

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Aneta Homolová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Depresivní stavy u seniorů žijících v sociálním zařízení

Bakalářská práce

2022

Aneta Homolová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2020/2021

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta Homolová**  
Osobní číslo: **Z19103**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Depresivní stavy u seniorů žijících v sociálním zařízení**  
Téma práce anglicky: **Depressive conditions affecting seniors in social facilities**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## 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 stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

JIRÁK, Roman a kolektiv. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 350 s. ISBN 978-80-7262-873-5.  
KUCKIR, M., H. VAŇKOVÁ, I. HOLMEROVÁ a kolektiv. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.  
MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.  
PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ a kolektiv. *Ošetrovatelstvá v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.  
PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK a kolektiv. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. Psyché. 184 s. ISBN 978-80-271-0876-3.

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

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

L.S.

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2022

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Depresivní stavy u seniorů žijících v sociálním zařízení 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28.4.2022

Aneta Homolová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Vlastimile Semencové za cenné rady při zpracování bakalářské práce a za vstřícnost a ochotu při osobních konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu nejen při psaní práce, ale i během celého studia.

## **ANOTACE**

Obsahem bakalářské práce je výskyt depresivních stavů u seniorů žijících v sociálním zařízení. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Část teoretická projednává téma stárnutí, stáří, zařízení sociální péče a deprese. Část praktická je tvořena Geriatrickou škálou deprese a dotazníkovým šetřením, které je cíleno na depresivní stavy u seniorů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

stárnutí, stáří, sociální zařízení, senior, deprese

## **TITLE**

Depressive conditions affecting seniors in social facilities

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis focuses on the existence of depressing states affecting seniors living in social facilities. There are two parts of the thesis – a theoretical and a practical part. The theoretical part discusses the topic of aging, social facilities and depression. The practical parts consists of the Geriatric Depression Scale and a questionnaire survey, which is aimed at depressing states of elderly.

## **KEYWORDS**

aging, old age, social facilities, senior, depression

# OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce .....	15
1.1 Cíl práce .....	15
1.1.1 Dílčí cíle.....	15
Teoretická část .....	16
2 Stárnutí a stáří .....	16
2.1 Stárnutí .....	16
2.2 Stáří .....	16
2.3 Periodizace stáří .....	16
2.4 Demografie.....	17
2.5 Změny ve stáří.....	17
2.6 Kvalita života v seniorském věku .....	18
2.7 Zhodnocení celkového stavu seniorů .....	19
3 Sociální služby .....	20
3.1 Rozdělení sociálních služeb .....	20
3.2 Zařízení pro seniory .....	20
4 Deprese .....	22
4.1 Příčiny .....	22
4.2 Rizikové faktory.....	22
4.3 Příznaky.....	22
4.4 Diagnostika .....	23
4.5 Terapie.....	23
4.5.1 Psychoterapie .....	23
4.5.2 Farmakoterapie .....	24
4.5.3 Elektrokonvulzivní terapie – ECT .....	25
5 Deprese u seniorů.....	26



5.1	Rizikové faktory.....	26
5.2	Příznaky.....	26
5.3	Diagnostika .....	26
5.4	Terapie deprese v seniorském věku .....	27
5.5	Faktory ovlivňující depresi v seniorském věku .....	27
5.6	Ošetrovatelská péče.....	27
5.6.1	Geriatrická škála deprese dle Yesavage.....	28
	PRŮZKUMNÁ (praktická) část .....	29
6	Průzkumné otázky.....	29
7	Metodika PRŮZKUMNÉ (praktické) části .....	30
7.1	Geriatrická škála deprese a nestandardizovaný dotazník.....	30
7.2	Výběr respondentů .....	30
7.3	Pilotní šetření .....	31
7.4	Sběr dat.....	31
7.5	Zpracování a vyhodnocení získaných dat .....	31
8	Prezentace výsledků.....	33
8.1	Vyhodnocení Geriatrické škály deprese.....	33
8.2	Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku.....	49
9	Diskuze .....	68
10	Závěr .....	73
11	Použitá literatura .....	75
11.1	Tištěné zdroje .....	75
11.2	Bakalářské a diplomové práce .....	76
12	Přílohy.....	77

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Graf znázorňující spokojenost respondentů se svým životem .....	33
Obrázek 2 - Graf znázorňující zanechání činností a zájmů .....	34
Obrázek 3 - Graf znázorňující pocit prázdného života .....	35
Obrázek 4 - Graf znázorňující pocit nudy u respondentů .....	36
Obrázek 5 - Graf znázorňující dobrou náladu u respondentů .....	37
Obrázek 6 - Graf znázorňující obavy, že se respondentům přihodí něco zlého .....	38
Obrázek 7 Graf znázorňující pocit štěstí u respondentů .....	39
Obrázek 8 - Graf znázorňující pocit bezmoci u respondentů .....	40
Obrázek 9 - Graf znázorňující, zda respondenti zůstávají raději doma, než aby šli ven a dělali něco nového .....	41
Obrázek 10 - Graf znázorňující pocit větších potíží s pamětí u respondentů .....	42
Obrázek 11 - Graf znázorňující pocit, zda je krásné být naživu .....	43
Obrázek 12 - Graf znázorňující pocit zbytečnosti .....	44
Obrázek 13 - Graf znázorňující pocit, zda jsou respondenti plni elánu a energie .....	45
Obrázek 14 - Graf znázorňující, zda mají respondenti dojem beznadějně situace .....	46
Obrázek 15 - Graf znázorňující, zda mají respondenti pocit, že se ostatním daří lépe, než jim .....	47
Obrázek 16 - Graf znázorňující vyhodnocení Geriatrické škály deprese .....	48
Obrázek 17 - Graf znázorňující pohlaví respondentů .....	49
Obrázek 18 - Graf znázorňující věk respondentů .....	50
Obrázek 19 - Graf znázorňující, jak respondenti hodnotí svůj zdravotní stav .....	51
Obrázek 20 - Graf znázorňující onemocnění respondentů .....	52
Obrázek 21 - Graf znázorňující, jak dlouho jsou respondenti klienty zařízení sociálních služeb .....	53
Obrázek 22 - Graf znázorňující, zda mají respondenti v domově návštěvy .....	54
Obrázek 23 - Graf znázorňující, jak často mají respondenti v domově návštěvy .....	55
Obrázek 24 - Graf znázorňující, zda by si respondenti přáli častější návštěvy .....	56
Obrázek 25 - Graf znázorňující možnost respondentů se kdykoliv spojit s rodinou/blízkými pomocí mobilního telefonu/tabletu/počítače .....	57
Obrázek 26 - Graf znázorňující koníčky/aktivity respondentů před vstupem do domova .....	59
Obrázek 27 - Graf znázorňující, zda se koníčky/aktivity respondentů změnilo po jejich příchodu do domova .....	60

Obrázek 28 - Graf znázorňující, zda mají respondenti více nebo méně koníčků/aktivit po příchodu do domova .....	61
Obrázek 29 - Graf znázorňující důvody omezení koníčků/aktivit u respondentů .....	62
Obrázek 30 - Graf znázorňující, zda se respondenti účastní volnočasových aktivit poskytovaných zařízením sociální péče.....	63
Obrázek 31 - Graf znázorňující spokojenost respondentů s poskytovanými aktivitami .....	64
Obrázek 32 - Graf znázorňující spokojenost respondentů s prostředím domova a jeho vybavením.....	65
Obrázek 33 - Graf znázorňující spokojenost respondentů s přístupem zaměstnanců domova ke klientům .....	66
Obrázek 34 - Graf znázorňující počet situací, kdy respondenti potřebovali psychickou podporu a ta jim byla odmítnuta .....	67

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Activity of Daily Living
ALP	Alkalická fosfatáza
ASA	American society of anesthesiologists
AST	Aspartátaminotransferáza
č.	číslo
DARI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání dopaminu
ECT	Elektrokonvulzivní terapie
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
GDS	Geriatrická škála deprese
GMT	Gamaglutamyltransferáza
HCT	Hematokrit
IMAO	Inhibitory monoaminoxidázy
KO+diff.	Krevní obraz + diferenciál
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
NARI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu
NASSA	Noradrenergní a specifická serotogenní antidepresiva
s.	stránka
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TCA	Tricyklická antidepresiva
TeCA	Tetracyklická antidepresiva
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Stáří, poslední vývojová etapa, bývá mnohdy vnímána velice negativně. Mnoho lidem se při pojmu stáří ihned vybaví samota, smutek, ale také nemoc. Stáří má ale také mnoho kladných stránek. Je to období, kdy má jedinec více času než v době, kdy pracoval, a tak může trávit více času se svými blízkými nebo se věnovat činností, na které dříve neměl čas (Ptáčková, 2021, s.13)

Deprese je chorobný stav, který lze rozdělit do 3 fází, a to na fázi mírnou, střední a těžkou. Podmínkou diagnostiky deprese je trvání depresivní fáze minimálně 14 dní. Hlavním symptomem tohoto onemocnění je porucha nálady, kdy je nemocný smutný, pesimistický, zpomalený, objevují se i somatické příznaky jako nechutenství a poruchy spánku (Petr, 2014, s. 220-221).

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit výskyt depresivních stavů u seniorů žijících v sociálním zařízení. Dílčími cíli je zjistit četnost výskytu depresivních stavů a zmapovat faktory ovlivňující progresi depresivních stavů u seniorů žijících v sociálních zařízeních.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část průzkumnou (praktickou).

Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. První kapitola je zaměřena na stárnutí a stáří, dále je zde uvedena periodizace stáří, demografie, změny projevující se ve stáří, kvalita života u seniorů a zhodnocení celkového stavu seniorů. Ve druhé kapitole teoretické části je zahrnut systém sociálních služeb a jeho rozdělení. Podrobněji jsou popsány zařízení pro seniory. Třetí kapitola se zaměřuje na onemocnění deprese, její příčiny, příznaky, diagnostiku a terapii této duševní poruchy. Čtvrtá kapitola teoretické části je zaměřena na deprese u seniorů. V kapitole jsou zmíněny rozdílné příznaky deprese v seniorském věku, diagnostika, terapie a ošetrovatelská péče o jedince s depresivní poruchou. Je zde uveden i hlavní hodnotící nástroj Geriatrická škála deprese dle Yesavage.

Praktická část práce je zaměřena na kvantitativní dotazníkové šetření. Je zde popsána metodika průzkumu, dále pak analýza a prezentace výsledků zjištěných dat.

V kapitole „Diskuze“ jsou pomocí zjištěných údajů uvedeny odpovědi na průzkumné otázky, které jsou porovnány s výsledky z jiných prací.

„Závěr“ práce obsahuje odpovědi na dílčí cíle a hlavní cíl této práce.

V bakalářské práci jsou odkazy na 5 příloh, které jsou umístěny na konci práce. V přílohách je například „Geriatrická škála deprese“ či jiné škály a také nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Cíl práce**

Zjistit výskyt depresivních stavů u seniorů žijících v sociálním zařízení.

### **1.1.1 Dílčí cíle**

Zjistit četnost výskytu depresivních stavů u seniorů žijících v sociálních zařízeních.

Zmapovat faktory ovlivňující progresi depresivních stavů u institucionalizovaných seniorů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

*„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý.“*

*Jonathan Swift*

### 2.1 Stárnutí

Stárnutí je přirozený proces, při kterém dochází k řadě tělesných a psychických změn jedince. Stárnutí můžeme rozdělit na dva typy, a to stárnutí fyziologické a stárnutí patologické. Fyziologické stárnutí je přirozený děj, který je součástí života každé osoby. Patologické stárnutí se může projevit například předčasným stárnutím, sníženou soběstačností jedince, nebo disproporcí mezi kalendářním a funkčním věkem osoby. Stárnutí je často vnímáno velice záporně. Velká část populace má z procesu stárnutí strach, z důvodu snížení soběstačnosti, nebo její úplné ztráty. Mezi další obavy spojené se stárnutím patří strach ze ztráty důstojnosti, respektu a v neposlední řadě strach ze ztráty sociálních kontaktů. Důsledkem stárnutí je stáří (Malíková, 2020, s. 14-15).

### 2.2 Stáří

Stáří - následek stárnutí. Je poslední fáze života, jedná se také o poslední vývojovou etapu jedince. V této fázi života dochází k projevům chorobných změn organismu, ať už vlivem onemocnění, nebo vlivem úrazů. V poslední fázi života dochází k mnoha změnám v bio-psycho-sociální oblasti, tyto degenerativní změny postupně vedou k zániku organismu-smrti (Čevela, 2014, s. 17).

### 2.3 Periodizace stáří

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí stáří do těchto tří skupin:

- 60-74 let – časné, počínající stáří (senescence)
- 75-89 let – vlastní stáří (senium)
- 90 let a více – dlouhověkost (patriarchum) (Malíková, 2020, s. 14)

Dále můžeme stáří dělit dle Mühlpachra, ten rozdělil stáří do následujících tří skupin:

- 65-74 let – mladí senioři
- 75-84 let – staří senioři
- 85 let a více – velmi staří senioři (Malíková, 2020, s. 14)



## 2.4 Demografie

Díky zlepšení životních, pracovních podmínek a zlepšení kvality péče v oblasti zdravotnictví stále stoupá počet obyvatel s vyšším věkem dožití. V České Republice, bylo k roku 2015 18,7% obyvatelstva starší šedesáti pěti let. V Evropě se k zemím s nejvyšším počtem obyvatel nad šedesát pět let řadí Itálie, dále pak Řecko a na třetím místě je Německo. Vyššího věku se dožívají ženy (Ptáčková, 2021, s. 15-17).

## 2.5 Změny ve stáří

- Biologické projevy

Ve stáří dochází k mnoha změnám v organismu, projevujících se ve všech orgánových soustavách těla. V oblasti pohybového aparátu dochází k celkovému poklesu výkonnosti a zdatnosti jedince, k oslabení fyzických funkcí, k úbytku svalové hmoty a také k atrofii tkání. Je zhoršená pohyblivost kloubů, která jedinci často brání v pohybu. Snižuje se výška jedince, a to vlivem zmenšení meziobratlového prostoru. Ve stáří je také běžné zvýšené ukládání tělesného tuku. Vlivem involuce dochází v oblasti kožní soustavy ke změně pigmentace kůže, tvorbě vrásek, vypadávání a šedivění vlasů. Dochází k degenerativním změnám v oblasti smyslových orgánů, které vedou ke zhoršení sluchu, zhoršení zraku, dále pak ke zhoršení citlivosti. V oblasti respiračního, oběhového, nervového a vylučovacího systému dochází ke zpomalení jednotlivých funkcí orgánů. V endokrinním systému dochází ke snížení produkce jednotlivých žláz, to má dále vliv na hormonální nerovnováhu v těle. Mezi nejčastější onemocnění seniorského věku řadíme diabetes mellitus, onemocnění pohybového aparátu jako například artritida a osteoporóza, dále je pak častý výskyt kardiologických a respiračních onemocnění. (Malíková, 2020, s. 17-18; Ptáčková, 2021, s. 18-19)

- Psychické projevy

Ve stáří dochází velmi často k výskytu duševních onemocnění, jako je deprese a demence. Nejčastěji se vyskytuje Alzheimerova demence. U demence dochází ke zhoršení paměti, změně chování a neschopnosti zvládat běžné denní aktivity, dále jsou porušeny kognitivní funkce jedince.

Především jde o zpomalení psychomotorického tempa jedince, zhoršení paměti, snížení pozornosti, jedinci mají zhoršenou schopnost řešení problémů a zhoršené tvoření úsudků. Často se u seniorů objevují emoční změny, jako je ztráta zájmu, senioři bývají nedůvěřiví, dochází i k poklesu sebedůvěry, naopak mezi kladné vlastnosti můžeme řadit zvýšenou

opatrnost a trpělivost. Senioři mývají často problém s osvojováním nových věcí, nebo činností (Malíková, 2020, s. 17-19).

- Sociální projevy

Ve stáří dochází k velkým změnám v sociální oblasti. Jednou z největších změn je odchod ze stávajícího zaměstnání. Odchod do penze je velký krok, který někteří jedinci mohou vnímat negativně. Často dochází ke ztrátě kontaktu s bývalými kolegy. Dochází ke snížení účasti na kulturních a společenských akcích. U mnoha jedinců dochází ke ztrátě blízkých osob- životního partnera, nebo ve vysokém věku často i ke ztrátě dětí. Senioři často mohou cítit osamělost, mohou se cítit, že jsou nepotřební nebo, že jsou přítěž pro ostatní. (Malíková, 2020, s.17-20; Ptáčková, 2021, s. 21)

## **2.6 Kvalita života v seniorském věku**

Kvalitu života vnímá každý jedinec zcela individuálně. Nemusí proto nutně znamenat, že jedinec trpící onemocněním vnímá kvalitu života nižší, než může vnímat svou kvalitu života jedinec, který je plně zdravý. Bond a Corner v roce 2004 upravili původní verzi teorie Beverly Hughesové, nová verze teorie se skládá z osmi faktorů, které hodnotí kvalitu života v seniorském věku:

- subjektivní spokojenost,
- environmentální faktory,
- sociální faktory,
- socioekonomické faktory,
- kulturní faktory,
- zdravotní stav,
- osobnostní faktory,
- autonomie.

Pacient subjektivně zhodnotí svou kvalitu života. Dále je třeba se zaměřit na environmentální faktory jako je bydlení, dostupnost služeb, obchodů a veřejné dopravy. Mezi sociální faktory řadíme rodinu a například využití sociálních služeb. V socioekonomických faktorech se zaměřujeme na příjmy jedince a jeho životní úroveň. Mezi kulturní faktory, při hodnocení kvality života seniorů, je důležitý věk, pohlaví jedince a náboženství. V oblasti zdravotního stavu zhodnotíme fyzické schopnosti a duševní stav jedince. Osobnostní faktory napomáhají ke zhodnocení spokojenosti a štěstí, morálky a osobní identity. V oblasti autonomie hodnotíme schopnost volby, kontroly a ovládnání prostředí seniora (Ptáčková, 2021, s. 52-54).

Světová zdravotnická organizace uvádí tyto indikátory kvality života:

- fyzické zdraví,
- psychické zdraví,
- úroveň nezávislosti,
- sociální vztahy,
- prostředí,
- spiritualita (Hrozenská, 2013, s. 26).

## **2.7 Zhodnocení celkového stavu seniorů**

V seniorském věku je velice důležité zhodnocení celkového stavu jedince. K tomu se využívá řada hodnotících nástrojů.

Pro zhodnocení kognitivních funkcí u seniorů se používá Mini-Mental State Examination (MMSE) (viz příloha A, s. 78). Jedná se o nejpoužívanější a velice spolehlivý nástroj. Tento nástroj slouží k odhalení kognitivního deficitu a jako ukazatel stádia Alzheimerovy demence (Pokorná, 2013, s. 29).

Pro zhodnocení míry soběstačnosti jedince používáme Barthelové test základních všedních činností, Activity of Daily Living (ADL) (viz příloha B, s. 81). Jedná se o strukturovaný dotazník, který se týká základních běžných činností. Tento dotazník slouží především k zhodnocení tělesné zdatnosti jedince a jeho soběstačnosti (Pokorná, 2013, s. 87).

V seniorském věku je dále důležité zhodnocení nutričního stavu. K tomu se využívá Mini Nutritional Assessment (MNA) (viz příloha C, s. 82). Jedná se o screeningový test rizika vzniku malnutrice (Pokorná, 2013, s. 57).

### 3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Zřizovateli sociálních služeb v České republice jsou převážně kraje, obce a nestátní neziskové organizace. Sociální služby jsou financovány příspěvkem na péči, který je rozdělen do čtyř stupňů závislosti, stupeň závislosti určuje nesoběstačnost jedince. Stupně závislosti jsou ustanoveny zákonem a jsou rozděleny takto:

- 1. stupeň – lehká závislost
- 2. stupeň – středně těžká závislost
- 3. stupeň – těžká závislost
- 4. stupeň – úplná závislost (Malíková, 2020, s. 40)

#### 3.1 Rozdělení sociálních služeb

Sociální služby lze rozdělit na pobytové, ambulantní nebo terénní služby. Pobytové služby jsou ty služby, ve kterých je jedinec ubytovaný v sociálním zařízení a je mu poskytována veškerá potřebná péče. Ambulantní služba je v zařízení sociálních služeb a jedinec do zařízení dochází, není v tomto zařízení ubytovaný. Terénní služby spočívají v péči, která je poskytována v přirozeném prostředí jedince, nejčastěji u něj doma. Jednou z nejrozšířenějších terénních služeb je pečovatelská služba. Pečovatelská služba je zaměřena především na seniory, nebo jedince s jakýmkoliv druhem handicapu, nebo onemocněním, kteří nejsou schopni z důvodu svého zdravotního stavu, nebo věku postarat se o své životní potřeby a domácnost. Cílem pečovatelských služeb je co nejvíce oddálit odchod do zařízení sociálních služeb. Zařízení sociálních služeb můžeme rozdělit takto:

- centrum denních služeb,
- denní a týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem (Hrozenská, 2013, s. 62-65).

#### 3.2 Zařízení pro seniory

Pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory poskytují nepřetržitou pečovatelskou službu. Mezi tyto zařízení řadíme domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory (Hrozenská, 2013, s. 64-65).

**Domovy se zvláštním režimem** jsou určeny pro seniory, kteří trpí chronickými psychickými chorobami, jsou závislí na návykových látkách a seniory trpící demencí (např. Alzheimerova demence) (Hrozenská, 2013, s. 64-65).

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením** jsou určeny převážně pro jedince, kteří nejsou schopni se o sebe postarat, kvůli snížené soběstačnosti vlivem zdravotního postižení (Hrozenská, 2013, s. 64-65).

**Domovy pro seniory** jsou specializovány pro jedince, u kterých dochází vlivem vysokého věku ke snížení soběstačnosti v běžných denních aktivitách (Hrozenská, 2013, s. 65).

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, § 49, dílu 3, odst. (1) se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc pro uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Malíková, 2020, s. 110).

## 4 DEPRESE

*„Kdyby byla moje duše lahví s vodou, tak jsem měl pocit, jako kdyby z ní voda pomalu vytékala. Měl jsem pocit, že jsem každý den prázdnější a apatičtější.“*

*Toon Hermans*

Deprese je jednou z nejčastějších psychických onemocnění. Dochází ke střídání depresivní fáze s fází remise, kdy je pacient zcela bez příznaků. Neléčená depresivní fáze může trvat i v rádech měsíců, někdy až 6-12 měsíců. Vhodnou léčbou lze depresivní fázi zkracovat a fázi remise prodloužit i na několik let. Pokud se depresivní fáze vrací po období remise, jedná se o periodickou (rekurentní) depresi. (Hosák, 2015, s. 229; Orel, 2016, s. 180)

Dělení deprese podle výskytu symptomů a intenzity depresivní epizody:

- lehká deprese,
- střední deprese,
- těžká deprese (Petr, 2014, s. 220).

### 4.1 Příčiny

Etiopatogeneze deprese není přesně známá, mluví se spíše o rizikových faktorech vzniku onemocnění (Hosák, 2015, s. 224).

### 4.2 Rizikové faktory

Deprese se vyskytuje až dvakrát častěji u žen, než u mužů. U žen je rizikové období, období menopauzy a období po porodu. Pacienti trpící somatickým onemocněním, například onkologičtí pacienti, pacienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu nebo infarkt myokardu, jsou vznikem depresivní poruchy ohroženi podstatně více. Dále jsou ohroženi pacienti, u kterých dojde k recidivě nádorových onemocnění, pacienti, kteří už byli léčeni s depresivní poruchou a pacienti s tělesným handicapem. Významný rizikový faktor vzniku onemocnění je i chronická bolest. Dalším rizikovým faktorem pro vznik deprese je ztráta blízké osoby, z důvodu úmrtí, nebo například rozvodu (Hosák, 2015, s. 224-226).

### 4.3 Příznaky

Mezi hlavní klinické příznaky deprese řadíme zanedbaný vzhled jedince, pláč, nepřiměřený oční kontakt a zpomalení psychomotorického tempa.

Další symptomy depresivní poruchy:

- smutek, smutná nálada se projeví převážně v ranních hodinách,
- beznaděj, prázdnota, úzkost, podrážděnost, uzavřenost,

- ztráta zájmu, pocity viny,
- poruchy spánku, pacient se budí v brzkých ranních hodinách, večer nemůže usnout,
- nechutenství, výjimečně zvýšená chuť k jídlu, snížení tělesné hmotnosti,
- pokles libida,
- halucinace, bludy,
- suicidální sklony. (Hosák, 2015, s. 226-227; Petr, 2014, s. 221)

#### **4.4 Diagnostika**

Jedna z nejdůležitějších vyšetřovacích metod u deprese je kvalitní odběr anamnézy. V osobní anamnéze je nejdůležitější získání informací o aktuálních a prodělaných onemocněních pacienta a nynější symptomy. Dále se odebírá rodinná anamnéza, kde zjišťujeme psychické poruchy v rodině. Důležitá je i farmakologická anamnéza, zejména užívání glukokortikoidů, které mohou mít vliv na vznik onemocnění, dále pak tolerance a účinek předešlých antidepresiv. Pokud pacient není schopen spolupráce – těžká depresivní porucha, je nutné anamnézu získat od blízké osoby pacienta. Jedním z nejpoužívanějších dotazníků v hodnocení deprese je Zungův dotazník. K diagnostice deprese je nutné, aby depresivní fáze trvala nejméně dva týdny. Pro diagnostiku depresivní formy neexistují žádná pomocná nebo laboratorní vyšetření. Tyto vyšetření se využívají k diferenciaci diagnostice onemocnění organické etiologie (Hosák, 2015, s. 228).

#### **4.5 Terapie**

Léčba depresivní poruchy se skládá z psychoterapie, farmakoterapie a elektrokonvulzivní terapie (ECT) (Hosák, 2015, s. 230).

##### **4.5.1 Psychoterapie**

Psychoterapie se využívá u lehké formy deprese a jako součást léčby farmakologické. Psychoterapeut spolupracuje s pacientem a jeho rodinou. Edukuje pacienta i jeho rodinu o onemocnění, jeho prognóze, průběhu a léčbě depresivní poruchy. Psychoterapie může být jak individuální, tak i skupinová. Verbální formou psychoterapie je rozhovor. Mezi neverbální formy psychoterapie řadíme například muzikoterapii, arteterapii a psychogymnastiku. (Hosák, 2015, s. 233-234; Dušek, 2015, s. 345)

## 4.5.2 Farmakoterapie

Farmakologická léčba má velice kladné výsledky, ale je dlouhodobá. První zlepšení stavu pacienta se objeví po jednom, až dvou měsících od začátku užívání farmak (Hosák, 2015, s. 231).

Hlavní skupinou léčiv pro terapii depresivních stavů jsou antidepresiva. Rozdělení antidepresiv do jednotlivých skupin:

- antidepresiva I. generace (TCA, TeCA)
- antidepresiva II. generace (heterocyklická)
- antidepresiva III. generace (inhibitory zpětného vychytávání jediného monoaminu)
- antidepresiva IV. generace (SNRI)
- inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) (Petr, 2014, s. 95-96)

Mezi antidepresiva I. generace řadíme antidepresiva tricyklická a tetracyklická. Jde o nejstarší používaná antidepresiva. Tyto farmaka mohou mít nežádoucí účinky, například ospalost, hypotenzi a poruchy paměti. Zástupcem antidepresiv I. generace je například Amitriptylin a Prothiaden (Petr, 2014, s. 95).

Antidepresiva II. generace, heterocyklická antidepresiva, hlavní výhodou této skupiny je, že mají mírné nežádoucí účinky. Farmaka patřící do této skupiny jsou například Vivalan a Wellburtin (Petr, 2014, s. 96).

Inhibitory zpětného vychytávání jediného monoaminu, antidepresiva III. generace, mají minimální vedlejší účinky, může se objevit nauzea nebo třeba nechutenství. Do této skupiny řadíme:

- SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu,
- NARI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu,
- DARI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání dopaminu (Petr, 2014, s. 96).

Tato skupina farmak se využívá v léčbě těžkých depresí a u pacientů se suicidálními sklony. Hlavními zástupci této skupiny jsou Citalec, Seropram, Prozac, Zolofit a Deprex (Petr, 2014, s. 96).

Antidepresiva IV. generace, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Tyto antidepresiva jsou používána při farmakologické rezistenci na farmaka ze skupiny SSRI. Příkladem této skupiny je Efectin a Ixel (Petr, 2014, s. 96).



Inhibitory monoaminoxidázy, je skupina antidepresiv využívajících se převážně u lehkých forem deprese a u pacientů rezistentních na jiná antidepresiva. Zástupcem je Aurox a Sepatrem (Petr, 2014, s. 96).

### **4.5.3 Elektrokonvulzivní terapie – ECT**

Poprvé byla ECT uplatněna v roce 1938 v Římě na neuropsychiatrické klinice. Tuto léčebnou metodu jako první použil Ugo Cerletti a Lucien Bini (Hosák, 2015, s. 466).

ECT je využívána především u těžkých forem deprese. Je nejúčinnější nefarmakologická forma terapie. (Hosák, 2014, s. 466; Petr, 2014, s.110)

Princip elektrokonvulzivní terapie spočívá v přechodu elektrického proudu přes mozkovou tkáň a tím je navozený stav připomínající epileptický záchvat (Petr, 2014, s. 110).

K ECT jsou indikováni pacienti rezistentní vůči farmakologické léčbě, pacienti se sebevražednými sklony, pacienti, kteří jsou ohroženi na životě z důvodu odmítní potravy a dále pak pacienti trpící halucinacemi a bludy (Hosák, 2015, s. 467-468).

Příprava pacienta k výkonu se skládá z:

- informovaného souhlasu,
- laboratorních vyšetření - odběr krve (KO+diff., HCT, glykémie, urea, kreatinin, bilirubin, GMT, AST, ALP) a moči (moč+sediment),
- EKG,
- anesteziologického (zhodnocení ASA skóre), interního a neurologického vyšetření (EEG),
- pacient je lačný, bez vyjímatelné zubní náhrady,
- premedikace dle ordinace lékaře. (Hosák, 2015, s. 468-469; Kališová, 2019, s. 60)

Výkon se provádí v celkové anestezii, za monitorace fyziologických funkcí pacienta a EEG. Přiloží se elektrody, na které se aplikuje vodivý gel. Elektrody jsou nejčastěji přiloženy bitemporálně (elektrody se přikládají oboustranně na spojnici očního koutku a zevního zvukovodu ve výši 2-3 cm) nebo unilaterálně (jedna elektroda se přikládá na spánek, nejčastěji vpravo, druhá elektroda se přikládá v blízkosti vertexu). Po výkonu je pacient monitorován 1-2 hodiny. (Kališová, 2019, s. 65; Dušek, 2015, s. 578)

## **5 DEPRESE U SENIORŮ**

Deprese se řadí mezi nejčastěji se vyskytující a vážné psychické onemocnění seniorského věku (Havránková, 2021, s. 90).

### **5.1 Rizikové faktory**

Mezi rizikové seniory řadíme ty, kteří v nedávné době prožili ztrátu blízké osoby - například úmrtí partnera. Dále pak seniory, kteří žijí sami, nebo v zařízeních sociální péče. Vliv na výskyt deprese mají i chronická onemocnění jako například nádorové onemocnění, neurologické onemocnění (Parkinsonova a Huntingtonova choroba, roztroušená skleróza), onemocnění endokrinního systému (hypothyreóza), dále pak onemocnění kardiovaskulárního systému. Dalším rizikovým faktorem pro vznik deprese ve stáří je nesoběstačnost, nebo zdravotní handicap. U žen je výskyt deprese podstatně vyšší, než u mužů (Jirák, 2013, s. 262-264).

### **5.2 Příznaky**

Deprese v seniorském věku se často projevuje rozdílnými příznaky od příznaků depresivní poruchy v mladším věku. V seniorském věku se při depresivní fázi mnohdy vyskytují tělesné obtíže, dochází k poruchám paměti, snížení pozornosti. Není tak nápadný smutek, ale převažuje spíše úzkost. Dochází ke ztrátě zájmu o koníčky a své oblíbené aktivity. Dalším projevem deprese je ztráta zájmu o sebe samého, kdy je senior zanedbaný, nedbá na hygienu a úpravu vzhledu. Dále se pak vyskytuje nechutenství a tím snížení tělesné hmotnosti a únava. Senioři s depresivní poruchou trpí poruchami spánku, kdy mají problém s usínáním a budí se v brzkých ranních hodinách. Ve stáří dochází k pocitu méněcennosti, senioři si připadají přítěží pro své okolí. Mohou se vyskytovat myšlenky na smrt až suicidální jednání (Jirák, 2013, s. 262-264).

### **5.3 Diagnostika**

Vyšetření deprese v seniorském věku se skládá ze sběru anamnézy, kde se zajímáme o osobní anamnézu, rodinou, sociální a pracovní anamnézu, dále pak o farmakologickou anamnézu. Nejdůležitější je zjištění výskytu příznaků depresivní poruchy. Dále zjišťujeme, zda pacient trpí suicidálními sklony. Důležité je jak subjektivní, tak objektivní zhodnocení. V seniorském věku se provádí zhodnocení kognitivních funkcí. U seniorů využíváme standardizované Geriatrické škály deprese dle Yesavage (Jirák, 2013, s. 264-265).

## **5.4 Terapie deprese v seniorském věku**

Léčba depresivních poruch u seniorů se skládá z psychoterapie a z farmakologické léčby. Z farmakologické terapie jsou jako hlavní lék používány antidepresiva. U seniorů se jako lékem prvním volby podávají antidepresiva 3. generace, SSRI-selektivní inhibitory. Mezi zástupce SSRI řadíme například escitalopram, citalopram a sertralin. Další skupinou antidepresiv využívaných v léčbě deprese ve stáří jsou antidepresiva 4. generace, SNRI-selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Ve stáří se také využívá antidepresiv NASSA-noradrenergní a specifická serotogenní antidepresiva. Zástupcem této skupiny můžeme uvést mirtazapin, který tlumí i úzkost a má pozitivní vliv na spánek. U seniorů trpících depresí se vždy volí antidepresiva, které mají co nejméně nežádoucích účinků a nejsou v interakci s ostatními léčivy, které pacient užívá. Naopak mezi nevhodná antidepresiva v seniorském věku řadíme antidepresiva 1. generace - tricyklická antidepresiva (thymoleptika) a antidepresiva 2. generace. Tyto dvě skupiny jsou pro seniory nevhodné z důvodu značného množství nežádoucích účinků. Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je možná i u seniorů, pokud není kontraindikace výkonu a pokud je pacient rezistentní vůči léčbě farmakologické (Jiráček, 2013, s. 265-267).

## **5.5 Faktory ovlivňující depresi v seniorském věku**

V seniorském věku je mnoho faktorů, které mohou ovlivnit depresi. Je to například přesun jedince do sociálního zařízení, ztráta zájmu rodiny, ztráta partnera, nebo přátel. Dalším faktorem ovlivňujícím depresi je závislost na alkoholu nebo na návykových látkách. Dále má negativní vliv větší počet prodělaných depresivních epizod. (Jiráček, 2013, s. 262; Hosák, 2015, s. 229)

## **5.6 Ošetřovatelská péče**

Ošetřovatelská péče u depresivních pacientů je zaměřena především na kontrolu užívání léků, dále pak na kontrole pacienta. Kontrola pacienta je důležitá v zachování bezpečnosti pacienta a sledování suicidálních symptomů. Velmi důležité je nepodceňovat příznaky suicidálního jednání. V akutní fázi onemocnění je pacient hospitalizován na psychiatrickém oddělení, které je uzavřené a napomáhá zachovat bezpečnost pacienta. Nutné je zajistit veškeré předměty, které by mohl pacient použít k sebevražednému jednání. Nebezpečí pokusu o sebevraždu je převážně ráno, kdy je deprese pro pacienta nejhorší a dále pak také v době, kdy začíná působit antidepresivní léčba, pacient má v této době sílu k vykonání sebevraždy. Dále se u pacientů kontroluje příjem potravy a schopnost sebezpečí pacienta. Pacienti s depresí mívají často

sklony k poruchám příjmu potravy. Významnou roli hraje také empatie ošetrovatelského personálu, zájem, povzbuzení a pochvala pacienta (Petr, 2014, s. 221-222).

### **5.6.1 Geriatrická škála deprese dle Yesavage**

Geriatrická škála deprese (GDS) (viz příloha D, s. 83) patří mezi nejčastěji používané standardizované škály v oblasti screeningového vyšetření deprese u seniorů. GDS se skládá z patnácti otázek. Na každou z otázek respondent vybírá z možností ANO/NE. Za každou odpověď ANO u otázek číslo: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 a 15 se připisuje vždy jeden bod. Za každou odpověď NE u otázek číslo: 1, 5, 7, 11 a 13 se také připisuje jeden bod. Následně se získané body sečtou a určí se rozmezí do kterého respondent spadá.

Počet získaných bodů v rozmezí 0-5 bodů odpovídá normě. Hodnocení v rozmezí 6-10 bodů odpovídá mírné formě deprese, rozmezí mezi 11-15 body značí, že respondent trpí těžkou formou deprese (Kuckir, 2017, s. 64-68).

## **PRŮZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST**

### **6 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY**

1. Trpí depresivními stavy v zařízeních sociální péče více ženy nebo muži?
2. Má věk a současný zdravotní a rodinný stav vliv na depresivní stavy u seniorů?
3. Ovlivňuje klienta prostředí zařízení sociální péče a aktivity provozované v zařízení?

## **7 METODIKA PRŮZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI**

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní průzkum formou Geriatrické škály deprese dle Yesavage a anonymního dotazníkového šetření.

Dotazník je velmi častou formou získávání dat. Dotazník je soubor položek, které jsou dopředu připravené a dle pečlivého uvážení jsou seřazeny za sebou. Respondent neboli dotazovaná osoba, vyplňuje dotazník písemnou formou. Výhodou dotazníkového šetření je velký počet získaných dat v krátkém časovém intervalu (Chráška, 2016, s. 158).

Hodnotící nástroje (škály) jsou dle Pokorné (2013) tvořeny tak, aby se shromáždilo velké množství informací během krátké doby. Slouží k posouzení aktuálního stavu jedince a zjednodušují práci zdravotníků. Hodnotící nástroje mají výhodu přenosu mezi zdravotnickými a zdravotně sociálními zařízeními, další výhodou je menší zátěž jedince. Hodnotící nástroje umožňují zhodnocení stavu v určitých časových intervalech, a tak i zhodnocení účinnosti léčby (Pokorná, 2013, s. 8-9).

### **7.1 Geriatrická škála deprese a nestandardizovaný dotazník**

Pro průzkumné šetření byla zvolena Geriatrická škála deprese dle Yesavage (viz příloha D, s. 83). Škála se skládá z 15 otázek, na které respondenti vybírali jednu z možností „ANO“ nebo „NE“. Podrobněji je tato škála popsána v kapitole 5.6.1 Geriatrická škála deprese dle Yesavage (viz str. 28).

Geriatrická škála deprese byla upravená pro respondenty tak, že v jejím závěru nebylo zobrazeno hodnocení.

V nestandardizovaném dotazníku (viz příloha E, s. 84) byli respondenti na úvod informováni o anonymitě dotazníku, účelu dotazníkového šetření a bylo jim poděkováno za ochotu a za věnovaný čas. Samotný dotazník je tvořen 19 otázkami. Dotazník tvoří otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Uzavřených otázek je v dotazníku 10 (otázka č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 19). Dotazník dále obsahuje otázky polouzavřené, otázek tohoto typu je v dotazníku 8 (otázka č. 4, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Otevřená otázka je v dotazníku použita pouze jednou, a to u otázky č. 10.

### **7.2 Výběr respondentů**

Skupinu respondentů tvořili klienti 2 zařízení sociální péče v Pardubickém kraji. Před zahájením vlastního průzkumu, byl podepsán souhlas s provedením průzkumu s oběma zařízeními, který je k nahlédnutí u autorky práce.

Podmínky pro zařazení respondentů do průzkumu byly tyto: respondent nemá kognitivní poruchu (MMSE 25 bodů a více), věk 60 let a více a respondent musel být ochotný spolupracovat, tedy vyplnit Geriatrickou škálu deprese a dotazník. Po dohodě s vedením obou sociálních zařízení, byl ze zdravotní dokumentace klientů zjištěný poslední výsledek MMSE. Takto bylo vytipováno 75 možných respondentů, kteří splňovali první dvě podmínky k zařazení do průzkumu. Všichni tito klienti byli osloveni a ochotu zapojit se do průzkumu projevilo 72 z nich.

### **7.3 Pilotní šetření**

Týden před zahájením sběru dat došlo k pilotnímu šetření. Geriatrická škála deprese společně s dotazníkem byla náhodně rozdána 8 ze 72 respondentů. Všechny osm respondentů odevzdalo plně vyplněnou škálu i dotazník. Takto byla ověřena srozumitelnost otázek a respondenti nemuseli být vyřazeni z celkového vzorku.

### **7.4 Sběr dat**

Po provedení pilotního šetření byly dotazníky rozděleny zbylým 64 respondentům mnou – tedy autorkou práce, což umožnilo poskytnutí vysvětlení v případě nesrozumitelnosti. Návratnost takto rozdaných dotazníků byla 100 %. Pro zachování anonymity vyplnili všichni respondenti nejprve Geriatrickou škálu deprese a poté i dotazník (bez rozdílu, zda ve škále prokazovali/neprokazovali známky deprese). Po vyplnění respondenti vše vložili do uzavřených označených boxů, které byly na příslušných odděleních.

Před samotným vyhodnocováním dotazníkového šetření byli z celkového množství respondentů vyřazeni ti dotazovaní, kteří ve Škále deprese nedosáhli více než pěti bodů, tedy neprojevovali známky deprese. Takto bylo vyřazeno z průzkumu 34 respondentů. Dále se pracovalo pouze s těmi dotazníky, u kterých jejich respondenti dosáhli v Geriatrické škále deprese bodového rozmezí 6-15 bodů, tedy byli to pouze ti respondenti, kteří prokazovali mírnou, střední nebo těžkou depresi.

Do zpracování anonymního dotazníku bylo zařazeno 38 respondentů.

### **7.5 Zpracování a vyhodnocení získaných dat**

Získaná data jsou odprezentována formou obrázků (grafů) vlastní tvorby. Veškeré grafy byly tvořeny pomocí programu Microsoft Excel 365.

Data získaná pomocí dotazníkového šetření jsou popsány prostřednictvím absolutní (celkové množství odpovědí) a reálné četnosti (znázorněno v procentech).

U otázek, kde mohl respondent uvést více odpovědí (otázka č. 4 a 11), je součet relativních četností větší, než 100 %.

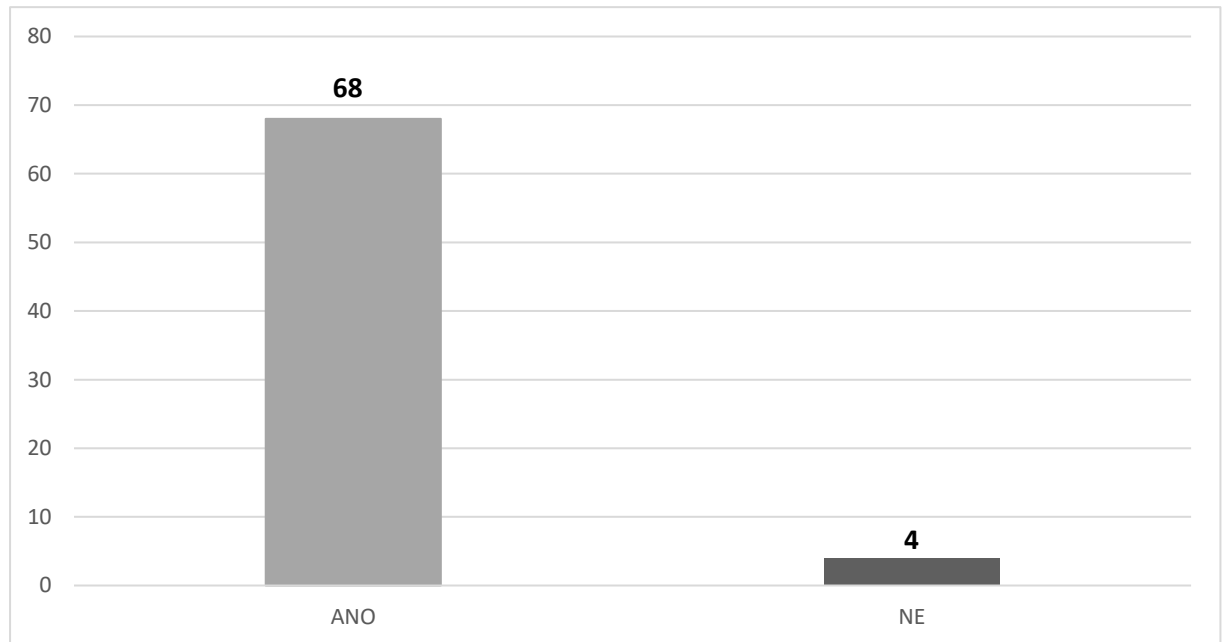
Získané výsledky byly zaokrouhleny na celá čísla.



## 8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### 8.1 Vyhodnocení Geriatrické škály deprese

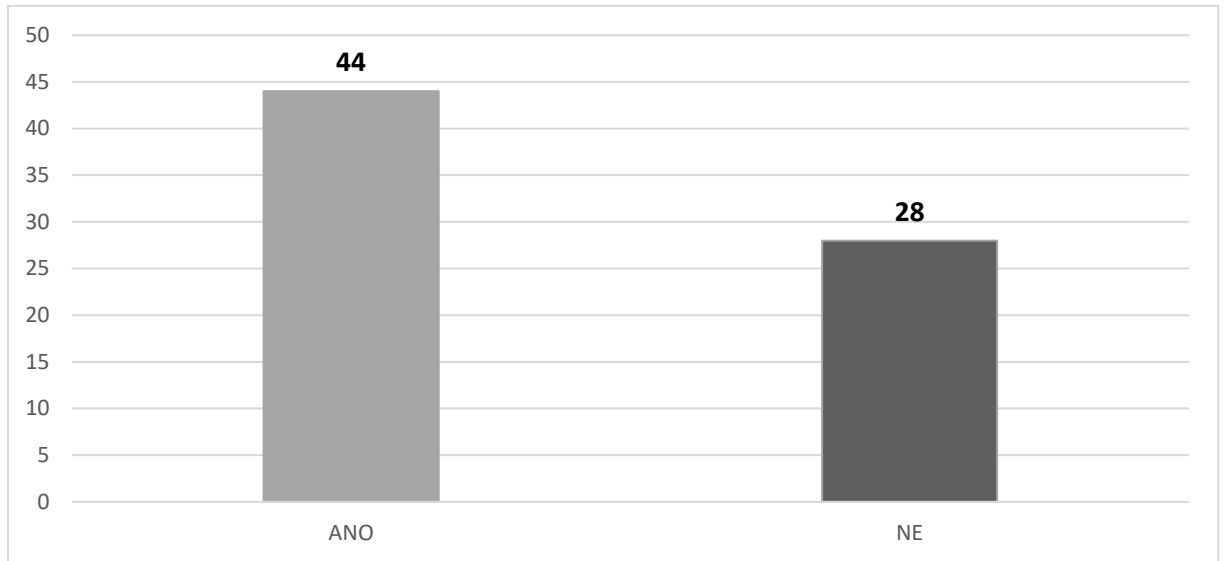
Otázka č. 1 - *Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?*



Obrázek 1 - Graf znázorňující spokojenost respondentů se svým životem

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů je se svým životem spokojeno 68 respondentů (94 %), pouze 4 respondenti (6 %) udávají nespokojenost se svým životem (viz obrázek 1).

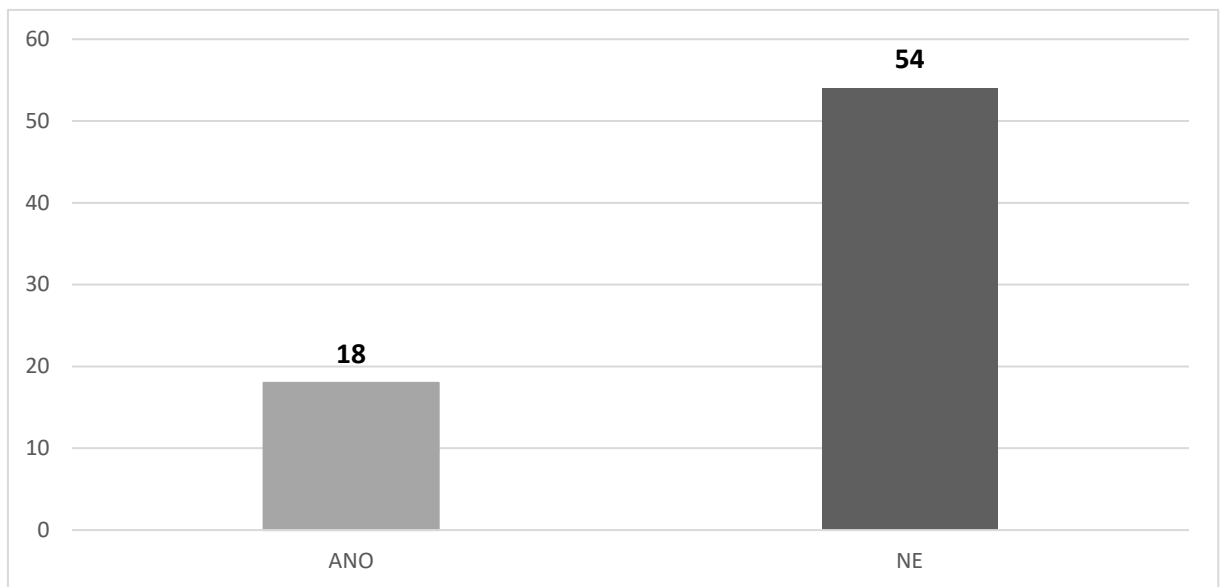
**Otázka č. 2 - Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?**



**Obrázek 2 - Graf znázorňující zanechání činností a zájmů**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů uvedlo 44 respondentů (61 %), zanechání mnoha svých činností a zájmů. Své zájmy a činnosti zachovává 28 respondentů (39 %) (viz obrázek 2).

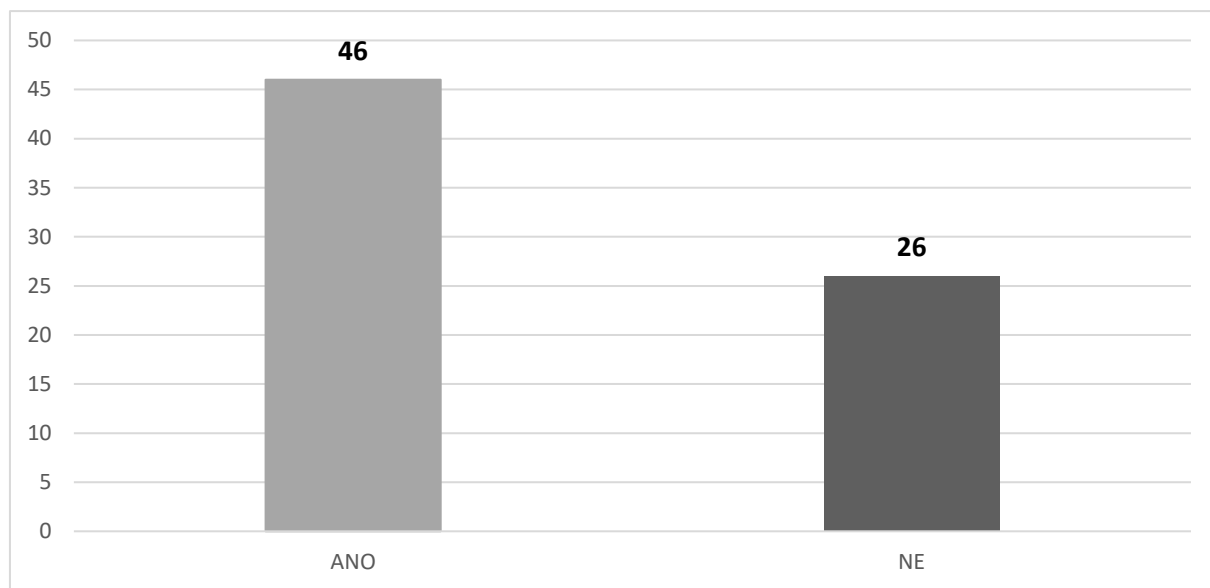
**Otázka č. 3 - Máte pocit, že Váš život je prázdný?**



**Obrázek 3 - Graf znázorňující pocit prázdného života**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů má 18 respondentů (25 %) pocit prázdného života, naopak 54 respondentů (75 %) nepocítuje prázdnotu života (viz obrázek 3).

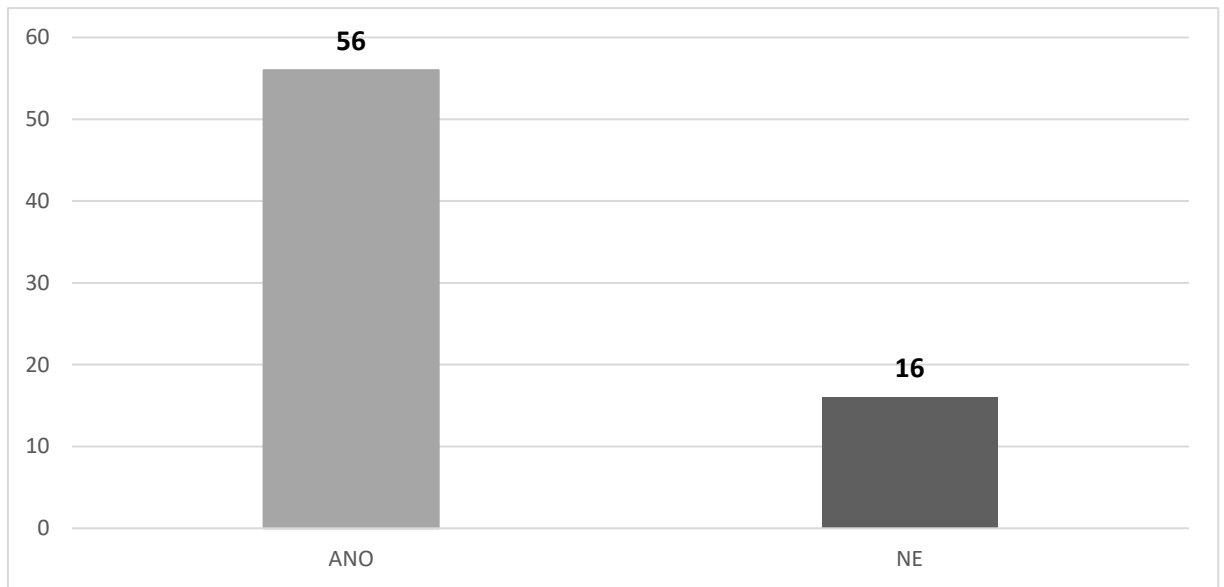
**Otázka č. 4 - Nudíte se často?**



**Obrázek 4 - Graf znázorňující pocit nudy u respondentů**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů udává 46 respondentů (64 %), že se často nudí. Naopak 26 respondentů (36 %) nemá pocit nudy (viz obrázek 4).

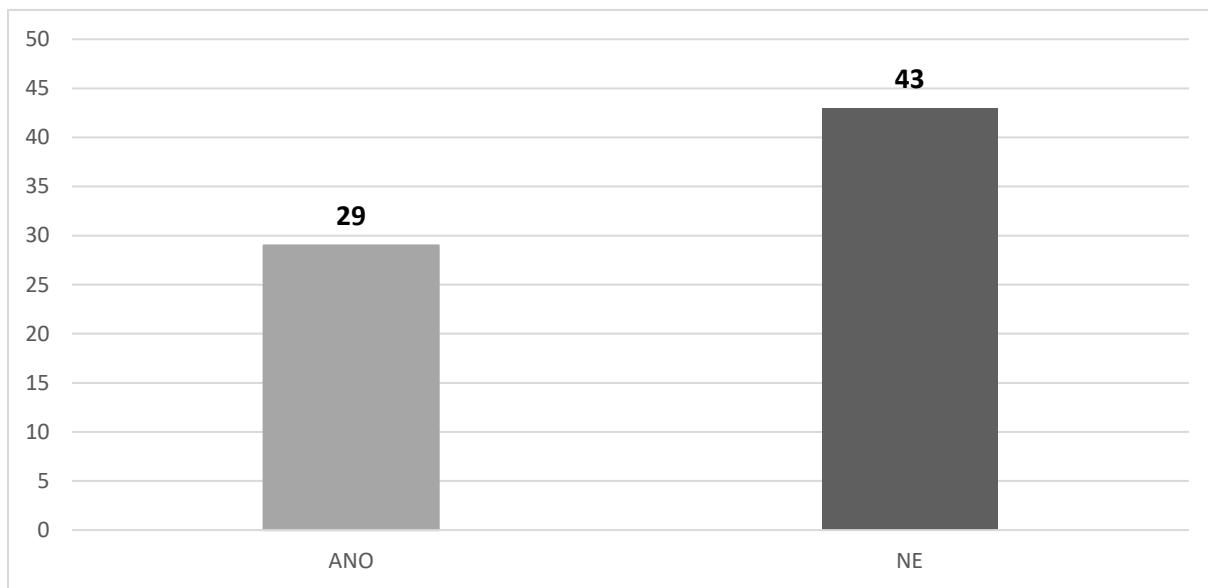
**Otázka č. 5 - Máte většinou dobrou náladu?**



**Obrázek 5 - Graf znázorňující dobrou náladu u respondentů**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů udává většinou dobrou náladu 56 respondentů (78 %), 16 respondentů (22 %) naopak udává, že většinou nemá dobrou náladu (viz obrázek 5).

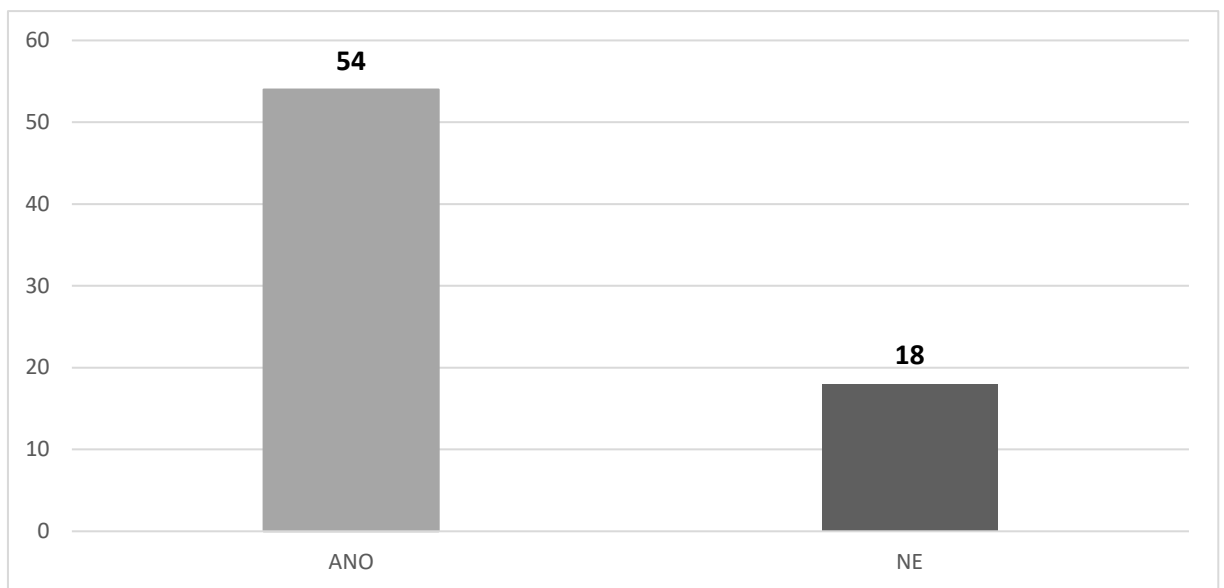
**Otázka č. 6 - Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?**



**Obrázek 6 - Graf znázorňující obavy, že se respondentům přihodí něco zlého**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů udává 29 respondentů (40 %) strach, že se jim přihodí něco zlého, 43 respondentů (60 %) strach neudává (viz obrázek 6).

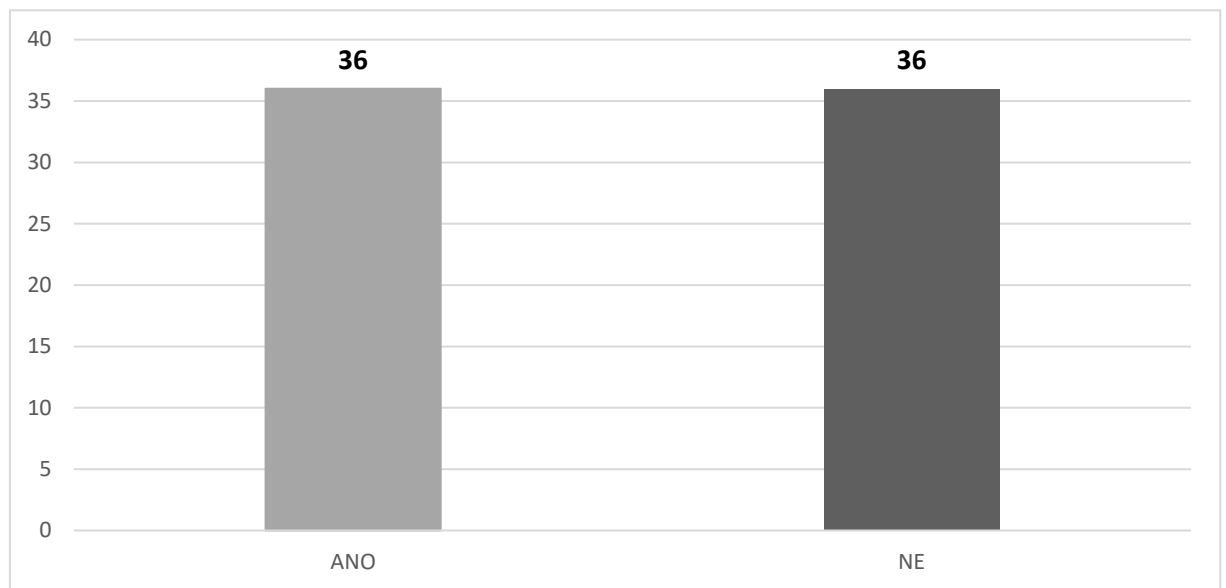
**Otázka č. 7 - Cítíte se většinou šťastný/á?**



**Obrázek 7 Graf znázorňující pocit štěstí u respondentů**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů se většinou cítí šťastně 54 respondentů (75 %). Naopak 18 respondentů (25 %) neudává pocit štěstí (viz obrázek 7).

**Otázka č. 8 - Cítíte se často bezmocný/á?**

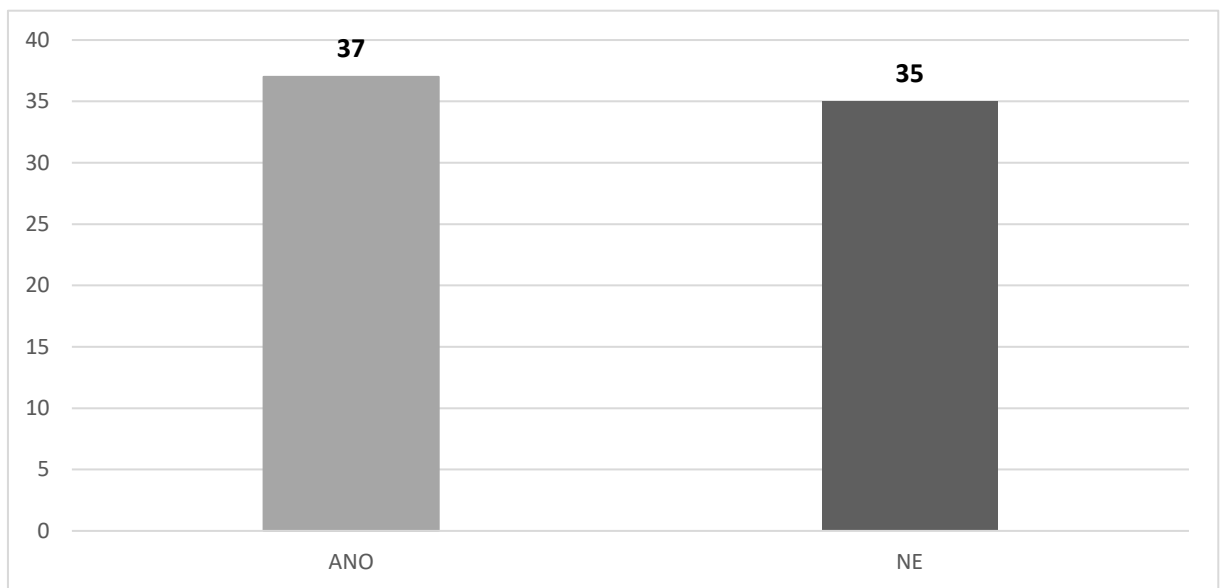


**Obrázek 8 - Graf znázorňující pocit bezmoci u respondentů**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů udává bezmocnost 36 respondentů (50 %), 36 respondentů (50 %) udává opak (viz obrázek 8).



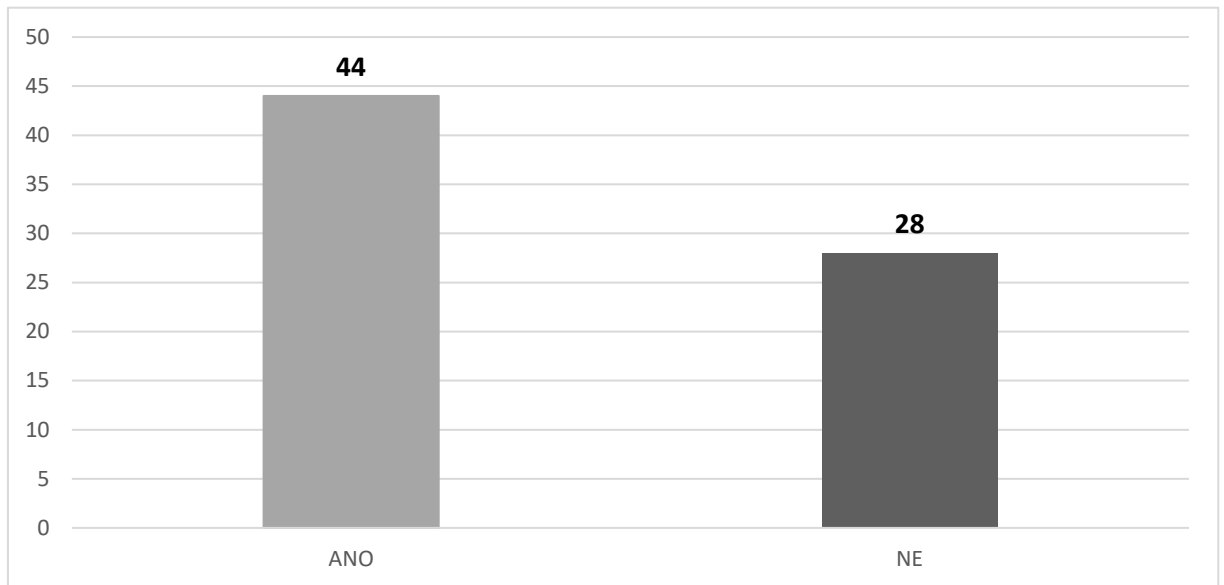
**Otázka č. 9 - Zůstáváte raději doma, než abyste si vyšel/a ven a dělal/a něco nového?**



**Obrázek 9 - Graf znázorňující, zda respondenti zůstávají raději doma, než aby šli ven a dělali něco nového**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů zůstává raději doma 37 respondentů (51 %). Naopak 35 dotazovaných (49 %) jde raději ven a dělá nové věci (viz obrázek 9).

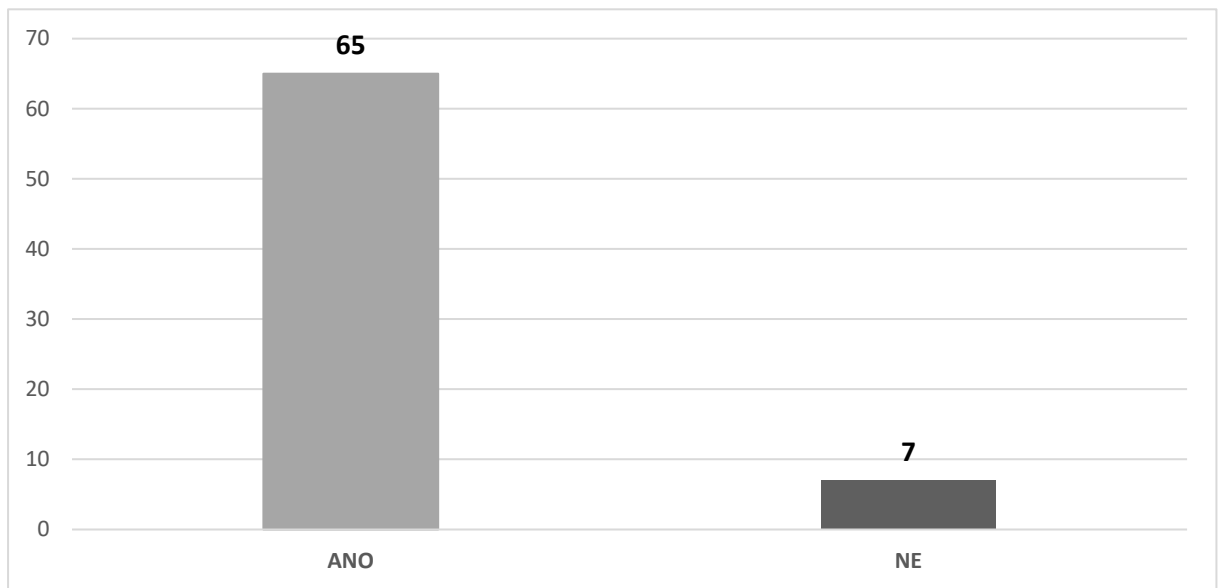
**Otázka č. 10 - Máte pocit, že máte v poslední době větší potíže s pamětí než většina lidí?**



**Obrázek 10 - Graf znázorňující pocit větších potíží s pamětí u respondentů**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů má 44 respondentů (61 %) pocit, že mají v poslední době větší problémy s pamětí než většina lidí, 28 respondentů (39 %) neudává problémy s pamětí v poslední době (viz obrázek 10).

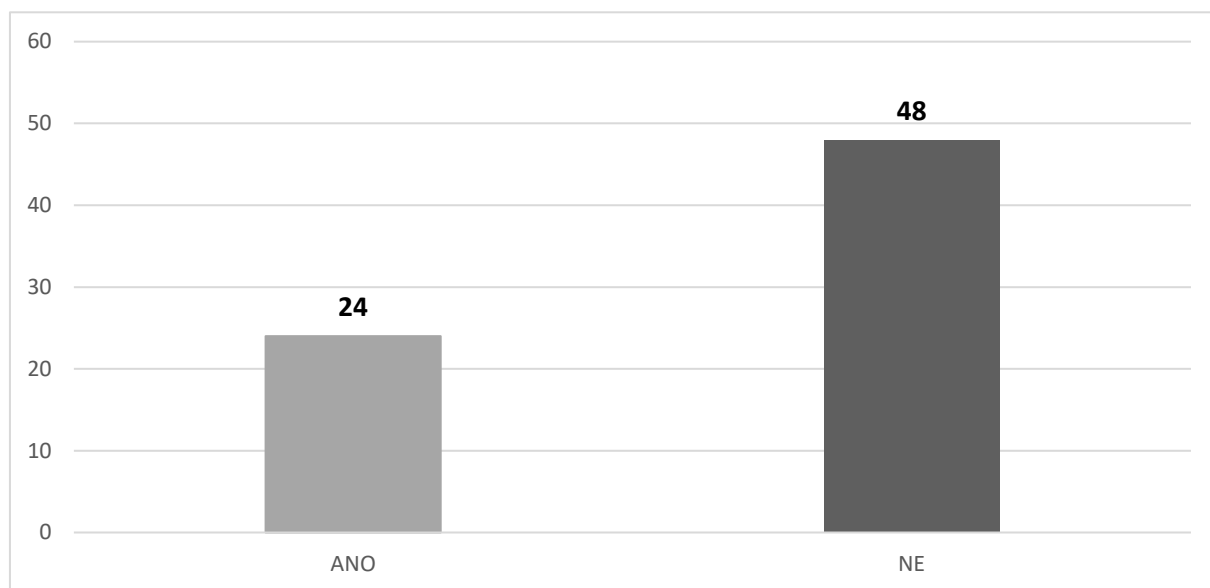
**Otázka č. 11 - Máte pocit, že je krásné být naživu?**



**Obrázek 11 - Graf znázorňující pocit, zda je krásné být naživu**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů má 65 respondentů (90 %) pocit, že je krásné být naživu, opak udává 7 dotazovaných (10 %) (viz obrázek 11).

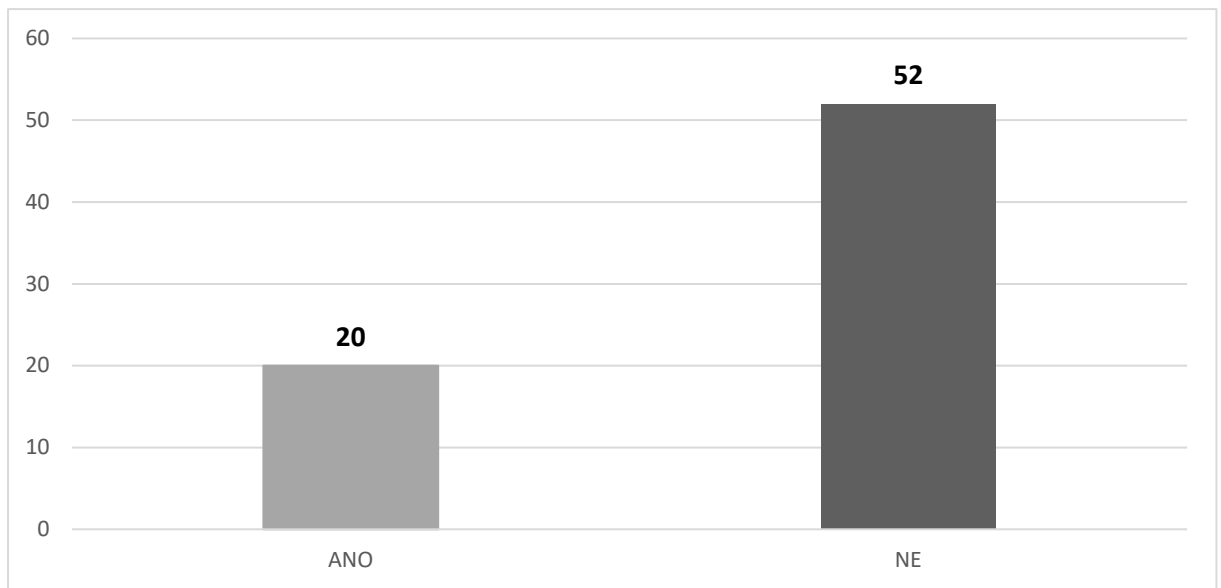
**Otázka č. 12 - Připadáte si zbytečný/á?**



**Obrázek 12 - Graf znázorňující pocit zbytečnosti**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů si připadá zbytečných 24 respondentů (33 %), 48 respondentů (67 %) nemá pocit zbytečnosti (viz obrázek 12).

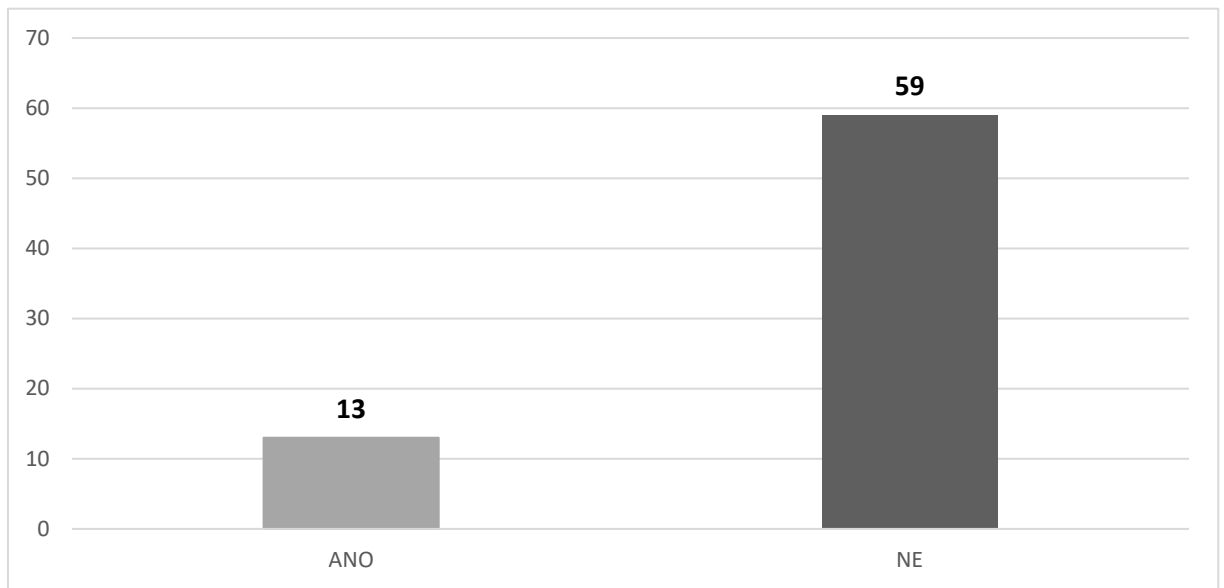
**Otázka č. 13 - Cítíte se pln/a elánu a energie?**



**Obrázek 13 - Graf znázorňující pocit, zda jsou respondenti plni elánu a energie**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů se cítí plni elánu a energie 20 dotazovaných (28 %), 52 respondentů (72 %) udává, že se necítí plni elánu a energie (viz obrázek 13).

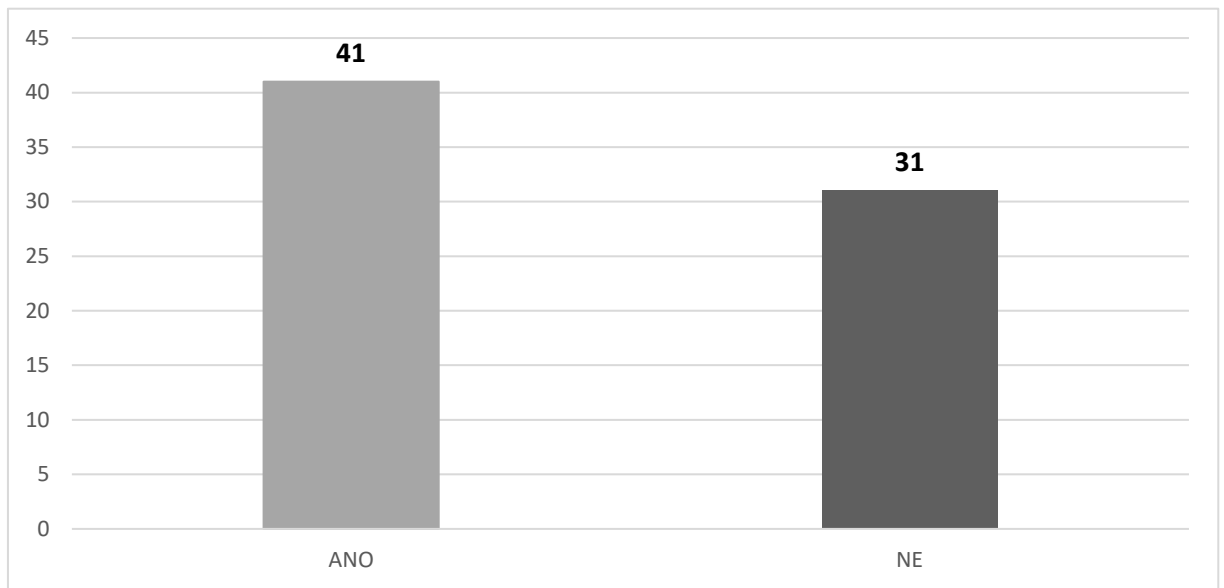
**Otázka č. 14 - Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?**



**Obrázek 14 - Graf znázorňující, zda mají respondenti dojem beznadějně situace**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů má dojem beznadějně situace 13 respondentů (18 %). Naopak 59 respondentů (82 %) tento dojem nemá (viz obrázek 14).

**Otázka č. 15 - Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?**

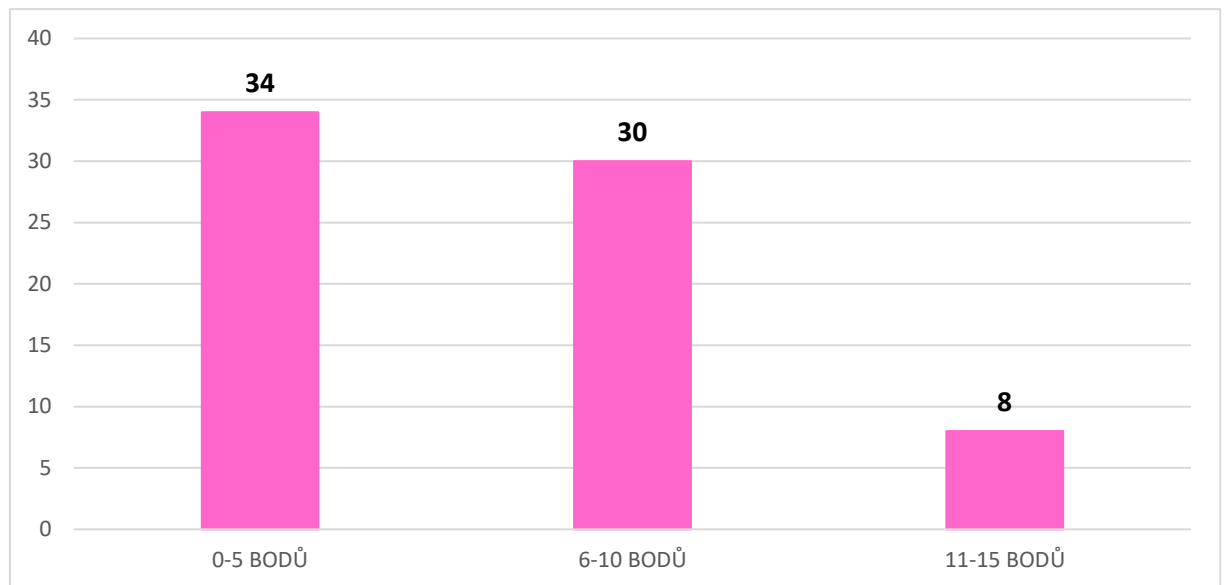


**Obrázek 15 - Graf znázorňující, zda mají respondenti pocit, že se ostatním daří lépe, než jim**

Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů má 41 respondentů (57 %) dojem, že se většině lidem daří lépe, 31 dotazovaných (43 %) nemá dojem, že by se většině lidem dařilo lépe (viz obrázek 15).

## Výsledky Geriatrické škály deprese

### Vyhodnocení Geriatrické škály deprese



**Obrázek 16 - Graf znázorňující vyhodnocení Geriatrické škály deprese**

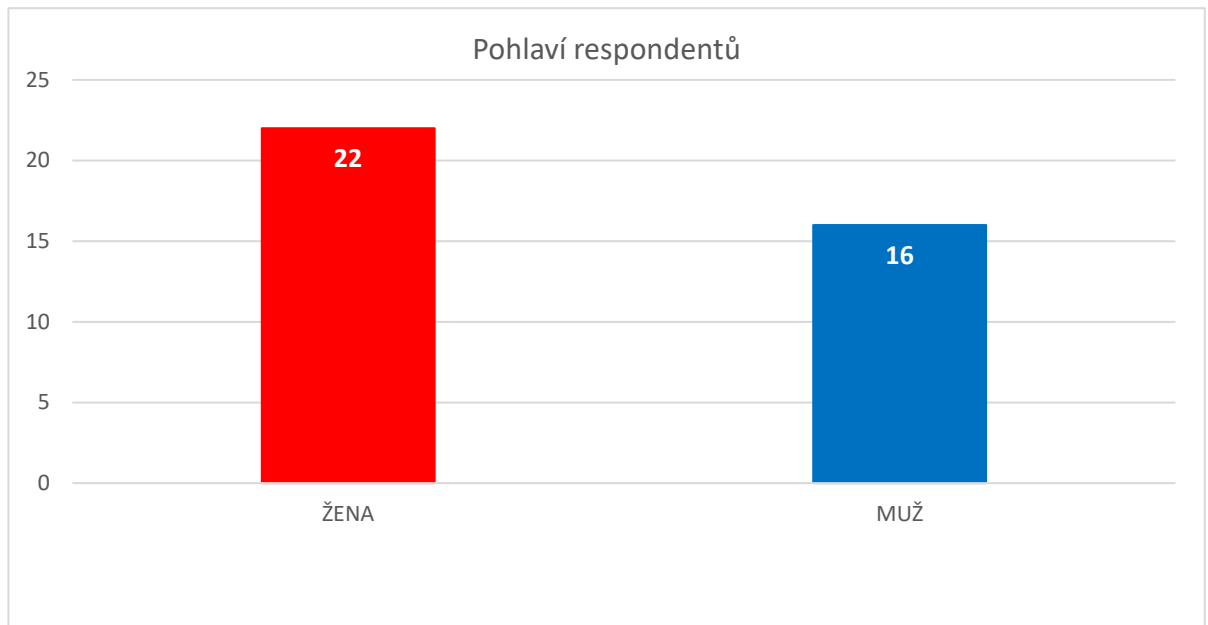
Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů dosáhlo rozmezí 0-5 bodů 34 respondentů (47 %), rozmezí 6-10 bodů dosáhlo 30 dotazovaných (42 %) a rozmezí 11-15 bodů dosáhlo 8 respondentů (11 %) (viz obrázek 16).



## 8.2 Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku

Nadále bylo pracováno pouze s dotazníky, u kterých bylo hodnocení Geriatrické škály deprese více než 5 bodů. Tohoto hodnocení dosáhlo 38 respondentů.

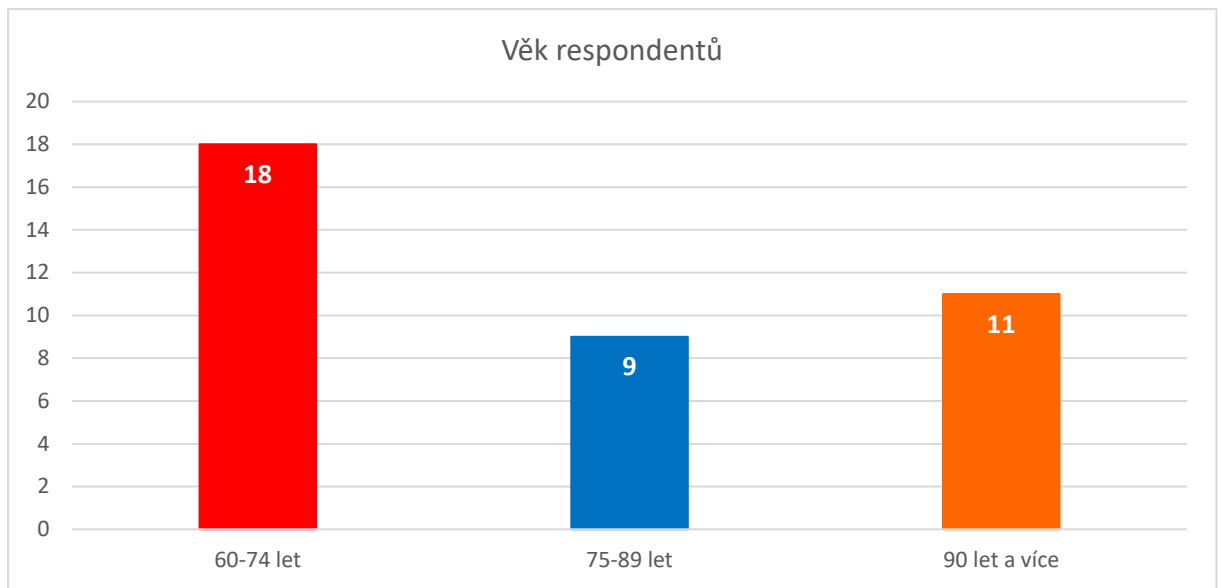
### Otázka č. 1 - *Jaké je Vaše pohlaví?*



**Obrázek 17 - Graf znázorňující pohlaví respondentů**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů je 22 žen (58 %), mužů je 16 (42 %) (viz obrázek 17).

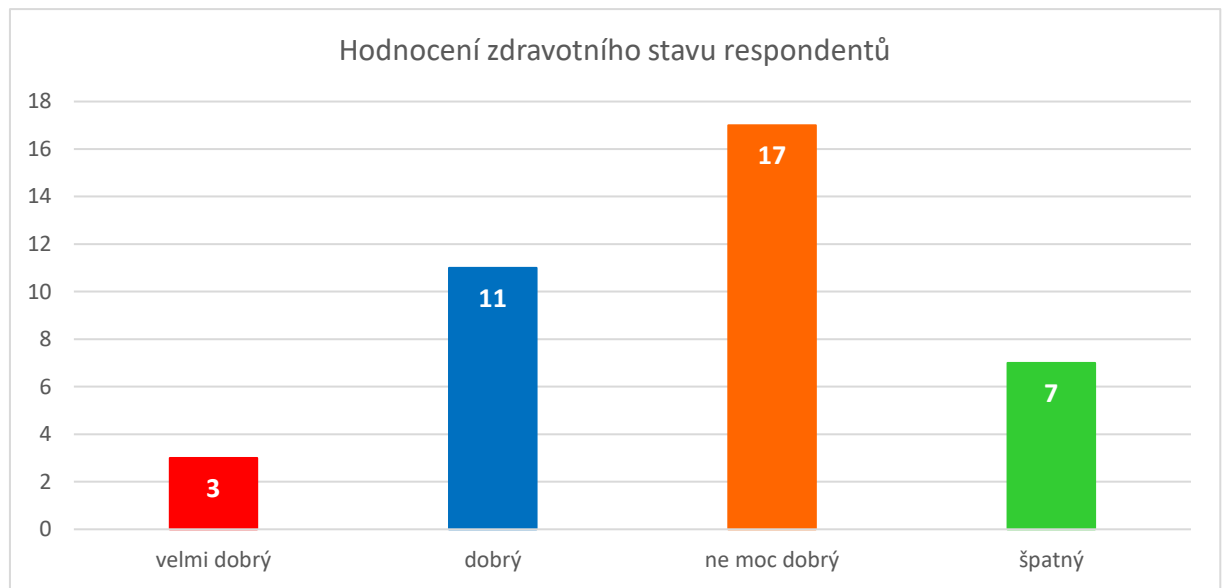
## Otázka č. 2 - Jaký je Váš věk?



**Obrázek 18 - Graf znázorňující věk respondentů**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů je 18 dotazovaných (47 %) ve věkovém rozmezí 60-74 let, v rozmezí 75-89 let je 9 respondentů (24 %). Věk nad 90 let uvedlo 11 dotazovaných (29 %) (viz obrázek 18).

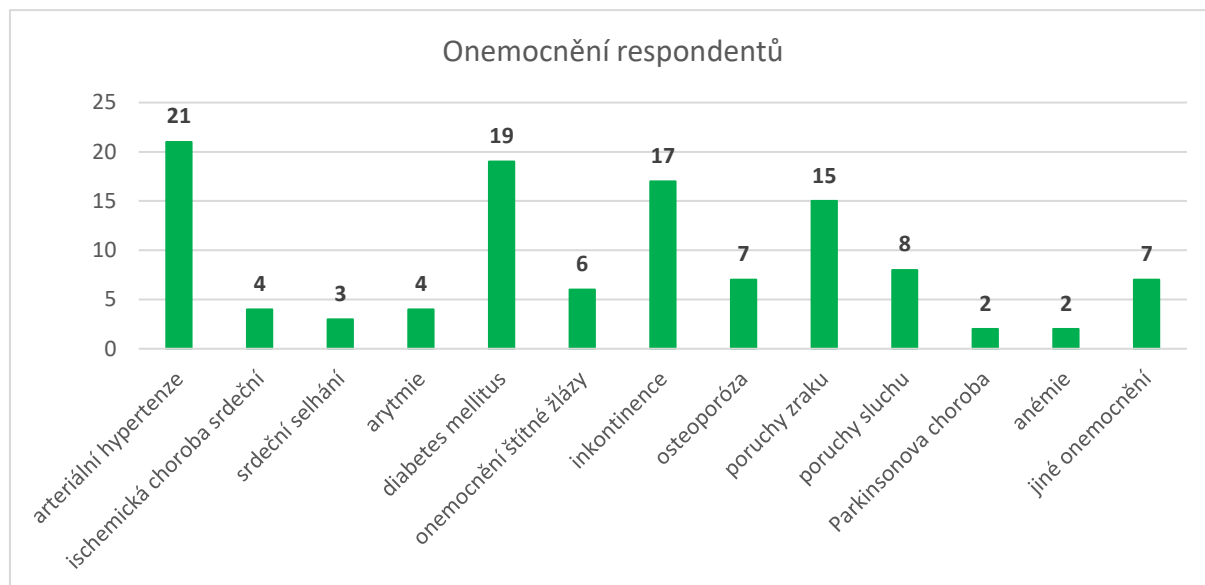
**Otázka č. 3 - Svůj zdravotní stav hodnotíte jako:**



**Obrázek 19 - Graf znázorňující, jak respondenti hodnotí svůj zdravotní stav**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů hodnotí svůj zdravotní stav jako velmi dobrý 3 respondenti (8 %), dobrý zdravotní stav udává 11 dotazovaných (29 %), 17 respondentů (45 %) hodnotí svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý a 7 respondentů (18 %) hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný (viz obrázek 19).

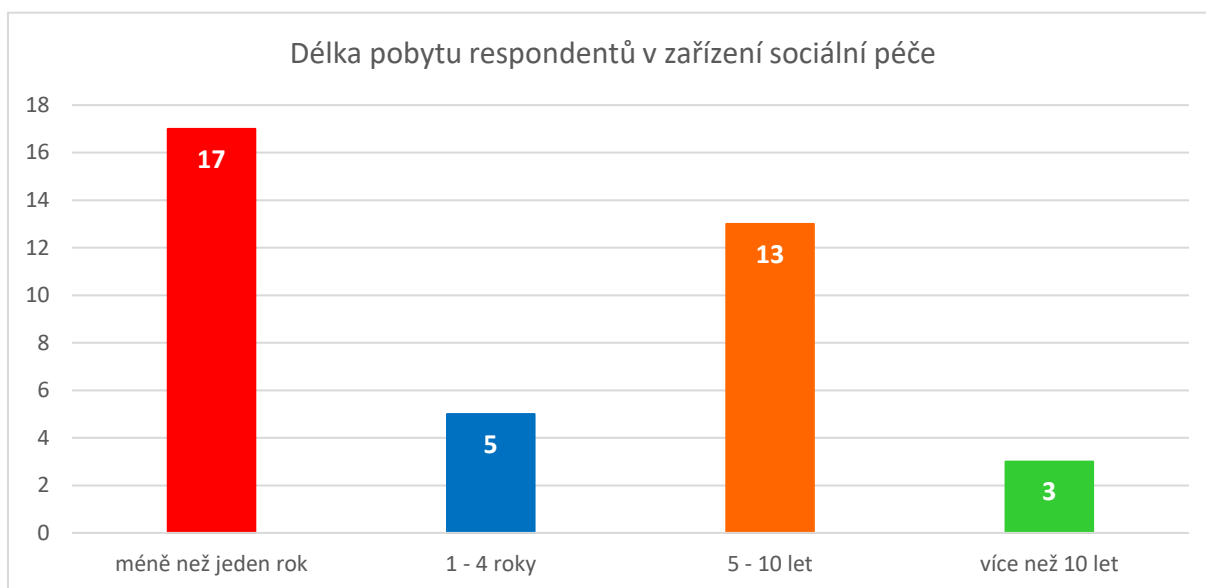
**Otázka č. 4 - Trpíte některými z následujících onemocnění? (pokud ano, zakroužkujte – možno i více onemocnění)**



**Obrázek 20 - Graf znázorňující onemocnění respondentů**

Z celkového počtu 38 respondentů uvedlo 21 dotazovaných (55 %), že trpí arteriální hypertenzí, diabetes mellitus uvedlo 19 respondentů (50 %). Inkontinencí trpí 17 respondentů (45 %). Poruchou zraku trpí 15 dotazovaných (40 %) a poruchou sluchu trpí 8 dotazovaných (21 %). 7 respondentů (18 %) uvedlo, že trpí osteoporózou. Onemocněním štítné žlázy trpí 6 respondentů (16 %). Ischemickou chorobou srdeční uvedli 4 respondenti (11 %). Arytmiemi trpí 4 respondenti (11 %). Srdečním selháním trpí 3 respondenti (8 %). Parkinsonovou chorobou a anémií trpí 2 respondenti (5 %). Jiné neuvedené onemocnění zvolilo 7 respondentů (18 %), tyto respondenti uvedli ve 2 případech (5 %) revmatoidní artritidu, další 3 respondenti (8 %) uvedli stav po cévní mozkové příhodě a 2 respondenti (5 %) chronické onemocnění ledvin (viz obrázek 20).

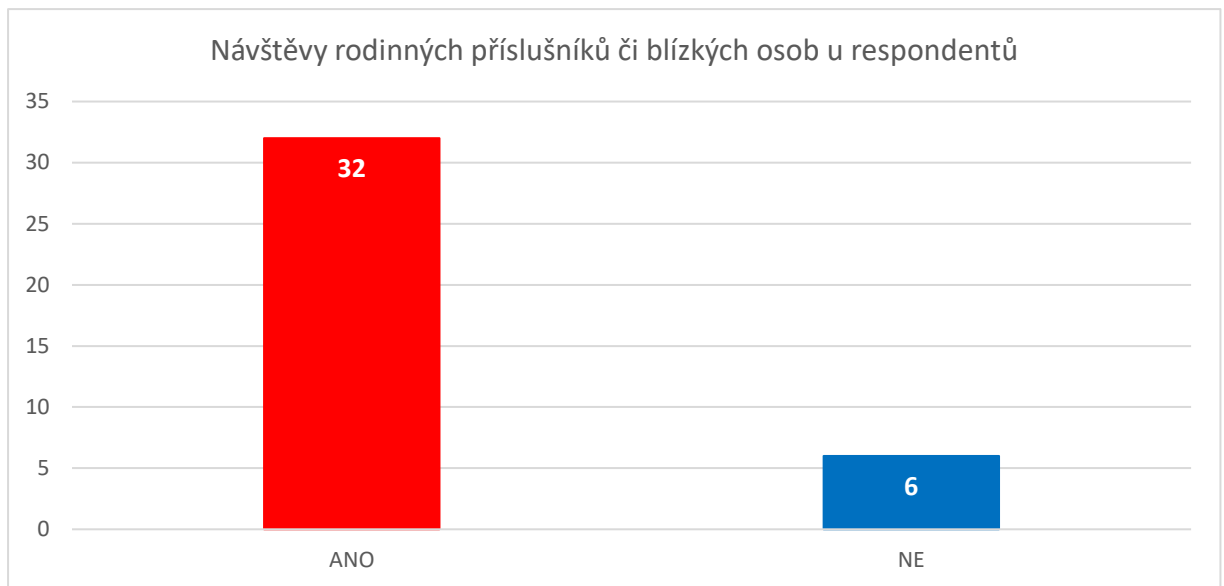
**Otázka č. 5 - Jak dlouho jste klientem zařízení sociální péče?**



**Obrázek 21 - Graf znázorňující, jak dlouho jsou respondenti klienty zařízení sociálních služeb**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů je 17 dotazovaných (45 %) klientem zařízení sociální péče méně než 1 rok, 5 respondentů (13 %) je klientem zařízení sociální péče v rozmezí 1-4 let. Rozmezí 5-10 let uvedlo 13 respondentů (34 %). Více, než 10 let jsou klienty zařízení sociální péče pouze 3 respondenti (8 %) (viz obrázek 21).

**Otázka č. 6 - Navštěvuje Vás v domově někdo z rodiny nebo z blízkých osob?**

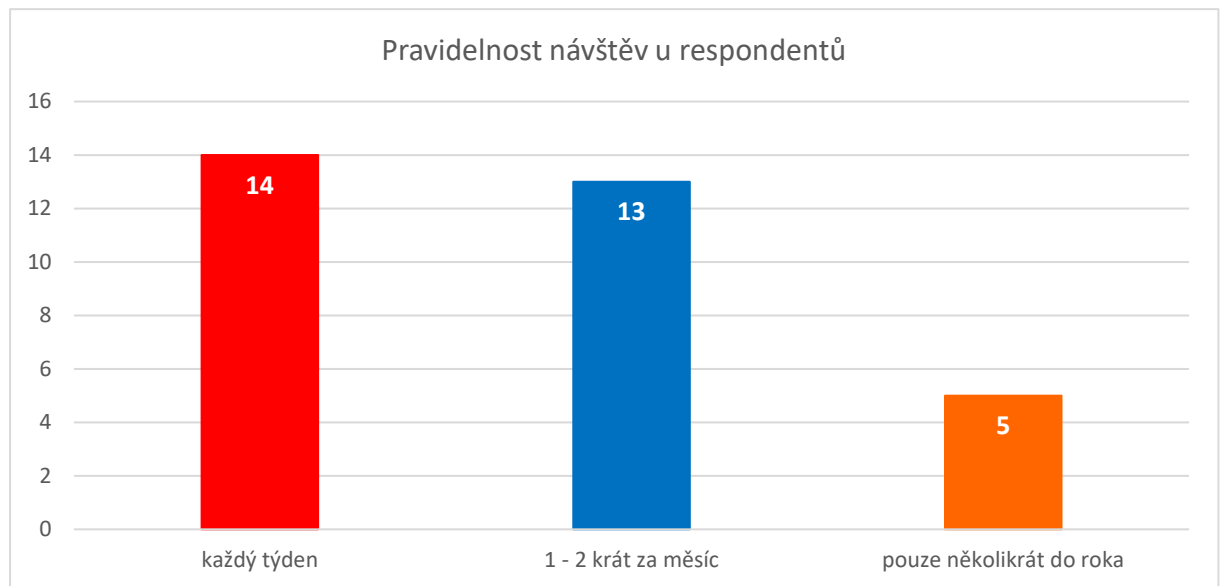


**Obrázek 22 - Graf znázorňující, zda mají respondenti v domově návštěvy**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů uvádí 32 dotazovaných (84 %), že je v domově navštěvuje někdo z rodiny nebo blízkých osob, naopak 6 respondentů (16 %) uvedlo, že nemá v domově návštěvy rodiny nebo blízkých osob (viz obrázek 22).

**Otázka č. 7 - Jak často Vás navštěvují?**

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří odpověděli v předchozí otázce (otázka č. 6) ano.

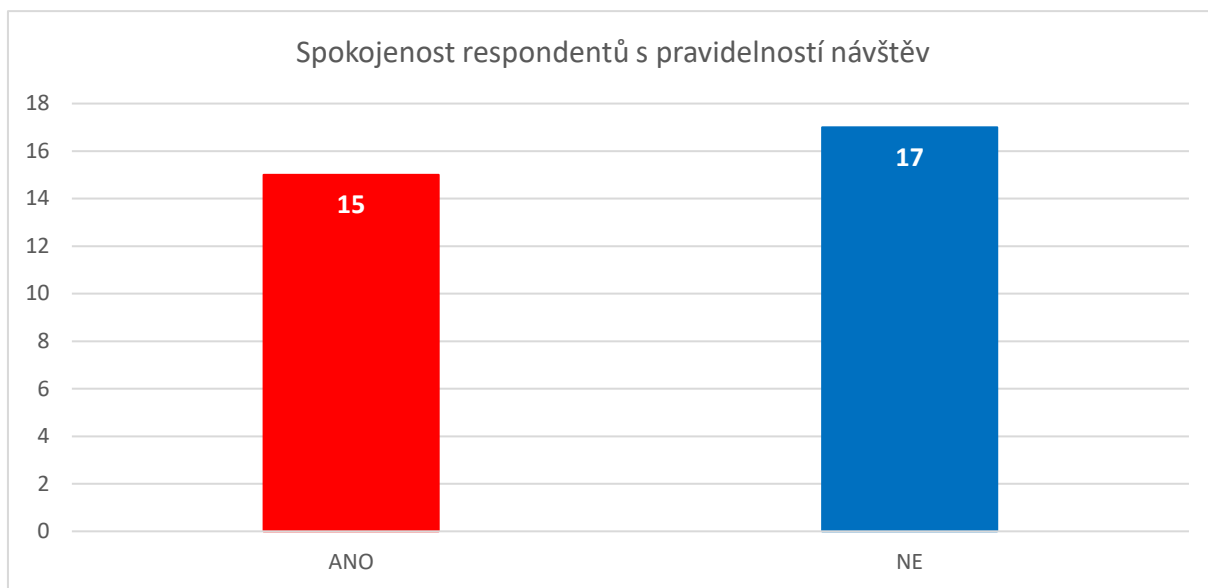


**Obrázek 23 - Graf znázorňující, jak často mají respondenti v domově návštěvy**

Z počtu 32 respondentů (100 %), kteří uvedli v otázce č. 6, že je v domově navštěvuje někdo z rodiny nebo blízkých osob, jich 14 (44 %) označilo, že mají návštěvy každý týden. 13 (41 %) uvedlo návštěvu 1 – 2 krát za měsíc. Pouze několikrát do roka je navštěvováno 5 respondentů (15 %) (viz obrázek 23).

**Otázka č. 8 - Přejí/a byste si, aby Vás navštěvovali častěji, než je tomu doposud?**

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří odpověděli v otázce č. 6 **ano**.

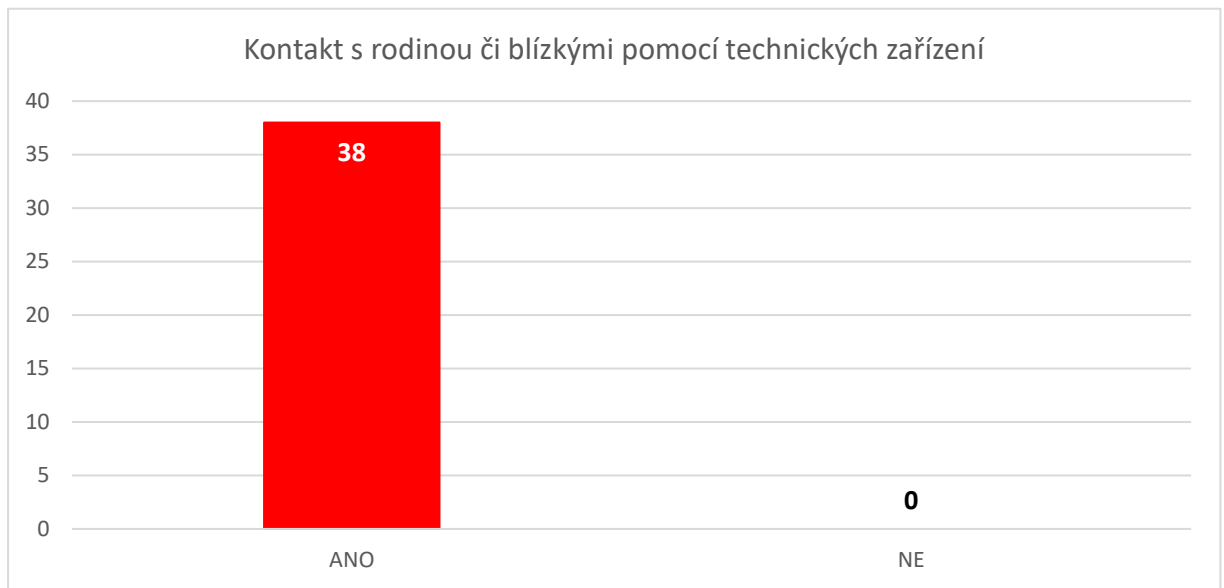


**Obrázek 24 - Graf znázorňující, zda by si respondenti přáli častější návštěvy**

Z počtu 32 respondentů (100 %), kteří uvedli, že mívají v domově pro seniory návštěvy, jich 15 (47 %) označilo, že by si přáli, aby je jejich blízcí navštěvovali častěji, než je tomu doposud. Naopak 17 dotazovaných (53 %) uvádí, že by si častější návštěvy nepřáli (viz obrázek 24).



**Otázka č. 9 - Máte možnost se s rodinou/blízkými kdykoliv spojit například pomocí mobilního telefonu/tabletu/počítače?**



**Obrázek 25 - Graf znázorňující možnost respondentů se kdykoliv spojit s rodinou/blízkými pomocí mobilního telefonu/tabletu/počítače**

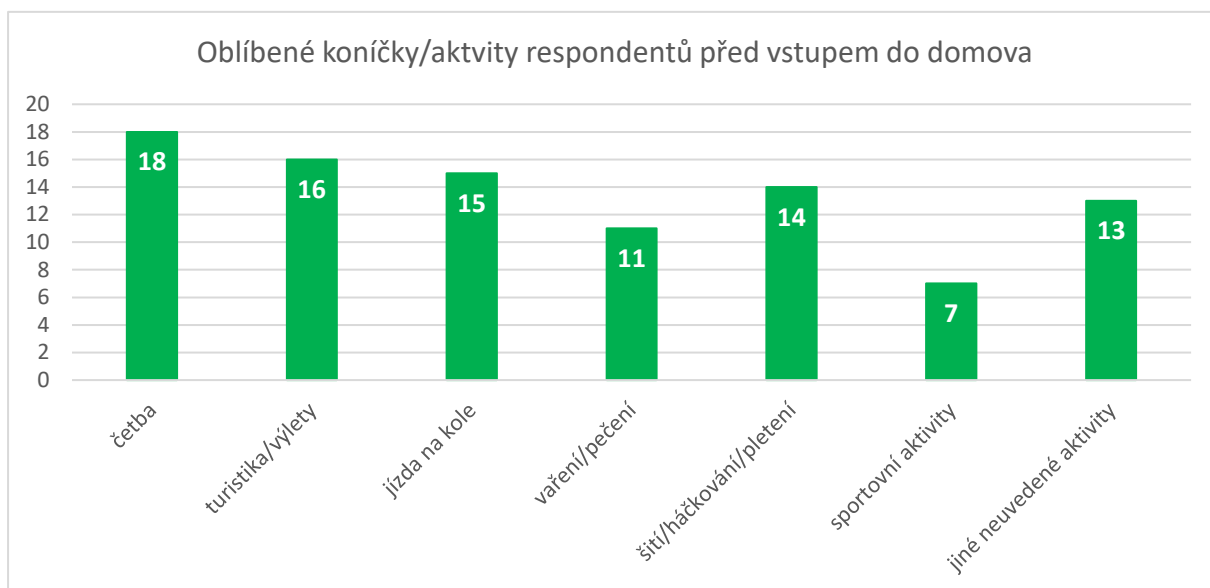
Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů má 38 dotazovaných (100 %) možnost kdykoliv se spojit se svou rodinou/blízkými pomocí telefonu, tabletu nebo počítače (viz obrázek 25).

**Otázka č. 10 - Jaký je důvod toho, že se nemůžete kdykoliv spojit se svou rodinou či blízkými?**

*Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce (otázka č. 9) odpověděli **ne**.*

*Na předchozí otázku (otázka č. 9) nikdo z dotazovaných neodpověděl **ne**.*

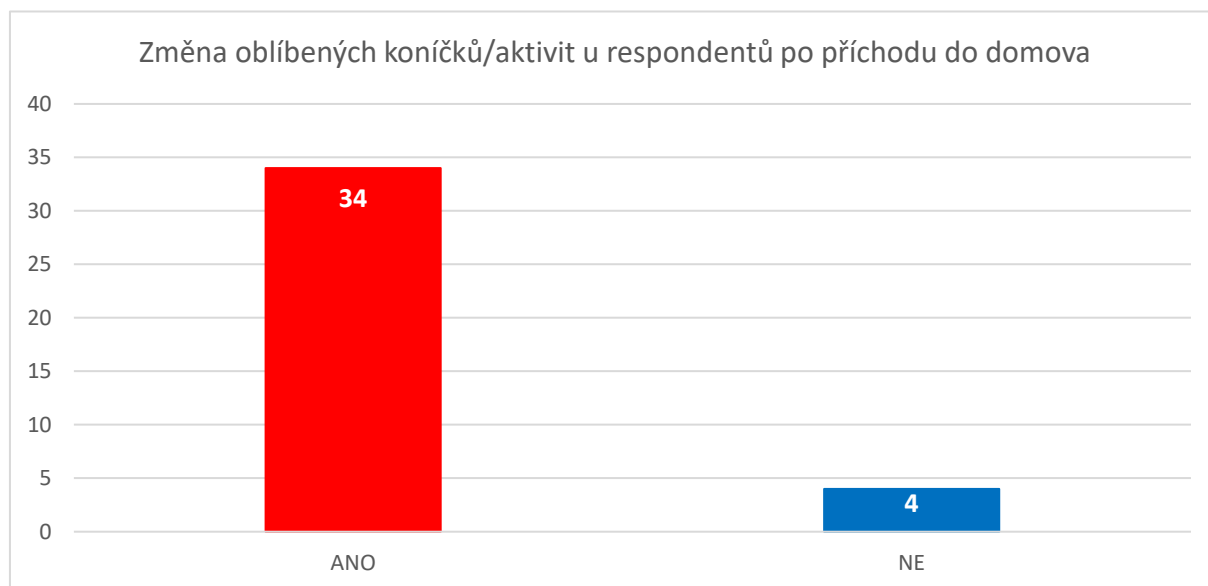
**Otázka č. 11 - Jaké jste měl/a oblíbené koníčky/aktivity před vstupem do domova? (možné vybrat více odpovědí)**



**Obrázek 26 - Graf znázorňující koníčky/aktivity respondentů před vstupem do domova**

Z celkového počtu 38 respondentů (100 %) uvedlo jako svůj oblíbený koníček četbu 18 respondentů (47 %), turistiku/výlety zvolilo 16 respondentů (42 %), jízdu na kole uvedlo 15 dotazovaných (39 %). Před vstupem do domova se věnovalo vaření/pečení 11 respondentů (29 %), šití, pletení a háčkování se věnovalo 14 respondentů (37 %). Sportovním aktivitám se věnovalo 7 dotazovaných (18 %) a jako své oblíbené sportovní aktivity uvedli plavání, cvičení a lyžování. Jiným neuvedeným aktivitám se věnovalo 13 respondentů (34 %), jako své oblíbené aktivity uvedli sledování TV, zahradničení, kutilství, šachy, účast na sportovních utkáních a čas strávený s domácími mazlíčky (viz obrázek 26).

**Otázka č. 12 - Změnily se vaše oblíbené koníčky/aktivity po příchodu do domova?**

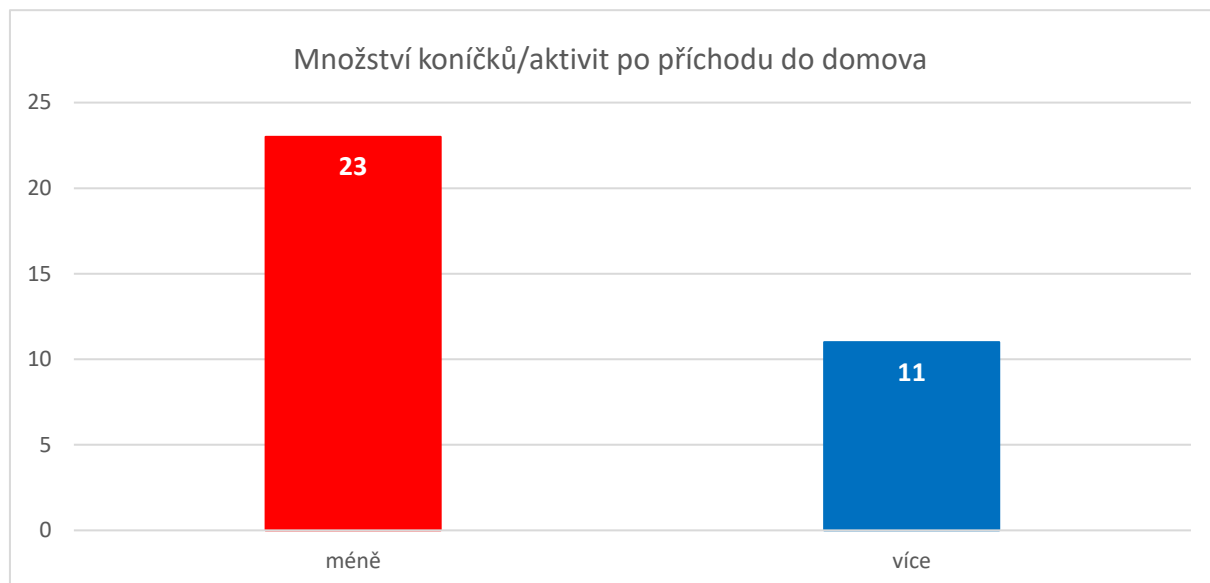


**Obrázek 27 - Graf znázorňující, zda se koníčky/aktivity respondentů změnilo po jejich příchodu do domova**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů udává 34 dotazovaných (89 %) změnu oblíbených koníčků a aktivit po příchodu do domova, své koníčky/zájmy naopak nezměnili 4 respondenti (11 %) (viz obrázek 27).

**Otázka č. 13 - Máte po příchodu do domova více nebo méně koníčků/aktivit? (pokud více, napište, které koníčky/aktivity jste si oblíbil/a až po příchodu do domova.**

*Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří odpověděli v předchozí otázce (otázka č. 12) ano.*



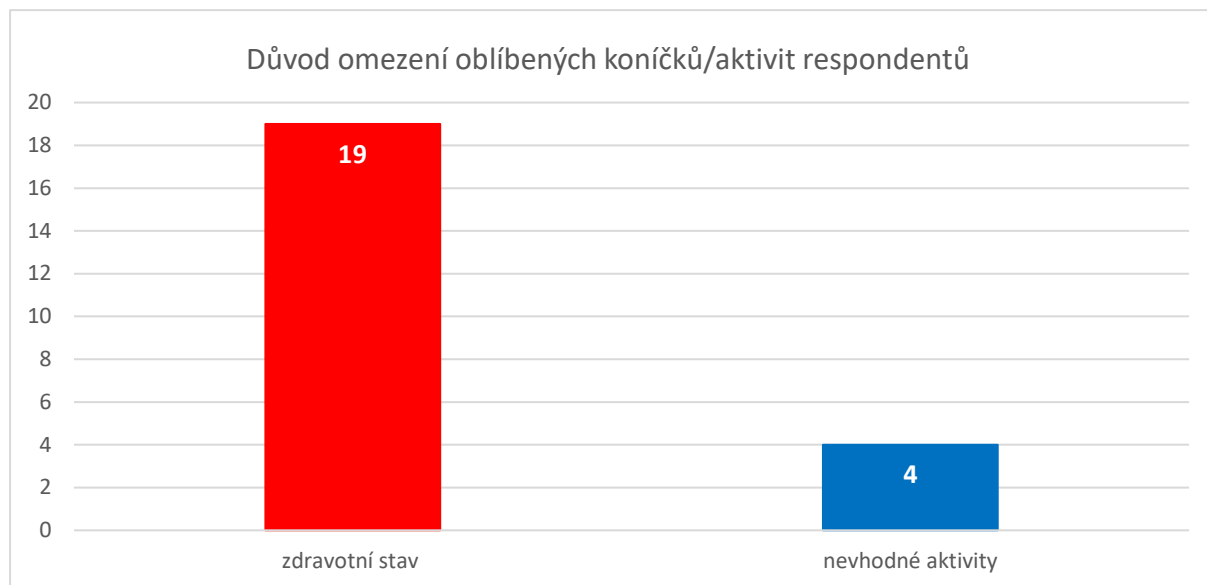
**Obrázek 28 - Graf znázorňující, zda mají respondenti více nebo méně koníčků/aktivit po příchodu do domova**

Z počtu 34 respondentů (100 %), kteří odpověděli v předchozí otázce (otázka č. 12) „*Ano*“, uvádí 23 dotazovaných (68 %) úbytek koníčků/aktivit po příchodu do domova, naopak 11 respondentů (32 %) uvedlo, že po příchodu do domova mají koníčků/aktivit více, než tomu bylo dříve (viz obrázek 28).

11 respondentů (32 %), kteří uvedli, že po příchodu do domova mají koníčků/aktivit více, než tomu bylo dříve, napsali, že si oblíbili ve 3 případech společné cvičení, zpívání uvedli 2 respondenti, společenské hry si oblíbili 4 respondenti a výtvarné činnosti 2 respondenti (např. keramika).

**Otázka č. 14 - Jaký je důvod omezení Vašich oblíbených koníčků/aktivit po příchodu do domova?**

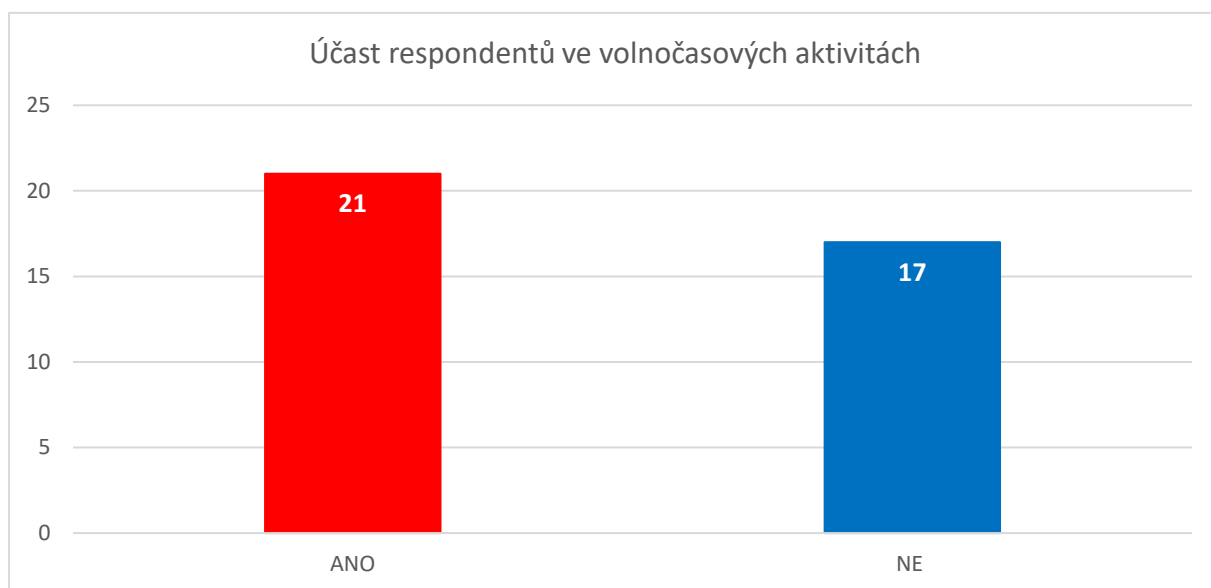
Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří odpověděli v otázce č. 13 méně.



**Obrázek 29 - Graf znázorňující důvody omezení koníčků/aktivit u respondentů**

Z počtu 23 respondentů (100 %), kteří odpověděli v předchozí otázce (otázka č. 13) „Méně“, uvádí 19 dotazovaných (83 %), že důvodem omezení oblíbených koníčků/aktivit je současný zdravotní stav. 4 respondenti (17 %) uvedli, že důvodem jsou nevhodné aktivity v domově pro seniory (viz obrázek 29).

**Otázka č. 15 - Účastníte se volnočasových aktivit (jako například sportovních, kulturních, ručních prací, ...), které jsou poskytované zařízením sociální péče? (pokud ano, napište, jakých aktivit)**

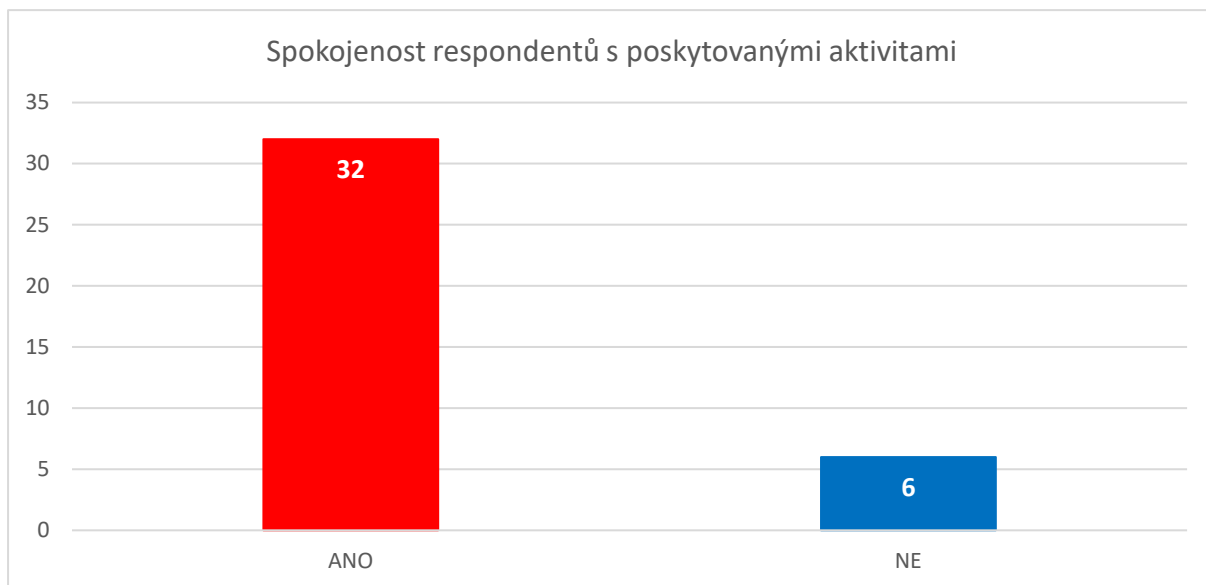


**Obrázek 30 - Graf znázorňující, zda se respondenti účastní volnočasových aktivit poskytovaných zařízením sociální péče**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů se volnočasových aktivit, které jsou poskytované zařízením sociální péče, účastní 21 respondentů (55 %). 17 dotazovaných (45 %) uvádí, že se neúčastní volnočasových aktivit poskytovaných zařízením sociální péče (viz obrázek 30).

21 respondentů (55,3 %), kteří uvedli, že se volnočasových aktivit účastní, napsali, že se jedná o společné cvičení v 5 případech, společenské hry uvedlo 5 respondentů, společné sledování filmů 3 respondenti, společného vaření se účastní 2 respondenti, výtvarné činnosti uvedli 3 respondenti i a zpívání 3 také respondenti.

**Otázka č. 16 - Jste spokojený/á s poskytovanými aktivitami? (pokud ne, uveďte aktivity, které Vám v domově chybí)**



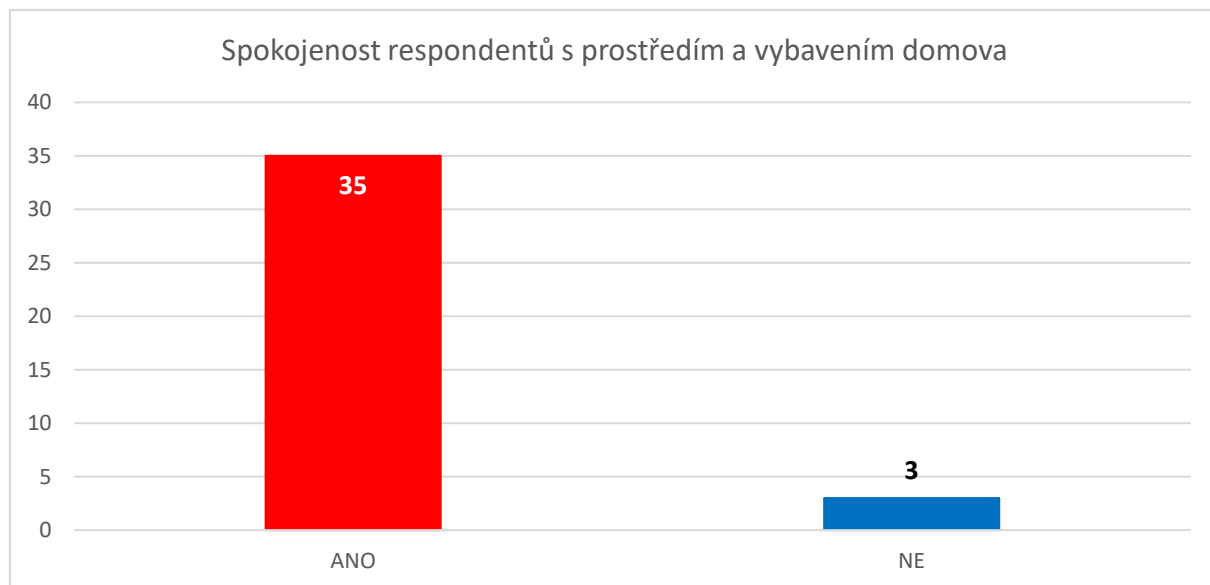
**Obrázek 31 - Graf znázorňující spokojenost respondentů s poskytovanými aktivitami**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů je 32 dotazovaných (84 %) spokojeno s nabízenými aktivitami. Naopak 6 respondentů (16 %) udává nespokojenost s nabízenými aktivitami (viz obrázek 31).

Z 6 respondentů (100 %), kteří uvádí nespokojenost s nabízenými aktivitami, 3 respondenti (50 %) uvádí, že jim chybí aktivity pro muže, 2 z dotazovaných (33 %) chybí v domově aktivity spojené se zahradničením a 1 respondent (17 %) uvedl nedostatek společných výletů.



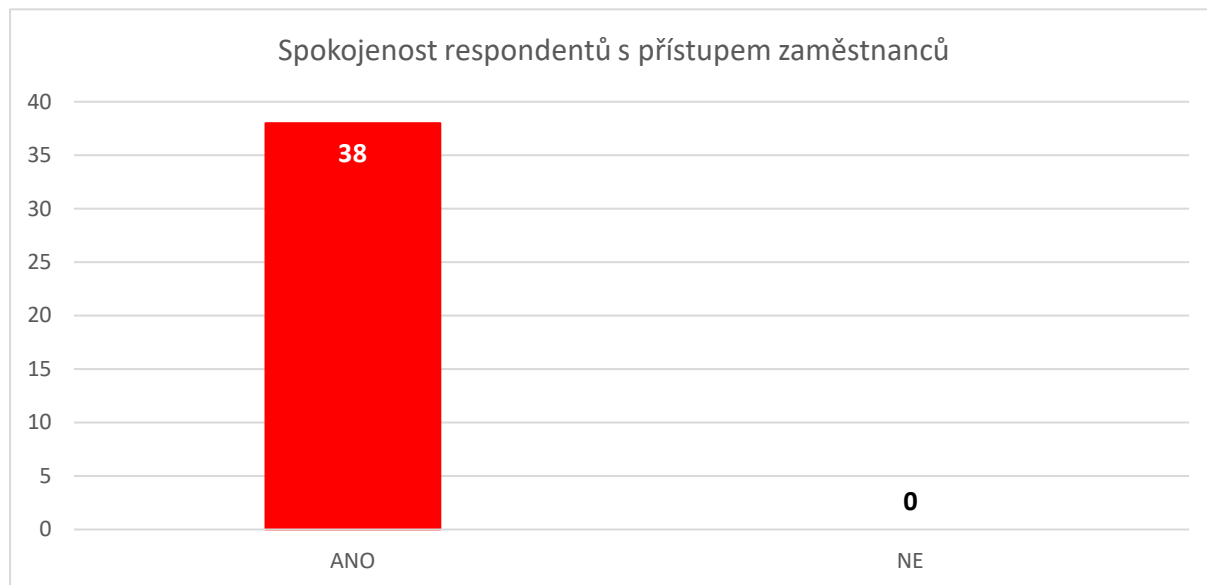
**Otázka č. 17 - Jste spokojený/á s prostředím domova a jeho vybavením? (pokud ne, uveďte, co byste chtěl/a změnit)**



**Obrázek 32 - Graf znázorňující spokojenost respondentů s prostředím domova a jeho vybavením**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů je 35 dotazovaných (92 %) spokojeno s prostředím a vybavením domova, pouze 3 respondenti (8 %) nejsou spokojeni s prostředím a vybavením domova (viz obrázek 32). Všichni tři uvádí téměř shodné odpovědi. Přáli by si více soukromí, například jednolůžkový pokoj.

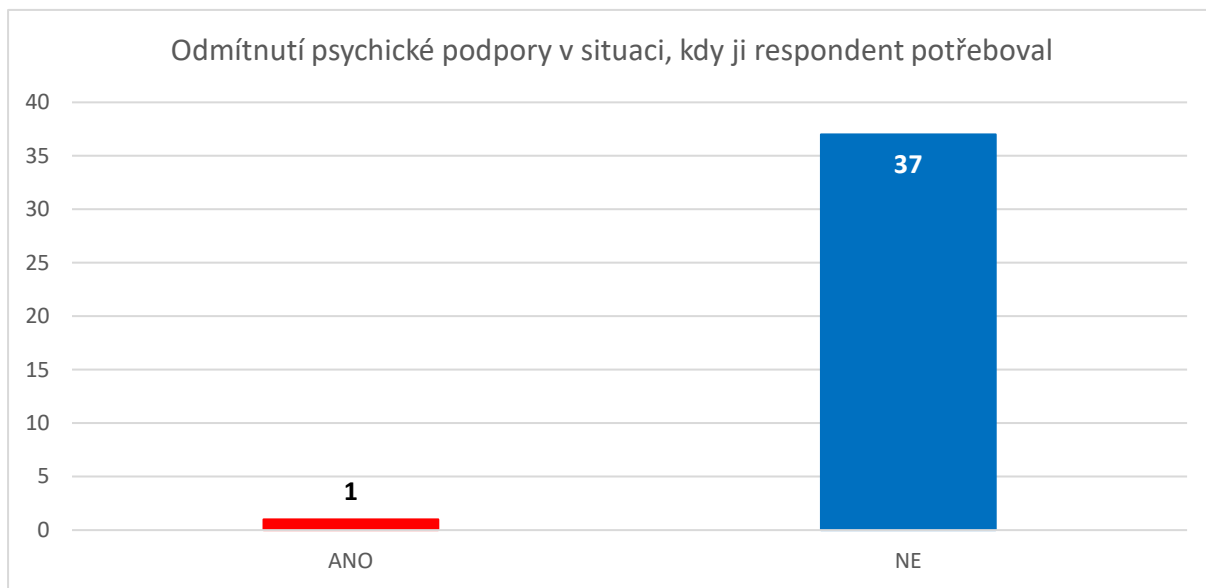
**Otázka č. 18 - Jste spokojený/á s přístupem zaměstnanců domova ke klientům? (pokud ne, uveďte, co by se mělo změnit ze strany zaměstnanců)**



**Obrázek 33 - Graf znázorňující spokojenost respondentů s přístupem zaměstnanců domova ke klientům**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů je 38 dotazovaných (100 %) spokojeno s přístupem zaměstnanců domova. Odpověď „Ne“ ne zvolil žádný respondent (viz obrázek 33).

**Otázka č. 19 - Dostal/a jste se někdy v domově do situace, kdy jste potřeboval/a psychickou podporu a podpora Vám byla odmítnuta?**



**Obrázek 34 - Graf znázorňující počet situací, kdy respondenti potřebovali psychickou podporu a ta jim byla odmítnuta**

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů se do situace, kdy potřeboval psychickou podporu a podpora mu byla odmítnuta, dostal pouze 1 respondent (3 %). 37 respondentů (97 %) udává, že se do této situace nikdy nedostali (viz obrázek 34).

## 9 DISKUZE

Získaná data z dotazníkového šetření jsou porovnána s výsledky uvedených zdrojů: diplomové práce – *Deprese u klientů domova pro seniory* (Martinková, 2015), *Výskyt deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí a u seniorů žijících v sociálních institucích* (Šenkýřová, 2013), *Volný čas seniorů v rámci adaptace na rezidenční péči* (Dufková, 2015). Bakalářské práce – *Depresivní stavy institucionalizovaných seniorů* (Vrzalová, 2017), *Hodnocení vybraných potřeb a výskyt deprese seniorů v pobytových zařízeních* (Raclavská, 2015). Tištěný zdroj - *Gerontopsychiatrie* (Jiráček, Roman a kolektiv, 2013).

### **Průzkumná otázka č. 1: Trpí depresivními stavy v zařízeních sociální péče více ženy nebo muži?**

K zhodnocení průzkumné otázky č. 1 byla použita první otázka z dotazníkového šetření (viz obrázek 17, s. 49)

Ze získaných dat vyplývá, že depresivními stavy v zařízeních sociální péče z celkového počtu 38 respondentů (100 %) trpí více ženy – 22 respondentů (58 %), než muži – 16 respondentů (42 %).

Vrzalová (2017, s. 48) ve své práci taktéž uvádí, že depresivními stavy trpí více ženy než muži. Její zjištěné údaje jsou však rozdílné od údajů v této práci. Vrzalová (2017, s. 48) uvádí, že depresivními stavy trpí ze 100% jejich respondentů 84 % žen a 16 % mužů.

Odpovědí na 1. průzkumnou otázku tedy je, že ve dvou nejmenovaných zařízeních sociální péče v Pardubickém kraji, kde byl prováděn průzkum, trpí depresivními stavy více ženy než muži.

### **Průzkumné otázka č. 2: Má věk a současný zdravotní a rodinný stav vliv na depresivní stavy u seniorů?**

K zhodnocení průzkumné otázky č. 2 byly použity následující otázky z dotazníkového šetření: otázka č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Otázka č. 2 (viz obrázek 18, s. 50) zjišťuje jaký je věk respondentů trpících depresivními stavy. Dle získaných dat, je největší skupinou respondentů s výskytem depresivních stavů věkové rozmezí 60-74 let – 18 respondentů (47 %). Ve věkovém rozmezí 75-89 let je výskyt depresivních stavů u 9 respondentů (24 %). Věkovou skupinu 90 let a více uvádí 11 respondentů (29 %).

Při porovnání získaných dat s Šenkýřovou (2013, s. 57) nedošlo ke shodě. Jí zjištěnou největší skupinou respondentů trpících depresivními stavy v zařízeních sociální péče byla věková skupina 85 let a více, což v její práci uvedlo 29 dotazovaných (58 %) z celkového vzorku 50 respondentů (100 %).

Ke shodě nedošlo ani v porovnání výsledků této práce s prací Vrzalové (2017, s. 49). Ta uvádí jako největší skupinu respondentů trpících depresemi věkové rozmezí 75-89 let. Dle jejích získaných dat to bylo 21 respondentů (41 %), z celkového počtu 43 (100 %).

Otázka č. 3 (viz obrázek 19, s. 51) zjišťovala, jak respondenti hodnotí svůj zdravotní stav a otázka č. 4 (viz obrázek 20, s. 52), zda dotazovaní trpí některými z uvedených nemocí. Tak, jak se dalo předpokládat, malá část respondentů uvedla, že jejich zdravotní stav je velmi dobrý (8 % ze všech dotazovaných). Naopak, že jejich zdravotní stav je špatný, uvedlo 18 % dotazovaných. Ostatní respondenti volili jiné možnosti. Na otázku, jakými nemocemi respondenti trpí, bylo dotazníkovým šetřením zjištěno, že každý respondent má 2 nebo více chronických onemocnění. Nejčastější onemocnění, kterými trpí zkoumaný vzorek respondentů jsou: arteriální hypertenze, diabetes mellitus, inkontinence a poruchy zraku. Ostatní onemocnění jsou zastoupena v podstatně menším počtu. Taktéž Jiráček ve své knize (2013, s. 262) uvádí, že ke vzniku deprese u socializovaných seniorů přispívá i jejich chronická onemocnění.

Otázka č. 5 (viz obrázek 21, s. 53) zjišťovala, jak dlouho jsou dotazovaní klienty zařízení sociální péče. Nejvíce respondentů (45 %) uvedlo, že jsou klientem zařízení sociální péče méně, než 1 rok. Naopak nejméně z dotazovaných (8 %) ze všech respondentů označilo odpověď, že jsou klienty sociálního zařízení více než 10 let. Dobu pobytu v zařízení sociální péče 1-4 roky uvedlo 13 % a dobu pobytu 5-10 let 34 % respondentů ze všech dotazovaných.

Vzhledem k tomu, že větší část respondentů získala v hodnocení geriatrické škály deprese více než 5 bodů, je patrné, že délka pobytu v zařízení sociální péče nemá vliv na vznik depresivních stavů. Martínková (2015, s. 51) uvádí, že v její práci nebyl prokázán vztah mezi výskytem depresivních stavů a délkou pobytu v sociálním zařízení.

Otázka č. 6 (viz obrázek 22, s. 54) zjišťuje, zda jsou respondenti v domově pro seniory navštěvováni rodinou, či blízkými osobami. Ze všech dotazovaných je v domově pro seniory navštěvováno rodinou/blízkými 84 % z nich. Naopak 16 % respondentů návštěvy v sociálním zařízení nemá.

Otázka č. 7 (viz obrázek 23, s. 55) zjišťuje, jak často jsou respondenti, kteří v předchozí otázce (otázka č. 6) odpověděli ano, tedy že jsou navštěvováni rodinou/blízkými osobami. Z 32 (100 %) respondentů, kteří mají v domově, uvádí 14 (44 %) dotazovaných návštěvy každý týden, 13 (41 %) dotazovaných uvádí, že mají návštěvy 1-2 krát za měsíc. Nejméně, respondentů 5 (15 %) uvádí návštěvy pouze několikrát do roka.

Při porovnání získaných dat s Vrzalovou (2017, s. 63) je z celkového počtu jejich respondentů nejvíce navštěvováno rodinou/blízkými pouze několikrát do roka 18 (42 %) dotazovaných. Naopak nejméně jsou navštěvováni její respondenti každý měsíc a to v 5 (12 %) případech. 21 % jejich respondentů má návštěvu každý týden a zbytek dotazovaných uvádí, že návštěvu rodiny nebo blízkých v sociálním zařízení nemá.

Otázka č. 8 (viz obrázek 24, s. 56) zjišťuje, zda by si respondenti, kteří jsou v domově navštěvováni rodinou, či blízkými přáli, aby návštěvy byly častější, než je tomu doposud. Z počtu 32 respondentů, kteří mají návštěvy v domově, uvádí 15 dotazovaných, že by si návštěvy přáli častěji, než je tomu doposud. Naopak 17 respondentů uvádí, že by si častější návštěvy nepřáli.

Otázka č. 9 (viz obrázek 25, s. 57) zjišťovala, zda mají respondenti možnost se kdykoliv spojit se svojí rodinou/blízkými pomocí mobilního telefonu, tabletu či počítače. Na tuto otázku odpovědělo všech 38 (100 %) respondentů - ano.

Otázka č. 10 zjišťovala, jaký je důvod toho, že se respondenti nemohou kdykoliv spojit se svou rodinou či blízkými. Na tuto otázku neodpovídal žádný respondent, protože všichni respondenti (100 %) na předchozí otázku č. 9 uvedli, že se mohou kdykoliv spojit se svojí rodinou /blízkými pomocí mobilního telefonu, tabletu nebo počítače.

Odpovědí na průzkumnou otázku č. 2 lze konstatovat, že dle zkoumaného vzorku respondentů trpí depresivními stavy všechny věkové kategorie. Dle zkoumaného vzorku nemá počet návštěv rodinných příslušníků či blízkých osob vliv na výskyt deprese u seniorů v sociálním zařízení. Naopak současný zdravotní stav respondentů má vliv na výskyt deprese.

### **Průzkumná otázka č. 3: Ovlivňuje klienta prostředí zařízení sociální péče a aktivity provozované v zařízení?**

K zhodnocení průzkumné otázky č. 3 byly použity následující otázky z dotazníkového šetření: otázka č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Otázka č. 11 (viz obrázek 26, s. 59) zjišťovala, jaké měli respondenti oblíbené koníčky/aktivity před vstupem do sociálního zařízení. Otázka č. 12 (viz obrázek 27, s. 60) pak zjišťovala, zda se oblíbené koníčky/aktivity změnilo po příchodu do domova. Nejčastější aktivitou respondentů před příchodem do sociálního zařízení byla četba, turistika a výlety, jízda na kole nebo ruční práce. Oblíbené koníčky/aktivity se po příchodu do domova změnilo u 34 respondentů (89 %). U 4 respondentů (11 %) nedošlo po příchodu do domova ke změně jejich aktivit.

Dufková (2015, s. 34-36) ve své práci shodně uvádí, že její respondenti měli před vstupem do domova oblíbené tyto aktivity: ruční práce (pletení, šití, háčkování) a četbu. Dále pak její respondenti uvedli jako své oblíbené aktivity před vstupem do domova procházky na čerstvém vzduchu se svým domácím mazlíčkem a zahradničení. Dufková (2015, s. 42) dále uvádí, že její respondenti bezprostředně po příchodu do domova nevyhledávali volnočasové aktivity. Účastnili se pouze duchovních služeb.

Na otázku č. 13 (viz obrázek 28, s. 61) odpovídali pouze ti respondenti, kteří uvedli v předchozí otázce (otázka č. 12) odpověď ano. Otázka č. 13 zjišťuje, zda se u respondentů, kteří uvedli změnu koníčků/aktivit po vstupu do domova, zvýšil nebo snížil počet oblíbených koníčků/aktivit. Méně aktivit uvedlo 23 respondentů (68 %). Naopak více aktivit uvedlo 11 respondentů (32 %).

Otázka č. 14 (viz obrázek 29, s. 62) zjišťovala důvody omezení oblíbených koníčků/aktivit po příchodu do sociálního zařízení. Na tuto položku odpovídali pouze ti respondenti, u kterých došlo po příchodu do domova ke snížení počtu oblíbených aktivit/koníčků. Nejčastějším důvodem omezení byl označen jejich zdravotní stav (83 %) a u 17 % respondentů nevhodné aktivity.

Otázka č. 15 (viz obrázek 30, s. 63) zjišťovala, zda se respondenti účastní volnočasových aktivit nabízených sociálním zařízením. 55 % ze všech dotazovaných uvedlo, že se volnočasových aktivit účastní, 45 % uvedlo svoji neúčast při poskytovaných aktivitách.

Vrzalová (2017, s. 60) ve své práci také uvádí, že více jejich respondentů se účastní volnočasových aktivit. Konkrétně však při těchto aktivitách uvádí více kladných odpovědí. Ano odpovědělo 42 % a spíše ano 28 % jejich dotazovaných. Naopak odpověď spíše ne zvolilo 17 % a odpověď ne 13 % ze všech jejich respondentů. Dle získaných dat od Vrzalové (2017, s. 61) její respondenti se aktivit neúčastní proto, že je nebaví nebo že nevědí, proč se do aktivit nezapojují.

Otázka č. 16 (viz obrázek 31, s. 64) zjišťuje, zda jsou respondenti spokojeni s nabízenými volnočasovými aktivitami, které poskytuje jejich zařízení sociální péče. Z celkového počtu 38 respondentů (100 %) je spokojeno s nabízenými aktivitami 84 % dotazovaných. 16 % respondentů uvedlo nespokojenost s nabízenými aktivitami a důvodem jejich nespokojenosti je absence aktivit pro muže nebo aktivity spojené se zahradničením. Jeden respondent uvádí nedostatek společných výletů.

Otázka č. 17 (viz obr. 32, s. 65) zjišťovala, zda jsou respondenti spokojeni s prostředím sociálního zařízení a jeho vybavením. 98 % ze všech dotazovaných uvedlo svoji spokojenost. Pouze 8 % respondentů je nespokojených a důvodem jejich nespokojenosti je u všech uvedeno nedostatek soukromí.

Stejného výsledku dosáhla ve své práci Raclavská (2015, s. 57), která uvádí, že by si její respondenti také přáli více soukromí, a to 10 % respondentů, kteří na tuto otevřenou otázku odpověděli.

Ve srovnání s daty Vrzalové (2017, s. 56), je z celkového počtu dotazovaných v její práci nespokojených s prostředím domova 2x více respondentů, a to 16 %.

Otázka č. 18 (viz obr. 33, s. 66) zjišťovala, zda jsou respondenti spokojeni s přístupem zaměstnanců. Všechny 100 % dotazovaných je s přístupem zaměstnanců jejich sociálního zařízení spokojeno.

Naopak Vrzalová (2017, s. 56) ve své práci uvedla nespokojenost s přístupem personálu u 40 % respondentů ze 100 % jejich dotazovaných.

Otázka č. 19 (viz obr. 34, s. 67) zjišťovala, zda se někdy respondenti dostali do situace, kdy potřebovali psychickou podporu a podpora jim byla odmítnuta. Ze 100 % dotazovaných se s touto situací setkal pouze jeden respondent (3 %).

V odpovědi na průzkumnou otázku č. 3. musím konstatovat, že prostředí zařízení sociální péče a aktivity provozované v zařízení ovlivňují klienta.



## 10 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na výskyt depresivních stavů u seniorů žijících v sociálním zařízení. V teoretické části je shrnuto stárnutí a stáří, sociální služby a deprese. V průzkumné části je popsána metodika práce, výsledky škály deprese dle Yesavage, vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku a diskuze.

Ke zjištění potřebných dat k vyhodnocení dílčích cílů a hlavního cíle práce byla použita škála deprese dle Yesavage. Dále byl od dotazovaných, u kterých byly škálou prokázány známky deprese, zpracován jimi vyplněný nestandardizovaný dotazník.

### *První dílčí cíl zjišťoval četnost výskytu depresivních stavů u seniorů žijících v sociálních zařízeních.*

Z průzkumu bylo zjištěno, že ze dvou sociálních zařízení dle škály deprese neprokazuje známky deprese 47 % respondentů. Naopak 53 % dotazovaných prokazuje mírnou formu deprese (42 %) nebo těžkou formu deprese (11 %). Nejpočetnější skupinou respondentů s výskytem depresivních stavů je věkové rozmezí 60-74 let (47 %). Tak, jak je uvedeno v diskuzi bakalářské práce, depresivními stavy socializovaných seniorů trpí více ženy než muži.

### *Druhý dílčí cíl zjišťoval faktory ovlivňující progresi depresivních stavů u institucionalizovaných seniorů.*

K vyhodnocení této otázky byli do průzkumu zařazeni pouze respondenti, kteří - dle škály deprese - projevovali její známky. Úkolem bylo zjistit faktory, které mohou zastavit nebo snížit progresi depresivních stavů, přičemž nebylo cílem této práce zkoumat kolik a jaká antidepressiva respondenti užívají.

Dle odpovědí dotazovaných lze soudit, že v sociálních zařízeních je klientům nabízeno dostatečné množství vhodných aktivit a s nimi je většina dotazovaných spokojená. 16 % respondentů by ale uvítalo více společných výletů, aktivit zaměřených na zahradničení nebo aktivity zaměřené více pro muže.

Zajímavé zjištění také bylo, že pouze třem dotazovaným (8 %) ze všech respondentů v zařízení chybí soukromí, například v podobě jednolůžkových pokojů. Ostatní respondenti uváděli spokojenost s prostředím, které obývají.

Pozitivním zjištěním je, že většina respondentů (84 %) je navštěvovaná v sociálním zařízení svojí rodinou/blízkými. Bohužel 5 % z nich má návštěvu pouze několikrát do roka. 16 % ze všech dotazovaných nikdo z rodiny nebo blízkých nenavštěvuje. Přesto i tito respondenti uvedli, že se mohou kdykoliv spojit se svojí rodinou/blízkými pomocí mobilního telefonu, tabletu nebo počítače.

Přesto, že všichni respondenti uváděli, že jsou spokojeni s přístupem personálu sociálního zařízení, se jeden dotazovaný dostal do situace, kdy potřeboval dle svého mínění psychickou podporu a ta mu byla personálem odmítnuta.

V této práci bylo také zjištěno, že na depresivní stavy seniorů nemá podstatný vliv institucionalizace seniorů nebo délka pobytu v sociálním zařízení a že se objevuje u dotazovaných ve všech věkových skupinách.

Domnívám se tedy, že prevencí progresu depresivních stavů u seniorů v sociálním zařízení by mohl být větší počet jednolůžkových pokojů, vzhledem ke stavebnímu uspořádání sociálních zařízení to ale není vždy možné. V oblasti nabízených aktivit by bylo vhodné zařadit více aktivit pro muže, zahradničení a také společné výlety. U seniorů, kteří jsou navštěvováni rodinou nebo blízkými několikrát do roka nebo vůbec ne, by se dala jejich situace zlepšit pomocí dobrovolníků. Otázka dobrovolníků však v dotazníku nebyla řešená. Proto bych ji doporučila zařadit do průzkumu v dalších pracích na podobné téma.

Hlavní cíl bakalářské práce byl splněn.

Výsledky bakalářské práce budou předány vedení sociálních zařízení, ve kterých byl průzkum proveden.

*„Největším štěstím v životě člověka je vědomí, že nás někdo miluje proto, jací jsme,  
nebo spíše přesto jací jsme.“*

Romain Rolland

## 11 POUŽITÁ LITERATURA

### 11.1 Tištěné zdroje

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

HAVRÁNKOVÁ, Olga. *Sebevražednost seniorů*. Praha: Karolinum, 2021. 164 s. ISBN 978-80-246-4822-4.

HOSÁK, L., M. HRDLIČKA a J. LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

JIRÁK, Roman a kolektiv. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 350 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

KALIŠOVÁ, Lucie a kolektiv. *Elektrokonvulzivní léčba - teorie a praxe*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2019. 118 s. ISBN 978-80-246-4337-3.

KUCKIR, M., H. VAŇKOVÁ, I. HOLMEROVÁ a kolektiv. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2017. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

POKORNÁ, Andrea a kolektiv. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK a kolektiv. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. Psyché. 184 s. ISBN 978-80-271-0876-3.

## 11.2 Bakalářské a diplomové práce

DUFKOVÁ, Daniela. *Volný čas seniorů v rámci adaptace na rezidenční péči* [online]. Brno, 2015 [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/n5jl3/Diplomova\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/n5jl3/Diplomova_prace.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Dana Knotová, Ph.D.

MARTINKOVÁ, Iveta. *Deprese u klientů domova pro seniory* [online]. Brno, 2015 [cit. 2022-04-8]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/hhqig/DP\\_Martinkova.pdf](https://is.muni.cz/th/hhqig/DP_Martinkova.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Kristýna Balátová, Ph.D.

RACLAVSKÁ, Ivana. *Hodnocení vybraných potřeb a výskyt deprese seniorů v pobytových zařízeních* [online]. Zlín, 2015 [cit. 2022-04-8]. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/33394/raclavsk%0c3%a1\\_2015\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/33394/raclavsk%0c3%a1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Jitka Jakešová

ŠENKÝŘOVÁ, Lenka. *Výskyt deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí a u seniorů žijících v sociálních institucích* [online]. Brno, 2013 [cit. 2022-04-8]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/h3nsj/Vyskyt\\_deprese\\_u\\_senioru\\_zijicich\\_ve\\_vlastnim\\_prostredi\\_a\\_u\\_senioru\\_zijicich\\_v\\_socialnich\\_institucich.pdf](https://is.muni.cz/th/h3nsj/Vyskyt_deprese_u_senioru_zijicich_ve_vlastnim_prostredi_a_u_senioru_zijicich_v_socialnich_institucich.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

VRZALOVÁ, Michaela. *Depresivní stavy institucionalizovaných seniorů* [online]. Pardubice, 2017 [cit. 2022-04-8]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/69028/VrzalovaM\\_DepresivniStavy\\_VS\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/69028/VrzalovaM_DepresivniStavy_VS_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Vlastimila Semencová.

## 12 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>MMSE - Mini-Mental State Examination</i> .....	78
Příloha B – <i>ADL (Activity of Daily Living) Barthelové test základních všedních činností</i> .....	81
Příloha C – <i>MNA – Mini Nutritional Assessment</i> .....	82
Příloha D – <i>Geriatrická škála deprese</i> .....	83
Příloha E – <i>Nestandardizovaný dotazník</i> .....	84

Příloha A – MMSE - Mini-Mental State Examination

**MMSE – Mini - Mental State Examination**

Za každou správnou odpověď či splnění úkolu se započítává 1 bod.

<b>ORIENTACE</b>		<b>BODY</b>
Vyšetřující osoba pokládá vyšetřovanému následující otázky. Každá správně zodpovězená je za 1 bod.	Jaký je rok?	
	Jaké je roční období?	
	Který je nyní měsíc?	
	Který je den v týdnu?	
	Ve kterém jsme státě?	
	Ve kterém jsme okrese?	
	Ve kterém jsme městě?	
	Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?	
	Ve kterém jsme poschodí?	
	Kolikátého je dnes?	
	<b>CELKEM BODŮ</b>	

<b>PAMĚŤ</b>		<b>BODY</b>
Vyšetřující osoba vyjmenuje vyšetřovanému nejméně 3 předměty a vyzve ho, aby je zopakoval a také si je zapamatoval, protože je bude muset později znovu uvést.	Okno	
	Tužka	
	Kniha	
<b>CELKEM BODŮ</b>		

<b>POZORNOST</b>		<b>BODY</b>
Nemocný je vyzván, aby odečítal od čísla 100 číslo 7, a to 5krát po sobě.	93	
	86	
	79	
	72	
	65	
<b>CELKEM BODŮ</b>		


<b>VÝBAVNOST</b>		<b>BODY</b>
Úkolem je zopakovat 3 dříve jmenované předměty, které si měl vyšetřovaný zapamatovat.	Okno	
	Tužka	
	Knih	
<b>CELKEM BODŮ</b>		

<b>POJMENOVÁNÍ</b>		<b>BODY</b>
Ukažte nemocnému dva předměty a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.	Co to je? Hodinky	
	Co to je? Tužka	
<b>CELKEM BODŮ</b>		

<b>OPAKOVÁNÍ</b>		<b>BODY</b>
Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:	„Žádná ale, jestliže, kdyby.“	
<b>CELKEM BODŮ</b>		

<b>TRÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ</b>		<b>BODY</b>
Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“	Uchopení papíru do pravé ruky	
	Přeložení papíru na polovinu	
	Položení papíru na zem	
<b>CELKEM BODŮ</b>		

<b>ČTENÍ</b>	Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“ vyzvěte jej, aby úkol splnil.	Pacient přečetl nápis a splnil úkol	
<b>PSANÍ</b>	Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek).	Smysluplná věta	

<b>KRESLENÍ</b>	Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. Udělte 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.		
<b>CELKEM BODŮ</b>			

**HODNOCENÍ:**

**27-30 bodů:** normální stav

**25-26 bodů:** hraniční nález

**18-24 bodů:** lehká demence

**6-17 bodů:** středně těžká demence

**Méně než 5 bodů:** pokročilá demence

*Zdroj: POKORNÁ, Andrea a kolektiv. Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje, 2013. s. 140-142.*



Příloha B – ADL (Activity of Daily Living) Barthelové test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko/židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>CELKEM BODŮ</b>		

**HODNOCENÍ:**

**0-40 bodů:** vysoce závislý

**45-60 bodů:** závislost středního stupně

**65-95 bodů:** lehká závislost

**100 bodů:** nezávislý

*Zdroj: POKORNÁ, Andrea a kolektiv. Ošetřovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje, 2013. s. 164-165.*

Příloha C – MNA – Mini Nutritional Assessment

Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?	výrazné snížení příjmu potravy	0
	mírné snížení příjmu potravy	1
	bez snížení příjmu potravy	2
Úbytek váhy za poslední 3 měsíce	úbytek váhy větší než 3 kg	0
	neví	1
	úbytek váhy mezi 1 a 3 kg	2
	žádný úbytek váhy	3
Mobilita	upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní	0
	schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí	1
	samostatná chůze bez omezení	2
Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním?	ano	0
	ne	2
Neuropsychické poruchy nebo obtíže	vážná demence nebo deprese	0
	mírná demence	1
	žádné psychické problémy	2
Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m <sup>2</sup> )	BMI nižší než 19	0
	BMI od 19 a nižší než 21	1
	BMI od 21 a nižší než 23	2
	BMI 23 nebo vyšší	3
<b>Pokud není BMI k dispozici</b>		
Obvod lýtky v cm (měří se v nejširším místě)	menší než 31	0
	31 nebo větší	3
<b>CELKEM BODŮ</b>		

**HODNOCENÍ:**

**12-14 bodů:** normální výživový stav

**8-11 bodů:** v riziku podvýživy

**0-7 bodů:** podvyživený/á

Zdroj: POKORNÁ, Andrea a kolektiv. Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje, 2013. s. 160.

## Příloha D – Geriatrická škála deprese

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Homolová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění Geriatrické škály deprese dle Yesavage a následně o vyplnění dotazníku, který je podkladem mé bakalářské práce s názvem „Depresivní stavy u seniorů žijících v sociálním zařízení.“

Výsledky budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Vyplnění škály a dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní.

Předem děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

### **GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE DLE YESAVAGE**

*U každé z otázek prosím zakroužkujte odpověď, která vystihuje, jak jste se cítil/a v poslední době.*

1.	Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	ANO	NE
2.	Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	ANO	NE
3.	Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ANO	NE
4.	Nudíte se často?	ANO	NE
5.	Máte většinou dobrou náladu?	ANO	NE
6.	Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO	NE
7.	Cítíte se většinou šťastný/á?	ANO	NE
8.	Cítíte se často bezmocný/á?	ANO	NE
9.	Zůstáváte raději doma, než abyste si vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	ANO	NE
10.	Máte pocit, že máte v poslední době větší potíže s pamětí než většina lidí?	ANO	NE
11.	Máte pocit, že je krásné být naživu?	ANO	NE
12.	Připadáte si zbytečný/á?	ANO	NE
13.	Cítíte se pln/a elánu a energie?	ANO	NE
14.	Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	ANO	NE
15.	Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	ANO	NE
<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>			

### **HODNOCENÍ:**

**0-5 bodů:** normální afektivita

**6-10 bodů:** mírná/střední deprese

**11 a více bodů:** těžká deprese

*Zdroj: KUCKIR, M., H. VAŇKOVÁ, I. HOLMEROVÁ a kolektiv. Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení, 2017. s. 64-68.*

**DOTAZNÍK**

*U každé z otázek prosím zakroužkujte jednu odpověď, není-li uvedený jiný způsob.*

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - a) žena
  - b) muž
  
2. Jaký je Váš věk?
  - a) 60 - 74 let
  - b) 75 - 89 let
  - c) 90 let a více
  
3. Svůj zdravotní stav hodnotíte jako:
  - a) velmi dobrý
  - b) dobrý
  - c) ne moc dobrý
  - d) špatný
  
4. Trpíte některými z následujících onemocnění? (*pokud **ano**, zakroužkujte – možno i více onemocnění*)
  - a) arteriální hypertenze (*vysoký krevní tlak*)
  - b) ischemická choroba srdeční
  - c) srdeční selhání
  - d) arytmie
  - e) diabetes mellitus (*cukrovka*)
  - f) onemocnění štítné žlázy
  - g) inkontinence (*samovolný únik moči*)
  - h) osteoporóza (*řidnutí kostí*)
  - i) poruchy zraku (*šedý/zelený zákal*)
  - j) poruchy sluchu
  - k) Parkinsonova choroba
  - l) anémie (*chudokrevnost*)
  - m) jiné neuvedené onemocnění

.....

.....
  
5. Jak dlouho jste klientem zařízení sociální péče?
  - a) méně než jeden rok
  - b) 1 - 4 roky
  - c) 5 - 10 let
  - d) více než 10 let

6. Navštěvuje Vás v domově někdo z rodiny nebo z blízkých osob?  
a) ano  
b) ne

*Na následující 2 otázky (otázka č. 7 a 8) odpovězte pouze, pokud jste v otázce č. 6 odpověděli **ano**.*

7. Jak často Vás navštěvují?  
a) každý týden  
b) 1 - 2 krát za měsíc  
c) pouze několikrát do roka
8. Pál/a byste si, aby Vás navštěvovali častěji, než je tomu doposud?  
a) ano  
b) ne
9. Máte možnost se s rodinou/blízkými kdykoliv spojit například pomocí mobilního telefonu/tabletu/počítače?  
a) ano  
b) ne

*Na následující otázku odpovězte pouze, pokud jste v předchozí otázce (otázka č. 9) odpověděl/a **ne**.*

10. Jaký je důvod toho, že se nemůžete kdykoliv spojit se svou rodinou či blízkými?  
.....  
.....
11. Jaké jste měl/a oblíbené koníčky/aktivity před vstupem do domova? *(možné vybrat více odpovědí)*  
a) četba  
b) turistika/výlety  
c) jízda na kole  
d) vaření/pečení  
e) šití/háčkování/pletení  
f) sportovní aktivity - napište jaké:.....  
g) jiné neuvedené aktivity  
.....  
.....
12. Změnily se vaše oblíbené koníčky/aktivity po příchodu do domova?  
a) ano  
b) ne

Na následující otázku odpovězte pouze, pokud jste na předchozí otázku (otázka č. 12) odpověděl/a **ano**.

13. Máte po příchodu do domova více nebo méně koníčků/aktivit? (pokud **více**, napište, které koníčky/aktivity jste si oblíbil/a až po příchodu do domova.

a) méně

b) více

.....  
.....

Na následující otázku odpovězte pouze, pokud jste v předchozí otázce (otázka č. 13) odpověděla **méně**.

14. Jaký je důvod omezení Vašich oblíbených koníčků/aktivit po příchodu do domova?

.....  
.....

15. Účastníte se volnočasových aktivit (jako například sportovních, kulturních, ručních prací, ...), které jsou poskytované zařízením sociální péče? (pokud **ano**, napište, jakých aktivit)

a) ne

b) ano

.....  
.....

16. Jste spokojený/á s poskytovanými aktivitami? (pokud **ne**, uveďte aktivity, které Vám v domově chybí)

a) ano

b) ne

.....  
.....

17. Jste spokojený/á s prostředím domova a jeho vybavením? (pokud **ne**, uveďte, co byste chtěl/a změnit)

a) ano

b) ne

.....  
.....

18. Jste spokojený/á s přístupem zaměstnanců domova ke klientům? (pokud **ne**, uveďte, co by se mělo změnit ze strany zaměstnanců)

a) ano

b) ne.....

.....

19. Dostal/a jste se někdy v domově do situace, kdy jste potřeboval/a psychickou podporu a podpora Vám byla odmítnuta?

a) ano

b) ne

*Zdroj: Autor práce*