VYUŽITÍ STANDARDIZOVANÝCH ŠKÁL PRO HODNOCENÍ SENIORŮ

Use of standardized scales for evaluation of seniors

Lucie Sikorová¹, Darja Jarošová¹, Jana Marečková², Hana Pajorová³

12: 399–406, 2010
ISSN 1212-4117

¹Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

²Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

³Agentura domácí ošetrovatelské péče Hana Pajorová, Ostrava

Summary

The contribution presents results of an examination implemented in the agency of home care and its partial target was verification of the applicability of selected scales – BMI, Barthlet test of daily life activities (ADL), Questionnaire for functional assessment of the patient, Evaluation of the nutritional condition, Evaluation of risk of development of decubiti by Northon, Evaluation of the pain intensity, Evaluation of mental health, Evaluation of depression in geriatric patients and Test of cognitive functions Mini Mental State Exam (MMSE) in seniors (n=162). The chosen battery of tests was first verified in a pilot examination (n=20). The methods for data processing were descriptive statistics, Spearman correlation coefficient and Fisher exact test at a 5% significance level. The analysis of the results demonstrated that for objectivizing diagnostic factors (determining characters, related factors and risk factors) the suitable tools are as follows: the ADL test for the nursing diagnosis *Impaired mobility* and furthermore the test FAQ and evaluation of the nutritional condition. In 84% of seniors with the diagnosis *Impaired mobility*, the pain was demonstrated, which is a part of related factors of this diagnosis (according to NANDA-I). The nursing assessment of the diagnosis *Risk of falls* should be supplemented by the test ADL, since a dependence was demonstrated in most seniors with this diagnosis and by evaluation of pain and malnutrition (in spite of the fact that NANDA-I it is not a part of risk factors in this diagnosis). In seniors with the nursing diagnosis *Risk of infection*, ADL, FAQ and Assessment of the nutritional condition are suitable tools for the data objectivization. For establishing the nursing diagnosis *Chronic pain*, it is suitable to consider the intensity of the pain, dependence (according to the ADL) and Mental health. A positive correlation was demonstrated between the ADL test and test of the risk of the development of decubiti by Northon, where dependence of seniors also increases with the increasing risk of the development of decubiti. There was also a strong correlation in the test of the depression of geriatric patients and test of mental health.

Key words: senior – home care – standardized scales – tests – nursing diagnosis

Souhrn

Příspěvek prezentuje výsledky šetření realizovaného v agentuře domácí péče, jehož dílčím cílem bylo ověření využitelnosti vybraných škál – BMI, Barthelův test aktivit denního života (ADL), Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (FAQ), Hodnocení nutričního stavu, Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Northonové, Hodnocení intenzity bolesti, Hodnocení psychického zdraví, Hodnocení deprese geriatrických pacientů a Test kognitivních funkcí Mini Mental State Exam (MMSE) u seniorů (n = 162). Zvolená baterie testů byla nejdříve ověřena při pilotním šetření (n = 20). Metodou zpracování dat byla deskriptivní statistika, Spearmanův korelační koeficient a Fisherův exaktní test na 5% úrovni významnosti. Analýza výsledků ukázala, že pro objektivizaci diagnostických prvků (určujících znaků, souvisejících faktorů a rizikových faktorů) jsou vhodnými nástroji: k ošetrovatelské diagnóze *Zhoršená pohyblivost* test ADL, dále test FAQ a hodnocení nutričního stavu. U 84 % seniorů s diagnózou *Zhoršená pohyblivost* byla potvrzena bolest, která je

součástí souvisejících faktorů této diagnózy (dle NANDA-I.). Ošetřovatelské posouzení diagnózy *Riziko pádů* by mělo být doplněno o test ADL, jelikož byla závislost potvrzena u naprosté většiny seniorů s touto diagnózou, zhodnocení bolesti a malnutrice (přestože není dle NANDA-I. součástí rizikových faktorů této diagnózy). U seniorů s ošetřovatelskou diagnózou *Riziko infekce* je vhodným nástrojem k objektivizaci test ADL, FAQ a Hodnocení nutričního stavu. Ke stanovení ošetřovatelské diagnózy *Chronická bolest* je vhodné posoudit intenzitu bolesti, závislost (dle ADL) a Psychické zdraví. Pozitivní korelace byla prokázána mezi testem ADL a testem rizika vzniku dekubitů dle Northonové, kdy se stoupajícím rizikem vzniku dekubitů roste i závislost seniorů. Silně korelující byl také test deprese geriatrických pacientů a test psychického zdraví.

Klíčová slova: seniori – domácí péče – standardizované škály – testy – ošetřovatelská diagnóza

ÚVOD

V březnu 2008 publikoval EUROSTAT svoji prognózu, která předpokládá pro Českou republiku do roku 2050 dvojnásobný nárůst podílu nejstarší složky obyvatelstva. Podíl osob starších 65 let činil v roce 2008 14,6 %, v roce 2030 by měl přesáhnout 23 % (ÚZIS, 2009, s. 1). „V současnosti nejrychleji přibývá v populaci hospodářsky vyspělých států nejstarší věková skupina nad 85 let včetně dlouhověkých seniorů nad 100 let věku. Neustále narůstá mužská nadúmrtost, se kterou souvisí fenomén osamělých starých žen“ (Kalvach et al., 2004, s. 59). „Ve vyšším věku kromě obvyklého obrazu stáří, který je dán kombinací involučních změn s kondicí a projevy chorob, může jedinec postrádat jistotu mládí“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 26). Přestože je obraz nemocnosti a průběh onemocnění ve vyšším věku často odlišný, bývá častým a závažným důsledkem snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci (Zavázalová et al., 2001, s. 23; Tomagová, 2009). Prevalence chronických chorob ve vyšším věku je velmi vysoká (95 % mužů a 97 % žen). Nejvyšší byla v ČR v posledních letech prevalence nemocí oběhové soustavy, nemocí pohybového ústrojí, nemocí endokrinní a poruch výživy a metabolické přeměny (Kalvach et al., 2004, s. 130).

Posuzování celkového zdravotního stavu a funkčního stavu je obecně dosti složité a neustálé. O skutečném zdravotním stavu seniorů a tím o přesné potřebě zdravotní péče ve stáří chybí dostatek informací. Holčík (1981, s. 90) shrnul základní požadavky na vhodnou metodu vyšetření: validita, komplexnost, návaznost, opakovatelnost, přesnost, jednoduchost, kvalita

vstupních dat, použitelnost. Upozorňuje, že k posouzení celkového zdraví by bylo nutné znát o vyšetřovaných osobách vše. Operačním cílem proto může být jen hodnocení vybraných komponent zdravotního stavu a potřeb podle cíle šetření a dostupnosti vhodných informací.

Posuzování stavu potřeb seniorů má stejné složky jako posuzování potřeb mladších nemocných – anamnestický rozhovor, fyzikální vyšetření, ošetřovatelská diagnostika. Fyzikální vyšetření navazuje na anamnestický zájem o funkční zdatnost. Mělo by usilovat o popis a standardizované posouzení nejen změn morfolozických, ale také funkčních. Testy jsou často sdružovány do baterií. Některé jsou orientovány na tělesné schopnosti, jiné na mentální schopnosti, některé jsou smíšené. Jak uvádí Rubenstein (in Kalvach et al. 2004, s. 199), většina testů je neustálených a provádí se v modifikaci podle jednotlivých autorů a sestav pacientů, což znesnadňuje vzájemné porovnávání i metaanalytické zpracování.

Cílem šetření bylo ověřit využitelnost vybraných měřicích nástrojů pro zhodnocení diagnostických prvků (určujících znaků, souvisejících faktorů a rizikových faktorů) v ošetřovatelské diagnostice seniorů-klientů domácí péče.

Charakteristika souboru

Výzkumný soubor zahrnoval 162 seniorů-klientů Agentury domácí péče Pajorová v Ostravě (ADP). Soubor tvořilo 49 mužů a 113 žen. Z tohoto souboru představovalo 52 % seniorské populace nad 65 let a 48 % seniorské populace nad 80 let věku. Kritériem výběru seniorů do výzkumného souboru byl věk nad 65 let, klient ADP – indikace lékaře k domácí péči (stanovené diagnózy dle MKN) a informovaný souhlas seniora. Nejčastějším základním onemocněním

u výzkumného souboru seniorů bylo onemocnění oběhové soustavy ($n = 61$), endokrinní a metabolická ($n = 40$), onemocnění kůže a podkožního vaziva ($n = 12$) a poranění, otravy, vnější faktory ($n = 11$). Více než polovina seniorů výzkumného souboru (61 %) byla do péče přijata z důvodu dlouhodobé péče, 52 % seniorů bylo ve vdovském stavu. Ve vzdělání převažovalo s nejvyšší frekvencí základní vzdělání (54 %). 25 % seniorů výzkumného souboru žilo samo bez rodinných příslušníků či v domě s pečovatelskou službou.

METODIKA

Na základě stanoveného dílčího cíle šetření byla nejprve expertní skupinou vytvořena baterie vhodných měřicích nástrojů. Testy a škály do tohoto souboru měřicích nástrojů byly voleny jak z oblasti tělesných, tak mentálních schopností. Zařazeny byly tyto nástroje: BMI (Bláha, Vignerová, 2002, s. 93–104), Barthelův test aktivit denního života ADL (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 182), Dotazník pro funkční hodnocení pacienta FAQ (Bartoš et al., 2008, s. 31–34), Hodnocení nutričního stavu (Kalvach, 2004, s. 304), Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Northonové (Mikula, Müllerová, 2008, s. 19), Hodnocení intenzity bolesti (Drábková, 2008, online), Hodnocení psychického zdraví (Pidman, Kolibáš, 2005, s. 105), Hodnocení deprese geriatrických pacientů (Kalvach et al., 2008, s. 88) a Test kognitivních funkcí Mini Mental State Exam MMSE (Kalvach et al., 2004, s. 186). Soubor všech uvedených měřicích nástrojů byl nejprve využit při pilotním šetření ($n = 20$), ve kterém se také ověřovala možnost elektronické formy zápisu testování a následně pro výzkumné šetření. Pro sběr dat byl sestaven tým, který byl důkladně proškolen v použití vybraných měřicích nástrojů a práci s elektronickým protokolem.

Získaná empirická data byla zpracována pomocí deskriptivní statistiky (aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota). Ke zjištění míry vztahu mezi výsledky měřicích nástrojů a kategorií – věk seniorů, pohlaví seniorů, vzdělání, způsob bydlení (sám, s manželem/manželkou, s dětmi, s partnerem/partnerkou, s jinými osobami, sku-

pinové bydlení), důvod zahájení ošetrovatelské péče (dlouhodobá péče, posthospitalizační péče, sledování prevence komplikací, rehabilitace, edukace, respitní péče, paliativní péče), typ pečovatele (syn/dcera, snacha/zet', manžel/manželka, jiný příbuzný, nepříbuzný, např. všeobecná sestra), pohlaví, rodinný stav, vzdělání seniora – byla statisticky posuzována prostřednictvím Spearmanova korelačního koeficientu na 5% úrovni významnosti. V situaci, kdy kategorie ke statistickému posouzení zahrnovaly nízkou četnost (pod 5), byl k prokázání statistické významnosti použit Fisherův exaktní test (5% úroveň významnosti). Korelace mezi měřicími nástroji byly porovnávány prostřednictvím Spearmanova korelačního koeficientu (5% úroveň významnosti).

VÝSLEDKY

Hodnocení BMI prokázalo výskyt nadváhy (hodnota BMI 24,9–29,9) u 65 seniorů (44 %), obezity I. stupně (BMI 30–34,9) u 27 seniorů (18 %), obezity II. stupně (BMI 35–39,9) u 7 seniorů (5 %). Obezita III. stupně (BMI 40 a více) se ve sledovaném souboru nevyskytovala. Normální tělesná hmotnost byla zaznamenána u 48 seniorů (33 %), podváha nebyla zjištěna. Průměrnou hodnotu BMI, minimální a maximální hodnotu BMI monitorovaných seniorů zachycuje tabulka 1. U 17 seniorů nebylo možné BMI zjistit (ležící seniori, problémy s komunikací, potřebné parametry nebyly k dispozici atd.). Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl BMI v závislosti na pohlaví, věku seniorů ani v závislosti na rodinném stavu nebo vzdělání. Statisticky významný rozdíl nebyl zaznamenán při posouzení BMI ve vztahu k tomu, zda senior bydlí sám či s dalšími osobami, avšak při posouzení nutričního skóre byl zjištěn statisticky významně nižší výskyt rizika malnutrice u seniorů bydlících s další osobou (manželem/manželkou, s dětmi, partnerem nebo jinou osobou) – $p = 0,001$. Nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl ve výsledném BMI a tím, zda pečuje o seniora syn/dcera, snacha/zet', manžel/manželka, jiný příbuzný nebo nepříbuzný. Signifikantní riziko výskytu malnutrice bylo potvrzeno u ovdovělých seniorů (0,025).

Tabulka 1 Deskriptivní statistika měřicích nástrojů

Měřicí nástroj	N	Mean	Min.	Max.
BMI	147	27,292	15	37,1
Barthelův test	148	63,451	5	100
Funkční hodnocení	147	15,508	2	30
Hodnocení nutričního stavu	135	16,940	3	30
Hodnocení rizika vzniku dekubitů	144	24,329	12	34
Hodnocení intenzity bolesti	113	3,772	1	10
Hodnocení psychického stavu	129	7,658	1	15
Hodnocení stupně deprese	127	7,101	0	14
Test kognitivních funkcí	134	20,615	2	28

Barthelovým testem aktivit denního života (ADL) byla prokázána ve více než polovině případů nezávislost – 87 seniorů (59 %). Středně závislých bylo 61 seniorů (14 %). Nikdo z hodnocených seniorů nebyl diagnostikován jako vysoce závislý. Průměrné výsledné hodnoty, maximální a minimální hodnoty zjištěné Barthelovým testem jsou zaznamenány v tabulce 1. Nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl ve výsledném skóre Barthelova testu v závislosti na pohlaví a věku, přestože u ošetřovatelské diagnózy Riziko pádů jde o jeden z rizikových faktorů věku a pohlaví. U seniorů ve vdovském stavu byla signifikantně více často prokázána závislost než u seniorů ženatých/vdaných, rozvedených či v jiném rodinném stavu ($p = 0,006$). Seniori žijící s někým (manželem/manželkou, partnerem, dětmi nebo jinou osobou) byli méně závislí než ti, kteří žili sami ($p = 0,000$). Stejně tak jako ti, o které pečoval manžel/manželka oproti dalším seniorům, o něž pečoval někdo jiný, ať už z rodiny či mimo ni ($p = 0,006$). Délka péče poskytovaná agenturou domácí péče neovlivnila schopnost sebez péče.

Výsledky Dotazníku pro funkční hodnocení (FAQ) ukázaly jako nejnižší zjištěnou hodnotu 0, nejvyšší 30 bodů. Výsledné dosažené hodnoty 9 a více svědčí pro funkční postižení manifestující se demencí, hodnoty 8 a méně jsou považovány za normální výsledek. Normální výsledná

hodnota byla konstatována u 22 seniorů (15 %), hodnota svědčící pro funkční postižení u 125 seniorů (85 %). Minimální a maximální dosažené hodnoty v testu jsou zaznamenány v tabulce 1. Na funkční stav seniorů nemělo vliv pohlaví seniorů, rodinný stav monitorovaných seniorů, způsob bydlení (sám, s někým, skupinově), délka péče v agentuře domácí péče, přítomnost rodinného oproti jinému pečovateli. Signifikantně více seniorů s funkčním postižením svědčícím pro demenci se nacházelo ve věkové kategorii 80 a více let než v nižších věkových kategoriích ($p = 0,005$). U seniorů se základním vzděláním byl signifikantně častěji zaznamenán výsledek FAQ svědčící o postižení demencí ($p = 0,007$) než u seniorů s vyšším než základním vzděláním.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Northonové neprokázalo u 75 seniorů (52 %) riziko vzniku dekubitů, oproti 69 seniorům (48 %) s bodovým hodnocením skóre Northonové nižším než 25 bodů a tedy s rizikem vzniku dekubitů. Nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl ve výsledném hodnocení rizika vzniku dekubitů vzhledem k pohlaví, k věku posuzovaných seniorů, k rodinnému stavu seniorů, vzdělání, délce péče agenturou domácí péče, kategorii laického pečovatele (syn/dcera, snacha/zet', manžel/manželka, jiný příbuzný, nepříbuzný) ani vzhledem k důvodu zahájení péče (dlou-

hodobá péče, posthospitalizační péče, sledování prevence komplikací, rehabilitace, edukace, respitní péče, paliativní péče). Riziko vzniku dekubitů bylo signifikantně častější u seniorů bydlících s někým (rodinným příslušníkem či jinou osobou) než u seniorů bydlících o samotě nebo v domě s pečovatelskou službou ($p = 0,001$).

Intenzita bolesti byla zjišťována u 113 seniorů, u kterých se projevovala bolestivá symptomatologie od spontánní bolestivé grimasy mizějící při komunikaci (stupeň 1) přes spontánní bolestivou grimasu nemizící při komunikaci a s celkovým algickým chováním (stupeň 2) po projevy bouřlivé algické reakce, emocionální hlasité projevy bolesti a neschopnost komunikace (stupeň 3). Nejčastěji byl zaznamenán stupeň 1 ($n = 80$), dále stupeň 2 ($n = 29$) a nejméně často stupeň 3 ($n = 4$). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v závislosti na pohlaví, věku, rodinném stavu, vzdělání, způsobu bydlení, kategorii laického pečovatele ani důvodu zahájení péče agenturou domácí péče. Délka péče v agentuře domácí péče se ukázala jako statisticky významná kategorie ve vztahu k intenzitě bolesti. Nejčastější stupeň bolesti 1 byl zaznamenán především u seniorů v péči agentury trvající déle než jeden rok ($p = 0,001$).

Hodnocení psychického zdraví posuzující subjektivní prožívání psychického stavu na základě 15položkového dotazníku uvedeného Pidmanem a Kolibášem (2005, s. 165) neprokázalo statisticky významné rozdíly ve výsledcích mezi pohlavími, věkem seniorů, rodinným stavem, vzděláním, způsobem bydlení, délkou péče poskytovanou agenturou domácí péče ani důvodem zahájení péče. Psychický stav ale hodnotili signifikantně hůř seniori, o něž pečuje jiný než rodinný pečovatel ($p = 0,036$), podobně jako ve výsledcích hodnocení deprese, kde bylo bez deprese signifikantně více těch, kteří měli rodinného pečovatele ($p = 0,042$). 39 % seniorů nevykazovalo známky deprese při použití třístupňové škály deprese (stupeň 1 – bez deprese, stupeň 2 – mírná deprese, stupeň 3 – manifestující deprese vyžadující odborníka). 38 % seniorů bylo hodnoceno stupněm 2, 23 % seniorů stupněm 3. Signifikanční výsledky nebyly prokázány vzhledem k pohlaví, věku, rodinnému stavu, vzdělání seniorů, formě bydlení, délce péče agentury domácí péče. Korelační koeficient prokázal úzký vztah mezi oběma užitými škálami (tab. 3).

Na základě testu kognitivních funkcí (MMSE) bylo zjištěno, že 41 % seniorů výzkumného souboru se nachází v pásmu normálu. Lehká kognitivní porucha byla zaznamenána u 13 % seniorů, středně těžká kognitivní porucha u 40 % seniorů, těžká kognitivní porucha u 6 % seniorů. Signifikanční rozdíly ve výsledném skóre testu kognitivních funkcí nebyly zaznamenány vzhledem k pohlaví, věku, rodinnému stavu seniora ani délce péče v agentuře domácí péče. Kognitivní porucha byla zaznamenána signifikantně nejméně často v kategorii seniorů bydlících s někým z rodinných příslušníků ($p = 0,000$) a v kategorii seniorů, o které pečoval blízký rodinný příslušník.

Ve zkoumaném souboru seniorů-klientů agentury domácí péče bylo potvrzeno celkem 1 955 ošetřovatelských diagnóz (zahrnuty byly diagnózy jak z publikace J. Marečkové: Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách, tak z publikace NANDA International: Nursing Diagnoses: definitions and classification 2009–2011), tj. průměrně 12,07 ošetřovatelských diagnóz na klienta (min. 1, max. 35). K nejčastěji diagnostikovaným ošetřovatelským diagnózám seniorů výzkumného souboru náležely diagnózy Riziko pádů ($n = 95$), Zhoršená pohyblivost ($n = 83$), Chronická bolest ($n = 76$), Riziko infekce ($n = 75$), Riziko deficitu tělesných tekutin ($n = 62$), Riziko dysfunkční gastrointestinální motility ($n = 58$), Deficit sebepečce při koupání a hygieně ($n = 50$), Porušené myšlenkové procesy ($n = 46$) a další diagnózy s nižší frekvencí. U čtyř nejčastěji stanovených diagnóz jsme porovnávali souvislosti mezi stanovenou diagnózou a měřicími nástroji sloužícími k objektivizaci určujících znaků dané diagnózy.

U seniorů se stanovenou ošetřovatelskou diagnózou Riziko pádů ($n = 95$) jsme našli v 94 případech závislost v Barthelově testu (lehká závislost $n = 67$, závislost středního stupně $n = 20$, vysoká závislost $n = 7$). Nadváha či obezita byla zjištěna u seniorů s diagnózou Riziko pádů u 67 seniorů, podváha u 3 seniorů (u 1 seniora nebylo možné BMI hodnotit). Funkční test prokázal funkční postižení svědčící pro demenci u 80 seniorů (85 %), riziko vzniku dekubitů prokázáno pouze u 39 seniorů (42 %), mírná nebo manifestní deprese u 57 seniorů (68 %), kognitivní porucha od lehké formy ($n = 10$) přes středně těžkou ($n = 36$) až po těžkou kognitivní poruchu ($n = 6$) se vyskytovala.

la celkem u 52 seniorů (58 %), podvýživa seniora nebo rizikový senior z pohledu nutriční u 85 seniorů (93 %), porucha psychického stavu u 66 seniorů (74 %), bolest u 80 seniorů. Další sledované

ošetřovatelské diagnózy a jejich návaznost na výsledky zjištěné v testech a škálách zahrnuje tabulka 2.

Tabulka 2 Pozitivní nálezy ve standardizovaných testech vzhledem k ošetřovatelským diagnózám
Riziko pádů, Zhoršená pohyblivost, Riziko infekce, Chronická bolest

Měřicí nástroj (posuzovaný parametr)	Riziko pádů		Ošetřovatelská diagnóza				Chronická bolest	
			Zhoršená pohyblivost		Riziko infekce			
	N (n)	%	N (n)	%	N (n)	%	N (n)	%
ADL (závislost)	94 (95)	99	78 (78)	100	67 (68)	99	87 (87)	100
BMI (nadváha + obezita)	67 (94)	71	49 (74)	66	42 (67)	62	60 (86)	70
Northonová (riziko)	39 (92)	42	41 (75)	55	31 (63)	49	48 (84)	57
Deprese	57 (85)	68	46 (67)	69	29 (54)	53	55 (79)	70
FAQ (svědčící pro demenci)	80 (94)	85	63 (74)	85	57 (68)	84	63 (79)	80
MMSE	42 (90)	58	41 (69)	59	37 (60)	61	41 (78)	53
Nutriční (malnutriční + riziko malnutriční)	85 (92)	92	67 (69)	97	52 (62)	84	77 (81)	95
Psychické zdraví (porucha)	66 (89)	74	54 (69)	78	35 (54)	65	68 (82)	83
Bolest (stupeň 1–3)	80 (95)	84	69 (83)	83	43 (75)	57	89 (91)	98

Legenda: N – počet seniorů s pozitivním nálezem měřicího nástroje, n – počet testovaných seniorů měřicím nástrojem (s uvedenou ošetřovatelskou diagnózou)

Pozitivní korelace mezi vybranými měřicími nástroji byla prokázána mezi testem ADL a testem rizika vzniku dekubitů (tab. 3), kdy se stoupajícím rizikem vzniku dekubitů roste i závislost seniorů. Silně korelující jsou také test deprese a test psychického zdraví. Jak znázorňuje tabulka 4, střední stupeň závislosti lze pozorovat mezi výsledky testu kognitivních funkcí a rizi-

kem vzniku dekubitů, kdy se zhoršujícími se kognitivními schopnostmi se zvyšuje riziko vzniku dekubitů (přímá úměra). Se stoupající intenzitou bolesti roste i deprese seniorů, a zhoršuje se hodnocení psychického zdraví. V tabulce 3 je možno sledovat i nepřímou úměru některých testů (jedna položka roste, druhá klesá).

Tabulka 3 Korelace měřicích nástrojů

Měřicí nástroj	ADL	FAQ	Riziko dekubitů	Bolest	Psychické zdraví	Deprese	MMSE
ADL	1,0000						
FAQ	-0,4973	1,0000					
Northonová	0,6949	-0,4306	1,0000				
Bolest	-0,2072	0,0990	-0,2580	1,0000			
Psychické zdraví	-0,1584	0,0127	-0,3997	0,3991	1,0000		
Deprese	-0,1878	0,0912	-0,4949	0,3788	0,7886	1,0000	
MMSE	0,2425	-0,5418	0,4813	-0,0491	-0,1757	-0,3346	1,0000

DISKUSE

Projevem geriatrizace zdravotnických služeb je zvyšování podílů seniorů na spotřebě nemocniční péče. Seniori představují podstatnou a stále narůstající část nemocniční klientely. Podíl seniorů s medicínskými diagnózami v našem výzkumném souboru odpovídal skladbě seniorů s nejčastějšími diagnózami v České republice uvedené Kalvachem et al. (2004, s. 130). Metodika výzkumného šetření odpovídá požadavkům uvedeným Holčíkem (1981, s. 90).

Asi třetina pacientů starších 65 let, zvláště mladí seniori, nevyžaduje při hospitalizaci více než standardní zdravotní péči používanou u osob mladšího věku. Zvláštnosti postupu se omezují na respektování očekávatelné involuce a běžných přidružených chorob. Opomíjeným problémem bývá i u těchto zdatných seniorů otázka tělesné kondice a jejího zhoršení během hospitalizace (Kalvach et al., 2004, s. 130). V našem souboru jsme vzhledem k věku zaznamenali změny funkční, které se s narůstajícím věkem zhoršují. Test funkčních schopností prokázal funkční postižení zejména u seniorů se stanovenou ošetřovatelskou diagnózou Zhoršená pohyblivost a Riziko pádů. Žádný další z použitých měřicích nástrojů neprokázal změnu výsledků závislou na věku seniorů.

Zhruba druhá třetina seniorů je do nemocnice přijímána pro ztrátu soběstačnosti a pro nezabezpečení v domácím prostředí (Kalvach et al., 2004, s. 130). Soběstačnost v našem vý-

zkumu byla monitorována prostřednictvím Barthelova testu aktivit denního života, který ukázal jednoznačné výsledky závislosti nebo téměř jednoznačnou průkaznost závislosti u všech nejčastěji se vyskytujících ošetřovatelských diagnóz, tj. Riziko pádů, Zhoršená pohyblivost, Riziko infekce a Chronická bolest. Barthelův test nás dále informoval o významnosti manžela/manželky oproti jiným pečujícím osobám, kteří snižují riziko vzniku závislosti. Rovněž seniori vdovského stavu prokázali větší nezávislost v ADL, získanou zřejmě adaptací života bez partnera. Ztráta soběstačnosti byla prokázána častěji u seniorů se základním vzděláním, proto je nezbytné cíleně sestavovat aktivizační plán ošetřovatelské péče i pro tyto jedince, kteří se sami o tuto aktivitu nemusí hlásit. Test kognitivních funkcí MMSE ukázal poruchy v kognitivních funkcích, zejména těch seniorů, u kterých byla stanovena ošetřovatelská diagnóza Porušené myšlenkové procesy. Je proto možné konstatovat, že tento test je vhodným prostředkem k objektivizaci určujícího znaku této diagnózy, a to znaku – kognitivní nesoulad. Seniori s touto ošetřovatelskou diagnózou vykazovali nejčastěji také známky porušeného psychického zdraví. Bolest byla nejčastěji zaznamenána u seniorů se stanovenou ošetřovatelskou diagnózou Chronická bolest. Známky malnutrice vykazovali zejména seniori s ošetřovatelskou diagnózou Zhoršená pohyblivost, je tedy vhodným nástrojem k objektivizaci určujícího znaku této diagnózy.

Ve zbylé třetině jsou senioři natolik nemocní, multimorbidní oproti mladšímu věku, že bývají obvykle umístováni na standardních odděleních interních (Kalvach et al., 2004, s. 130). Sledování kvality péče, její individualizace podle identifikovatelných problémů a úhradová účelnost vyžadují zavedení vhodných, obecně používaných nástrojů, které by současně pomáhaly standardizaci péče, umožňovaly meziústavní srovnání, popř. byly zdrojem dat pro rozsáhlá epidemiologická šetření. Součástí profesionální ošetrovatelské péče o seniory je využívání standardizovaných testů při přijetí, v průběhu hospitalizace a před propouštěním, neboť se tak může zvýšit kvalita péče a tím i spokojenost seniorů.

ZÁVĚR

V České republice bylo koncem roku 2008 v zařízeních ústavní péče evidováno celkem 14 479 lůžek následné a ošetrovatelské péče. Z toho 6 756 v nemocnicích, 7 194 v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, 366 v hospicích a 163 v ostatních odborných léčebných ústavech (ÚZIS, 2009, s. 1). Přichází-li senior z nemocničního do domácího prostředí, je optimální, pokud je už ošetrovatelsky diagnostikován z nemocnice i s uvedenými zkušenostmi, které může sestra v následné péči dále u seniora podporovat. V případě některých nedostatečných činností již před příchodem seniora z nemocnice může sestra zajistit další služby, kontakt s rodinou, která by se mohla podílet na omezení bariér v domácím prostředí apod. Z těchto dat vyplývá zvyšující se potřeba profesionálního přístupu sester v péči o seniory, s využitím neefektivnějších testů a škál pro přesnou ošetrovatelskou diagnostiku a s navazujícími relevantními intervencemi. Využití adekvátních testů a škál při posuzování seniorů sestrami umožňuje přesnější ošetrovatelskou diagnostiku, plánování aktivit a ošetrovatelské péče respektující osobnost seniora, jeho vůli, aktivitu i pasivitu, osobnostní zaměření aj. Je nutné zdůraznit potřebu

kombinovat údaje subjektivního hodnocení, fyzikálního vyšetření a výkonových testů v rámci komplexního ošetrovatelského posouzení u seniorů. Nedílnou součástí hodnocení potřebné péče u seniorů musí být i popis náročnosti prostředí, ve kterém se senioři pohybují, bariér a kompenzačních pomůcek, jež používají.

* Tento příspěvek je dedikován projektem IGA MZČR NS9761-4/2008.

LITERATURA

- BARTOŠ, A. et al.: Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, vol. 9, no 1, s. 31–34.
- BLÁHA, P., VIGNEROVÁ, J.: Možnosti využití BMI indexu tělesné hmotnosti a Matiegkových rovnic v klinické antropologii. In: *Vědy o člověku na prahu 3. tisíciletí: sborník referátů z antropologické konference s mezinárodní účastí*. Olomouc: UP, 2002, s. 93–104.
- DRÁBKOVÁ, J.: *Bolest a analgezie* [online]. 2008 [cit. 2008-11-24]. Dostupné z: <http://www.uzs.tul.cz/skripta/data/2008-01-17/13-28-09.doc>
- HOLČÍK, J.: Požadavky na souhrnnou míru zdraví. *Československé zdravotnictví*, 1981, vol. 29, no 3, s. 88–94.
- KALVACH, Z.: *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 864 s.
- KALVACH, Z. et al.: *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 336 s.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 208 s.
- MAREČKOVÁ, J.: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s.
- MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N.: *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 96 s.
- NANDA International. *Nursing Diagnoses: definitions and classification 2009–2011*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009, 435 s.
- PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E.: *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s.
- TOMAGOVÁ, M.: Vybrané mierace nástroje v posuzování kognitivních funkcí seniora. *Kontakt*, 2009, vol. 11, no 2, s. 3110–3319.
- ÚZIS. *Aktuální informace ÚZIS 3. Ošetrovatelská následná péče v České republice v roce 2008*. Praha: ÚZIS, 2009, 8 s.
- ZAVÁZALOVÁ, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s.

Lucie Sikorová et al.
Lucie.Sikorova@osu.cz