou úroveň mobility může dojít ke zhoršení nutričního stavu, a to například z důvodu psychických poruch.

#### **Výzkumná otázka . 6:**

**Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní sobsta nosti (měřeno pomocí Indexu Barthelové) a kognitivním stavem seniora (měřeno pomocí MMSE)?**

V již zmíněném slovenském výzkumu, zaměřícím se především na kognitivní stav pacienta, byla jasně prokázána korelace mezi sobsta ností seniora a jeho kognitivním stavem. V našem výzkumném souboru však tato korelace potvrzena nebyla. Tento výsledek může být způsoben například rozdílností a povahou chronických onemocnění, které mohou mít vliv na mobilitu seniora. Z rozdílných výsledků výzkumu je patrné, že nelze hodnotit funkční schopnosti seniora pouze na základě kognitivní funkce nebo pouze na základě fyzické zdatnosti, ale je důležité pracovat s informacemi, že se na funkčním stavu seniora podílejí i další faktory, jako například jiné chronické onemocnění, aktuální psychický stav seniora, medikace atd. (Bartošková kol, 2008)



## 8 Závěr

Ve své diplomové práci jsem se věnovala problematice zdravotního stavu seniorů s cílem poskytnout informace po ukončení hospitalizace.

Se zvěřujícím se po této seniorské populaci se pozornost obrací právě k těmto, a to k těm pacientům a naskýtají se otázky ohledně péče o ně.

Mezi nejstřednější výsledky práce patří jednoznačně zanalyzování funkčního stavu seniorů a odhalení problematických míst jak po fyzické, tak psychické stránce seniorů.

Při hodnocení jednotlivých škál bylo zjištěno, že testy mobility, které byly ve výzkumu využity, slouží nejen k zmapování chůze seniorů, ale jsou i dobrým pomocníkem k restrikci pádu, které mohou zdravotní stav seniora negativně ovlivnit.

Při hodnocení nutričního stavu bylo zjištěno, že jen velmi málo seniorů se nachází v uspokojivém nutričním stavu. A koliv nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi soběstačností a nutričním stavem, domnívám se, že nutriční ovlivňuje fyzickou výkonnost seniora a je důležité se na nutriční stav seniorů zaměřit.

Při hodnocení psychického stavu seniora bylo dosaženo výsledků, které korespondují s jinými výzkumy, a to především negativní vliv věku na kognitivní úroveň seniora a hodnocení depresivity. Potvrzení hypotézy o závislosti mezi soběstačností a depresivitou jasně vypovídá o tom, že i přes zhoršující se kognitivní funkce, senior vnímá svou funkční úroveň a chce být samostatný, co nejdéle to v jeho životě půjde.

V závěrečné části práce, kdy došlo ke srovnání vlastních výsledků výzkumného šetření s dalšími výzkumy, bylo dospěno k závěru, že při hodnocení funkčního stavu seniora nelze hodnotit každou stránku jeho stavu zvlášť, i přesto, že jednotlivé hodnotící škály jsou k tomu uzpůsobeny. Je důležité zaměřit se na jednotlivé výsledky hodnocení a pracovat s nimi komplexně. Ve stádiu, kdy seniori mohou vykazovat známky polymorbidity a jedno onemocnění může potencovat druhé, je tomu tak i při poruše jedné části funkční zdatnosti seniora, kdy i zdánlivě malý problém, může mít vliv na výkonnost seniora v jiné oblasti.

Vlastní výzkum potvrdil fakt, že používání vybraných škál pro hodnocení funkčního stavu seniorů slouží k získání adekvátních informací o stavu seniora.

Do budoucna by bylo jistě vhodné zaměřit se zejména na nedostatky ve funkčním stavu seniora, které výzkum přinesl.

## 9 Soupis bibliografických citací

### Knihy

1. ELEDOVÁ L., Roman EVELA a Zdeněk KALVACH. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
2. DESSAINT, M. P. *Nezaínejte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 231 s. ISBN 80-7178-255-6.
3. GLADKIJ, I. a Zdenka KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*. 3. vyd. Olomouc: UP, Lékařská fakulta, 2005. 176 s. ISBN 80-244-1120-2.
4. HATKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
5. HEJMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: SLON, 2013. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
6. HROZENSKÁ, M. a Dagmar DVOŘÁKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 8024741393.
7. HUDÁKOVÁ A. a Lúdmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelsví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
8. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelsví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 8024721503.
9. JIRÁK R. et al. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
10. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 172 s. ISBN 978680-24761715-9.
11. KOPECKÁ, J. a Milan NOVOTNÝ. *Lidé, obec a sociální služby: příručka občanů jako spolutvůrce systému sociálních služeb*. 1. vyd. Hradec Králové: Občanské poradenské středisko, 2003. 17 s. ISBN 8090274994.
12. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
13. KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
14. KALVACH, Z. et al. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů - II. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 214 s. ISBN 80-7184-001-7.
15. KLIHOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 198 s. ISBN 8024701790.
16. LANGMAIER, J. a Dana KREJČÍKOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

17. MAHROVÁ, G. a Martina VENGLÁ OVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
18. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
19. NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství: Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
20. PETR KOVÁ, A. a Rozália ORNANI OVÁ. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 92 s. ISBN 8024408791.
21. PICHAUD, C. a Isabelle THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3
22. PIDRMAN V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
23. POKORNÁ, A. et al. *Ošetřovatelsví v geriatrici: Hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
24. POLEDNÍKOVÁ, L. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetřovatelsví*. 1. vyd. Sadzba: Vydavatelství Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
25. SMUTEK, M.; KAPPL M. *Přístup k klientu služeb sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-716-1.
26. TOPINKOVÁ, E. a Jan NEUWIRTH. *Geriatricie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1955. 299 s. ISBN 8071690996.
27. TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80 07262 0365 - 6.
28. VALENTOVÁ, M. *Evropský sociální monitoring: jak uchopit sociální kvalitu: (přehledová studie a konceptualizace problému)*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003. 107 s. ISBN 8023914405.
29. VENGLÁ OVÁ M. a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 8024711516.
30. VONDRÁČEK, L., Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 8024736977.
31. VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 328 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

#### **lánky a ostatní zdroje**

32. ALZHEIMER'S SOCIETY. The Mini Mental State Examination (MMSE). *Alzheimer's Society: Leading the fight against dementia* [online]. © 2014 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: [http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?documentID=121](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=121)
33. BARTOŠKA, et al. Dotazník funkčního stavu FAQ-15 česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatria pre prax* [online].

- 2008, ro . 9, . 1, s. 38 ó 40 [cit. 2014-02-01]. ISSN: 1339-4258. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/08caede64d2ef1c55ae803cac124f31d.pdf>
34. CALVO, I. MNA® Mini Nutritional Assessment as a nutritional screening tool for hospitalized older adults; rationales and feasibility. *Nutrición Hospitalaria*. 2012, ro . 27, s. 1619-1625. DOI: 0212-1611.
35. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Demografická ro enka České Republiky* [online]. 2013, 14. 3. 2014 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/4019-13>
36. KOZÁKOVÁ R. a Darja JAROVÁ. Metody hodnocení stavu výživy senior . *Medicína pro praxi* [online]. 2010, ro . 7, . 10, s. 396 ó 397 [cit. 2014-01-15]. ISSN: 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/08/12.pdf>
37. KUNSTOVÁ, H. a O. BASLOVÁ. Práva senior . *eský helsinský výbor* [online]. 2006 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2007021902>
38. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH V CÍ. Sociální služby - zp soby pomoci. *Ministerstvo práce a sociálních v cí: Sociální služby* [online]. Praha, 2014 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>
39. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH V CÍ R. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení* [online]. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních v cí České republiky, 2012 [cit. 2014-01-21]. ISBN 978-80-7421-050-1.
40. Portál ve ejné správě. PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY. *Informace pro ob any České Republiky: O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. 2012 [cit. 2013-11-28]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=75500&recShow=4&nr=372~2F2011&rpp=50#parCnt>
41. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY R. *Zdravotnická ro enka České republiky 2012* [online]. Praha 2: ÚZIS R, 2012 [cit. 2014-01-03]. ISBN 978-80-7472-083-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>
42. VELLAS B. et al. Relationships between nutritional markers and the mini-nutritional assesment in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society* [online] 2000; ro . 48 (10), s. 1300-1309. [cit. 2013-12-21]. Dostupné z: <http://europemc.org/abstract/MED/11037019>
43. WALL, J. C. The Timed Get-up-and-go Test Revisited: Measurement of the Component Tasks. *Journal of Rehabilitation Research and Development* [online]. 2000, . 3, s. 109-114 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: [https://docs.google.com/a/student.upce.cz/document/d/18wBbwJiAmywXZThZvPI0b02-KitiVj5JFJNL1\\_PrZzQ/edit?pli=1#](https://docs.google.com/a/student.upce.cz/document/d/18wBbwJiAmywXZThZvPI0b02-KitiVj5JFJNL1_PrZzQ/edit?pli=1#)

## 10 P ílohy

P íloha A <i>Informovaný souhlas</i> .....	70
P íloha B <i>Index Barthelové</i> .....	71
P íloha C <i>Get Up and Go Test</i> .....	72
P íloha D <i>Mini Mental State Examination</i> .....	73
P íloha E <i>Mini Nutrition Assessment - short form</i> .....	74
P íloha F <i>Geriatrická škála deprese dle Yesavage</i> .....	75
P íloha G <i>Modifikovaná stupnice rizika vzniku dekubit dle Nortonové</i> .....	76
P íloha H <i>Hodnocení rizika pádu dle screeningu Screening for Fall(s) Questions</i> .....	77
P íloha CH <i>Subjektivní hodnocení zdravotního stavu</i> .....	78

## **Příloha A Informovaný souhlas**

### **Informovaný souhlas pacienta s posouzením zdravotního stavu pro potřeby ortopedické péče**

Já, \_\_\_\_\_  
(plné jméno a datum narození) souhlasím s posouzením svého zdravotního stavu ve vybraných oblastech ortopedické péče. Posouzení se skládá z dotazování a jednoduchého fyzikálního vyšetření. Toto posouzení může být opakováno v průběhu hospitalizace a výsledné údaje budou podkladem pro další zlepšení zdravotní péče.

Mně (a) jsem dostatek času hovořit o způsobu vyšetření s ním podepsaným zdravotnickým pracovníkem.

Souhlasím s tím, že výsledky tohoto vyšetření mohou být použity pro publikování v odborných časopisech pro obor medicíny i pro další zdravotnické obory a pro prezentace na odborných konferencích a dalších vědeckých a vzdělávacích akcích. Veškeré údaje o mě zůstanou ve všech těchto případech anonymní.

Potvrzuji tímto, že má účast na tomto posouzení je dobrovolná.

Podpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_


#### **Sestra**

Potvrzuji, že jsem výše podepsanou osobu informoval(a) o cílech i podmínkách vyšetření způsobem, který byl podle mého soudu srozumitelný. Rovněž prohlašuji, že pokud budou výsledky použity pro vědecké publikace, prezentace a další vzdělávací akce, zůstanou ve všech případech anonymní.

Jméno sestry: \_\_\_\_\_


Podpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Příloha B Index Barthelové

<input type="checkbox"/>	Rodné číslo: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Oddělení: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<b>Test základních všedních činností (ADL dle Barthelové)</b>			
Datum vstupu: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		Datum výstupu: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
	<b>Vstup</b>	<b>Výstup</b>	
1. Najedení, napití	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [5] S pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [5] S pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	
2. Oblékání	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [5] S pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [5] S pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	
3. Koupání	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně nebo s pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně nebo s pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	
4. Osobní hygiena	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně nebo s pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně nebo s pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	
5. Kontinence stolice	<input type="checkbox"/> [10] Plně kontinentní <input type="checkbox"/> [5] Občas kontinentní <input type="checkbox"/> [0] Inkontinentní	<input type="checkbox"/> [10] Plně kontinentní <input type="checkbox"/> [5] Občas kontinentní <input type="checkbox"/> [0] Inkontinentní	
6. Kontinence moči	<input type="checkbox"/> [10] Plně kontinentní <input type="checkbox"/> [5] Občas kontinentní <input type="checkbox"/> [0] Inkontinentní	<input type="checkbox"/> [10] Plně kontinentní <input type="checkbox"/> [5] Občas kontinentní <input type="checkbox"/> [0] Inkontinentní	
PMK	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
7. Použití WC	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [5] S pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [5] S pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	
8. Přesun lůžko-židle	<input type="checkbox"/> [15] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [10] S malou pomocí <input type="checkbox"/> [5] Vydří sedět <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	<input type="checkbox"/> [15] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [10] S malou pomocí <input type="checkbox"/> [5] Vydří sedět <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	
9. Chůze po rovině	<input type="checkbox"/> [15] Samostatně nad 50 m <input type="checkbox"/> [10] S pomocí 50 m <input type="checkbox"/> [5] Na vozíku 50 m <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	<input type="checkbox"/> [15] Samostatně nad 50 m <input type="checkbox"/> [10] S pomocí 50 m <input type="checkbox"/> [5] Na vozíku 50 m <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	
10. Chůze po schodech	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [5] S pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	<input type="checkbox"/> [10] Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> [5] S pomocí <input type="checkbox"/> [0] Neprovede	
<b>Celkem bodů:</b>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<b>Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:</b> 0 - 40 bodů: vysoce závislý 45 - 60 bodů: závislost středního stupně 65 - 95 bodů: lehká závislost 100 bodů: nezávislý			

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 8067262-36566.


## Příloha C Get Up and Go Test

<b>Rodné číslo:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Oddělení:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Test mobility</b>			
		<b>Datum vstupu:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>1. Get up and go test</b>			
<p>Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška židle je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenou spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel přesně 2,44 metrů k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.</p>			
<b>3 body</b> <b>Vstane</b> <input type="checkbox"/> bez pomoci <b>Chůze</b> <input type="checkbox"/> stabilní <b>Otočení</b> <input type="checkbox"/> jistě <b>Usednutí</b> <input type="checkbox"/> bez pomoci	<b>2 body</b> <input type="checkbox"/> s pomocí rukou <input type="checkbox"/> s pomůckou nebo vrávoravá <input type="checkbox"/> nejistě, zavravorání <input type="checkbox"/> s pomocí rukou nebo	<b>1 bod</b> <input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> pouze s dopomocí, výrazná nestabilita <input type="checkbox"/> velmi nejistě, potřeba dopomoci <input type="checkbox"/> s dopomocí	<b>0 bodů</b> <input type="checkbox"/> nesvede <input type="checkbox"/> nesvede <input type="checkbox"/> nesvede <input type="checkbox"/> nesvede
Zde zaznamenejte potřebný čas ve vteřinách, od začátku vstávání do usednutí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
			<b>Celkem bodů (max 12):</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>2. Obvyklý způsob pohybu</b>			
<input type="checkbox"/> chůze bez pomůcek <input type="checkbox"/> vozík či elektrický vozík	<input type="checkbox"/> s vycházkovou holí <input type="checkbox"/> trvale na lůžku	<input type="checkbox"/> s francouzskou holí/holemi <input type="checkbox"/> s chodítkem	
<b>3. 4 metrová chůze - počet vteřin potřebný k ujití přesně 4 metrové vzdálenosti obvyklým tempem:</b>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Není schopen chůze	<input type="checkbox"/> Odmítl/a test	<input type="checkbox"/> Začal/a test, avšak nedokončil/a celou vzdálenost	
<b>Datum:</b>			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>4 metrová chůze - počet vteřin potřebný k ujití přesně 4 metrové vzdálenosti obvyklým tempem:</b>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Není schopen chůze	<input type="checkbox"/> Odmítl/a test	<input type="checkbox"/> Začal/a test, avšak nedokončil/a celou vzdálenost	
			<b>Datum výstupu:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>1. Get up and go test</b>			
<b>3 body</b> <b>Vstane</b> <input type="checkbox"/> bez pomoci <b>Chůze</b> <input type="checkbox"/> stabilní <b>Otočení</b> <input type="checkbox"/> jistě <b>Usednutí</b> <input type="checkbox"/> bez pomoci	<b>2 body</b> <input type="checkbox"/> s pomocí rukou <input type="checkbox"/> s pomůckou nebo vrávoravá <input type="checkbox"/> nejistě, zavravorání <input type="checkbox"/> s pomocí rukou nebo	<b>1 bod</b> <input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> pouze s dopomocí, výrazná nestabilita <input type="checkbox"/> velmi nejistě, potřeba dopomoci <input type="checkbox"/> s dopomocí	<b>0 bodů</b> <input type="checkbox"/> nesvede <input type="checkbox"/> nesvede <input type="checkbox"/> nesvede <input type="checkbox"/> nesvede
Zde zaznamenejte potřebný čas ve vteřinách, od začátku vstávání do usednutí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
			<b>Celkem bodů (max 12):</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>2. Obvyklý způsob pohybu</b>			
<input type="checkbox"/> chůze bez pomůcek <input type="checkbox"/> vozík či elektrický vozík	<input type="checkbox"/> s vycházkovou holí <input type="checkbox"/> trvale na lůžku	<input type="checkbox"/> s francouzskou holí/holemi <input type="checkbox"/> s chodítkem	
<b>3. 4 metrová chůze - počet vteřin potřebný k ujití přesně 4 metrové vzdálenosti obvyklým tempem:</b>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Není schopen chůze	<input type="checkbox"/> Odmítl/a test	<input type="checkbox"/> Začal/a test, avšak nedokončil/a celou vzdálenost	

Zdroj: WALL, J. C. The Timed Get-up-and-go Test Revisited: Measurement of the Component Tasks. *Journal of Rehabilitation Research and Development* [online]. 2000, . 3, s. 109-114 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: [https://docs.google.com/a/student.upce.cz/document/d/18wBbwJiAmywXZThZvPI0b02-KitiVj5JFJNLI\\_PrZzQ/edit?pli=1#](https://docs.google.com/a/student.upce.cz/document/d/18wBbwJiAmywXZThZvPI0b02-KitiVj5JFJNLI_PrZzQ/edit?pli=1#)



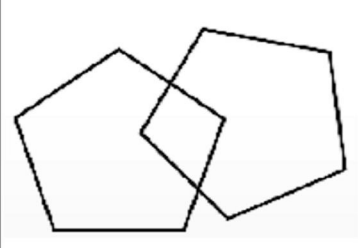
# Příloha D Mini Mental State Examination

<b>Rodné číslo:</b>	<input type="text"/>	<b>Oddělení:</b>	<input type="text"/>
			
<b>Mini-mental state examination</b>			
<b>Datum vstupu:</b>	<input type="text"/>	<b>Datum výstupu:</b>	<input type="text"/>

		Vstup	Výstup		Vstup	Výstup
<b>1. ORIENTACE</b>						
Jaký den v týdnu je dnes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Který měsíc v roce je nyní?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Který rok je nyní?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Jaké je nyní roční období?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ve kterém státě jsme?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ve kterém okrese jsme?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ve kterém městě jsme?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ve kterém poschodí se nacházíme?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>2. ZAPAMATOVÁNÍ</b>						
Bezprostřední reprodukce tří předmětů:						
citron	lopata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
klíč	šátek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
babička	váza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ</b>						
Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100 nebo hláskování slova POKRM pozpátku						
100						
93	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
86	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
79	K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
72	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
65	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST</b>						
Bezprostřední reprodukce tří předmětů z						
lopata		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
šátek		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
váza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>5. POJMENOVÁNÍ</b>						
Ukažte náramkové hodinky: Co je to?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ukažte tužku: Co je to?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>6. OPAKOVÁNÍ</b>						
Opakování věty: "Žádné kdyby nebo ale."		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘEKAZ</b>						
Porozumění (sdělený třístupňový						
"Vezměte tento papír do vaší ruky,		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
přeložte ho jednu na polovinu oběma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
a položte na zem"		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU</b>						
Porozumění (pisemný jednodušový						
ZAVŘETE OČI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>9. PSANÍ</b>						
Napsání věty		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>10. OBKRESLOVÁNÍ</b>						
Obkreslení předlohy průniku dvou		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>						<input type="text"/>


  



ZAVŘETE OČI


Zdroj: ALZHEIMER'S SOCIETY. The Mini Mental State Examination (MMSE). *Alzheimer's Society: Leading the fight against dementia* [online]. © 2014 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: [http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?documentID=121](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=121)

## Příloha E Mini Nutrition Assessment - short form

<input type="checkbox"/>	Rodné číslo: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Oddělení: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<b>MNA - Mini Nutritional Assessment</b>			
Datum vstupu: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		Datum výstupu: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Věk: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Váha [kg]: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Výška [cm]: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Vypĺíte část Screening tým, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Sečtete čísla, abyste získali celkový výsledek screeningu			
<b>VSTUP</b>	<b>VÝSTUP</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>A) Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] výrazné snížení příjmu potravy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] mírné snížení příjmu potravy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] mírné snížení příjmu potravy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>B) Úbytek váhy za poslední 3 měsíce</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] úbytek váhy větší než 3 kg	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] neví	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] úbytek váhy mezi 1 a 3 kg	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3] žádný úbytek váhy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>C) Mobilita</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík - imobilní	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] samostatná chůze bez omezení	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>D) Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] ANO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] NE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E) Neuropsychické poruchy nebo obtěže</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] vážná demence nebo deprese	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] mírná demence	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] žádné psychické problémy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>F) Obvod lýtka v cm (měří se v nejbířším místě)</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] menší než 31	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3] 31 nebo větší	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Výsledek Screeningu = součet bodů (max 14)</b>	
<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<b>Vyhodnocení Screeningu</b> 12 - 14 bodů: normální výživový stav 8 - 11 bodů: v riziku pod výživy 0 - 7 bodů: podvyživený	

Zdroj: VELLAS B. et al. Relationships between nutritional markers and the mini-nutritional assesment in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society* [online] 2000; ro . 48 (10), s. 1300-1309. [cit. 2013-12-21]. Dostupné z: <http://europepmc.org/abstract/MED/11037019>

## Příloha F Geriatrická škála deprese dle Yesavage

<b>Rodné číslo:</b> □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	<b>Oddělení:</b> □ □ □ □	
<b>Geriatrická škála deprese</b>		
<b>Datum vstupu:</b> □ □ □ □ □ □ □ □	<b>Datum výstupu:</b> □ □ □ □ □ □ □ □	
<p>U každé otázky zakřížkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítil/a:</p>		
	<b>Vstup</b>	<b>Výstup</b>
1. Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
2. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
4. Nudíte se často?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
5. Máte většinou dobrou náladu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
7. Cítíte se většinou šťastný/á?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
8. Cítíte se často bezmocný/á?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
9. Zůstáváte raději doma, než abyste si vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Máte pocit, že máte v poslední době větší potíže s pamětí než většina lidí?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
11. Máte pocit, že je krásné být naživu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
12. Připadáte si zbytečný/á?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
13. Cítíte se pln/a elánu a energie?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
14. Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
15. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>Celkové skóre:</b>	□ □	□ □
<p>Prosím doplňte přímé citáty výroků dotazovaného, zvláště ke každé položce, u které váhá nad rozhodnutím, či kde má potřebu</p>		
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 8067262-36566.

# Příloha G Modifikovaná stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Rodné číslo:

Oddělení:



## Modifikovaná stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Datum vstupu:

### Vstup

Motivace a ochota ke spolupráci	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
<input type="checkbox"/> Plná	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> Intaktní	<input type="checkbox"/> Žádná	<input type="checkbox"/> Dobrý	<input type="checkbox"/> Jasně vědomí	<input type="checkbox"/> Chodí bez pomoci	<input type="checkbox"/> Plná	<input type="checkbox"/> Žádná	4
<input type="checkbox"/> Malá	<input type="checkbox"/> 10-30	<input type="checkbox"/> Lehké změny	<input type="checkbox"/> Lehká forma	<input type="checkbox"/> Obstojný	<input type="checkbox"/> Apatie	<input type="checkbox"/> Chodí s pomoci	<input type="checkbox"/> Částečně omezená	<input type="checkbox"/> Občasná	3
<input type="checkbox"/> Částečná	<input type="checkbox"/> 30-60	<input type="checkbox"/> Střední změny	<input type="checkbox"/> Střední forma	<input type="checkbox"/> Špatný	<input type="checkbox"/> Zmatený	<input type="checkbox"/> Závislý na invalidním vozíku	<input type="checkbox"/> Velmi omezená	<input type="checkbox"/> Převážně moč	2
<input type="checkbox"/> Žádná	<input type="checkbox"/> > 60	<input type="checkbox"/> Těžké změny	<input type="checkbox"/> Těžká forma	<input type="checkbox"/> Velmi špatný	<input type="checkbox"/> Stupor až bezvědomí	<input type="checkbox"/> Ležící	<input type="checkbox"/> Zele omezená	<input type="checkbox"/> Moč i stolice	1
<b>Celkem</b>									<input type="text"/>

Dekubitus při přjetí\*  Ano\*  Ne

Hodnocení\*


Stupeň (Torrance classification system)  -

Velikost Šířka  -  Výška  -  Hloubka  -

Slovní hodnocení:

Zdroj: Česká asociace sester

## Příloha H Hodnocení rizika pádu dle screeningu Screening for Fall(s) Questions

<input type="checkbox"/>	<b>Rodné číslo:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Oddělení:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
													
<b>Screening rizika pádu</b>													
<b>Datum vstupu:</b>													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Hodnocené rizikové faktory</b>													
2 a více pádů za posledních 12 měsíců										<input type="checkbox"/>	Ano*	<input type="checkbox"/>	Ne
Současný akutní pád										<input type="checkbox"/>	Ano**	<input type="checkbox"/>	Ne
Poruchy chůze a rovnováhy										<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Při výskytu minimálně jedné kladné odpovědi je pacient zařazen do rizika pádu													
<b>Pád během pobytu</b>										<input type="checkbox"/>	Ano ***	<input type="checkbox"/>	Ne

Zdroj: THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY PANEL ON THE CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE PREVENTION OF FALLS IN OLDER PERSON. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *The American Geriatrics Society* [online]. © 2010, . 10, s. 1532 ó 1415. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x

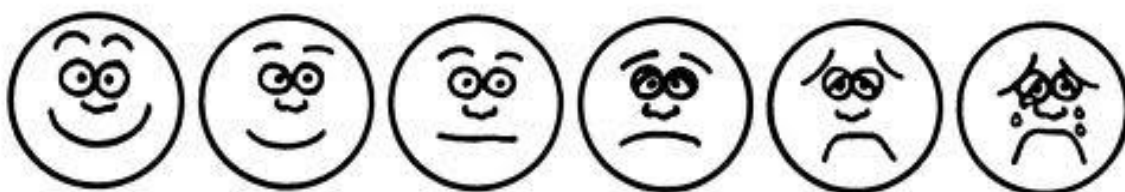
**Příloha CH** *Subjektivní hodnocení zdravotního stavu*

**Subjektivní hodnocení zdravotního stavu**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Nejllepší možná  
úroveň  
zdravotního  
stavu**

**Nejhůrší možná  
úroveň  
zdravotního  
stavu**



Zdroj: vlastní